



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

**Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos Centros de Atenção
Psicossociais Álcool e outras Drogas - CAPS-ad**

Ademário Régis de Britto Neto

Dissertação de Mestrado

Brasília - DF, dezembro de 2017



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

**Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos Centros de Atenção
Psicossociais Álcool e outras Drogas - CAPS-ad**

Ademário Régis de Britto Neto

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-graduação em
Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de Concentração: Promoção,
Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de Investigação: Estratégias
Interdisciplinares em Promoção,
Prevenção e Intervenção em Saúde.

Temática: Saúde Pública, Álcool e
Outras Drogas.

Brasília - DF, dezembro de 2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ba Britto Neto, Ademário
Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos
Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas -
CAPS-ad / Ademário Britto Neto; orientador Andrea Galassi.
- Brasília, 2017.
139 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. saúde publica. 2. saúde mental. 3. gestão. 4. CAPS
ad. I. Galassi, Andrea, orient. II. Título.



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde, área de concentração em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Andréa Donatti Galassi (Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde)
(Orientador)

Dra. Maria Aparecida Gussi (Universidade de Brasília. Departamento de enfermagem/Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas - SEAD/HUB)
(Examinador Interno)

Dra. Juliana Garcia Pacheco (SES/DF. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto - FEPECS)
(Examinador Externo)

Dr. Alexis Fonseca Welker (Universidade de Brasília)
(Suplente)

Brasília-DF, dezembro de 2017

Dedico este trabalho...

Aos meus colegas, gestores, trabalhadores e militantes da saúde mental, cuja coragem, resistência e resiliência sempre me inspiraram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha esposa, Helicínia Giordana, companheira de todas as horas, que leu e releu infinitamente meus escritos, apontando-me equívocos e desenhando caminhos, ao tempo que cuidava de nossas amadas filhas para que eu pudesse ficar em claustro escrevendo.

Agradeço à Keslen Flausino por haver me ajudado com o exaustivo trabalho de degravação das entrevistas e ao meu primo, Arthur Régis, por tantas vezes haver se dedicado a me orientar acerca da estrutura metodológica e organização deste manuscrito. Ainda, à minha querida irmã, Alessandra Paiva, por revisar e melhorar toda esta obra.

Agradeço, à Ana Rita Rodrigues dos Santos de Oliveira e à Andressa de França Alves Ferrari, co-gestoras ao meu lado em meus sete anos de gestão em saúde mental, que pacientemente me mantinham no foco e com quem tanto aprendi.

Agradeço à Maria do Socorro Paiva Garrido, guerreira incansável da saúde mental, por sempre ser uma parceira fiel nessa batalha de construção da saúde mental no DF.

Agradeço, ainda, a Ricardo de Albuquerque Lins e Augusto César de Faria Costa, gestores e condutores da saúde mental do DF que funcionaram complementarmente, adubando e semeando o solo árido da SES/DF, garantindo seu amadurecimento e colheita de frutos, apesar de todas as resistências. Ambos muito me inspiraram e apoiaram em minha jornada pela saúde mental.

Agradeço, por fim, às pedras no caminho, elas têm me ensinado que os passos devem ser firmes, mas cuidadosos e que sempre podemos escorregar; e é nesses momentos que precisamos do apoio daqueles que realmente importam.

“Os deuses tinham condenado Sísifo a rolar um rochedo incessantemente até o cimo de uma montanha, de onde a pedra caía de novo por seu próprio peso. Eles tinham pensado, com as suas razões, que não existe punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança. [...] Sísifo é o herói absurdo. Ele o é tanto por suas paixões como por seu tormento. [...] a paixão pela vida lhe valeram esse suplício indescritível em que todo o ser se ocupa em não completar nada. [...] Ao final desse esforço imenso medido pelo espaço sem céu e pelo tempo sem profundidade, o objetivo é atingido. Sísifo, então, vê a pedra desabar em alguns instantes para esse mundo inferior de onde será preciso reerguê-la até os cimos. E desce de novo para a planície” (1).

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa nasce de uma inquietação do autor. Atuei diretamente em saúde mental do ano de 2005 ao ano de 2017 e nesse período foi-me oportunizado desempenhar os papéis de profissional da ponta - psicólogo -, gestor e professor.

Enquanto psicólogo, atuei no hospital psiquiátrico de Brasília, o Hospital São Vicente de Paulo. Lugar em que me deparei com a realidade do cuidado em saúde mental em uma instituição que prioriza o saber médico, a medicação e a internação como estratégias de tratamento.

Posteriormente, enquanto gestor, tive a oportunidade de coordenar a criação e implementação de um CAPS-ad II, um CAPS-adIII e uma Unidade de Acolhimento transitório, no período de 2010 a 2016.

Finalmente, em 2017, afastado da gestão, tornei-me preceptor e tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto.

Quando gestor daquelas unidades, percebi o quanto era desafiador para um gestor da ponta implementar aquilo que era preconizado pela política nacional de saúde mental, o quanto parecia que os profissionais de saúde, a população, a gestão maior, todos, eram pouco apropriados da compreensão e do fazer desse novo modelo de atenção. Isso gerava um processo de o serviço ter que se criar enquanto já atuava, "trocar o pneu com o carro andando. Tal percepção e a penosidade disso era compartilhada pelos demais colegas gestores.

Dessa realidade vivida surgiu o desejo de realizar uma pesquisa que pudesse melhor circunscrever nossas percepções acerca das diretrizes a serem transpostas, as dificuldades para tal e, quem sabe, desvelar possibilidades que favorecem esse processo.

RESUMO

O cuidado em saúde mental, no Brasil, passou pelo que se chamou "reforma psiquiátrica", que demandava uma nova forma de cuidar, baseada na inserção social, autonomia e valorização das potencialidades das pessoas com sofrimento mental ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Tal modelo veio a ser adotado pelo governo brasileiro enquanto nova Política Nacional de Saúde Mental. Dentre seus princípios, encontra-se a mudança de paradigma que coloca a internação como alternativa última de cuidado e cria os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo um deles os Centros de Atenção Psicossocial voltado a pessoas com transtornos por uso de álcool e outras drogas - CAPS-ad. Essa nova forma de cuidar implicou em uma nova lógica e novos serviços, porém, sua consolidação, ainda encontra-se em processo e suas diretrizes e dinâmica prática ainda estão pouco estruturados. Nesse contexto, recai sobre o gestor organizar o serviço para que realize, a transposição da Política Nacional em Saúde Mental para a prática. Este estudo buscou evidenciar esse desafio de gestão e possibilidades de solução, apresentando o processo vivenciado pelos CAPS-ad do Distrito Federal, na perspectiva de seus gestores. Os dados de pesquisa foram colhidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com gestores e ex-gestores dos 07 CAPS-ad do DF e da recuperação da memória de Oficinas de Alinhamentos que desenvolveram em 2014. O próprio autor desta dissertação tendo sido um desses gestores e contribuindo com o conteúdo a ser analisado. O material coletado foi trabalhado por análise de conteúdo, sendo categorizado segundo oito princípios da Política Nacional em Saúde Mental somados a uma nona categoria que trata especificamente da gestão. Os resultados apresentaram o entendimento, dificuldades e soluções desenvolvidas nos CAPS-ad do Distrito Federal em transpor esses princípios para a prática. Concluiu-se que os desafios comuns para a concretização dos princípios devem-se a falhas de planejamento/investimento da SES/DF no campo da saúde mental e da formação insuficiente dos profissionais que vêm atuar nesses serviços acerca de seu modelo de cuidado. As soluções desenvolvidas privilegiam a educação continuada e reflexiva e a organização do serviço, tomando a consecução das diretrizes da Política Nacional em Saúde Mental como prioridades. Ademais, concluiu-se que o alinhamento e compartilhamento de compreensões, dificuldades e soluções em gestão entre os serviços facilita e favorece os processos de transposição e que estudos como este, mas de maior alcance, serão importantes para a consolidação e eficácia do modelo.

Palavras-Chave: Saúde Pública; Saúde Mental; Sistemas de Apoio Psicossocial; CAPS-ad; Gestão.

ABSTRACT

Mental health care in Brazil went through what was called "psychiatric reform", which demanded a new way of caring, based on social insertion, autonomy and the appreciation of the potentialities of people with mental suffering or problems related to alcohol and other drugs use. The Brazilian government adopted this as a new National Mental Health Policy. Among its principles there's the paradigm of caring by putting hospitalization as the last alternative of care and by creating substitutive services for the psychiatric hospital, including the Psychosocial Care Centers for people with alcohol and other drug use disorders - CAPS-ad. That new way of caring implied a new logic and new services, but its consolidation is still in process and its guidelines and dynamic practices are still poorly structured. In this context, it is up to the manager to organize the service to carry out the National Policy on Mental Health into practice. This study aimed to highlight the challenge of management and its possibilities of solution by presenting the process experienced by the CAPS-ad of the Brazilian Federal District, from the perspective of its managers. That data was made with semi-structured interviews and the recovery of the memory of Workshop of Alignments that was developed in 2014; the own author was one of these managers and contributed with the material to be analyzed. The collected material was worked with content analysis, being categorized according to eight principles of the National Policy on Mental Health added to a ninth category that deals specifically with management. The results presented the understanding, difficulties and solutions developed in the CAPS-ad of the Brazilian Federal District bringing those principles into practice. It was concluded that the common challenges for the implementation of the principles are due to SES / DF's planning / investment failures in the field of mental health and the insufficient training of the professionals who work in those services and about its model of caring. The solutions developed focus on continuous and reflective education and the organization of the service, taking the National Policy on Mental Health guidelines as priorities. In addition, it was concluded that the alignment and sharing of understandings, difficulties and management solutions between services facilitates and favors the transposition processes and that studies like this one, but one of a larger scope, will be important for the consolidation and effectiveness of the model developed.

Keywords: Public Health; Mental Health; Psychosocial Support Systems, CAPS-ad; Management.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Distribuição de número de CAPS-ad e CAPS-ad III por ano..... | 21 |
| Tabela 2: Distribuição de horas profissionais por especialidade segundo CAPS-ad..... | 35 |
| Tabela 3: Distribuição de área de abrangência e população por CAPS-ad..... | 35 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|---|-----|
| Quadro 1 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria gestão..... | 58 |
| Quadro 2 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria acolhimento..... | 66 |
| Quadro 3 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria atuação interdisciplinar..... | 75 |
| Quadro 4 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria construção do cuidado baseado em Plano Terapêutico Singular..... | 85 |
| Quadro 5 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria manejo de crise..... | 93 |
| Quadro 6 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria articulação com o território..... | 103 |
| Quadro 7 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria matriciamento..... | 111 |
| Quadro 8 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria desconstrução de estigmas..... | 117 |
| Quadro 9 | Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria atuação na lógica de redução de danos..... | 121 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AM | Apoio Matricial |
| AVI | Anos de vida Vividos com Incapacidade |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS-ad | Centro de Atenção Psicossocial voltados a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial voltado à saúde mental do público infante-juvenil |
| CODEPLAN | Companhia de Planejamento do Distrito Federal |
| Confen | Conselho Federal de Entorpecentes |
| DF | Distrito Federal |
| DISAM | Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PEAD | Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas |
| POPs | Procedimentos Operacionais Padrão |
| PTS | Plano/Projeto Terapêutico Singular |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde |
| SES/DF | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal |
| SM | Saúde Mental |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UA | Unidade de Acolhimento transitório |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------------------------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 18 |
| 2.1. POLÍTICA BRASILEIRA EM SAÚDE MENTAL..... | 18 |
| 2.2. VICISSITUDES DO CAMPO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA..... | 21 |
| 2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E SUA TRANSPOSIÇÃO..... | 24 |
| 2.4. PRINCÍPIOS A SEREM TRANSPOSTOS PARA A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL..... | 27 |
| 2.5. CONTEXTUALIZAÇÃO DA REDE DE CAPS-AD NO DISTRITO FEDERAL..... | 37 |
| 3. OBJETIVOS..... | 41 |
| 4. METODOLOGIA..... | 42 |
| 4.1 AMOSTRA..... | 43 |
| 4.2 PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL..... | 44 |
| 4.2.1 Entrevista..... | 44 |
| 4.2.2 Contribuição do autor..... | Error! Bookmark not defined. |
| 4.2.3 Análise documental..... | 45 |
| 4.3 ANÁLISE DOS DADOS..... | 45 |
| 4.3.1 categorização..... | 45 |
| 4.3.2 tratamento dos resultados/interpretação..... | 46 |
| 4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 46 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 47 |
| 5.1 CATEGORIA GESTÃO..... | 45 |
| 5.1.1 Entendimentos sobre gestão dos CAPS-ad do DF..... | 45 |
| 5.1.2 Dificuldades para a gestão dos CAPS-ad do DF..... | 49 |
| 5.1.3 Soluções em gestão desenvolvidas pelos CAPS-ad do DF..... | 52 |
| 5.2 CATEGORIA ACOLHIMENTO..... | 59 |
| 5.2.1 Entendimentos sobre acolhimento..... | 59 |
| 5.2.2 Dificuldades para realização contínua do acolhimento..... | 62 |
| 5.2.3 Soluções desenvolvidas para garantir o acolhimento diário e sem limite de vagas..... | 64 |
| 5.3 CATEGORIA ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR..... | 68 |
| 5.3.1 Entendimentos acerca da interdisciplinaridade nos CAPS-ad do DF..... | 68 |
| 5.3.2 Dificuldades para a atuação interdisciplinar nos CAPS-ad do DF.. | 70 |
| 5.3.3 Soluções para favorecer a interdisciplinaridade nos CAPS-ad do DF..... | 73 |
| 5.4 CATEGORIA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO BASEADO EM PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS..... | 77 |
| 5.4.1 Entendimentos sobre o PTS nos CAPS-ad do DF..... | 77 |
| 5.4.2 Dificuldades para a consecução de PTS nos CAPS-ad do DF..... | 80 |
| 5.4.3 Soluções que favorecem o cuidado se basear em PTS nos CAPS-ad do DF..... | 83 |
| 5.5 CATEGORIA MANEJO DE CRISE..... | 87 |
| 5.5.1 Entendimentos sobre manejo de crise nos CAPS-ad do DF..... | 87 |

| | |
|---|------------|
| 5.5.2 Dificuldades para o manejo de crise nos CAPS-ad do DF..... | 90 |
| 5.5.3 Soluções desenvolvidas para qualificar o manejo de crise nos CAPS-ad do DF..... | 91 |
| 5.6 CATEGORIA ARTICULAÇÃO COM O TERRITÓRIO..... | 94 |
| 5.6.1 Entendimentos sobre articulação com o território nos CAPS-ad do DF..... | 94 |
| 5.6.2 Dificuldades para atuação no território nos CAPS-ad do DF..... | 96 |
| 5.6.3 Soluções para favorecer a articulação com o território nos CAPS-ad do DF..... | 99 |
| 5.7 CATEGORIA MATRICIAMENTO..... | 106 |
| 5.7.1 Entendimentos sobre matriciamento nos CAPS-ad do DF..... | 106 |
| 5.7.2 Dificuldades para que o matriciamento ocorra nos CAPS-ad do DF..... | 107 |
| 5.7.3 Soluções para favorecer a realização de matriciamento nos CAPS-ad do DF..... | 109 |
| 5.8 CATEGORIA DESCONSTRUÇÃO DE ESTIGMAS..... | 113 |
| 5.8.1 Entendimentos sobre desconstrução de estigmas nos CAPS-ad do DF..... | 113 |
| 5.8.2 Solução para favorecer a desconstrução de estigmas nos CAPS-ad do DF..... | 115 |
| 5.9 CATEGORIA ATUAÇÃO SOB A LÓGICA DE REDUÇÃO DE DANOS... .. | 118 |
| 5.9.1 Entendimentos sobre redução de danos nos CAPS-ad do DF..... | 118 |
| 5.9.2 Dificuldades para atuar-se sob a lógica da redução de danos nos CAPS-ad do DF..... | 119 |
| 5.9.3 Soluções para favorecer a atuação sob a lógica da redução de danos nos CAPS-ad do DF..... | 120 |
| 5.10 DIFICULDADES E SOLUÇÕES QUE TRANSCENDEM APENAS UMA CATEGORIA..... | 122 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 120 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 122 |
| APÊNDICES..... | 127 |
| ANEXOS..... | 136 |
| MANUSCRITO SUBMETIDO A REVISTA CIENTÍFICA..... | 140 |
| NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO..... | 159 |

1. INTRODUÇÃO

Nos anos 80 e 90, o cuidado em saúde mental (SM) no Brasil passou pelo que se chamou de Reforma Psiquiátrica, culminando na promulgação da Lei 10.216 em 2001 (2), que reorientou a assistência em SM, priorizando o cuidado em equipamentos de saúde comunitários em detrimento dos serviços fechados, como os hospitais psiquiátricos.

Yasui (3) observa que, para se firmar e chegar até o ponto em que se encontra, a construção do novo paradigma em saúde mental se deu em diversas dimensões. Quais sejam: política, que concerne ao percurso histórico de transformação do modelo de atenção em SM; epistemológica, referente ao processo de ruptura paradigmática com a psiquiatria tradicional; sociocultural, que remete à construção de um novo saber e agir dos profissionais de saúde sobre os contextos de SM; e, por fim, técnico-assistencial que remete aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, entendendo-os como elemento substitutivo estratégico de ruptura com o modelo assistencial hegemônico (no caso, implicando, inclusive, em um redirecionamento dos recursos da SM dos manicômios para os serviços substitutivos).

Nesse sentido, a Portaria 336 (4) traz os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS como serviços substitutivos ao manicômio e responsáveis pela saúde mental no território, logo, operadores do que fora proposto na Lei 10.216.

Embora passos importantes hajam sido dados, 15 anos após a Portaria 336, a mudança de paradigma e implantação dos serviços substitutivos em saúde mental ainda encontra-se em processo. O 12º Levantamento ministerial acerca da implantação dos CAPS (5) aponta que, ainda que haja-se alcançado em 2015 uma cobertura média considerada muito boa para os padrões ministeriais (0,86 CAPS/100.000 habitantes), há variações importantes nessa distribuição no território nacional, o Distrito Federal, por exemplo, apresentando cobertura considerada regular/baixa - 0,46 CAPS/100.000 habitantes.

Para além do número de CAPS, a reforma psiquiátrica representa uma nova relação com a loucura, que remete a novas abordagens e nova resposta social ao processo de adoecimento psíquico e para com o ser que adocece (6). Toda essa construção remete a princípios de organização dos serviços em SM, que são assim traduzidos por Hirdes (7):

[...] o deslocamento do processo de 'cura' para a 'intervenção de saúde'; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (p.300).

É possível identificar que a descrição desse novo modelo de cuidado não remete ao funcionamento operacional dos CAPS, mas apenas à sua essência, mesmo quando se descreve sobre a organização dos serviços. Nesse sentido, evidencia-se a profundidade e complexidade que se depreende da construção desse novo olhar e cuidar em saúde. Assim, entende-se haver, na dimensão técnico-assistencial, demandas a serem supridas, no que concerne à concretização do funcionamento das unidades de saúde mental e ao papel da gestão nos seus diferentes níveis, nesse processo.

Em meio a toda essa dinâmica complexa de implantação e consolidação de um novo modelo de atenção, no contexto da saúde mental, destaca-se como um de seus elementos constitutivos a questão dos transtornos relacionados ao uso problema de álcool e outras drogas, que traz consigo particularidades importantes. Tais particularidades se evidenciam pelo fato de que a questão da drogadição é um fenômeno que vem trazendo preocupações em todo o mundo, já tendo sido o tema central de mais de uma sessão especial da Organização das Nações Unidas – ONU e de diversas convenções internacionais (8).

Relatório sobre a saúde mental no mundo da Organização Mundial de Saúde – OMS (9) aponta que o fenômeno da dependência química impacta consideravelmente na qualidade de vida das pessoas envolvidas, estando entre as principais causas de anos de vida vividos com incapacidade - AVI na faixa etária de 15-44 anos. No caso do álcool, é a segunda maior causa, as demais drogas

ocupando a 16^a posição. Além disso, álcool e tabaco no início dos anos 2000 já eram a 4^a e 5^a causas de morte prematura, as drogas ilícitas estando na 17^a posição (10). O custo econômico ao Estado também é impactante, Gallassi (11) estimou um custo social do uso de álcool da ordem de R\$ 8.562.680.331,00, apenas no ano de 2007 no Brasil.

Ainda em acordo com a OMS (9), a atenção ao uso de álcool e outras drogas deve se dar ao nível de prevenção e de redução de problemas relacionados a esse uso. O tratamento trazendo resultados equivalentes àqueles atingidos no cuidado a outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão, reduzindo consequências sociais e à saúde. Para tanto, refere que a “atenção compartilhada e a integração de serviços são exemplos de boa prática na atenção para dependentes de substâncias” (9).

Nesse sentido, a legislação ministerial em sua Portaria 336/02 (4) e, posteriormente, na Portaria 130/12 (12), ao criar e tratar dos CAPS voltados ao público com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, os CAPS-ad, mostra-se congruente com a perspectiva da OMS. Resta, portanto, o desafio de transpor as políticas e perspectivas de atenção em saúde mental ministeriais e internacionais para a prática nos CAPS-ad.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Política Brasileira em Saúde Mental

Segundo Da Silva (13), no período colonial, a loucura não era vista como um problema social, só o sendo com o processo de urbanização ocorrido no século XIX, quando os doentes, vadios, mendigos e loucos passam a atrapalhar os interesses econômicos. Essa nova conformação social teria motivado o surgimento, em 1852, do primeiro hospital psiquiátrico Brasileiro, o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro. Logo, observa-se que o “cuidado” em saúde mental servia a interesses econômicos e políticos e não ao sujeito em sofrimento.

O surgimento do capitalismo no Brasil permitiu a apropriação da loucura pela medicina, a exemplo do que já havia ocorrido na Europa, determinando a maneira como a sociedade ocidental deveria relacionar-se com a loucura. No enfoque do modelo clínico - biológico hegemônico, a psiquiatria considerou a loucura uma doença mental. Definiu-a como um processo orgânico que se efetiva a partir de distúrbios fisiológicos e designou o asilo como lugar da verdade médica sobre a doença mental, no qual as funções terapêuticas e político-administrativas mais adquirem concretude. Tomou como objeto de estudo "a doença" e o objetivo sua "cura". Todavia, não tem conseguido na prática, confirmar os argumentos: doença mental/ intervenção médica/ cura. (13) (p.6)

Nesse contexto, Da Silva (13) aponta que a psiquiatria se coloca como mecanismo de controle social pelo Estado. Ainda segundo o autor, a partir dos anos 20 o Brasil vincula o benefício da saúde ao exercício de atividade laboral, tendo por objetivo garantir a manutenção de sua força produtiva. Todavia, a psiquiatria fica fora dessa esfera de cuidado até os anos 50, dado seu status científico ainda não estar estabelecido.

Em 1960, porém, inicia-se discussão que objetiva rever a assistência em saúde mental, que até então restringia-se ao caráter asilar dos manicômios. Essa revisão estava consonante, uma vez mais, com mudanças que já vinham ocorrendo na Europa e trazia ideias de uma psiquiatria preventiva e comunitária (14).

Todavia, apenas na década de 70, a crise social e política brasileira leva à organização de diversos movimentos sociais, dentre eles o Movimento pela Reforma

Sanitária, que propôs a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que tinha por bases crítica a mercantilização da saúde e considerava os determinantes sociais do processo saúde-doença (13). “No bojo dessas discussões, articulou-se o Movimento pela Reforma Psiquiátrica” (p.8).

Têm-se início, então, o processo de construção de um novo modelo, uma nova forma de olhar e cuidar a saúde mental. Inicialmente, o movimento trazia críticas ao modelo hospitalocêntrico, às más condições de trabalho dos profissionais de saúde mental e de tratamento aos usuários do serviço, bem como à privatização da assistência. Agregou a concepção italiana, com origem em Basaglia, de desinstitucionalização, que se configurava de forma contundente como uma inegável “ruptura com o paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente, e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial” (14) (p.457).

Este processo implica em mudanças na cultura, na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos, pretendendo a desinstitucionalização psiquiátrica. Significa o reconhecimento de que a essência do modelo clássico da psiquiatria é a institucionalização do paciente por sua exclusão social, que se propõe pelo asilamento. A reforma psiquiátrica pressupõe essa inversão, não somente pela humanização das relações entre os sujeitos nas instituições que venham substituir o asilo, mas pela mudança na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos; pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade da loucura. (13) (p.8)

Essa reflexão se fortaleceu em 1990, com a Conferência para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina em Caracas, quando se reconheceu a ineficiência e ineficácia do hospital psiquiátrico e evidenciou-se a urgência de se rever a atenção em saúde mental (13).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental teriam norteado, então, o plano de trabalho da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que passaria a propor a substituição gradual do modelo asilar, o que deu margem à criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS (13).

A Lei 10.216 de 2001 (2) foi o marco legal dessa nova proposta, reorientando o modelo de assistência em saúde mental, dando preferência a tratamento em

serviços comunitários e relegando a internação aos casos em que todos os serviços extra hospitalares fossem insuficientes.

Em 2002, a Portaria 336 (4) estabelece os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, suas magnitudes, especificidades e financiamento. Os CAPS são definidos em três magnitudes:

- CAPS I: Voltado ao cuidado à saúde mental de um território de até 70.000 habitantes, funcionando em horário comercial;
- CAPS II: Voltado ao cuidado à saúde mental de um território de até 200.000 habitantes, funcionando em horário comercial;
- CAPS III: Voltado ao cuidado à saúde mental de um território com mais de 200.000 habitantes, tendo funcionamento ininterrupto e dispondo de leitos para internação breve.

Além dos CAPS em sentido estrito, que cuidaria da saúde mental da população de uma forma geral, entendeu-se haver a necessidade de outras duas especificidades:

- CAPS i: Voltado ao cuidado à saúde mental do público infanto-juvenil;
- CAPS-ad: Voltado ao cuidado à saúde mental de pessoas com problemas relacionados ao uso ou abuso de álcool e outras drogas.

Desde então, diversas outras portarias vem agregando robustez à política de saúde mental, com destaque para a Portaria 3088 de 2011 (15) , que agrega diversos outros pontos de atenção, constituindo a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e a Portaria 130 de 2012 (12), que destaca e redefine o CAPS-ad III e seu financiamento.

Desde o advento da Lei 10.216 houve incremento real nos gastos federais com a saúde mental como um todo e, de forma expressiva, na rede extra-hospitalar, levando a uma inversão nos direcionamentos dos recursos, desde 2006, no sentido dos serviços substitutivos (16).

Apesar dos avanços importantes, o processo de mudança paradigmática do antigo modelo para a nova forma de olhar e cuidar em saúde mental demanda mais que Leis e instituições, como bem observa Amarante (17):

No entanto, em que pese à importância dos acontecimentos e inovações surgidas nesta trajetória, muitos novos problemas se apresentaram desde então. Um deles refere-se aos novos serviços que, embora tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou a atenção para o aspecto da qualidade dos mesmos. Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo, não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatórios quando estes eram vistos como alternativa ao manicômio. Em suma, deve-se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico atual. (17) (p.84)

Percebe-se, portanto, que trata-se de algo maior que a implementação de novos serviços, mas de uma lógica de cuidado diversa daquela até então estabelecida.

2.2. Vicissitudes do campo de álcool e outras drogas na política de saúde mental brasileira

Conforme fora apresentado, a implementação desse novo modelo de cuidado em saúde mental é um processo ainda em curso (18) e sua complexidade é exacerbada pela inserção tardia do enfrentamento ao uso prejudicial de substâncias psicoativas como parte do movimento da reforma psiquiátrica, cuja entrada orgânica se deu apenas após os anos 2000 (19).

Silva (20) refere que houveram influências históricas e sociais, de âmbito nacional e internacional, para a construção do novo modelo de cuidado a pessoas com problemas relacionados ao uso e/ou abuso de drogas. Isso é, a política de saúde mental no campo AD se deu como resultante de um processo sócio-histórico multideterminado e não como mera reprodução de um modelo externo ou de mera produção de legisladores. Como resultante desse processo, a autora refere que tal construção é referendada como “rica e original” (p. 137) na literatura científica sobre o tema.

Apesar de sua entrada tardia no movimento da reforma psiquiátrica, o tema de drogadição e os enfrentamentos possíveis são deveras anteriores a isso. Artigo de Machado e Carneiro Miranda (21) conta-nos essa história. Segundo os autores, no início do século XX, houve a criação de um aparato jurídico-institucional com vista a estabelecer o controle sobre uso e comercialização de drogas, em especial as ilícitas; tal aparato se deu sob influência de convenções internacionais que as recomendavam, tendo o Brasil aderido à comissão de Haia em 1911 e trazido a questão para o meio jurídico em 1924, com o Código Penal Brasileiro, passando a determinar sanções relacionadas ao uso de drogas. Os autores asseveram que, em 1970, porém, a saúde passa a influenciar as discussões sobre o tema, o usuário passando a ser identificado como doente e/ou criminoso. Em 1976, houve a promulgação da Lei 6.368 que favoreceria a criação dos primeiros centros de tratamento a usuários de drogas nos anos 80, do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen). Apesar dessa aparente aproximação com a saúde, os autores apontam que a política promovida então, não se articulava com outras políticas em processo de implementação, como o SUS e a própria reforma da saúde mental. Remetem, portanto, a uma concepção de que até então encontrava-se sob as esferas da justiça e da segurança pública.

Após a sua inserção como parte da política de saúde mental, no advento da Portaria 336/2002 (4), todavia, o tema ganhou novos impulsos. Um deles foi o Plano integrado de atenção ao álcool e outras drogas (22), em que há o reconhecimento do atraso histórico referente à questão não haver sido tratada como tema de saúde pública até então. Posteriormente, deu-se uma sucessão de decretos e portarias ministeriais, como:

1. A Portaria nº 1.190, de 2 de junho de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD (23), com o objetivo de expandir estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas;
2. O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010(24), que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011(15), que institui a Rede de Atenção

Psicossocial para Pessoas com Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS e;

3. A Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012(12), que Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Está instituída, então, a base legal sob a qual se pretende a implantação e consolidação do novo modelo de cuidado em saúde mental no campo de álcool e outras drogas. Nesse processo, centenas de CAPS-ad foram abertos no Brasil como é demonstrado na série histórica do número de CAPS habilitados entre dez/2006 e dez/2014 (5) (p.10):

Tabela 1: Distribuição de número de CAPS-ad e CAPS-ad III por ano. Brasil, 2015

| | Ano | | | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| CAPS-ad | 138 | 160 | 186 | 223 | 258 | 272 | 293 | 301 | 309 |
| CAPS-AD III | - | - | - | - | - | 5 | 27 | 47 | 69 |

Fonte: Ministério da Saúde.

São 378 CAPS-ad criados até 2014, com tendência a um contínuo aumento do número de serviços, que devem atuar segundo um novo viés que remete às novas legislações sobre o tema, novas práticas, novas concepções; enfim, um novo modelo de cuidado. A responsabilidade de transpor tudo isso para a prática recai sobre o mecanismo estratégico articulador, i.e., o CAPS, o que remete diretamente à responsabilidade do gestor no processo. Em outras palavras:

[...] a gestão do serviço de saúde legitima um conjunto de intervenções como modo operatório de um dado modelo. O modelo de gestão empregado permite ou não transitar de um modelo assistencial pautado na atenção médica para um modelo de atenção à saúde; de um modelo tradicional (flexneriano) para um modelo de produção social da saúde [...]. (25) (p.837)

2.3. Políticas públicas em saúde e sua transposição

Para que se possa entender o processo de construção da nova lógica em saúde mental faz-se premente realizar uma digressão, discutindo acerca do Estado brasileiro, políticas públicas e políticas públicas em saúde.

O Estado Brasileiro se enquadra no assim chamado Estado Moderno. Mattos e Baptista (26) definem o Estado Moderno como “uma organização do Estado que se configurou sob o argumento da racionalidade e liberdade do homem para definir as regras que garantiriam a ordem social” (p.53). Todavia, os mesmos autores, asseveram que o liberalismo do Estado não é necessariamente liberdade, mas a gestão dela segundo as necessidades político/econômicas.

As políticas sociais, por sua vez, se referem às ações de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Dessa forma, as políticas sociais, no contexto político-cultural em que vivemos, são reflexos das contradições entre o capital e o trabalho; em verdade, são respostas a crises do capitalismo (13).

Neste enfoque, as políticas sociais são mecanismos historicamente determinados para produzir e reproduzir a força de trabalho. São também instrumentos de legitimação da classe dominante, em virtude da sociedade capitalista ter estabelecido seu contrato social entre indivíduos desigualmente posicionados na estrutura de produção. Portanto, as políticas sociais resultam de interesses específicos e contraditórios, que se alteram nos diferentes momentos históricos. (p. 5)

Nesse sentido, as políticas sociais buscam minimizar as resultantes da lógica capitalista de acumulação e divisão societal, bem como seus efeitos perversos (13).

O que vale dizer, no contexto da saúde mental, que a liberdade ou confinamento em manicômios e outras instituições asilares dos assim chamados “loucos” ou “drogados”, depende, não de um dever ser, mas de um dado arranjo político-econômico. Dizendo-se de outra forma, “a liberdade é uma forma de controle e a luta pela liberdade é uma luta de determinadas formas de controle por outras” (p.57) (26).

Tal contexto desvela que quando pensamos na constituição de políticas, elas não são simplesmente dadas, mas conquistadas e construídas historicamente (27). Tampouco as políticas sociais, dentre elas as de saúde, surgem como uma atuação emocional do Estado, que negaria seu arranjo racional-liberal. Ao contrário, a garantia de direitos sociais se sustenta enquanto uma condição de manutenção da estrutura político-econômico-social (26).

Nesse sentido, o sucesso e o fracasso da reorganização do modelo de saúde mental pende sobre o quanto seus novos arranjos e instrumentos respondem às necessidades econômicas, políticas e sociais deste Estado racional-legal que funciona sob um viés capitalista. Dá-se aí a importância de que a gestão desses instrumentos – os CAPS, no caso - permita, de fato, a melhor transposição dos princípios da reforma para as práticas de cuidado. Repercutindo na sobrevivência ou não desse modelo.

Isso se deve ao fato de que as “políticas sociais implementadas pelo Estado capitalista sofrem o efeito de interesses diferentes expressos nas relações sociais de poder” (28). Pesa, portanto, sobre os CAPS, a responsabilidade de mostrar ao Estado que o modelo de saúde mental em consolidação responde melhor à crise capitalista e é mais viável nas três esferas de interesse para o desenvolvimento de políticas sociais (político, econômico e social) que o modelo asilar, cujos interesses político-econômicos continuam existindo. Afinal, como aponta pesquisa de revisão do *Journal of Drug Policy* de 2015 (78), o tratamento psicossocial ainda se constitui na mais efetiva intervenção ao uso problema de crack/cocaína.

Para obter êxito nesse intento, a transposição da política de saúde mental para sua prática, isto é, a transformação de suas expectativas em resultados, deve lograr um bom desfecho. Mas isso não é um processo simples, posto que muitas políticas públicas não ocorrem na prática da forma como seus idealizadores esperavam (29).

No livro *Making Health Policy* (29), os autores apresentam uma compreensão de que o processo de construção de uma política se dá em quatro estágios, quais sejam:

1. Identificação do problema;

2. Formulação;
3. Implementação;
4. Avaliação.

O terceiro estágio, afirmam, é a fase mais negligenciada da construção de políticas, ainda que seja também a mais importante. Remetem, nesse âmbito, a um “*gap*” entre o planejamento de uma política e o seu resultado real.

Furtado & Onocko-Campos (6) buscam avaliar como se dá a transposição das novas políticas em SM para a prática nos serviços. Reconhecem, então, o quão complexo é o estabelecimento desses novos referenciais na prática cotidiana e consideram a gestão a instância necessária para promover a decodificação das diretrizes gerais em práticas alinhadas às premissas da reforma.

Desvela-se, assim, a importância e o desafio da gestão dos CAPS, posto seu papel estratégico-articulador do novo modelo de atenção, cuja organização baseia-se em premissas que remetem a concepções de cuidado, de homem, de adoecimento e de restabelecimento, que são amplas e subjetivas, tornando difícil o funcionamento operacional dos CAPS de maneira uniforme e coesa. Cabe aos gestores, então, a implementação de tais premissas conforme as apreendem e as vivenciam na prática.

Nesse sentido, a operacionalização do cuidado passa a depender da forma como o gestor coordena as ações, o que eleva o risco dos CAPS perderem o papel inovador e revolucionário, para se tornarem uma versão do antigo modelo sob novas vestes. Assim ressalta, em seu entender, o ex-coordenador nacional de saúde mental Kinoshita (30) (p.231): “Sem dúvida há experiências importantes espalhadas pelos 4 cantos, e inúmeras são as dificuldades. Mas, tenho o receio de que os Caps sejam apenas produtores da psiquiatria reformada”.

Para Furtado e Campos (6), um fator relevante para garantir que os princípios da reforma sejam transpostos reside nos processos de gestão, contribuindo para “decodificação de diretrizes gerais em práticas alinhadas ética e ideologicamente às premissas da reforma” (p.117).

O que remete à nossa escolha por analisar neste manuscrito como a gestão vem lidando com a transposição dos princípios elencados, suas dificuldades e as possibilidades construídas. Quando tratamos de gestão no presente trabalho, fala-se da gestão direta da Unidade de Saúde Mental, a gestão da ponta e não da gestão central, muitas vezes distante da prática.

2.4. Princípios a serem transpostos para a prática em saúde mental

E aqui tocamos em um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica pelos atores que a realizam na ponta, ou seja, no contato direto com o usuário. O que fazer para que os novos serviços e seus trabalhadores efetivem realmente novas políticas, novas respostas, novas posturas entre os usuários? (6) (p.114)

A legislação em saúde mental (4) toma o CAPS e suas práticas como componente estratégico da saúde mental em seu território. Tal papel é veementemente reforçado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde em seu manual sobre os CAPS (31), que o relaciona com papéis de:

1. Articulação e tecimento da rede de atenção à saúde mental no território, no que concerne tanto à organização do cuidado quanto no direcionamento das políticas e programas;
2. Deslocamento do centro do cuidado em saúde mental para fora dos hospitais;
3. Redução da lacuna assistencial em saúde mental promovida pelo modelo hospitalocêntrico;

Para ocupar esse lugar estratégico, a Legislação e publicações ministeriais orientadoras apontam diversos elementos norteadores do funcionamento e da lógica que constitui as novas unidades de saúde mental.

Em nossa experiência e com base nos documentos oficiais elencados, selecionamos aqueles que entendemos como centrais, constituindo-se enquanto

princípios sobre os quais se erige a dinâmica de funcionamento que se espera de um CAPS ao tempo que são, também, desafios gerenciais a serem transpostos para a prática. Quais sejam:

- Realização de acolhimento a casos novos e já vinculados sem necessidade de agendamento ou quaisquer outras barreiras de acesso:

Esse princípio advém de elemento mais amplo, a garantia de acesso. Tal garantia é princípio não só dos CAPS, mas da própria Constituição Federal (32) que assegura a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado. É assim disposto na Legislação que constituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, em seu Artigo 2o, §1º:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (33)

Tal princípio implica que se deveria garantir a todas as pessoas o atendimento em suas necessidades de saúde. Nesse sentido, Araújo Assis e Abreu de Jesus (34) referem que o acesso diz respeito à superação de barreiras ao atendimento, como filas e tempo de espera longo para marcações de atendimento. No contexto dos CAPS, o acesso se dá por sua distribuição no território em quantidade e localidade congruente com aquela estabelecida pela legislação (4) no nível macro, mas no âmbito de cada unidade, como apontam Schimdt e Figueiredo (35), o acesso está diretamente relacionado ao acolhimento.

Nesse sentido, o acolhimento é o momento no qual se tem o primeiro contato da pessoa com o serviço e objetiva-se “compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham”(31) (p.15).

- Interdisciplinaridade:

A nova concepção de cuidado em saúde mental tem demandado novas organizações do trabalho dos profissionais, buscando superar a centralidade do saber médico para um saber e fazer mais horizontal e compartilhado, tomando por base a interdisciplinaridade (36).

Assim, interdisciplinaridade é essencialmente uma crítica à concepção do saber único como detentor da verdade; para além disso, traz consigo a chance de retirar justamente das interações entre os saberes o potencial de movimentação e transformação do conhecimento (37). Nesse sentido:

A interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico das diferenças e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade. (38) (p.14)

Compreende-se, assim, que nenhum saber teórico tem papel central na equipe, o que ocorre é a relação/diálogo entre saberes múltiplos e descentralizados sem que um busque prevalecer sobre o outro (10).

Nesse sentido, a Portaria 3088 de 2011 refere em diversas passagens a interdisciplinaridade como diretriz de funcionamento da rede de saúde mental:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: [...] IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; [...]

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. § 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas [...].

- Manejo de Crise:

A portaria 130 (MS, 2012), no inciso II do art. 5º define o CAPS-ad como um “lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.)”.

De fato, a capacidade de atuar na crise e manejá-la é um dos elementos centrais para que os CAPS-ad de fato se configurem enquanto mecanismo substitutivo à perspectiva manicomial; sendo a crise, ela própria, um momento rico para a construção de vínculos do usuário com o serviço (39). Em outras palavras, tem-se: “O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (31) (p.17).

Três dimensões estão envolvidas no manejo à crise e que demandam importante preparo da equipe para fazê-lo:

1. A dimensão clínica no sentido clássico: sintomas, quadro clínico, gravidade, agudidade, nível de urgência.
2. O campo da rede social e de suporte: o grau de ruptura desta rede, sua capacidade de enfrentamento da crise.
3. A posição subjetiva da pessoa em crise, diante do que se passa com ele, seu sofrimento e do que se diz sobre ele, incluindo, as intervenções de sua rede de suporte e dos serviços. Não se trata de consciência no sentido cognitivo, mas antes de tudo subjetivação, teste de realidade, consciência dos problemas, a sua autorização e assentimento com relação às nossas intervenções e propostas de cuidado e assistência. (10) (p.88-89)

Garantir que o CAPS-ad realize manejo de crise, instrumentalizando a equipe pra fazê-lo e evitando internações é outro dos desafios que se põem à gestão das unidades.

- Atuação no Território:

A Portaria 336/2002 determina que os CAPS-ad devem ser responsáveis pela organização da demanda e das instituições de atenção aos usuários de álcool e outras drogas em seu território, devendo, ainda, desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial e supervisionar os demais serviços. Ao

tempo que coordenam, organizam, regulam e supervisionam, os CAPS-ad, conforme aponta o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (31), devem desenvolver todas as suas ações visando a reinserção social e fazendo uso dos recursos comunitários como componentes do processo de cuidado. Para tanto, determinam que devem ser territorializados e circunscritos ao espaço de convívio social de seus usuários.

Exercer o papel não só de ofertar cuidado, mas de gerenciar e articular todo o cuidado ofertado ao usuário de álcool e outras drogas sob o viés da inserção social, um viés novo frente ao então hegemônico modelo de exclusão como tratamento, coloca diversos desafios ao gestor. Some-se a esses desafios dados a própria diversidade de entendimentos acerca do que essa atuação territorial significa (40).

Essa concepção vai desde uma perspectiva concreta de território como espaço circunscrito geograficamente até a de território como a de um espaço definido e delimitado pelas relações de poder, passando pela de território como processo e construção social (40). Em revisão bibliográfica a respeito da acepção do termo “território” em saúde mental, Furtado (40) verificou quatro entendimentos:

- 1- território como espaço de abrangência ou cobertura de serviços e redes;
- 2- como um conjunto de recursos que potencializam o acompanhamento e a reabilitação de pessoas com transtorno mental grave;
- 3- como espaço existencial, constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo; e, por fim;
- 4- como espaço de objetos e ações, levando a uma interface entre o político e o cultural.

Há, portanto, uma multiplicidade de compreensões sobre o que é o território e, a partir dessas, sobre o fazer no território.

- Atuação na lógica da Redução de Danos:

A redução de danos, enquanto política de saúde, teve sua origem na Holanda, no final da década de 70, em que se adotavam medidas, como a troca de seringas para usuários de heroína, para reduzir a transmissão de hepatites. Com o

advento da epidemia de AIDS, outros países passaram a adotar essa política (41). Em 1989, houve a primeira intervenção segundo a estratégia de redução de danos no Brasil, no município de Santos, mas apenas em 1994 tornou-se uma política pública (42). Por fim, em 2004 é oficialmente adotada, pela Portaria 2.197, no Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, tendo a redução de danos como “estratégia para o êxito das ações desenvolvidas” (22) e reafirmada na Portaria 3088 de 2011 (15) como princípio fundamental da RAPS.

Trata-se de um conjunto de estratégias de saúde pública objetivando minimizar as consequências adversas relacionadas ao uso das drogas, colocando o próprio usuário como protagonista de seu cuidado (41).

Essas estratégias se contrapõem à política de abstinência. Não à abstinência como uma possibilidade terapêutica, mas como a única direção possível de tratamento (42). Nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia de baixa exigência, não estabelecendo a abstinência como meta inicial e levando a saúde até o usuário ao invés de esperar apenas o sentido contrário (43).

Apesar de sua base legal e do reconhecimento de sua eficácia, a redução de danos ainda é uma prática em construção, devido a lacunas na formação dos profissionais e pré-conceitos (41). A superação de um olhar moral/criminal sobre o usuário de drogas parece ser condição *sine qua non* para que essa prática se consolide, como apontam Vier Machado e Boarini (43):

Embora estratégias como a redução de danos tenham conquistado espaço na agenda pública brasileira a partir da década de 90, em vista da necessidade de respostas eficazes à epidemia da AIDS, resgatando o enfoque na prevenção e os direitos à saúde do usuário de drogas, sua implementação e compreensão ainda se apresentam incipientes. Atualmente, a redução de danos depara com inúmeros desafios, que demandam uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas no contemporâneo, a fim de formular ações diversificadas que vão além do uso de drogas injetáveis e da prevenção de doenças infecciosas, como a AIDS. [...] Sendo assim, todo o debate atual, decorrente da possível falta de clareza sobre a redução de danos, seja no âmbito acadêmico, seja na prática, indica que a superação dos entraves entre segurança e saúde só foi efetivada no plano teórico, e ainda assim, apenas parcialmente, pois, na prática, essas duas esferas continuam ambíguas. (p. 593)

- Desconstrução de Estigmas:

O usuário de drogas padece de preconceito social intenso, sendo entendido como responsável direto – culpado – por sua condição, mesmo entre profissionais de saúde, e esse cenário favorece os processos de exclusão (44). Tal se dá por concepções socialmente construídas, posto que, ainda que a população hoje compreenda a dependência de drogas como uma doença, paralelamente a esse entendimento perdura outro: a de que é um problema moral (45).

A exclusão/isolamento, por sua vez, favorece o fortalecimento dos processos de dependência, como bem demonstrado por Bruce Alexander experimentalmente ainda no século passado. Em uma de suas pesquisas, demonstrou, em experimento com ratos, que aqueles que eram isolados de outros estímulos além de alimento e drogas, usavam mais e tornavam-se mais dependentes das mesmas, que aqueles colocados em ambientes com diversos estímulos e, principalmente, outros ratos (46).

Em outro experimento (47), demonstrou que os processos de isolamento prévio aumentavam a incidência de uso de drogas pelos ratos, mas o isolamento associado a oferta das drogas tinha ainda maior relevância no uso. Com isso apontava tanto para o fato de que o histórico de isolamento seria uma vulnerabilidade, quanto para o fato de que a intervenção no sentido de romper o isolamento atual trazia efeitos protetivos mais importantes. Partindo desses achados, o pesquisador refere adotar uma perspectiva histórica frente ao fenômeno do uso de drogas, apontando a drogadição antes como um problema social que individual, devendo a condução terapêutica abarcar as relações sociais dos sujeitos em acompanhamento.(45)

A fim de se contrapor ao movimento socialmente construído de isolamento do sujeito com uso problemático de drogas, a Portaria 3088, em seu artigo 2º, aponta o combate a estigmas e preconceitos como uma das diretrizes para o funcionamento da RAPS.

Essa diretriz é base para que outra (que permeia toda a legislação em saúde mental - e mesmo a Constituição Federal) torne-se possível: a (re)inserção social. Esta entendida como relações de trabalho, cultura, lazer, habitação, dentre outros.

Mudar a concepção da população acerca da droga e daqueles que fazem uso dela, é, portanto, outra das atribuições hercúleas dos CAPS-ad.

- Construção de Planos Terapêuticos Singulares às necessidades de cada usuário:

A Portaria Ministerial 3.088/2011 (15) determina em seu Artigo 7º, § 3º que: “O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família”. Esse Plano Terapêutico Individual, posteriormente veio a ser chamado de Plano Terapêutico Singular - PTS, e é entendido como uma importante tecnologia de cuidado. Segundo a OMS (9), o tratamento em saúde mental deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo, necessidades que mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do paciente, assim:

[...] cada intervenção tem uma indicação específica [...] cada intervenção deve ser usada numa quantidade determinada [...] cada intervenção deve ter uma duração determinada [...] devem-se monitorar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção (p. 59).

Para além da singularidade do processo de cuidado, a construção de PTS visa superar o modelo biomédico, que entende uma linearidade no processo saúde-doença, sendo os aspectos biológicos a principal causa do adoecimento e as intervenções centrando-se no indivíduo (48). Esse modelo biomédico, reduz as pessoas à condição de receptores da intervenção de outrem, retirando deles o protagonismo (49) . Campos aponta, a partir de uma leitura de Basaglia, uma solução:

A perspectiva é de saída do objeto ontologizado da medicina – a doença – e entrada, em seu lugar, de um sujeito [...] A perspectiva de fortalecimento dos sujeitos foge à antidualética positivista de medicina que fica com a doença descartando a responsabilidade com a história dos sujeitos concretos; e supera o estruturalismo da saúde pública tradicional que delega ao Estado e ao aparato técnico quase toda a responsabilidade pela produção de saúde. (49) (p. 229)

Boccardo et al (50), traz a concepção de que é na construção dos PTSs que se dá a promoção e organização do trabalho na nova lógica de cuidado nos serviços de saúde mental. Segundo o autor, trata-se de uma estratégia de cuidado que:

[...] em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo, visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles. (50) (p.87)

Têm-se portanto, na tecnologia da construção dos PTSs em conjunto pelo usuário, sua rede e os profissionais do CAPS-ad a possibilidade de atuar em uma intervenção mais ampla no sentido de favorecer a qualidade de vida do sujeito e das pessoas que compõem sua rede de relações. Assim:

Nas novas práticas de Saúde Mental, se defende que o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos necessita da formulação e constituição de um novo paradigma, no qual os problemas de saúde sejam entendidos como fenômenos complexos e multifacetados. Além disso, as estratégias de cuidado devem ser compreendidas como um processo contínuo e integrado de ações orientadas a responder as necessidades das pessoas. [...] Tais projetos buscam singularizar os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. A caracterização das singularidades de cada sujeito marca a busca por diferenças e peculiaridades que perpassam a história de vida de sujeitos individuais ou coletivos e são centrais na articulação de propostas de trabalho em saúde. (48) (p. 87)

Revisão bibliográfica sobre o tema apontou existirem três elementos fundamentais para que a estratégia de construção de PTSs se faça possível (50).

O primeiro deles seria a necessidade de articulação dinâmica dos diversos contextos de vida do sujeito na construção do PTS, extrapolando o espaço das atividades promovidas pelo CAPS e integrando as redes de suporte social que o sujeito tem e/ou necessita e sendo revisto constantemente por meio de estabelecimento de metas.

O segundo, diz respeito à organização da equipe, que deve ser capaz de atuar interdisciplinarmente e se organizar dentro de uma lógica de cuidado integral ao usuário, o que demanda maior responsabilização, o que remeteria a uma

necessidade de existirem profissionais ou equipes de referência voltados a cada caso, de modo a garantir a vinculação e disponibilidade ao usuário e o efetivo acompanhamento contínuo de seu projeto terapêutico.

Como terceiro elemento, estaria a própria organização do serviço, que deve fomentar estratégias viabilizadoras ao desenvolvimento de práticas intra e extra-CAPS que promovam acolhimento, formação de vínculos e responsabilização. A nosso ver, esse último elemento remete ao papel da gestão na articulação dos outros dois.

- Realização de Matriciamento:

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica [...] A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. (51) (p.13)

Trata-se, portanto, de uma tecnologia de instrumentalização dos serviços e compartilhamento do cuidado. Esses dois elementos são consonantes com a legislação em saúde mental, que refere ser papel dos CAPS-ad: “coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas” e “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território” (4) (art. 4º, parágrafo 4.5, incisos d-e); da mesma forma, inclui-se seu papel, também, a determinação de que a Rede de Atenção Psicossocial garanta “[...] a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”. (15) (Art. 3º,III).

2.5. Contextualização da rede de CAPS-AD no Distrito Federal

A política específica sobre drogas do Distrito Federal - DF foi instituída apenas em 2010, pelo Decreto 32.108 (52), ganhando magnitude no ano seguinte, em 2011, com o Decreto 33.164 (53), que dispunha sobre o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e com o advento do plano Federal “Crack, é possível vencer”.

Conforme aponta Silva (20) em sua dissertação, até o ano de 2010 haviam apenas 02 CAPS-ad no DF, essa rede ampliando-se significativamente nos três anos que se seguiram, vindo a ter 07 CAPS-ad em 2014, 03 deles sendo do tipo III, isto é, com funcionamento 24 horas e dispondo de leitos para internação breve. Além disso, ainda em 2013, foi aberta a primeira (e única) Unidade de Acolhimento do DF, Vinculada ao CAPS-ad III Samambaia. Nesse período também haviam sido abertos outros dois CAPS-ad, voltados ao público infante juvenil, mas à época desta pesquisa ambos foram reestruturados, um como CAPS i e outro como CAPS para transtornos mentais.

Esses sete CAPS-ad circunscritos no Distrito Federal contam com equipes multiprofissionais, cujos profissionais são servidores públicos estatutários, i.e., contratados por concurso público e dotados de estabilidade após período probatório. Os concursos, todavia, não são específicos para saúde mental, mas para toda a Secretaria de Estado de Saúde do DF, de sorte que os profissionais lotados nesse campo não necessariamente têm conhecimento prévio ou se identificam com o mesmo. Nesse contexto, por um lado gozam da perspectiva de estabilidade que permite o investimento em qualificação desses profissionais, mas por outro podem vir a atuar em um campo da saúde que lhes seja iatrogênico.

Afora esses pontos, pouco resta em comum entre os CAPS-ad do Distrito Federal, ainda que geridos pela mesma Secretaria de Estado de Saúde. Uma primeira dissonância diz respeito à distribuição heterogênea dos profissionais entre os serviços (tabela 2), havendo unidade do tipo II que exerce suas atividades com um total de 260 horas profissionais e outra com 680 horas e diferenças de até 360 horas entre os de tipo III.

Tabela 2: Distribuição de horas profissionais por especialidade segundo CAPS-ad – Distrito Federal, 2016

| | CAPS-adII Flor de Lotus | CAPS-adII Guará | CAPS-adII Itapoã | CAPS-adII Sobradinho | CAPS-adIII Ceilândia | CAPS-adIII Rodoviária | CAPS-adIII Samambaia |
|------------|-------------------------|-----------------|------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Ass. Soc. | 40 | 40 | 60 | 40 | 140 | 160 | 20 |
| Enf. | 40 | 120 | 60 | 40 | 180 | 260 | 320 |
| Farm. | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 60 | 40 |
| Clínico | 40 | 0 | 0 | 0 | 40 | 20 | 40 |
| Psiquiatra | 40 | 75 | 20 | 40 | 40 | 80 | 40 |
| Psicólogo | 160 | 60 | 40 | 120 | 200 | 160 | 120 |
| Téc. Enf. | 320 | 200 | 80 | 120 | 360 | 280 | 780 |
| Ter. Ocup. | 40 | 20 | 0 | 40 | 80 | 120 | 80 |
| Total: | 680 | 515 | 260 | 400 | 1080 | 1140 | 1440 |

Fonte: Documento interno DISAM, 2016.

Em segmento às discrepâncias, a abrangência territorial e cobertura populacional de cada unidade (tabela 3), são demasiado díspares. A distribuição por área de abrangência foi divulgada em documento interno na Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal - DISAM, os dados populacionais por região foram tomados de pesquisa realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN em 2010 (54) e a população estimada por cálculo com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (55), que estimou um aumento populacional no Distrito Federal de 18,26% até 2017. Alguns territórios descritos na abrangência dos CAPS não foram mencionados pela CODEPLAN, implicando em uma realidade populacional superior à aferida.

Tabela 3: Distribuição de área de abrangência e população por CAPS-ad – Distrito Federal, 2017

| CAPS | Área de Abrangência | População 2010 / estimada 2017 |
|--|--|--------------------------------|
| CAPS-adII Flor de Lótus: | Santa Maria e Gama | 267.034 / 316.000 |
| CAPS-adII Guará: | Guará, Estrutural, Águas Claras, Areal, Vicente Pires, Park Way, S.I.A, Riacho Fundo I e II, Núcleo Bandeirante e Candangolândia | 527.834 / 624.216 |
| CAPS-adII Itapoã | Itapoã e Paranoá | 96.866 / 114.554 |
| CAPS-adII Sobradinho: | Planaltina, Sobradinho I e II, Lago Oeste, Grande Colorado, Torto, Queima Lençol, Rota do Cavalo, Fercal | 366.255 / 433.133 |
| CAPS-adIII Ceilândia: | Ceilândia e Brazlândia | 539.153 / 637.602 |
| CAPS-adIII Rodoviária (nome fantasia: Candango): | Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Octogonal, Sudoeste, Lago Sul, Lago Norte, Varjão, Vila Planalto, São Sebastião SAAN | 484523 / 572.997 |
| CAPS-adIII Samambaia: | Samambaia, Taguatinga e Recanto das Emas | 602.715 / 712.771 |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Resta salientar que as abrangências territoriais não se dão em conformidade com as divisões de regiões de saúde que compõe todo o restante da rede de saúde no Distrito Federal, implicando no fato de, por vezes, um CAPS ser responsável por uma região subordinada administrativamente a uma superintendência de saúde diferente daquela a que o CAPS responde. Mesmo o processo histórico de implantação e gestão, bem como a estrutura física das unidades, denunciam, junto aos outros fatores relatados a realidade de que cada CAPS-ad do Distrito Federal é uma entidade singular e não a resultante de um processo de gestão coeso e planejado. Tem-se, portanto, a seguinte organização dos serviços:

CAPS-ad II Guará:

Primeiro CAPS do Distrito Federal, tem o triplo da cobertura populacional para sua capacidade (312%) e uma multiplicidade de territórios e redes com as quais deve se articular. Funciona no subsolo de um Centro de Saúde.

CAPS-ad II Sobradinho

Foi o segundo CAPS-ad do DF, inicialmente formado por profissionais terceirizados, mas que paulatinamente foram substituídos por servidores estatutários. Sua cobertura populacional é o dobro do preconizado (117% superior).

CAPS-ad II Itapoã

Instituído em 2010, funciona em terreno contíguo à Administração Regional do Itapoã, tem a menor das equipes entre os CAPS-ad, mas é o único cuja cobertura populacional não é superior ao preconizado. Manteve sua gestora desde a inauguração.

CAPS-ad II Flor de Lótus

Criado em 2010, é o único que funciona em área residencial. Tem abrangência populacional 50% superior ao preconizado. Teve seu nome instituído coletivamente pelos profissionais e usuários do serviço. Teve três gestores, o primeiro deles sendo o autor deste manuscrito (2010-2013).

CAPS-ad III Rodoviária

Criado em 2011, originalmente localizado na Rodoviária e realocado para área comercial do Plano Piloto. Tem abrangência populacional próxima ao dobro do preconizado (91% superior), além de população flutuante significativa dada sua centralidade. Manteve sua gestora desde sua inauguração até o período de coletas de dados e realização das entrevistas desta dissertação.

CAPS-ad III Samambaia

Criado em 2013, tem por estrutura imóvel de três andares, sem elevador, localizado próximo a outros equipamentos de saúde. É o único CAPS-ad do DF que conta com uma Unidade de Acolhimento transitório - UA, equipamento de caráter residencial, que visa favorecer processos de reinserção social, o qual está localizado em frente ao CAPS. Tem abrangência populacional 38% superior ao limite preconizado. Até a realização das coletas de dados, teve dois gestores desde sua inauguração, o primeiro deles sendo o autor deste manuscrito (2013-2016).

CAPS-ad III Ceilândia

Criado em 2009, inicialmente como um CAPS-ad II, em área contígua ao hospital regional. No ano de 2013 mudou para imóvel maior, locado em área comercial, teve sua equipe acrescida e foi redimensionado como CAPS-ad III. Tem abrangência populacional 113% superior ao limite preconizado. Teve duas gestoras desde sua abertura.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Desvelar os entendimentos, dificuldades e solução desenvolvidas no processo de transposição dos princípios da saúde mental para a prática nos CAPS-ad do Distrito Federal.

Objetivos Específicos:

- Discutir os princípios norteadores do funcionamento de um CAPS-ad e as características de sua transposição para a prática, a partir do foco da gestão;
- Mapear como tais princípios vem sendo implementados no Distrito Federal, suas dificuldades e soluções encontradas;
- Evidenciar a necessidade de um olhar sobre a gestão que favoreça a transposição dos princípios teóricos para a prática nos serviços.

4. METODOLOGIA

A metodologia é o caminho que o pensamento toma no processo de apreensão da realidade. Uma realidade demasiado rica para ser plenamente acessada por quaisquer teorias que se possa elaborar, mas da qual pode-se aproximar pelo uso dos instrumentos das ciências sociais (56).

Segundo Minayo (56), o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, a pesquisa qualitativa se ocupando de um nível de realidade que não pode ou deve ser quantificado. Cabe, portanto, à pesquisa qualitativa, aprofundar-se desta realidade inapreensível pelos instrumentos das ciências naturais, que diz respeito à riqueza da realidade social: o mundo dos significados, das ações e das relações e expressões humanas.

A pesquisa qualitativa permite, portanto, uma apreensão dos conteúdos evocados pela fala dos sujeitos, relacionando-a com os contextos em que estão inseridos e à luz da abordagem conceitual do pesquisador, tendo por resultante uma sistematização desse encontro (57). Dito de outra forma:

Como uma de suas características, a pesquisa qualitativa oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira que os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas. Também proporciona ao pesquisador o conhecimento da dinâmica e a estrutura da situação sob estudo, do ponto de vista de quem a vivencia; possibilita compreender fenômenos complexos e únicos, bem como contribui para o melhor entendimento sobre a distância entre o conhecimento e a prática, pois auxilia na compreensão dos sentimentos, dos valores, das atitudes e dos temores das pessoas, explicando suas ações diante de problemas ou situação. (58) (p.41)

Para atender aos objetivos deste estudo de descrever uma realidade, qual seja, a relação entre as políticas em saúde mental e o encargo da gestão de transpô-las para a prática, entendeu-se que a modalidade de pesquisa deveria ser descritiva, posto que:

Trata-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa cujo objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos (variáveis), ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo. A pesquisa

descritiva pode também ser utilizada para avaliação de programas (59) (p. 8).

Nesse sentido, para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por realização de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.

A realização de uma pesquisa qualitativa se dá, segundo Minayo (56), dentro de um ciclo composto por três etapas:

1. Fase exploratória: em que se produz o projeto de pesquisa, toma-se os procedimentos necessários para seu início e se define e delimita o objeto de estudo, desenvolvendo-o teoricamente. Na presente dissertação, essa fase se deu pelo delineamento da pesquisa, confecção do referencial teórico, seleção da amostra, submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa e construção das perguntas norteadoras da entrevista. A amostra será oportunamente descrita no item 4.1 desta metodologia.
2. Fase de campo: em que se dialoga com a realidade concreta calcado no referencial teórico elaborado. Se deu pela realização das entrevistas e acesso a documentos que viriam a compor as fontes de análise. Esta etapa é descrita em suas minúcias no item 4.2 desta metodologia.
3. Fase de tratamento e análise do material: que diz respeito à análise do material coletado e sua articulação com os referenciais teóricos que fundamentaram o projeto. Tal etapa é descrita no item 4.3 desta metodologia.

4.1 Amostra

Participaram da pesquisa os profissionais que ocuparam o papel de gestão dos sete CAPS-ad do Distrito Federal por pelo menos 03 anos ou que o eram no segundo semestre do ano de 2017. Foram entrevistados, portanto, gestores e ex-gestores de todos os CAPS-ad do DF. Totalizando-se, assim, 09 sujeitos. Os gestores foram identificados aleatoriamente por algarismos romanos de I a IX.

4.2 Procedimento Experimental

Foram utilizadas como fontes de dados, além de material bibliográfico: entrevistas individuais e análise documental. Sendo a totalidade do material organizada e analisada.

Os dados oriundos dessas fontes foram analisados e cruzados de modo a permitir que se discuta de forma ampla e qualificada os objetivos deste trabalho.

4.2.1 Entrevista

Para realização desta coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada (Apêndice 1). Tal método de entrevista consiste na combinação de um roteiro sistematizado com perguntas abertas. Isso permite ao pesquisador se orientar na condução da mesma, ao tempo que não o limita, dando-lhe flexibilidade ao elaborar as questões que pretende abordar conforme os objetivos do trabalho (56). Assim, para Minayo (60), neste método não há a necessidade de uma sequência rígida das questões, quanto aos assuntos a serem abordados, porque esta é determinada pelo que emerge da fala dos entrevistados ao se discutir o assunto em questão.

A organização do repertório de perguntas visou desvelar as aproximações e distanciamentos entre os pressupostos da política nacional de saúde mental e as práticas, buscando ressaltar as dificuldades e as soluções construídas/utilizadas na gestão dessa transposição. Assim, a entrevista foi direcionada por meio de questões norteadoras, elaboradas com base no referencial teórico e na vivência do autor, segundo os objetivos desta dissertação.

Foram tomados os devidos cuidados na apresentação da finalidade da pesquisa e escolhidos locais de realização da entrevista que permitissem privacidade.

Tal entrevista foi realizada com os sujeitos amostrais, isto é, gestores e ex-gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas para análise. Sua duração variou conforme cada sujeito

discorria sobre as questões, sendo a mais célere tendo sido realizada em 37 minutos e a mais longa em 1 hora e 32 minutos. Permitiu-se, portanto, que cada um seguisse o próprio ritmo, com liberdade para apresentar suas percepções e idéias.

4.2.2 Análise documental

Foram analisados documentos relativos à Oficina de Alinhamento do Subcolegiado-ad, da Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal, realizada no ano de 2014, que teve por objetivo promover consensos e trocas entre os gestores a fim de alinhar a dinâmica de funcionamento dos CAPS-ad do DF.

4.3 Análise dos dados

Se deu dentro da proposta de análise de conteúdo de Bardin (61), por análise temática/categorial, conforme se segue:

4.3.1 Categorização

A construção das categorias para análise de conteúdo se deu por relevância dentro dos objetivos deste manuscrito, em consonância com o referencial teórico abordado.

Foram elencadas, portanto, nove categorias: gestão; acolhimento; atuação interdisciplinar; construção de cuidado baseado em Plano Terapêutico Singular - PTS; manejo de crise; atuação territorial; matriciamento; desconstrução de estigmas e redução de danos.

Em cada categoria, buscou-se extrair os entendimentos sobre o que ela representa na realidade de cada serviço, as dificuldades em sua implementação e as soluções encontradas para permitir sua transposição total ou parcial para a prática nos CAPS-ad estudados.

4.3.2 Tratamento dos resultados/interpretação

Nesta etapa da análise de conteúdo, buscou-se colocar em relevo e relacionar as informações advindas das entrevistas, documentos e literatura, dentro das categorias construídas extraíndo desse material inferências e interpretações. Alçando-se, assim, a síntese entre as questões de pesquisa, o referencial teórico e os resultados obtidos.

Apresentamos continuamente as citações diretas do discurso dos entrevistados, inclusive com suas repetições, vícios de linguagem e eventuais construções gramaticais gramaticais. A bem do entendimento, porém, por vezes acrescentou-se entre parênteses palavras ou orações que contextualizavam o fragmento de fala dos entrevistados. A fim de salvaguardar a identidade dos entrevistados, nomes de locais de abrangência foram substituídos pela palavra "território"entre parenteses.

4.4 Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília sob o número de parecer 2.226.229/2017 (Anexo 1), e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), resguardando o sigilo de todos os participantes da pesquisa e reduzindo-se o máximo possível qualquer risco em relação aos sujeitos entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas dos gestores entrevistados foram agrupadas tendo por unidade temática/categoria as diretrizes escolhidas e organizadas segundo os entendimentos, dificuldades e soluções desenvolvidas em suas experiências de gestão.

5.1 Categoria Gestão

5.1.1 Entendimentos sobre gestão dos CAPS-ad do DF

No discurso dos entrevistados, predomina a percepção de que o modelo de gestão que deve ser empregado nos CAPS-ad seja horizontalizado; dando-se pela interlocução direta do gestor junto à equipe como um todo, ou pela mediação de um colegiado gestor:

“[...] o colegiado é um apoio muito grande pra gestão aqui. Deixa a gestão muito mais horizontal” (Gestor I);

“As decisões, elas estão prioritariamente junto às miniequipes” (Gestor I);

“[...] esse espaço coletivo de gestão ainda assim é o melhor caminho” (Gestor II).

“[...] a gente não pode fazer uma coisa de cima pra baixo” (Gestor III);

“Nada é decidido sem conversar com a equipe não.” (Gestor V);

“[...] eu enquanto gestora, a gestão com a equipe era uma gestão muito, muito, muito tranquila, muito horizontal” (Gestor VI);

“[...] não é a coisa hierárquica de cima pra baixo, é uma coisa mais horizontal mesmo, de fazer, acompanhar” (Gestor VII);

Essa horizontalidade, porém, não significa abrir mão do papel do gestor de condução do serviço:

“As decisões, elas estão prioritariamente junto às miniequipes, mas a gestão ela sempre tenta acompanhar de perto isso e se houver uma decisão que seja contra a política, ou que não respeite uma condição mais técnica de avaliação do caso, aí nós intervimos e conversamos [...]” (Gestor I);

“O matriciamento foi mesmo uma determinação da gestão [...]” (Gestor I);

“[...] o gestor é um espelho da equipe. É um pouco forte isso, mas assim, o gestor ele dá o tom da equipe, ele tem que ser o maestro da equipe.” (Gestor VI);

“[...] eu sou uma gestora que cobra [...]”(Gestor VI);

“[...] em algum momento a gente vai ter que bater a caneta, não adianta.” (Gestor VII);

“Se não for pra atender a demanda do serviço como um todo, se for pra atender demanda pessoal, a gente vai ter que bater a caneta.” (Gestor VII).

Apesar dessa busca por horizontalidade, tal não implica em demanda reduzido ao gestor, repete-se no discurso dos gestores entrevistados a percepção de que lhes são demandadas uma multiplicidade de inserções que extrapolam a mera organização do serviço. Essas demandas distribuem-se em:

1. Capacitação da equipe acerca do modelo de saúde mental em construção:

“[...] você tem que treinar um montante de pessoas muito grande [...]” (Gestor I);

“[...] empoderar a equipe e os usuários para romper com o modelo hospitalocêntrico que reproduz as práticas de isolamento, segregação, exclusão [...]” (Gestor II)

“No dia a dia, a gente vai tentando entender um pouco a (...) equipe, tentando trabalhar com eles, sensibilizar, liberar pra cursos, pra capacitações, sensibilizações e fazendo junto.” (Gestor VII)

2. Realizar articulação da rede:

“[...] a gente tem tentado construir [...] uma espécie de colegiado gestor de saúde mental [...] na nossa região [...]” (Gestor VIII);

“[...] [participar] nas reuniões quinzenais com a coordenação regional de saúde, nas reuniões do subcolegiado de saúde mental e Colegiado gestor e nas reuniões de rede local [...]” (Gestor IX)

3. Defender o modelo em construção, buscando dar visibilidade aos serviços e angariar apoio político:

“[...] existem diversos interesses políticos que você tem que ficar mediando [...]” (Gestor I);

“[...] pensar a gestão como uma ação política de interlocução com diversos atores e setores, trabalhando com as pluralidades [...]” (Gestor II)

4. Mediar a falta de recursos e os trâmites burocráticos, para que tenham impacto mínimo sobre os serviços:

“[...] qualquer coisa que você precise em benefício do serviço é muito burocrático de conseguir, então você tem que fazer uma série de justificativas [...]” (Gestor I);

“[...] o serviço perde muito no potencial em que ele poderia ter porque não tem recursos seja humano, seja de infraestrutura [...]” (Gestor I);

“[...] o primeiro desafio meu na gestão foi tentar estruturar o CAPS o mínimo possível pra funcionar. A gente não tinha mobiliário, não tinha recursos humanos, era só eu e a psiquiatra [...]” (Gestor V);

5. Acompanhar de perto a atuação da equipe, por vezes fazendo junto o trabalho da ponta:

“[...] a gestão ela sempre tenta acompanhar de perto isso e se houver uma decisão que seja contra a política ou que não respeite uma condição mais técnica de avaliação do caso, ai nós intervimos e conversamos [...]” (Gestor I);

“[...] o gestor é um espelho da equipe. É um pouco forte isso, mas assim, o gestor ele dá o tom da equipe, ele tem que ser o maestro da equipe.” (Gestor VI);

“[...] gestor tem esse papel, “AH, mas isso é meio escolar.” Não, tem que ser didático mesmo, tem que estar na agenda, você tem que colocar na agenda” (Gestor VI);

“[...] eu sou uma gestora que cobra [...] Mas eu sou uma gestora também que apoia e que percebe o outro também.” (Gestor VI);

“[...] um grande diferencial, que faz muita diferença no trabalho de CAPS é essa proximidade nossa com a equipe, da gente poder estar junto, atender [...]” (Gestor VII);

“[...] tem uma vantagem de quem está gerindo [estar] na assistência é porque você tem mais propriedade pra falar sobre o caso, eu sei

desse caso, porque fui eu que inclusive atendi ele naquele grupo tal [...]” (Gestor VIII).

6. Conduzir a equipe, empoderando-a, manejando conflitos e cuidando da motivação e do moral:

“[...] empoderar a equipe e os usuários para romper com o modelo hospitalocêntrico que reproduz a práticas de isolamento, segregação, exclusão [...]” (Gestor II).

“Sempre pedi a eles pra falarem, né. Pedir mesmo e entregar o caso, dar responsabilidade [...]” (Gestor IV);

“[...] eu acho que a gestão tem que trabalhar muito em cima da motivação dos servidores [...]” (Gestor VI);

“[...] [É papel do] gestor de ajudar com que a equipe não tenha uma satisfação negativa, mas uma insatisfação positiva, é usar essa insatisfação e conseguir ser melhor naquilo que a gente consegue fazer. A insatisfação negativa é aquela de ficar reclamando, mas não ter uma proatividade dentro das suas condições, fazer algo que consiga ficar tranquilo com a sua consciência. Se não a gente vai adoecendo [...]” (Gestor VIII);

Essa multiplicidade de papéis, somada à carência de instrumentos de gestão norteadores, é, por vezes, percebida como desgastante:

“[...] fica muito centralizado no papel do gestor” (Gestor I);

“[...] faltam ferramentas de gestão para lidar com os conflitos, seja nas equipes, seja nos próprios colegiados [...]” (Gestor II).

5.1.2 Dificuldades para a gestão dos CAPS-ad do DF

Os gestores entrevistados trazem como uma primeira e impactante dificuldade para a gestão dos serviços, o processo de lotação dos profissionais nos CAPS-ad, que se dá por concurso público específico para saúde, mas inespecífico para o campo da saúde mental. Essa dinâmica termina por trazer para os CAPS-ad um corpo de profissionais que não necessariamente se identificam ou são instrumentalizados tecnicamente para lidar com as vicissitudes do campo e modelo de saúde mental a ser desenvolvido:

“[...] a especificidade do serviço é muito grande, tem muitas especificidades em trabalhar com saúde mental, em trabalhar com álcool e drogas e aí as pessoas simplesmente chegam [...]” (Gestor I);

“[...] às vezes a equipe que vem parar no centro de atenção psicossocial não fez um concurso específico e não tem uma compreensão que o trabalho em saúde mental é aquela coisa diferente de tudo que a gente conhece [...]” (Gestor VII);

“Eu acho que esse é o primeiro maior desafio, ter uma equipe que compreenda e que viva a saúde mental, porque as vezes o que eu percebo em algumas pessoas da equipe é que as grades do manicômio está dentro de cada um.” (Gestor VII).

Além do despreparo inicial das equipes, quando ingressam nos serviços, a própria estrutura dos serviços, física, material e de recursos humanos é colocada como elemento que, quando em falta, dificulta os processos de gestão para que o serviço alcance seu potencial:

“[...] qualquer coisa que você precise em benefício do serviço é muito burocrático de conseguir, então você tem que fazer uma série de justificativas, você tem que conversar com uma série de setores e talvez no final do processo, você não consiga o que você estava precisando [...]” (Gestor I);

“[...] o serviço perde muito no potencial em que ele poderia ter, porque não tem recursos seja humano, seja de infraestrutura [...]” (Gestor I);

“De desafio é a falta de estrutura mesmo, você não ter equipamento básico, não ter telefone [...]” (Gestor III)

“A gente não tinha mobiliário, não tinha recursos humanos, era só eu e a psiquiatra [...]” (Gestor V);

“Nós ficamos em 4 (quatro) servidores, mais ou menos um ano e meio, depois foi chegando de um em um [...]” (Gestor V);

“Maior desafio, é a questão de recursos humanos, recurso físicos né, a gente não tem matérias pras oficinas, a gente faz bazar ou doação do próprio bolso mesmo pra fazer, senão não, não mantém as oficinas que a gente tem, e assim vai [...]” (Gestor V);

“Os principais desafios são a falta dos recursos, recursos necessários para se fazer gestão né, então quando você, o básico falta fica muito complicado, porque reflete na motivação dos servidores.” (Gestor VI)

Os gerentes entrevistados trazem a questão de que a inovação do modelo em construção, somada à baixa capacitação/identificação inicial dos servidores é

evidenciada/exacerbada no processo de atuação interdisciplinar e de co-gestão, pilares desse modelo, gerando situações de difícil manejo para os gestores:

“[...] muitas vezes você esbarra no não desejo de alguém de mudar sua percepção sobre determinadas coisas [...]” (Gestor I);

“[...] [É difícil trabalhar] a equipe e os usuários para romper com o modelo hospitalocêntrico que reproduz as práticas de isolamento, segregação, exclusão [...]” (Gestor II).

“É [difícil] chegar no senso comum né? Não é chegar no senso comum, mas em uma coisa parecida sem ter brigas, a gente tentar se entender, a gente tentar fazer uma coisa que a maioria entenda que é correto e que as outras pessoas aceitem isso, que eu acho que o que vale é a maioria.” (Gestor III);

“Por ser uma equipe multiprofissional, cada um pensa de um jeito [...]” (Gestor IV);

“[...] [É difícil] colocar em prática o PTS [...]” (Gestor IX);

Outra percepção de dificuldade de gestão que é recorrente no discurso dos entrevistados é a percepção de receberem pouco apoio do nível central ou mesmo entre os pares:

“[...] faltam ferramentas de gestão para lidar com os conflitos, seja nas equipes, seja nos próprios colegiados. A gestão das organizações de saúde mental é uma atividade complexa, e que exige muito investimento da equipe de gestão e dos trabalhadores para lograr resultados satisfatórios [...]” (Gestor II).

“[...] a gente precisa estar mais junto, porque acaba que cada um está tentando sobreviver, entendeu?” (Gestor III);

“[...] às vezes a coisa fica tão complicada que a gente precisa mesmo ser ouvida (...) porque às vezes as coisas ficam loucas, porque “X” vão mandar me prender? Como é isso? Às vezes, você acaba fazendo coisas que nem precisava, mas com medo e com a pressão que você tem.” (Gestor III);

“[...] a nossa rede, ela não se conversa, eu sinto essa dificuldade.”; “Passaram-se várias gestões, a gente teve três gestões, estamos na quarta gestão e ninguém conhece o CAPS.” (Gestor V);

“[Há] Distanciamento e lentidão da Diretoria de Saúde mental , na solução de questões que dependem daquela diretoria [...]” (Gestor IX);

Todo esse conjunto de dificuldades apontadas exacerbam-se pela falta de (ou baixa) vontade política em consolidar o modelo de saúde mental. O que termina

repercutindo em sobrecarga dos serviços, que têm que lidar com territórios e população muito superiores ao preconizado. Tal situação abandona ao gestor da unidade a responsabilidade de construir articulações e defender o modelo:

“[...] existem diversos interesses políticos que você tem que ficar mediando, não é só o crescimento do serviço e a assistência à população, é o quanto esse serviço tem um valor político, o quanto ele traz benefícios pra uma certa pessoa ou pra um setor, quanto mais benefícios ele trazer mais benefícios ele terá [...]” (Gestor I);

“[...] desafio foi pensar a gestão como uma ação política de interlocução com diversos atores e setores, trabalhando com as pluralidades, a interdisciplinaridade, a subjetividade, administrando isso com os processos de trabalho de uma clínica ampliada [...]” (Gestor II).

“Como a nossa área de cobertura é muito grande, a gente tem que ir descobrindo [...] a gente tem que ir a campo mesmo pra saber o que é que tem por lá e isso dificulta bastante, porque a nossa equipe é pequena e acho que a gente tinha que estar mais junto.” (Gestor III);

“Aqui [...] como eu conheço mais a rede, então a coisa está mais estruturada [...] a gente participa da reunião de rede, então a gente consegue manter um contato maior, mas em outros lugares [que são da área de abrangência] [...] a gente não é tão próximo, eu nunca fiz reunião de rede [nesses outros lugares] [...]” (Gestor III);

“[...] a gente fica muito pra trás na questão da saúde mental, a gente não é visto. Muitas vezes eu sinto que a gente não tem muita legitimidade diante de outras coisas. Quando a gente perde por exemplo, profissionais sem a gente ser consultado, quando a gente perde transporte, quando a gente perde espaço pra funcionar [...]” (Gestor VII);

“[...] os principais desafios, o primeiro deles né, é ser coeso na rede, eu acho que a saúde mental ainda é estigmatizada, então essa luta pra estar inserida mesmo no contexto de saúde [...]” (Gestor VIII);

“[...] a gente está com inchaço no serviço, isso nos três CAPS (da região) por causa desse problema hoje [...]” (Gestor VIII);

5.1.3 Soluções em gestão desenvolvidas pelos CAPS-ad do DF:

Os gestores entrevistados identificam na horizontalização dos processos de gestão, diretamente ou utilizando de colegiados gestores como ferramenta para tal, o principal mecanismo para que se alcance a superação dos conflitos e qualificação da gestão, levando à construção de soluções coletivas para o desafio de gerir um

CAPS-ad. Ademais, apresentam que tal dinâmica reduz a sobrecarga do gestor, apoiando-o:

“[...] a gente sempre fala pros representantes dos colegiados trazerem as demandas da equipe e isso faz com que eles tenham realmente um papel importante de liderança de não serem somente porta voz, mas também de serem mediadores dessa questão [...]” (Gestor I);

“[...] o colegiado é um apoio muito grande [...] Deixa a gestão muito mais horizontal, os profissionais eles realmente procuram os representantes, colocam as suas demandas, os representantes fazem essa mediação, então vamos dizer assim, que os processos de trabalho têm realmente a cara da equipe com o colegiado gestor, porque permite que de fato seja algo mais horizontal assim, que todo mundo tenha acesso a essa construção.” (Gestor I);

“[...] [o colegiado] tenta articular os interesses de usuários e servidores no cotidiano do serviço. A gestão colegiada é de fundamental importância, pois aponta dificuldades e possibilidades de construir um trabalho de qualidade, mesmo numa conjuntura adversa.”(Gestor II).

"Então, eu acho que começo aqui dentro com o que a gente queria, com o que a gente poderia fazer e depois a gente se estendeu lá fora. Eu acho hoje que a nossa equipe está mais estruturada, é uma equipe que faz mais visitas domiciliar, que quer conhecer a rede, participa das visitas dos encontros de rede, que a gente faz os estudos de caso muito mais aprofundados.” (Gestor III);

“[...] às vezes, a coisa fica tão complicada que a gente precisa mesmo ser ouvida [...] Então, eu acho que o colegiado, ele já podia te dar uma retaguarda.” (Gestor III);

“Ajuda muito, porque você não fica só com aquela decisão pra você tomar e além de escutar os outros, ver diversas opiniões, ver como é que você vai tentar solucionar os problemas da melhor forma, eu acho que é um avanço muito grande trabalhar em equipe.” (Gestor V);

“Me ajuda muito, pra mim é uma ferramenta essencial o colegiado gestor.” (Gestor VI);

“[...] nós temos o nosso colegiado gestor e o colegiado gestor sempre trabalha em protocolos, não só em protocolos, mas no que está dando certo.” (Gestor VI);

“[...] [o colegiado] tem feito um levantamento aqui no CAPS do que é pendente da gestão e o que é pendente da equipe [...] percebemos que muitas coisas que a gente conversa em janeiro, a gente repete em dezembro e ficam pendentes, e isso foi uma prática que tem surtido efeito pra ver essa falha nossa de uma forma geral.” (Gestor VII)

“[...] [o colegiado ajuda] tanto pra gente levantar pautas pra reunião de equipe, como pra resolver problemas internos [...] Ele é o que processa o que está precisando da demanda que foi trazida, tanto na

assembléia, como pelos próprios servidores da equipe, quanto pela própria gestão [...]” (Gestor VIII);

“[A solução para as dificuldades se dá] Levando as questões para discussão com a equipe na Unidade, nas assembléias de pacientes, familiares e profissionais [...]” (Gestor IX);

Salientam, porém, que esse mecanismo demanda do gestor, por vezes, abrir mão de sua posição frente a determinadas demandas, ou ter que apresentá-las de forma mais cuidadosa à equipe:

“Por mais que você esteja cheio de gás, não é assim. Tem que ser conversado, tem que ser compactuado. As pessoas precisam entender que aquilo vai ser importante pra ela, vai ser importante pros usuários que estão aqui, não adianta a gente impor, tem que ser um trabalho bem devagar.” (Gestor III);

“[A solução para lidar com as dificuldades da gestão é] Gestão democrática, que acaba sendo também uma dificuldade.” (Gestor IV);

Realização sistemática de reuniões, os processos de educação continuada e troca de experiências, bem como a aproximação e incentivo à equipe também são apresentados como soluções às dificuldades de gestão, favorecendo o moral e a reflexão contínua sobre as práticas:

“As reuniões de equipe acontecem toda semana [...] Nós temos outra mini reunião que é a reunião de passagem de plantão [...] ela é diária de domingo a domingo, [...] todo mundo que estiver escalado no período, entra na sala pra discutir os casos que estão ali no dia” (Gestor I);

“[...] a reunião de equipe [...] é dividida em dois momentos: reunião de miniequipe, onde cada miniequipe se reúne, discute seus casos, as visitas, os casos que precisam de busca ativa, etc. E aí depois nós temos a reunião de equipe mais ampliada que fazemos alguns informes, vemos algumas questões administrativas e temos um momento de educação continuada.” (Gestor I);

“O que a gente faz é sempre estar acompanhando de perto [...]” (Gestor I);

“O observatório, eu acho que foi uma coisa muito importante pra mim [...] porque eu comecei a ver experiência tanto dos outros CAPS, quanto de fora, dos professores trazendo experiência de fora. Então, a gente trazia empolgado, falando das experiências dos outros, o que vocês acham? E eles começaram a abraçar a causa, foi aos poucos mesmo. A gente traz a coisa, traz a experiência, mas tem que tocar. A pessoa precisar falar: ‘Pô, vai ser legal mesmo.’ Porque mudar é uma coisa difícil [...]” (Gestor III);

“Se você for olhar só pra fora é melhor você desistir, né?! Então, você tem que ver o que você tem de potencialidades dentro e trabalhar com a equipe. O que é possível nós fazermos, apesar das nossas dificuldades.” (Gestor VI);

“[...] [a solução é ir] tentando trabalhar com eles, sensibilizar, liberar pra cursos, pra capacitações, sensibilizações e fazendo junto [...]” (Gestor VII);

“[...] não é a coisa hierárquica de cima pra baixo, é uma coisa mais horizontal mesmo, de fazer, acompanhar, pegar na mão [...]” (Gestor VII);

Outra importante solução em gestão trazida pelos entrevistados é a qualificação dos gestores em processos de gestão. Dentre várias estratégias de qualificação, a que mais esteve presente no discurso dos Gestores foi a realização de alinhamento entre os serviços, a partir dos resultados alcançados com a realização de Oficinas de Alinhamento entre os CAPS-ad do DF, realizada em 2014, e que trouxe importante impacto na qualificação dos mesmos no sentido da transposição da política nacional para a prática:

“A gente via coisas que assim, era extremamente importante o alinhamento dos serviços [...]” (Gestor I);

“[...] eu percebi [com as oficinas de alinhamento] um caminhar em direção a [os CAPS-ad] estarem mais congruentes com o que é preconizado pelas leis [...] muitos não tinham acolhimento portas abertas ou tinham limite de pessoas por dia de acolhimento, enfim. Isso foi superado. Muitas barreiras de acesso existiam, então assim, eu percebi uma mudança.” (Gestor I);

“se nós da gestão tivermos segurança de que aquele processo é sim importante, que ele trará resultados, a gente fica mais seguro pra aguentar a pressão da equipe que talvez não esteja vendo os resultados tão imediatos como gostaria, e aí ajuda a gente a estimular, dizer: ‘Não, não vamos parar né, a gente vai colher resultados, porém será mais a médio prazo’ [...]” (Gestor I)

“[antes das oficinas de alinhamento] O acolhimento se restringia ao preenchimento da ficha de acolhimento e após o realinhamento o acolhimento tomou uma perspectiva mais ampla tanto no conceito como na importância do acolhimento aberto [...]” (Gestor II);

“[Após as oficinas de alinhamento, houveram] Mudanças no acolhimento, assembleias mais sistemáticas e fortalecimento do matriciamento [...]” (Gestor II).

“As oficinas [de alinhamento] deram novas ideias, deram novas perspectivas, fortaleceu o nosso funcionamento portas abertas. Deram

algumas direções sobre projeto terapêutico singular que nós não tínhamos antes [...] ajudou também a conhecer outros serviços e favoreceu esse trabalho em redes [...]” (Gestor III);

“[...] [Participaram das oficinas de alinhamento, além dos gestores] servidores nas oficinas, então eles meio que funcionaram como multiplicadores dentro do serviço, sobre as questões que foram abordadas e discutidas [...]”; (Gestor III);

“[...] foi lá que a gente teve as nossas primeiras ideias sobre o matriciamento, que era uma coisa que a gente ainda não fazia. Então, a gente conseguiu ouvir outras experiências, conseguiu ouvir também pessoas de outros lugares que também tinham vivido essa questão, isso que nos deu novos horizontes para pensar em alguma coisa, pra iniciar alguma coisa que nós estamos iniciando só agora também, mas foi a partir de lá.” (Gestor III);

“Após a oficina [de alinhamento], a maioria percebeu que a crise faz parte do tratamento e que ela vai acontecer e daí que não é um problema só do CAPS, daqui nosso [...] depois dessas oficinas, a gente observou que essa intervenção em crise, cada um fazia de um jeito [...] era um problema de todos os CAPS, daí quando a gente observou isso, a gente começou a tentar resolver.” (Gestor IV);

“Cada CAPS é um universo, tem sua cultura, mas tem coisas que é da gestão maior e que todos têm que cumprir, por isso que eu acho que essas oficinas [de alinhamento] são importantes, porque têm coisas que são estruturantes e que a gente precisa de um superior técnico pra nos dar um norte em eixos principais.” (Gestor VI);

“[...] eu acho que o apoio técnico ele é gritante dentro de um serviço [...] vir alguém de fora e ter um olhar diferenciado pra indicar, muitas vezes, algumas coisas na gestão que a gente não percebe [...]” (Gestor VII);

“[Uma solução que encontramos foi] A criação do sub colegiado AD, do colegiado de saúde mental, esses espaços de escuta, qualificação [...]” (Gestor VII);

“[...] [Com os espaços de troca entre os gestores] a gente tem feito mudanças das nossas práticas nas discussões, perceber que o que o colega está fazendo está certo e eu possa melhorar aqui, ou o que deu errado lá e eu não fazer aqui [...]” (Gestor VII);

“[...] [com as oficinas de alinhamento] a gente avançou em algumas coisas [...] acho que na melhoria e na qualidade [...]” (Gestor VII);

Articular-se técnico/politicamente com a rede é estratégia para alcançar maior visibilidade, entendimento e apoio para os CAPS-ad, segundo os gestores entrevistado:

“[...] encontrar apoio político mesmo [...] seja agora nas macro regiões que existem, seja na nossa diretoria técnica [...]” (Gestor I);

“[...] articulação em rede, contar com outros setores [...] hoje é que mais tem trazido benefícios pro serviço [...]” (Gestor I);

“Com relação ao hospital, que é o nosso hospital de referência [...] a gente teve uma psiquiatra nossa [...] que ficou um tempo lá e isso nos ajudou muito, porque ela foi desconstruindo algumas coisas, foi fazendo acordo, foi mostrando pra eles o que é a dependência química, tirando alguns preconceitos [...] nos fortaleceu com relação ao hospital.” (Gestor III);

“[...] a gente está indo novamente lá, pra conversar com a diretora, porque é um trabalho que tem que ser contínuo, porque muda a equipe, as pessoas saem da gestão [...]” (Gestor III);

“Então, a gente precisa compactuar algumas coisas de quem atende o que e como se ajudar em uma eventual crise [...] a gente tem que aproveitar que quando o mar estiver muito calmo, aproveitar, se conhecer, entender um pouco mais sobre o outro.” (Gestor III);

“[...] a gente tem tentado construir [...] uma espécie de colegiado gestor de saúde mental [...] na nossa região, eu acho que essa foi solução bem interessante que a gente conseguiu ter alguns avanços de aproximação principalmente com a atenção primária a partir disso [...]” (Gestor VIII);

“Depois que a gente começou com esse colegiado gestor [...] e tem participado dele, os diretores, superintendentes, a gente tem tido algumas ideias principalmente de se unir [...]” (Gestor VIII);

“[...] [Temos que participar] nas reuniões quinzenais com a coordenação regional de saúde, nas reuniões do subcolegiado de saúde mental e Colegiado gestor e nas reuniões de rede local [...]” (Gestor IX).

Tem-se, portanto, na categoria gestão, o seguinte quadro de entendimento, dificuldades e soluções, conforme resumido no quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Entendimento, dificuldades e soluções em relação a categoria gestão.

| Entendimento sobre Gestão, segundo gestores dos CAPS-ad do DF: | Dificuldades da gestão, segundo gestores dos CAPS-ad do DF: | Soluções construídas nos processos de gestão dos CAPS-ad do DF: |
|---|--|--|
| <p>A Gestão de um CAPS-ad deve ser horizontal e demanda do gestor atuar em diversos papéis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar e orientar a equipe; • Tecer e articular a rede; • Defender técnico/politicamente o modelo; • Manejar as faltas de recursos; • Mediar conflitos e motivar a equipe. | <p>Baixa vontade política para consolidar a RAPS no DF, somada à falta de apoio e planejamento do nível central que remete à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserção arbitrária de profissionais nos CAPS-ad, sem treinamento ou identificação com o modelo; • Falta de recursos estruturais, materiais e humanos. • Sobrecargas nos serviços. | <ul style="list-style-type: none"> • Educação continuada para a equipe e gestores; • Aproximação entre os serviços; • Construção e articulação técnico/política em rede. |
| | <p>Transposição para a prática de um modelo novo, ainda não consolidado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Busca por processos horizontalizados de gestão para construção compartilhada de soluções • Alinhamento e troca de tecnologias entre os serviços |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Depreende-se, portanto, de tudo o que fora trazido pelos gestores entrevistados, um entendimento sobre gestão de que ela deva ser horizontalizada, mas que, apesar disso, resta ao encargo do gestor de um CAPS-ad uma multiplicidade de papéis, que implicam diretamente na efetividade ou não daquela unidade de saúde mental.

Esse entendimento se coaduna com a percepção e recomendação de Onocko Campos (62) após avaliar os modelos de gestão de uma rede de CAPS. Ela Assevera:

[...] o estímulo e o reforço à gestão democrática e à formação de gestores também devem ser considerados: ao gestor local cabe, afinal, a gestão da clínica do CAPS, de suas relações com a rede de saúde como um todo e da própria equipe multiprofissional (p.20).

As dificuldades em gestão apontadas, por sua vez, remetem justamente à essa sobrecarga de papéis, na perspectiva dos gestores entrevistados, cuja demanda vai desde o lidar com faltas de planejamento e vontade política do nível central à responsabilidade por manejar o processo de transposição da Política Nacional de Saúde Mental para a prática efetiva nas unidades que gerenciam.

Esses achados são congruentes com a perspectiva de Silva, que assevera:

[...] a organização do trabalho no CAPS ocorre mais por acordos internos e pelas condições de execução do trabalho do que em função do modelo que gerou esses serviços. Assim, cada equipamento define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe. [...] Esse caráter subjetivo tem implicações para a gestão do CAPS, em que a dificuldade da definição do processo de trabalho tem papel preponderante. (63) (p.38)

Segundo os entrevistados, é nos processos de co-gestão, atuação em rede, busca por qualificação contínua e suporte mútuo, que os gestores encontram possibilidades de lidar com as adversidades e construir soluções.

O processo de co-gestão é referendado por Campos (64) como facilitador do processo de gestão; ele assevera:

Assim, sugere-se uma máquina gerencial dialética [...] Uma máquina que assegure tanto possibilidades de participação e que, portanto, produza distribuições mais equilibradas de poder, como também garanta objetividade e praticidade ao funcionamento do estabelecimento. Discussão, negociação, explicitação de diferenças; porém sempre seguidas de sínteses operativas a serem colocadas em prática pelos trabalhadores. E que a maioria aprenda algo com o processo, educação continuada em ato. (p.869)

5.2 Categoria Acolhimento

5.2.1 Entendimentos sobre acolhimento

No discurso dos gestores entrevistados, enfatiza-se o acolhimento como elemento essencial na dinâmica de funcionamento de um CAPS-ad, a ser garantido diariamente e sem limite de vagas, o que denominam como “funcionamento portas abertas”:

“Acolhimento é a principal coisa que acontece aqui [...] ele acontece o tempo inteiro nas suas diversas faces [...] ele é diário, ele funciona das 7h da manhã as 22h [...]” (Gestor I);

“Esse é o processo, assim, que a gente chama o acolhimento de portas abertas aqui. Que, então, funciona de domingo a domingo, das 7h da manhã até as 22h tendo sempre um profissional disponível pra estar acolhendo ou reacolhendo esse usuário.” (Gestor I);

“Acolhimento no início da gestão era feito três vezes na semana, com limite de vagas de 5 pacientes por profissional disponível para acolhimento. Porém ao longo da gestão passou a ser aberto todos os dias da semana, sem limite de vagas [...]” (Gestor II).

“[...] a gente atende qualquer dia, qualquer hora [...]”(Gestor III);

“[...] o paciente assim que chega, ele é atendido por profissional [...] ele é imediato. Acontece todos os dias [...]” (Gestor IV);

“O acolhimento é todos os dias de portas abertas. De manhã da 08h às 12h e a tarde das 14h às 18h [...] Sem números de pessoas, chegou, a gente atende, porta aberta totalmente” (Gestor V);

“[...] você tem que colocar [o acolhimento] como prioridade [...]” (Gestor VI);

“Acolhimento realmente é de portas abertas, funciona em todos os períodos (...) não fica sem profissional [...]” (Gestor VI);

“O acolhimento é todo dia, é toda hora [...]” (Gestor VII);

“[...] a gente briga muito aqui, mas a gente consegue manter as portas abertas, não encostadas, mas de fato abertas.” (Gestor VII);

“O acolhimento é visto por mim assim: ele é fundamental no CAPS!” (Gestor VIII);

“É realizado todos os dias nos três períodos de funcionamento [...]” (Gestor IX)

Há uma primazia nos discursos dos gestores entrevistados de um sentido estrito do acolhimento, como um contato inicial entre o usuário e o serviço:

“Ele chegou aqui pela primeira vez, então ele é atendido por uma equipe que está escalada pra isso [...]” (Gestor III) ;

“[...] depois desse acolhimento, o paciente já é inserido no tratamento [...]” (Gestor IV);

“[...]um escutar o paciente, na hora que ele chega né, ao momento que ele procurou o serviço [...]” (Gestor V);

“É quando ocorre o primeiro contato do usuário com o serviço [...]” (Gestor IX).

Nesse primeiro atendimento realizar-se-ia, segundo os gestores entrevistados, o conhecimento mútuo entre o serviço e o usuário, buscando-se uma postura de escuta, ao tempo em que fazer-se-ia uma avaliação de necessidades

prementes, prestando-se orientações e realizando-se os encaminhamentos necessários:

“[...] se ele estiver em uma emergência clínica ou psicossocial, o profissional pode direcioná-lo ou pros leitos de atenção 24h, ele pode passar uma desintoxicação ou por um período ali, que vai ser importante ele ser monitorado nas 24h do dia, pra lidar com a questão psicossocial ou com risco de suicídio. Não estando em uma situação aguda, ele vai ser marcado para um atendimento de referência com o profissional da região dele, pra um grupo de boas-vindas, que é um grupo que explica como é o CAPS, que é o primeiro contato terapêutico com os indivíduos e um grupo de referência, que é um grupo que ele vai fazer as primeiras reflexões de como vai ser o tratamento dele, de como está a vida dele ali, de como vai ser o tratamento ali em diante.” (Gestor I);

“[...] a gente busca saber como o paciente está, [...] o que ele espera do serviço [...] explica o que é o CAPS, explica direitinho o que é o serviço, sobre o que está acontecendo com ele, a gente explica do que se trata, como vai ser, como são os grupos. Enfim, essa parte assim mais geral [...]” (Gestor III);

“[...] a maioria chega aqui querendo a medicação, né?! Então, tem todo o trabalho de desconstrução dessa coisa de que você precisa de tratamento muito além de medicação, mudança de estilo de vida [...]” (Gestor III);

“[...] a partir do acolhimento, a gente conversa com ele pra saber o que ele tem interesse, a gente mostra quais são os grupos que estão sendo realizados no CAPS, as atividades externas, porque a gente também trabalha com coisas fora do CAPS, a gente tem grupos fora, como os de terapia comunitária. A gente encaminha pro AA, NA, quando a pessoa trabalha, porque como o nosso CAPS não é 24h, a gente não tem fora do horário comercial, o que dificulta bastante, né?!” (Gestor III);

“[...] a gente oferece tudo que a gente tem no nosso cardápio [...] daí ele vai se encaixando.” (Gestor IV);

“[...] a gente quer escutar o porquê ele procurou, qual é a demanda [...] o acolhimento não é aquela triagem cheia de perguntas, a gente escuta o paciente [...] No primeiro momento, a gente mais escuta do que fala [...]” (Gestor V);

“[...] se [no acolhimento] a equipe percebe que ele está com alguma alteração clínica [...] a gente pede pra que a equipe de enfermagem faça [...] uma avaliação clínica naquele momento.” (Gestor VII);

“[...] [No acolhimento] são colhidas as primeiras informações e também passadas algumas a respeito do funcionamento da Unidade.” (Gestor IX).

Apesar do predomínio do entendimento do acolhimento como esse primeiro atendimento, também lhe é atribuído um sentido lato, que remete a uma disponibilidade/prontidão para o atendimento ao usuário sempre que necessário:

“Acolhimento é a principal coisa que acontece aqui o tempo todo. O tempo todo tem uma pessoa nova no serviço, um usuário novo, uma família nova, um paciente retornando, alguém pra ser acolhido no leito, alguém pra ser acolhido no grupo, alguém pra ser acolhido na unidade de acolhimento. Então, pra mim, o acolhimento é a coisa que acontece o tempo inteiro aqui, nas 24h do dia. De várias formas diferentes, vamos dizer assim.” (Gestor I);

“[...] não é só acolhimento [de casos novos], é acolhimento e demanda espontânea [...] isso acontece com alguns pacientes e que chega ali e fala: ‘Eu não estou me sentindo bem, quero falar com alguém, eu não estou me sentindo bem, eu briguei com a minha esposa.’ E ai ele quer um atendimento individual [...]” (Gestor VI);

“É quando a gente pega um usuário que está em sofrimento psíquico, senta com ele e faz essa escuta. É quando ele está feliz, senta com ele e compartilha com ele dessa alegria, quando ele está agitado, gritando, querendo derrubar o mundo, a gente entende aquilo e fica calado do lado dele enquanto ele derruba o mundo dele ao nosso redor e também quando ele está em crise e a gente presta assistência.” (Gestor VII).

5.2.2 Dificuldades para realização contínua do acolhimento

No discurso dos gestores entrevistados, a primeira dificuldade para que o acolhimento ocorra de forma contínua nos serviços diz respeito ao número reduzido de profissionais nas equipes:

“O primeiro desafio é pelo número de pessoas da equipe. Porque, por exemplo: quando está tudo correndo bem, bonitinho, não tem ninguém de atestado médico, não tem ninguém de licença, aí beleza. Mas quando desequilibra isso [...] ai a coisa vira um pepino só.” (Gestor III);

“[...] [A dificuldade é o quantitativo de] recursos humanos, eu sempre preciso ter alguém escalado no acolhimento, eu preciso ter pessoal pra estar atendendo de portas abertas.” (Gestor IV);

“O desafio é ter o profissional aqui pra atender né [...] a gente estar aqui na hora que ele precisa, que ele chega pra ser atendido [...]” (Gestor V);

“Desafio é RH, sem RH fica complicado [...]” (Gestor VI);

“O RH, com certeza, é um baita de um desafio [...]” (Gestor VIII);

Justamente pela importância que aconteça continuamente e tendo em vista o número reduzido de profissionais, os gestores buscam sensibilizar a equipe e envolver todos os profissionais no processo. Todavia, é no conquistar esse envolvimento coletivo que reside uma segunda dificuldade, segundo os gestores entrevistados:

“[...] o desafio geralmente é o profissional que está na ponta, recebendo esse usuário, por exemplo: na quinta-feira à tarde, nós temos reunião de equipe e na quinta-feira à tarde existe um plantão de acolhimento, e os profissionais acreditam que não é pro CAPS funcionar de portas abertas na quinta-feira à tarde, porque temos reunião de equipe. Essas divergências acabam atrapalhando um pouco, porque claro que isso vai influenciar na forma com que o profissional acolhe aquele usuário.” (Gestor I);

“[...] outro desafio é os outros serviços que não funcionam de portas abertas, que aí acaba que os servidores sempre comparam um serviço com o outro, e a gente tem sempre que ficar justificando o porquê que nós funcionamos de portas abertas [...] a gente quer funcionar como preconiza a portaria, mas se existem outros serviços funcionando de outra forma isso deixa o servidor confuso. A gente tem que ficar fazendo essas justificativas.” (Gestor I);

“Alguns de nível médio não se sentem capacitados, embora a gente tenha feito essa capacitação, aquele esquema de entra comigo pra você ver, a gente explica, e pede pra fazer alguns cursos e enfim, mas às vezes a pessoa não quer, então a gente não obriga.” (Gestor III);

“[...] muitas vezes eu percebo que o servidor inconscientemente quer fugir dessa linha de frente, sabe? [...] porque ele realmente suga muito. Aquele momento que a pessoa chega com um baita problema, fragmentado, cheio de dores, despeja tudo e o profissional tem que estar ali, saudável, equilibrado pra poder receber.” (Gestor VIII);

“As técnicas de enfermagem [...] A gente ainda tá com uma resistência, é uma coisa que estamos indo aos poucos, porque é muitas mudanças. Então assim, são pessoas que são antigas no serviço as técnicas, senhoras que estão pra aposentar, então tem que ir com muita calma, porque elas sempre fizeram assim [...]” (Gestor VIII).

Por fim, a intensidade da demanda, em serviços com equipes reduzidas e com abrangências superiores ao preconizado, foi referido como dificuldade que se soma às demais para receber e prosseguir no cuidado aos usuários:

“O maior desafio foi o número insuficiente de Centros de Atenção no DF [...]” (Gestor II).

"[...] chegou a gente atende, porta aberta totalmente, é isso que tá dificultando, porque a gente está com uma demanda reprimida nos grupos de psicoterapia, nos grupos porque não tem como colocar mais pacientes [...]" (Gestor V);

5.2.3 Soluções desenvolvidas para garantir o acolhimento diário e sem limite de vagas

No discurso dos gestores entrevistados, a solução para manejar as dificuldades para que o acolhimento ocorra se inicia pela priorização desse papel. Uma vez concebido como prioritário, resta organizar as rotinas do serviço:

"[...] essa é nossa prioridade [...] é pra todos os usuários serem acolhidos" (Gestor I);

"[...] sempre estar abordando tema de acolhimento como a questão prioritária do serviço, não ter flexibilizado, não ter negociado o acolhimento. Então assim, a gente pode negociar outras situações que sejam possíveis, mas o plantão de acolhimento não é negociável. 'Então o paciente tem que ser acolhido todos os dias? Tem que ser acolhido todos os dias!'" (Gestor I);

"[...] o fato de nós termos profissionais escalados para o acolhimento ajuda, direciona muito o atendimento das pessoas que chegam [...] então sempre que chega um novo usuário, ele vai ser atendido por alguma dessas pessoas." (Gestor I);

"[...] a gente não coloca muitos agendamentos por período justamente pra que as pessoas tenham tempo de absorver as demandas espontâneas dos usuários, aquilo que eles precisam pra ser atendidos no momento, e essa é a forma que a gente tenta associar no cotidiano mesmo." (Gestor I);

"Ele chegou aqui pela primeira vez, então ele é atendido por uma equipe que está escalada pra isso [...]" (Gestor III);

"[a solução foi colocar o acolhimento na] Escala diária, a gente conseguiu se organizar, organização mesmo." (Gestor IV);

"[Para ter profissional disponível para o acolhimento] A gente diminuiu um pouco os atendimentos individuais, né?! Pra dar conta disso, [...] e priorizou mais os grupos, né?! Essa foi uma solução que a equipe em conjunto achou que seria melhor [...]" (Gestor V);

"[...] é uma questão de prioridades [...] de organização, sentar e fazer e planilha." (Gestor VI);

"[...] eu tenho um dimensionamento que todos os setores do CAPS fazem acolhimento no serviço. Então tem uma escala pré-fixada [...] de

acolhimento dos profissionais. Então assim, não fica sem profissional no acolhimento e quando nós temos uma demanda maior [...] sempre tem eu ou a supervisora administrativa ou a supervisora da enfermagem que fica realocando [a equipe].” (Gestor VI)

“A gente tem sacrificado outras áreas, por exemplo, os grupos. A gente não consegue mais ter um período todo de grupo, a gente centrou os grupos pela manhã, hoje só o grupo de família está a tarde pra gente conseguir manter de portas abertas, infelizmente.” (Gestor VIII);

Tal priorização, porém, só é vista como possível pelos gestores entrevistados, acaso se envolva toda a equipe no processo de acolher, sem limitar tal papel aos profissionais de nível superior ou a uma categoria específica:

“[...] [quem fica escalado para o acolhimento] ou é um especialista, ou é um técnico de enfermagem ou um enfermeiro. Então, a depender do período da semana e do dia, vai ser um desses três profissionais que vão estar procedendo com o acolhimento [...]” (Gestor I);

“[...] [se os profissionais escalados estiverem ocupados], qualquer outro profissional da equipe terá que providenciar esse acolhimento [...]” (Gestor I);

“[Tentamos envolver na realização de acolhimento] Todos os profissionais [...] Tanto de nível médio e superior.” (Gestor III);

“[Realizam o acolhimento] Todos os profissionais, nível médio e nível superior.” (Gestor IV);

“Todo mundo faz acolhimento, não tem um profissional específico pra ficar só no acolhimento.” (Gestor V);

“[O acolhimento] É assegurado, tem na escala pelo menos 2 profissionais de nível médio e superior.” (Gestor VII);

“[...] nós fazemos uma escala semanal na reunião de equipe [...] inclusive eu, que estou na gestão, entro também na escala pra que a gente mantenha porta aberta.” (Gestor VIII);

“Tem sido possível realizar o acolhimento diário, sem demanda reprimida, com a equipe toda participando.” (Gestor IX).

Tem-se, portanto, na categoria acolhimento o seguinte quadro de entendimento, dificuldades e soluções, conforme o quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Entendimento, dificuldades e soluções em relação a categoria acolhimento.

| Entendimento sobre acolhimento nos CAPS-ad do DF, segundo seus gestores: | Dificuldades para realização diária e ilimitada de acolhimentos nos CAPS-ad do DF, na perspectiva de seus gestores: | Soluções construídas nos processos de gestão dos CAPS-ad do DF: |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento como elemento central na dinâmica de funcionamento de um CAPS-ad, devendo ser diário e sem limite de vagas; • Acolhimento é o nome que se dá ao contato inicial entre o serviço e seu usuário, mas também à postura de disponibilidade contínua do serviço a ofertar suporte aos usuários sempre que houver tal demanda; • Acolhimento como espaço de escuta, avaliação de demandas, orientação e realização de encaminhamentos. | Quantitativo reduzido de profissionais. | Colocar o acolhimento como prioridade na dinâmica do serviço. |
| | Promover na equipe o entendimento da importância do acolhimento “portas abertas” apesar das limitações de profissionais e de que este é um papel de todos. | Organizar rotinas e escalas para garantir sua execução. |
| | | Envolver no papel de acolhimento tanto os profissionais de nível médio, quanto superior. |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Depreende-se, portanto, dos relatos dos gestores entrevistados, um entendimento compartilhado da importância central do acolhimento, devendo ser diário e sem limite de vagas. Tal perspectiva se coaduna ao entendimento de Schimdt e Figueiredo (35) de que o acolhimento é um instrumento de favorecimento ao acesso à saúde, deve, portanto, ser isento de barreiras de acesso, como apontam Araújo Assis e Abreu de Jesus (34).

Apesar desse entendimento compartilhado, o discurso dos gestores entrevistados remetem a um duplo papel do acolhimento. O primeiro desses papéis remete a uma rotina dentro do fluxograma do serviço, isso é, a um contato primeiro entre o serviço e aquele que o procura, no qual realizam-se a escuta ao sujeito, avaliam-se suas demandas e realizam-se orientações e encaminhamentos. O segundo, por sua vez, diz respeito a uma postura; postura de prontidão do serviço de atender/escutar/estar junto do outro sempre que aquilo lhe for necessário.

Essa duplicidade de papéis é referenciada por Jorge (65), que refere:

Esses dispositivos relacionais (acolhimento/ vínculo/co-responsabilização/autonomia) representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Passa-se, então, a compreendê-la como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população

que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas à cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta. [...] Portanto, o acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário de saúde. (p.3053)

Ofertar esse papel duplo, porém, não é trazido como algo simples, demandando uma disponibilidade em escala e em postura dos profissionais do serviço, ainda que com uma equipe reduzida.

Alcançar tal intento se tornou possível, no discurso dos gestores, a partir do momento em que tomaram o acolhimento como algo prioritário, organizaram as rotinas em torno dessas prioridades e envolveram a equipe como um todo nessa consecução.

Tal perspectiva se coaduna com a literatura internacional sobre gestão em saúde pública (66-68), que assevera que fazer escolhas de prioridades frente à escassez de recursos é prática vital no processo de planejamento em saúde.

No que tange ao acolhimento, o documento gerado nas Oficinas de Alinhamento mostram o estabelecimento dos seguintes consensos:

- importância da construção do vínculo;
- atendimento de baixa exigência para um serviço de alta complexidade;
- disponibilidade da equipe;
- acolhimento com escuta qualificada/ espaço adequado (mais reservado) / levantamento das demandas e expectativas/ se apresentar e ouvir o que o usuário tem a dizer no primeiro momento;
- ser feito por todos os profissionais;
- organizar o serviço para uma primeira escuta a qualquer horário.

Tem-se, portanto, que os alinhamentos realizados ainda em 2014 se coadunam com o discurso apresentado pelos gestores em 2017, denotando que houve uma introjeção dos consensos estabelecidos, o que confere valor à essa estratégia de gestão.

5.3 Categoria Atuação Interdisciplinar

5.3.1 Entendimentos acerca da interdisciplinaridade nos CAPS-ad do DF

Os gestores entrevistados trazem, em seus discursos, uma compreensão da interdisciplinaridade como uma lógica de co-construção das condutas técnicas do serviço, que assegura uma qualificação das tomadas de decisão e diminui o desamparo do profissional:

“As decisões, elas estão prioritariamente junto as miniequipes [...] geralmente os casos são discutidos na quinta-feira à tarde e nas passagens de plantão que são diárias, então a equipe que estiver atendendo que decide quando é admitido, quando vai dar alta, quando vai pra unidade de acolhimento” (Gestor I);

“[Frente a casos e decisões complexos] Todas as decisões são tratadas de forma coletiva [...] Em situação emergencial o profissional de referência [faz a tomada de decisão] levando o caso posteriormente para discussão. Normalmente, essas decisões não são tomadas de forma isolada.” (Gestor II).

“[...] [A decisão sobre os casos complexos] é sempre em reunião de equipe (...)a gente sempre toma as decisões juntos, então levam-se os casos, a gente discute, esgota [...] a gente sempre tem essa dinâmica de fazer a coisa junto, mesmo que nós não estejamos com toda a equipe, mas pelo menos com uma parte da equipe.” (Gestor III);

“[Os casos e decisões complexas são tomados] Em reunião, em equipe (...) Geralmente quem pegou o caso, se apropriou do caso [...] acaba trazendo e falando mais, mas não quer dizer que nem sempre é ele quem decide. Quando traz o caso, geralmente é pra discutir mais.” (Gestor IV);

“É tudo em equipe [...] os estudos de caso de pacientes. Quais que a gente vai dar alta, os que estão com algum problema e aí vai discutindo. [...] A gente discute esses casos e é tudo decidido em comum, em equipe.” (Gestor V);

“[Os casos e decisões complexas são tomados em] Reunião de equipe [...] [O profissional] ele pode se apoiar na equipe, porque ele não está sozinho.” (Gestor VI);

“[Nas decisões complexas] A equipe inteira participa [...] [os encaminhamentos se dão pelas] discussões de caso [...]” (Gestor VII);

“[os casos e decisões complexos são] Em conjunto [...] Então, a reunião nunca começa com informação, a gente já começa falando sobre os casos de riscos, são cinco ou seis geralmente e que toma essa primeira parte da reunião [...] Isso é trazido pra reunião de equipe, nas discussões de caso [...]” (Gestor VIII);

“(A reunião) é pra poder compartilhar e retirar um pouco desse peso.” (Gestor VIII);

“[Os casos e decisões de maior complexidade] Esses casos são levados para discussão nas reuniões de equipe. [...] Toda a equipe presente participa [...]” (Gestor IX);

Todavia, os gestores entrevistados reconhecem que para que essa concepção de interdisciplinaridade se efetive, é demandado que existam espaços rotineiros e frequentes de reuniões, da qual participem o máximo de profissionais possível:

“As reuniões de equipe acontecem toda semana nas quintas-feiras à tarde. Nós temos outra mini reunião que é a reunião de passagem de plantão. Nas de passagens de plantão, ela é diária de domingo a domingo [...] Então, a passagem de plantão, todo mundo que estiver escalado no período entra na sala pra discutir os casos que estão ali no dia, e a reunião de equipe é toda quinta-feira à tarde. Ela é dividida em dois momentos: reunião de miniequipe, onde cada miniequipe se reúne, discute seus casos, as visitas, os casos que precisa de busca ativa, etc. E aí, depois nós temos a reunião de equipe mais ampliada que fazemos alguns informes, vemos algumas questões administrativas e temos um momento de educação continuada.” (Gestor I);

“[A reunião de equipe ocorre] Uma vez por semana. Toda quinta-feira a tarde e a organização dos horários da equipe é feito de forma a todos participarem.” (Gestor II).

“[...] [as reuniões são] uma vez por semana, ordinárias, né?! Às vezes, a gente precisa... quando chega algum caso... daí, a gente tem que parar tudo e se reunir com quem está no dia [...] Todos participam[das reuniões semanais].” (Gestor IV);

“(Nossa reunião) é semanal [...] Todos participam.” (Gestor V);

“[A reunião ocorre] Toda quinta feira [...] é prioridade, toda a equipe participa [...] se você não participar da reunião de equipe, você não vai trabalhar em equipe! Você vai trabalhar em ambulatório.” (Gestor VI);

“uma coisa particular dessa equipe que eu percebo, que a gente vai tendo durante a semana várias mini reuniões, eu percebo que eles estão o tempo todo discutindo” (Gestor VIII);

“As reuniões de equipe são semanais. Todos participam.” (Gestor IX);

5.3.2 Dificuldades para a atuação interdisciplinar nos CAPS-ad do DF

Segundo os gestores entrevistados, há uma deficiência na formação dos profissionais, que não favorece a atuação interdisciplinar, seja por não incentivá-la ou por não desconstruir um imaginário em torno de um suposto saber da formação médica:

“Eu acho que a academia ainda não promove isso, existem algumas coisas apenas, pouco estruturadas, projeto de extensão na academia, ter algumas disciplinas que você até faz com outros profissionais. Porém, na sua extensão, a prioridade é uma formação da sua disciplina apenas. Aí você chega no serviço em que tem que lidar com outras pessoas [...] e não tiver uma disposição pessoal é difícil avançar nesse sentido. Então, hoje pra mim a maior dificuldade da interdisciplinariedade é a nossa formação.” (Gestor I);

“[...] antes, principalmente, eu sentia que mais a fala do médico tinha mais peso, então a equipe toda se abaixava” (Gestor IV);

“Isso é uma coisa muito da enfermagem, porque se sente um pouco inseguro e vai ficar durante a noite e tem receio, ainda tem muito disso do enfermeiro se sentir inseguro. Quando o enfermeiro acolhe, ele tem muito isso de esperar que o médico dê o aval, mas as decisões aqui na maioria são tomadas pela equipe mesmo.” (Gestor VII).

Embora não seja de fato recente, trabalhar no modelo de atuação interdisciplinar ainda é inusitado para alguns profissionais e traz questionamentos acerca de seus contornos:

“[...] é uma coisa que a gente tem que se preocupar, né?! Porque senão, daqui a pouco, está todo mundo sendo o mesmo profissional no CAPS, perdendo um pouco a especialidade de cada um.” (Gestor VIII);

“A dificuldade é apenas com os profissionais recém-chegados que ainda não têm vivência na área.” (Gestor IX);

“[...] a demarcação de atuação profissional pode implicar em alguns conflitos sobre atividades privativas de profissões regulamentadas e outros conflitos profissionais podem ocorrer devido a projetos ético políticos profissionais diferentes.” (Gestor X).

Para além da formação, conciliar olhares e subjetividades diversos é trazido pelos gestores entrevistados como um desafio per se, sendo exacerbado pela indisposição/recusa de alguns profissionais para a atuação interdisciplinar:

“[É um desafio fazer a] interlocução com diversos atores e setores, trabalhando com as pluralidades, a interdisciplinaridade, a subjetividade, administrando isso com os processos de trabalho [...] A comunicação entre os profissionais nem sempre flui de forma clara [...] e outros conflitos profissionais podem ocorrer devido a projetos ético-político-profissionais diferentes.” (Gestor II).

“Ah, é difícil porque tem gente que pensa diferente [...] a maior dificuldade é essa: divergência de opinião.” (Gestor V);

“Tem uma resistência muito grande da parte da enfermagem, muitos pedidos de folgas, abonos e atestados no horário da reunião [...] Eu sempre coloco isso: ‘vocês se queixam que não têm vez nem voz, que o que vocês falam não é ouvido, mas são vocês que não estão trabalhando por esse espaço.’” (Gestor VII);

“É o estrelismo, é o quadrado, é eu não compreender que um técnico de enfermagem pode fazer uma intervenção melhor que a minha, eu acho que tem essa questão mesmo do estrelismo. Vamos supor, eu com doutorado achar que a intervenção daquele técnico muitas vezes pode ser mais precisa que a minha, ou, muitas vezes, achar que o que ele está falando tem mais importância” (Gestor VII);

“[A participação de todos nas reuniões] É uma insistência minha, sabe? Fiquei até sabendo de um servidor que saiu e voltou e que não tem ido pra reunião e aí eu: ‘opa! Não dá’. Porque ele está fazendo 15h e tem que ir pra reunião, mas todos sim, tem feito.” (Gestor VIII);

A dificuldade em estabelecer-se regras e rotinas claras e objetivas que norteiem a condução do serviço exacerba as demais dificuldades para a atuação interdisciplinar, demandando mais dos processos de discussão e alcance de consensos:

“[Quanto aos critérios] Nenhum deles é objetivo [...] todos os dias aparece um caso em que a gente pensa: tá, ok, ele não está em uma emergência. Por exemplo, na situação dos leitos, ele não está em uma situação aguda clínica nem biopsicossocial, porém, a gente acredita que o melhor pra ele é estar nos leitos. Então, a gente tenta discutir excessivamente esses casos, são casos que, muitas vezes, a gente erra muito e demora um tempo pra conseguir a melhor condução. Então, nenhum desses critérios é objetivo, não dá pra dizer algo fechado assim: ‘esse usuário é pra unidade de acolhimento, o usuário assim, assim, assim e assim’ [...] A gente viu que não dá pra fazer essa regrinha assim, essa coisinha muito fechada dentro de uma caixinha, porque praticamente todo dia alguém vem e rompe com essa regra. A gente mesmo fala: ‘essa regra não serve mais pra gente, vamos tentar discutir outra’.” (Gestor I);

“[...] cada caso é um caso, né?!” (Gestor IV);

“[As decisões são] Caso a caso.” (Gestor VII);

5.3.3 Soluções desenvolvidas para favorecer a interdisciplinaridade nos CAPS-ad do DF

Os gestores entrevistados trouxeram como principal mecanismo de favorecimento da atuação interdisciplinar, a oportunização contínua de espaços de discussão e co-construção da condução do serviço:

“Eu acho que a construção das miniequipes com vários profissionais, eles terem momento de discussão juntos pra todo mundo colocar a sua opinião e conseguir encontrar soluções juntos, né?! Favorece isso. As passagens de plantão, onde têm vários profissionais pra estar sugerindo, pra estar construindo juntos os atendimentos compartilhados. A própria reunião de equipe, onde todo mundo coloca a sua visão e a gente tenta fazer essa visão mais ampliada. Então, eu acho que tudo isso coopera pra que a gente tenha um trabalho mais interdisciplinar.” (Gestor I);

“[...] é a questão de você entender que o paciente é de todo mundo, ele não é meu, não é seu, ele é nosso, da rede. É uma coisa muito maior do que você estar aqui achando que vai resolver sozinho.” (Gestor III);

“[...] a reunião de equipe pra mim é o que faz uma equipe ser uma equipe. Então assim, eu não abro mão da reunião em hipótese alguma e nós vamos discutir os casos [...]” (Gestor VI);

“[...] [Para favorecer a interdisciplinaridade] não tem como não pensar na reunião, na reunião que aparece mesmo.” (Gestor VIII).

Ainda que as reuniões sejam um mecanismo poderoso, alguns gestores entrevistados ressaltam a importância da intervenção do gestor, para que seja, de fato, um espaço de produção de consensos, incentivando, empoderando e orientando os profissionais em uma lógica congruente com a política nacional de saúde mental:

“Importante por parte do Gestor ter boa habilidade no manejar os problemas que brotam dessa pluralidade, como as dificuldades na comunicação, na demarcação das fronteiras profissionais e nas diferenças entre as disciplinas, aprimorando os mecanismos de diálogo entre os profissionais, evitando assim a fragmentação.” (Gestor II).

“[...] [O gestor deve] incentivar a fala deles. Sempre pedir eles pra falarem, né. Pedir mesmo e entregar o caso, dar responsabilidade. Quando você acaba dando esse caso que... você não tira da mão

deles, eles assumindo o caso, eu acho que a gente conseguiu mais. Eles têm propriedade pra falar daquilo.” (Gestor IV);

“A solução foi trabalhar no que a portaria diz, o que o ministério da saúde preconiza, se a gente tem que trabalhar dessa forma, então é dessa forma.” (Gestor V)

“[...] a regra que vale aqui pra qualquer profissional seja, de nível médio e nível superior é a mesma” (Gestor VI)

“[...] o que estamos tentando fazer é isso, é estimular, convidar, provocar pra que desperte neles isso [a participação nas discussões de caso]” (Gestor VII);

Segundo os gestores entrevistados, a lógica de funcionamento que estabeleceram nos CAPS-ad do DF, em que muitos trabalhos – como o acolhimento - são comuns a todos os profissionais, leva a um processo de construção natural de uma atuação interdisciplinar:

“[...] quando você entra [...] e começa a trabalhar realmente em equipe, aí você sente falta, você não consegue fazer mais nada só, você vai estar sempre querendo ouvir o outro [...] tudo aqui é em grupo, né, os grupos terapêuticos, né? Toda dinâmica aqui gera esse clima de grupo” (Gestor III);

“A montagem de grupos com profissionais de áreas diferentes facilitam a atuação interdisciplinar. Também o fato de todos fazerem tudo ajuda muito.” (Gestor IX).

Muito embora os gestores entrevistados valorizem e incentivem a atuação interdisciplinar, um deles faz um alerta sobre a importância de não se perder a identidade profissional:

“[...] os profissionais precisam saber qual o papel dele, quais que são as potências que ele tem enquanto profissional daquela área, quais as dificuldades que ele tem, como ele pode se apoiar na equipe [...] Você consegue ter um trabalho interdisciplinar quando as pessoas sabem o seu papel e quando elas realmente contam umas com as outras.” (Gestor VI)

Tem-se, portanto, na categoria atuação interdisciplinar o seguinte entendimento, dificuldades e soluções:

Quadro 3: Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria atuação interdisciplinar.

| Entendimentos acerca da interdisciplinaridade nos CAPS-ad do DF: | Dificuldades para a atuação interdisciplinar nos CAPS-ad do DF: | Soluções desenvolvidas para favorecer a interdisciplinaridade nos CAPS-ad do DF: |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atuação interdisciplinar como uma lógica de co-construção do cuidado, qualificando-o; • Atuação interdisciplinar como algo que diminui o desamparo do profissional frente a decisões complexas; • Atuação interdisciplinar como uma ferramenta que demanda reuniões frequentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Deficiência na formação dos profissionais; • Receio/inexperiência dos profissionais para atuar interdisciplinarmente. | <ul style="list-style-type: none"> • Oportunização contínua de espaços de discussão e co-construção do cuidado; • Lógica do serviço proporcionar trabalhos compartilhados ou comuns. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Conciliar individualidades para alcançar consensos; • Ausência de regras e rotinas claras. | <p>Gestor como incentivador e condutor da atuação interdisciplinar.</p> |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Tendo em vista os resultados aferidos, depreende-se que, para os gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal, a atuação interdisciplinar é um processo de reflexão e interlocução contínua, demandando tempo para que tal ocorra, mas trazendo como resultantes um trabalho mais qualificado e maior amparo ao profissional. Esse papel de reflexão e interlocução contínua é descrito por Mângia (48) como elemento próprio do novo olhar em saúde mental e condição para superação do paradigma biomédico:

São as relações estabelecidas nos encontros entre profissionais e entre profissionais e usuários que possibilitam a abertura de espaços de reflexão sobre os saberes, os fazeres, e os atos coletivos da produção de saúde. [...] é no cotidiano dos processos de trabalho, que os profissionais devem apreender a forma como produzem as ações de cuidado, pois são protagonistas das possibilidades de mudança. (p. 87)

Para se alcançar essa atuação, porém, os gestores têm que manejar as deficiências de formação dos profissionais, conciliar subjetividades e lidar com a inovação e complexidade do modelo. Essa percepção é compartilhada por Schneider (36), que reconhece, na formação dos profissionais, o equívoco de não desenvolver a interdisciplinaridade, referindo que para superá-lo é necessário o interesse e envolvimento do profissional na apropriação dessa nova forma de atuação:

Esse novo olhar sobre o fenômeno da loucura tem proporcionado transformações das práticas dos profissionais de saúde mental, interferido na organização do seu trabalho. [...] A formação profissional, especialmente em nível de graduação, ainda vem ocorrendo de maneira isolada, dentro da especificidade profissional, sem preparar os profissionais para o trabalho interdisciplinar. Assim, freqüentemente observamos que a construção de um trabalho interdisciplinar depende, sobretudo, do interesse e da disponibilidade dos profissionais implicados (p.398-400).

No que tange a essa inovação e complexidade, os gestores trazem que tal, por um lado, demanda que os processos de cuidado sejam trabalhados caso a caso e não com base em Procedimentos Operacionais Padrão – POPs estratificados. Mas por outro, reconhecem que norteadores melhores e comuns precisariam ser alcançados. O fato é, como aponta Silva, "Mesmo os trabalhadores têm dificuldade em definir o que fazem, pois seu trabalho não possui forma objetiva na esfera de um trabalho prescrito."(63) (p.38)

O uso de metodologias ativas de aprendizagem na graduação é apontado por Gemignani (69) como solução internacionalmente referendada para que esses profissionais cheguem aos serviços com a capacidade de trabalhar interdisciplinarmente já desenvolvida:

O estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, que busca a interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações e que procura respeitar as especificidades de cada profissão está pautado nas concepções teóricas das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. [...]Tal perspectiva de inovação baseia-se nos principais documentos e recomendações relativos à Educação dos profissionais de saúde produzidos nos últimos 25 anos. Dentre estes, destacam-se Saúde para Todos, Declaração de Alma Ata, de Edimburgo, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da área da Saúde e Aprender SUS. (p.20)

Os gestores entrevistados, por sua vez, têm que lidar com essa construção a posteriori. Entendem, então, que tal deva ser realizado como algo processual, continuamente trabalhado nos espaços de discussão e atuação, mas não esperando que a interdisciplinaridade simplesmente aconteça, como um processo natural, mas como algo que deve ser incentivado e conduzido pelo gestor local.

5.4 Categoria construção de cuidado baseado em Plano Terapêutico

Singular - PTS:

5.4.1 Entendimentos sobre o Plano Terapêutico Singular

O discurso dos gestores entrevistados evidencia a percepção comum de que o PTS seja uma construção singularizada a ser realizada junto ao usuário. Todavia, o entendimento sobre sua amplitude divide-se em duas dimensões:

1. Como rotina terapêutica individualizada, circunscrita ao CAPS ou envolvendo a rede:

“O PTS é conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas entre paciente e em discussão coletiva interdisciplinar através dos estudos de casos, levando em consideração as histórias, as necessidades de cada usuário, as necessidades das famílias o que caracteriza a singularidade de cada plano para cada paciente.” (Gestor II).

"A gente vai observar muito o que o paciente traz, o que o paciente tem interesse, o que ele quer [...] A gente fica muito naquela coisa do cardápio oferecido [...]" (Gestor III);

“[...] entendimento do plano terapêutico singular como uma coisa compartilhada com o paciente.” (Gestor III);

“[...] a equipe acha que é muito mais amplo do que só os atendimentos no CAPS, tem que ter a rede, né? Participar dessa rede [...] vão mostrando: ‘ó, a gente tem esse grupo; se você se interesse, tem esse atendimento’, e vão fazendo essa construção conjunta com eles. Após mostrar o que a gente oferta de serviço e no momento com o que ele pode participar.” (Gestor V);

“[...] [O PTS] é o tratamento! Independente se ele só é voltado apenas pra grupo ou apenas pros atendimentos individuais [...]" (Gestor VI);

“[...] eu acho que é importante a gente manter uma oficina, duas ou três, pra gente observar aqueles casos que ainda não dão conta de participar de alguma atividade nas suas particularidades [...] A gente tem algumas intervenções urbanas, tem algumas atividades que funcionam aqui com os residentes, tem oficina de música que várias vezes elas fazem outra atividade, temos parcerias com cinema, com museus, temos parcerias com o pessoal do esporte aquático lá no lago [...]" (Gestor VII);

“O projeto terapêutico singular tem que ser construído com a participação do usuário, da comunidade, da família e envolver esses pares.” (Gestor VII);

2. Como um (re)planejamento de vida, tomando as atividades terapêuticas como meios para alcançar esse fim:

“[...] é um instrumento que a gente usa aqui pra falar de vida [...] ótica de um PTS que fale de planos, fale do desejo do usuário, que converse com ele sobre estratégias de lidar com a questão do uso de drogas, com a questão da retomada do trabalho, com a questão para o retorno ao lar, questão da construção de uma nova família, então, o PTS conversa sobre esses diversos assuntos da vida de um indivíduo.” (Gestor I);

“O PTS só pode ser feito a partir da demanda do usuário [...] Daí, principalmente construir a rede dele, que está toda furada [...] estrutura familiar, trabalho, lazer, um monte de outras coisas.” (Gestor IV)

“Eu acho que esse é o principal papel do PTS: da pessoa ser funcional, naquilo que ela acredita, naquilo que ela busca [...] E isso é o mais precioso do CAPS, ele é esse lugar de reabilitação biopsicossocial, é pra essa pessoa ser funcional nesses campos, no social, na saúde, como cuidar de si, cuidar da família” (Gestor VIII);

“O entendimento de toda a equipe é que seja um projeto de vida do paciente, onde serão trabalhadas questões envolvendo a resolubilidade, corresponsabilidade e autonomia do paciente. Que permitam a reinserção do paciente no mercado de trabalho e na retomada dos vínculos.” (Gestor IX).

Ainda que o segundo entendimento seja ampliado, englobando o primeiro e sendo mais consoante com a literatura sobre o tema (48-50) há um reconhecimento de que sua aplicação prática é um trabalho ainda em curso:

“[...] eu não vou dizer que esse é um conceito que a equipe já se apropriou completamente. Então assim, nós já avançamos muito [...] Porém, ainda existe uma ideia de um projeto terapêutico singular que ele funciona mais no intra do serviço do que no extra [...] Apesar de no consciente das pessoas, deles terem a ideia que o PTS é algo amplo, que ele precisa ser algo que se estenda às outras áreas, pra além do que acontece no CAPS, na prática existe esse contra senso de os profissionais ainda se apegar muito a somente o que o serviço pode oferecer” (Gestor I);

“A gente fica muito naquela coisa do cardápio oferecido, mas eu estou te falando a realidade do serviço que... né?. Hoje a gente não tem uma estrutura pra ainda ser diferente, eu acho que a gente já mudou muito e a gente ainda precisa muito, mas o que a gente tem pra hoje é isso [...]” (Gestor III);

“É um entendimento muito fragilizado ainda [...] embora a gente faça N discussões sobre esse projeto terapêutico singular [...] a gente ainda tem muita dificuldade de fazer esse projeto terapêutico singular, de mapear a comunidade, de conhecer a comunidade de cada um deles, de saber o que tem de oferta, de estar junto, de fazer junto, então eu acho isso ainda muito fragilizado [...] embora a gente esteja discutindo isso, a gente esteja repensando isso, a gente ainda está aprendendo.” (Gestor VI);

“[...] o servidor ele fica preso em questão ao oferecimento de grau de atividades e diante de tanta coisa que lhe é exigida, eu tenho isso daqui pra trabalhar com o paciente e, muitas vezes, se ele não demandar: “olha, eu tenho interesse em seguir nessa situação, de retornar os meus estudos, o meu trabalho, enfim”. Por uma busca de se tornar funcional novamente [...] então se, muitas vezes, o paciente não faz esse movimento, hoje eu percebo muita dificuldade da gente [...] Fica uma coisa mais interna.” (Gestor VIII);

Independente do entendimento de PTS ser enquanto rotina de atividades ou plano de vida, alguns gestores entrevistados ressaltam a importância de que seja acompanhado continuamente pela equipe, dado o dinamismo das necessidades e aspirações do outro:

“O Plano de cada paciente é visto e alterado conforme a necessidade e as mudanças na vida dos usuários e do serviço. É um plano em movimento [...]” (Gestor II)

“[...] às vezes, você senta aqui. Aí, nós elaboramos seu PTS [...] Você está num momento [...] Eu percebo que seu processo motivacional ainda está muito pré-contemplativo. Então, eu te encaminho pra um grupo motivacional e converso isso com você, que seria importante pro seu tratamento [...] Daqui um mês pode ser que isso não esteja dando certo [...] Então assim, PTS ele tem que ser acompanhado [...]” (Gestor VI);

5.4.2 Dificuldades para a consecução de Planos Terapêuticos Singulares

No que concerne às dificuldades para que o trabalho junto aos usuário se organize em torno de PTSs, os gestores entrevistados trazem a sobrecarga dos serviços - seja pela extensão territorial, pela cobertura populacional ou pelo déficit de profissionais – como algo que atrapalha a assunção dessa estratégia de cuidado. Vez que a elaboração e acompanhamento de um PTS demanda maior dedicação da

equipe a cada caso, além de um conhecimento adequado das potencialidades do território:

“[...] dificuldade é o déficit de pessoal que a gente tem [...] pra que isso aconteça necessita que seja realmente um atendimento individual, um acompanhamento mais individualizado. Então, quando a gente tem alguns meses que a gente tem mais atestados ou mais férias, então nós temos menos atendimentos individuais, então isso gera impacto diretamente na confecção do PTS, porque não tem como agendar esse indivíduo pra que você faça esse trabalho mesmo como ele deve ser” (Gestor I);

“Olha, as dificuldades que eu acho, eu volto de novo com relação a nossa área de cobertura. [...] seria muito mais fácil construir isso porque a gente poderia dar uma atenção maior [...] A dificuldade realmente é a área de cobertura que é muito grande, porque aí você não consegue chegar lá, né? O ideal era que você acompanhasse mais esse paciente, esse usuário” (Gestor III);

“A gente precisa de muitos parceiros, porque é um adoecimento de vida muito complexo [...] eu percebo que a maioria dos servidores tem a mesma dificuldade de entender o que pode ser construído ali [em pontos distantes do território] [...] Quais são as PIS [Práticas Integrativas em Saúde] que tem lá? Os horários? Então é fortalecer um pouco essa informação da capacidade do território, e pra isso a gente precisa de tempo, de carro, precisa de alguns instrumentos.” (Gestor VIII);

Somam-se à sobrecarga dos serviços as fragilidades da própria equipe e de sua articulação com a rede intersetorial, no discurso dos gestores entrevistados:

“[...] é uma questão conceitual, não são todos os profissionais que têm interesse ou se apropriaram no que de fato é um projeto terapêutico singular, de como ele deve ser constituído, de como ele deve acontecer, mesmo com todos os esforços da gestão de estar conversando sobre isso sempre no serviço.” (Gestor I);

“[...] é a dificuldade que esbarra no desejo pessoal, na vontade de cada um. Então, o profissional ele pode saber o que é um projeto terapêutico singular, ele pode ter toda a noção da concepção, ele pode saber fazer, realizar junto com o indivíduo, mas ele pode simplesmente [...] não fazer como deveria. Então, esse individual, a gente não tem muito controle sobre ele e isso tem impacto na confecção do PTS junto com o usuário.” (Gestor I);

“A rede local empobrecida dificulta a construção do PTS [...]” (Gestor II).

“[...] a gente monta esse PTS junto com o usuário, mas esquece de incluir nesse PTS outros protagonistas como a família, os CRAS da vida, os CREAS. Quando o usuário não tem mais nenhum vínculo

familiar, a gente esquece de convidar esses outros parceiros e discutir junto [...]” (Gestor VI);

O discurso dos gestores entrevistados denota que a resultante das falhas estruturais (deficiência de profissionais, de transporte, área de abrangência e/ou cobertura populacional superiores ao estipulado em lei) e internas (não consensualização do uso do PTS como lógica compartilhada e compreendida, articulação em rede fragilizada) é a incorporação parcial do PTS na dinâmica dos serviços, seja por não construírem-no para todos os usuários, seja por não dar o acompanhamento necessário pós sua construção:

“[...] não são todos os usuários que têm PTS, que priorizam isso no processo de cuidado. Muitas vezes, eles [os profissionais] priorizam mais as demandas agudas que aparecem [...]” (Gestor I);

“Nem todos os profissionais têm o cuidado de fazer essa reavaliação, a não ser aqueles usuários que já estão por aqui no serviço e demandam muito [...]” (Gestor I);

“[...] a gente tem uma falha nessa construção [do PTS] no sentido de acomodação, de algumas atividades, né?! Eu estou sempre solicitando sempre essa avaliação da atividade, pra que a equipe faça essa avaliação a cada 3 meses junto com o usuário. [...] O que a gente sempre conversa é: percebeu que a aquela oficina X não está tendo a mesma receptividade pra um ou outro, sentar com aquele outro que percebe-se que tem alguma certa diferença, senta e escuta. Por que foi construído? Perguntaram pra ele se ele quer aquilo ali? Foi avaliado se ele tem perfil? Se ele gosta? Ou está sendo impositivo?” (Gestor VII);

“Não conseguimos implantar o PTS na sua integralidade. Apenas em alguns casos foi possível construir com o paciente um PTS.” (Gestor IX).

Alguns gestores apontaram a não adesão do usuário ao PTS construído ou ao envolvimento em sua construção como outra dificuldade para que este se efetive:

“As vezes é um paciente com necessidade de um plano ampliado porém com limitações de tempo para o cumprimento deste.” (Gestor II);

“[...] pouca participação dos usuários na construção do projeto terapêutico singular.” (Gestor II).

“A dificuldade do PTS é quando o paciente não participa, quando ele não vem mais ao serviço, abandona, não tem como [...]” (Gestor IV);

“[...] a gente queria que se estendesse pra fora do CAPS também [...] só que a gente não consegue que eles vão fora, os próprios pacientes se condicionam, acham que só aqui que vai resolver os problemas deles. A gente tenta explicar que o plano terapêutico não é só no CAPS, é fora dele também. Mas a gente tem essa dificuldade ainda deles aceitarem isso” (Gestor V);

“[...] dificuldade do acesso e questão financeira (para custear a ida ao CAPS). Isso é um dos primeiros entraves que a gente tem [...] eles reclamam muito dessa questão, querem participar mais [...]” (Gestor V);

5.4.3 Soluções que favorecem o cuidado baseado em Planos Terapêuticos Singulares

As soluções apresentadas pelos gestores entrevistados para superação das dificuldades apresentadas são difusas, distribuindo-se entre:

1. Criação de rotinas e instrumentos, como o produzido em um dos CAPS-ad pesquisados (anexo 4), que permitam a organização, visualização e acompanhamento dos PTSs:

“[...] nós temos um instrumento específico que ele começa com uma história da vida do indivíduo, depois a gente fala um pouco como está a questão do uso de drogas [...] Aí nós temos uma parte do instrumento que verifica também as potencialidades, os fatores de risco e depois nós trabalhamos mais focados nos planos e metas com prazos. E aí, esse instrumento é preenchido em um outro atendimento, depois do primeiro atendimento de referência e a ideia é que ele seja reavaliado.” (Gestor I);

2. Educação continuada e discussão em equipe como instrumentos para que o PTS seja uma ferramenta que alcance todo seu potencial:

“[...] a gente também aproveita a reunião de equipe pra discutir projeto terapêutico singular, pra que toda a equipe possa colocar ali, de forma clara, como pensa que deveria ser, como pensa que não deveria ser e a gente tenta procurar nas referências embasamento pra como nós vamos nos direcionar pra essa construção. Então, eu acho que a reunião de equipe ela é um espaço que promove essa discussão, promove um crescimento das pessoas e deixa elas mais seguras pra fazer essa construção junto com o usuário.” (Gestor I);

“[...] investir nessa questão da educação continuada, de estar aberta [...] pra discutir, pra apontar, pra que eles [profissionais] apontem o que está precisando melhorar, o que eles pensam, o que a gente pode

oferecer, essa discussão nesse processo de construção do nosso trabalho, de estar junto com a equipe pra repensar algumas práticas, fomentá-los a cursos, algumas especializações, à leitura.” (Gestor VII).

3. Construir estratégias que favoreçam uma aproximação com a rede do território:

“[...] mapeamento da rede [...]” (Gestor II)

“[...] contato com a atenção básica tentando sensibilizar para o matriciamento.” (Gestor II)

“A gente pensou em usar desses estagiários que estão chegando, usar no bom sentido, pra que eles mapeiem alguns lugares ali [...] que não estão tão perto [...] então, é uma dificuldade, porque a gente mal sabe o que tem lá.” (Gestor III);

“A gente faz muita visita domiciliar, agora a gente se aproximou e está fazendo o matriciamento [...] isso tem nos ajudado muito a conhecer o território e saber das possibilidades que existem lá.” (Gestor III);

4. Envolver o usuário e familiares na construção e avaliação do PTS e adaptá-los às suas possibilidades como forma de favorecer a adesão:

“[...] a gente está conseguindo fazer o PTS junto com a família, ele [usuário] fazer sozinho estava complicado. Depois que a gente começou basicamente tentar sensibilizar a família a vir pro grupo, a gente conseguiu [...]” (Gestor IV);

“[...] quando vê que não dá mesmo [Para o usuário vir ao CAPS com mais frequência], a gente diminui, refaz esse plano terapêutico de uma forma que ele vá ter acesso ao tratamento.” (Gestor V) ;

“[...] eu acho que a principal ferramenta, o principal é esse acompanhamento [...] Então, ele entra, já é marcado a miniequipe dele e após o encontro com a miniequipe, já é marcado o próximo encontro.” (Gestor VI);

“Tem-se tentado incentivar a participação ativa do usuário para a efetivação do PTS .” (Gestor IX).

Tem-se, portanto, na categoria construção de cuidado baseado em Plano Terapêutico Singular, o seguinte quadro de entendimento, dificuldades e soluções, conforme quadro 4 a seguir:

Quadro 4: Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria construção de cuidado baseado em Plano Terapêutico Singular.

| Entendimentos apreendidos nos CAPS-ad do DF sobre PTS, segundo seus gestores: | Dificuldades para consecução de PTSs nos CAPS-ad do DF, segundo seus gestores: | Soluções em gestão que favorecem o cuidado baseado em PTS: |
|--|--|--|
| Plano Terapêutico Singular como uma proposta terapêutica construída conforme as necessidades de cada indivíduo e junto com ele. Pode ter duas amplitudes: | Mau planejamento da macro-gestão, sobrecerregando os serviços devido a: 1. Deficit de profissionais; 2. Extensão territorial e abrangência populacional superiores ao preconizado. | Não houveram soluções coletivas de gestão. |
| 1. PTS como rotina de atividades terapêuticas; 2. PTS como projeto de vida. | Profissionais não apropriados desse modelo de cuidado e pouco empoderados das potencialidades da atuação em rede | Criação de rotinas e instrumentos que favoreçam a implementação e acompanhamento dos PTSs Educação continuada e discussão em equipe. Articulação com a rede via: • Mapeamento territorial; • Matriciamento; • Visitas domiciliares. |
| | Baixa adesão de usuários à construção e segmento do PTS. | Envolver o usuário e familiares na construção e avaliação do PTS. |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Tem-se, portanto, no discurso dos gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal, um entendimento comum acerca do PTS, o de que é uma proposta terapêutica individualizada às necessidades de cada usuário, em um movimento oposto às propostas terapêuticas massificadas e estratificadas. Essa perspectiva está em acordo com as proposições da OMS (9).

Sua amplitude, porém, é entendida em dois níveis: o primeiro, centrado nas condutas terapêuticas que o usuário precisaria; o segundo, teria nas práticas terapêuticas apenas um meio para um processo maior, de reorganização da vida daquela pessoa, conforme seus anseios, possibilidades e dificuldades. O segundo dos entendimentos tem maior proximidade com a perspectiva de Boccardo (50), que lhe confere papel de favorecedor na construção de perspectivas de autonomia, protagonismo e inclusão social.

Atuar conforme essa proposta, singularizada a cada usuário e construída com ele, porém, demanda uma compreensão e dedicação maior dos profissionais a cada caso, o que evidencia as faltas do serviço. Falta da gestão maior, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em ter unidades suficientes à demanda

populacional e com equipes completas; e faltas dos próprios CAPS-ad do DF, cujas equipes ainda precisam apropriar-se desse modelo.

Essas faltas não são apenas um componente de discurso dos gestores. Como apresentado no referencial teórico, no item referente à rede de CAPS-ad do DF, há uma abrangência territorial deveras superior aos limites estipulados pelo Ministério da Saúde em 06 dos 07 CAPS-ad (Tabela 3) e aquele que não o tem, têm uma equipe muito reduzida (Tabela 2). Ademais, todos esses CAPS vivenciam a situação de ter equipes que foram formadas por servidores concursados para a SES, mas não necessariamente interessados ou apropriados do campo da saúde mental.

A resultante dessa equação de faltas é um uso parcial dessa proposta terapêutica, aquém de suas potencialidades. A própria “baixa adesão” dos usuários citada e sua “solução” evidenciando tal, posto que a solução é a própria proposta do PTS.

Evidencia-se, em particular, que não foram apontadas soluções pelos gestores para aquilo que não lhes cabe, o que denota uma percepção desses acerca dos limites de sua gestão.

As soluções que lhes cabem, porém, são construídas em torno do diálogo e capacitação da equipe, articulação em rede e construção de rotinas e instrumentos que facilitem o uso adequado dessa proposta terapêutica.

O tema de PTS foi trabalhado nas Oficinas de Alinhamento e, à época, levou ao estabelecimento dos seguintes consensos:

- Projeto terapêutico não tem dentro e fora do espaço do CAPS, pois é o projeto da vida do usuário;
- Construído pelo desejo do usuário, ou seja, deve haver protagonismo do usuário na construção do sentido do PTS;
- Não faz sentido ter uma temporalidade cronológica, e sim subjetiva;

- A construção do PTS é processual, de acordo com o desenrolar dos atendimentos.
- Construção de um diagnóstico situacional: expectativas e possibilidades
- Discutir a construção do PTS na interdisciplinaridade e intersectorialidade.

Foi estabelecido, portanto, como consenso, que o PTS seria entendido como projeto de vida, entendimento que não foi apropriado homogêneamente pelos CAPS-ad do DF, segundo os resultados aferidos do discurso dos entrevistados.

Todavia, o entendimento de que deva ter a participação/protagonismo do usuário; de que deva ser acompanhado, tendo uma cronologia subjetiva; e de que se dê a partir das expectativas e possibilidades do usuário, foram conceitos introjetados e que se apresentaram nos resultados das entrevistas.

5.5 Categoria Manejo de Crise:

5.5.1 Entendimentos sobre manejo de crise:

No discurso dos gestores entrevistados, não há um modelo de manejo de crise, dado as crises não serem únicas, mas algo multifacetado, podendo remeter a situações agudas orgânicas, psicológicas, psiquiátricas ou sociais:

“Têm vários tipos, né?! Tem aquele usuário que está em uma situação extremamente vulnerável, que chega aqui muito adoecido, muito emagrecido, em sintomas de abstinência, com fissuras, com tudo junto [...] tem aquele que está com risco de suicídio, que está com uma crise psicótica, tem aquele que brigou com toda a família, que não tem mais nenhum vínculo, tem aquele que está muito deprimido.” (Gestor I);

“Muitos surtos, alterações, brigas aí na frente. São crises que vão desde o aspecto clínico a crises existenciais, divergências de ideias [...]” (Gestor VII);

“As crises [que o CAPS tem que manejar são] próprias de usuários de álcool e/ou outras drogas, como as de abstinência, psicóticas...” (Gestor IX).

A intensidade da crise e suas diversas formas de apresentação são apontados pelos gestores entrevistados como um elemento estressor para as equipes, seu manejo demandando muito dos profissionais envolvidos:

“[...] não é uma questão assim de: 'ah, toma aqui o seu remedinho que sara'. Então, precisa do profissional estar ali, de gastar seu tempo nesse período inicial pra passar essa fase. Não são todos os profissionais que têm esse perfil e também, às vezes, o serviço está muito cheio e destacar um profissional pra fazer esse atendimento vira outro desafio [...] são situações que demandam energia e atenção da equipe. Então assim, quando a gente pega, muitas vezes, servidores que estão com estafas, estão sobrecarregados, isso deveria ser mais simples porém não é. Então, a gente tem uma crise do usuário e uma crise da equipe [...]” (Gestor I);

“[...] medo, um sentimento de impotência [...]” (Gestor III);

“[...] o paciente entrou em crise, a equipe também entra [...]”(Gestor IV);

“Alguns se incomodam, tiram 30 dias de atestado porque não dão conta de lidar com essa situação [...]”(Gestor VII).

Para além da crise propriamente dita ou seu manejo, os gestores entrevistados trouxeram em seu discurso um entendimento de que nos momentos que esta se apresenta e seu manejo é necessário, as fragilidades estruturais dos serviços se evidenciam:

“[...] um local inapropriado de atendimento que se estabeleceu desde a sua criação [...] falta de investimento em recursos materiais e de consumo como medicação, material de apoio para as oficinas, etc [...] falta de profissionais que não recebem nenhum incentivo financeiro para atuar em uma área tão complexa e que requer um nível de especialização aos trabalhadores.” (Gestor II).

“[...] quando o paciente entra em crise [...] aí aflora todo tipo: aí vem a crise que falta recursos humanos, falta telefone, falta outras coisas pra tentar resolver aquela crise do paciente.” (Gestor IV);

“[...] a dificuldade maior, eu acho que é a questão, como se diz, estrutura física nenhuma. Se um paciente passar mal aqui, Ademário, se o SAMU não chegar. Primeiro que o médico não está aqui todos os dias, o médico é 20h e ele trabalha dois dias na semana. A gente não tem nada pra socorrer um paciente aqui, nada. Se um bombeiro ou o SAMU demorar a chegar, eu tenho até medo de pensar no que pode acontecer. Graças a Deus não, todos que passaram mal aqui tinham um médico no plantão, o SAMU veio e o bombeiro também. Mas essa dificuldade de estrutura física mesmo, a gente não tem como funcionar, se o paciente tiver uma crise aqui, a gente não tem como

reverter rapidamente aqui dentro, até pra poder encaminhar, não tem como. A gente não tem estrutura nenhuma. [...] Mas se chegar um dia aqui e não tiver médico, porque como a equipe é poucos servidores, eu acho... Até mesmo porque a minha formação é outra, eu mesma não sei como tratar e não é sempre que tem um enfermeiro aqui com a gente, porque se tiver pelo menos um enfermeiro aqui no dia, dá pra controlar. Mas tem dia que está aí o psicólogo, eu e o administrador.” (Gestor V);

“As crises são reflexos do sistema caótico em que a gente se encontra, então assim, dificuldades realmente de acolhimento para casos em desintoxicação. [...] Então no dia a dia, a gente fica meio à mercê mesmo, se o SAMU nos ajudar, a gente consegue alguma coisa. Nós não temos como atender a crise, crise de fato mesmo. Eu percebo que o CAPS hoje em si, ele está sozinho, é um sentimento e uma sensação de abandono mesmo, para as situações mais sérias mesmo.” (Gestor VIII);

5.5.2 Dificuldades para o manejo de crise

Conforme fora evidenciado na categoria gestão, os profissionais que vêm a atuar nos CAPS-ad do DF nem sempre são instrumentalizados para ou escolheram atuar no campo da saúde mental. Os gestores entrevistados apontaram como uma das dificuldades para que os CAPS-ad exerçam adequadamente o manejo das crises, justamente essa falta de instrumentalização:

“Mais uma vez, eu acho que [a dificuldade é] a falta de preparo dos servidores [...] é uma coisa que assusta muito, e o fato da gente mais uma vez não ter recebido conhecimento pra isso, dificulta muitas vezes esse processo.” (Gestor I);

“[...] quando eu assumi aqui, o paciente chegava em crise, sumia todo mundo [...] [a principal dificuldade] é o medo, um sentimento de impotência [...]” (Gestor III);

“Um ou dois pega a crise pra si, tenta resolver. O resto da equipe entra em crise.” (Gestor IV);

“[...] [Termina por] cair tudo sobre a gerência. A gerência que tem que ir atrás do telefone, a gerência tem que ir atrás de fazer os encaminhamentos, a gerência que tem que ligar, fazer contato. É o jeito que eu estou vendo, é a gerência assumindo, de onde eu estiver, eu ter que assumir. [...] Às vezes, as pessoas só tomam a atitude se o gerente falar: ‘não, faça isso!’.” (Gestor IV);

“Alguns se incomodam, tiram 30 dias de atestado, porque não dão conta de lidar com essa situação, eu já escutei assim de servidor: 'ou você tira essa fulana, esse fulano daqui, ou eu tiro 30 dias de

atestado'. Muitas vezes, tem uma situação da equipe em lidar com certas limitações.” (Gestor VII);

Embora façam esse reconhecimento de que suas equipes demandam maior qualificação para manejar crises, os gestores entrevistados apontam a falta de recursos do CAPS e de retaguarda da rede como potencializadores de suas dificuldades:

“Eu acho que a falta de telefone dificulta muito, porque, às vezes, a gente precisa de ligar pra um outro serviço, de tirar uma dúvida de um caso, de acionar um serviço de emergência, a gente não tem com que instrumento trabalhar dentro do serviço, então infelizmente essa falta de telefone gera desassistência mesmo, é um problema estrutural.” (Gestor I);

“[...] uma coisa que é real, Ademário, é que, muitas vezes, a gente não tem uma retaguarda.” (Gestor III);

“Primeiro que o médico não está aqui todos os dias, o médico é 20h e ele trabalha dois dias na semana [...] tem dia que está aí, o psicólogo, eu e o administrador [...] não temos remédios, não temos nada. Se precisar dar uma medicação pra estabilizar o paciente, nós não temos.” (Gestor V);

“Uma dificuldade que a gente tem aqui muito grande [para manejar um paciente agitado], é que a gente é uma equipe só de mulheres [...]” (Gestor V);

“[...] [O manejo de crise] pela fala nós não temos problema, a maioria dos profissionais fazem manejo com fala tranquilamente [...] [mas quando a contenção é necessária] Muitas vezes, a contenção precisa de força física, muitas vezes não, contenção precisa de força física. Nossa equipe é uma equipe de mulheres, nós não temos força física pra isso.” (Gestor VI);

“[...] dificuldades realmente de acolhimento para casos em desintoxicação [...] o CAPS hoje em si, ele está sozinho, é um sentimento e uma sensação de abandono mesmo para as situações mais sérias [...] impotência [...]” (Gestor VIII);

“[...] a grande dificuldade é a falta de serviços de apoio, e a resistência dos equipamentos de saúde locais” (Gestor IX).

5.5.3 Soluções desenvolvidas para qualificar o manejo de crise

No discurso dos gestores entrevistados, o que favorece a qualificação do manejo em crise dos CAPS é a instrumentalização contínua dos profissionais, seja

pela participação em cursos ou pelo processo de discussão e reflexão contínua sobre o trabalho que desenvolvem:

“Na reunião de equipe a gente sempre discute questões de crise, como os servidores se sentiram naquele momento, o que foi bom, o que foi positivo, o que poderia ter sido diferente e tudo isso fez a gente crescer mais e pra lidar com essas situações.” (Gestor I);

“[...] a equipe sempre estar participando dos treinamentos do SAMU, que agora são mais sistemáticos, estão acontecendo de dois em dois meses de intervenção à crise, então quase todos os profissionais já passaram por esse tipo de treinamento.” (Gestor I);

“[Nos instrumentalizamos] Através de supervisões clínicas, por vezes pagas pelo próprio bolso dos servidores” (Gestor II).

“[...] o observatório (de saúde mental) foi fundamental pra gente, porque a gente teve uma parte lá só sobre crises.” (Gestor III);

“Quando teve a última crise, eu que fiquei na linha de frente, ai eu trouxe pra equipe: ‘Como é que foi? Como vocês fizeram? Vamos refletir’. Ai quando teve uma segunda crise aqui, foi totalmente diferente, todo mundo ajudou de certa maneira. Mas a gente está fazendo isso, toda vez que acontece alguma coisa aqui de crise, a gente faz uma reflexão.” (Gestor III);

“Após a oficina [de alinhamento], a maioria percebeu que a crise faz parte do tratamento e que ela vai acontecer [...] era um problema de todos os CAPS, daí quando a gente observou isso, a gente começou a tentar resolver.” (Gestor IV);

Além dos processos de instrumentalização dos profissionais, alguns gestores entrevistados chamaram a atenção para a importância do próprio papel, devendo o gestor estar próximo, orientando, ouvindo e cuidando dessa equipe:

“Eu acho que a gente já superou isso muito aqui, principalmente porque eu me disponho a estar muito junto com a equipe, as gestões anteriores também faziam isso, então eu acho que isso deixou meio que os servidores muito mais seguros pra lidar com isso [...] sempre que tem algum caso mais específico eu estou junto com a equipe, se eu estiver aqui, eu vou junto, eu ajudo a conduzir a situação de crise, ajudo os profissionais. Se for o caso, eu entro com a intervenção mais precisa, se eu ver que a equipe está mais insegura.” (Gestor I);

“[O gestor tem que] Tá perto, pedindo, mandando, pra fazer. Às vezes [o profissional] sabe fazer, fazem muito bem, mas se você não estiver perto desanda tudo.” (Gestor IV);

“[...] em alguns momentos eu sento com a pessoa e escuto, tento colocar pra ela, qual o papel dela como servidor e que as pessoas que

estão vindo, procuram em nós esse ponto seguro, essa estabilidade e a gente vai trabalhando isso no dia a dia.” (Gestor VII);

“[...] costumo ser bem positiva e trazer e falar: ‘olha gente, a gente está fazendo isso que a gente dá conta de fazer’. Peso na consciência a gente não tem.(...) Se não, a gente vai adoecendo e eu acho que é esse cuidado que a gente tem que ter [...]” (Gestor VIII);

“Um cuidado mesmo com o servidor, tanto nas questões emocionais, entender seu papel, eu acho que a gente tem que sentir isso. ‘Ele sabe pra onde vai? Ele sabe o que está acontecendo?’” (Gestor VIII);

Tem-se, portanto, na categoria manejo de crise o seguinte quadro de entendimento, dificuldades e soluções, conforme quadro 5 a seguir:

Quadro 5: Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria manejo de crise.

| Entendimentos dos CAPS-ad do DF sobre manejo de crise, segundo seus gestores: | Dificuldades para o manejo de crises nos CAPS-ad do DF, segundo seus gestores: | Soluções em gestão desenvolvidas para qualificar o manejo de crise nos CAPS-ad do DF: |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> As crises são multifacetadas, impedindo ou dificultando um manejo unívoco e sistematizado. Manejo de crise é algo que demanda muito dos profissionais, técnica e afetivamente. Em situações de crise as fragilidades do serviço se evidenciam. | Instrumentalização insuficiente dos profissionais para manejar crises. | Busca por instrumentalização contínua através de: <ul style="list-style-type: none"> - processo reflexivo da equipe acerca de suas condutas frente a cada situação de crise; - participação em cursos; - supervisão técnica. |
| | Falta de recursos humanos e materiais. | Não houveram soluções coletivas de gestão. |
| | Retaguarda hospitalar precária. | Não houveram soluções coletivas de gestão. |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Depreende-se dos resultados apresentados na categoria manejo de crise, um entendimento pouco estruturado sobre o que seja esse manejo, no discurso dos gestores entrevistados. Discorre-se mais sobre sua complexidade e suas repercussões; definindo-o como algo difícil de ser estruturado, que exige muito dos profissionais e que evidencia as fragilidades do serviço.

Repete-se, no discurso dos gestores entrevistados, a baixa instrumentalização dos profissionais para lidar com a clínica psicossocial como um desafio e uma dificuldade, que impacta na qualidade do manejo às situações de crise. Da mesma forma, repete-se a falta de recursos humanos e materiais

disponibilizados aos CAPS-ad, como elemento que prejudica seu desempenho efetivo.

Somam-se às dificuldades já exploradas, a fragilidade da retaguarda hospitalar aos CAPS-ad, no discurso dos gestores entrevistados. Levando a uma configuração de que o CAPS-ad tenha de lidar com situações de crise sem que seja instrumentalizado, tenha recursos suficientes e esteja carente de apoio.

Esse conjunto de fragilidades coloca em xeque o papel do CAPS-ad de ser um serviço substitutivo ao manicômio (31, 39). Nas palavras de Cruz e Alves (70):

[...] é imprescindível lembrarmos que os serviços de base comunitária, especialmente os CAPSs, foram pensados e criados para sustentar o cuidado às pessoas em grave sofrimento mental e dar suporte aos momentos de crise como estratégia para evitar internações desnecessárias. Em outras palavras, é fundamental qualificarmos nossa capacidade de cuidarmos de pessoas em situações de crise, se quisermos cumprir efetivamente nossa função sanitária. (p.12)

Resta aos gestores entrevistados minimizar essas dificuldades instrumentalizando sua equipe e enfrentando junto com ela suas limitações. Nas palavras de um gestor:

“[...] o nosso desejo enquanto profissional da saúde é [...] um desejo meio divino, de salvar o outro. E aí, quando você se depara com a sua impotência, a sua potência enquanto profissional da saúde, [porém] com a sua impotência enquanto articulador da rede, isso traz um sofrimento muito significativo.” (Gestor VI).

5.6 Categoria Articulação com o Território

5.6.1 Entendimentos sobre Articulação com o Território:

No discurso dos gestores entrevistados, extrapolar os limites do serviço é uma estratégia necessária para que a proposta de cuidado dos CAPS-ad se efetive. Nesse sentido, a articulação no território atinge objetivos diversos, quais sejam:

1. O CAPS-ad tornar-se ordenador da saúde mental no território:

“[...] já tem sido mais sistemático do SAMU procurar nós diretamente, pra que a gente faça uma avaliação prévia. Os bombeiros, da mesma forma, a interface com a UPA é contínua. Então, na atenção básica, através do matriciamento mesmo [...]” (Gestor I);

“A gente funciona bem nesse sentido [de ordenamento do território em saúde mental]. Além do colegiado e do sub colegiado AD, nós temos um colegiado regional da saúde mental do (território) que nós nos reunimos uma vez por mês também.” (Gestor VII).

2. Orientar a rede local acerca da lógica da saúde mental e o papel do CAPS-ad:

“[...] a gente coloca como é o serviço, onde estamos, o que somos, o que fazemos, a clientela, o público alvo.” (Gestor V);

“[Buscamos o] Diálogo, ‘vamos conhecer? Vamos pensar juntos?’” (Gestor VII);

“Se eu achar que isso não me pertence, esse assunto de ansiedade, depressão, uso de drogas, que isso não diz ao meu respeito, que sou pediatra, enfermeiro, isso vai retornar e isso vai inchando (os serviços de saúde). Porque, às vezes, ele chega com aquele problema que é dor de cabeça, mas que é da abstinência, e aí eu estou tapando os olhos com uma coisa que realmente está no meu nariz. Então, ir na raiz do problema e não ficar só na copa, talvez a gente consiga desinchar um pouco isso, melhorar o atendimento, melhorar até a qualidade do trabalho mesmo.” (Gestor VIII);

“[...] participando de encontros na comunidade para tratar de temas como violência e uso de drogas [...]” (Gestor IX).

3. União de esforços para ofertar um cuidado integral:

“[...] a atividade de matriciamento, reunião de rede e discussão de caso, ela surgiu mesmo de uma necessidade do serviço, de que nós não somos suficientes né. Então, por muitas vezes por mais que a gente se dedique a discutir um caso, estudar um caso, criar soluções pro caso, pra gente chegar lá e ver que não tem jeito sozinho, então, isso levou a gente a buscar mais a rede.” (Gestor I);

“[...] o território onde atua o Centro é de fundamental importância . É nele o espaço físico e social que está apto a catalisar o processo de reabilitação psicossocial e reinserção social de pessoas em tratamento no CAPSad.” (Gestor II).

“[...] traz uma riqueza muito importante, porque as vezes você não sabe o que está rolando ali com o paciente [...] Então a gente vai se ajudando, se complementando.” (Gestor III);

“[...] a gente conseguiu muita articulação com a rede a gente está tendo um vínculo legal [...] são os nossos socorros.” (Gestor V);

“Temos os encaminhamentos que nós fazemos e algumas instituições a nossa parceria está bem concretizada [...] o matriciamento [...] otimizando o trabalho [...]” (Gestor VI);

“A gente precisa de muitos parceiros, porque é um adoecimento de vida muito complexo, essa questão do transtorno devido ao uso de substância [...]” (Gestor VIII);

“Inserindo os pacientes em cursos profissionalizantes, ou em praticas de atividades físicas [...]” (Gestor IX);

Apesar desse papel estratégico apresentado pelos gestores entrevistados, reconhecesse que essa articulação é um processo ainda em curso:

“[Ainda nos articulamos] Muito pouco ainda, muito pouco, vou te confessar que eu acho que a gente precisa muito mais, tá?” (Gestor III).

5.6.2 Dificuldades para a atuação no território:

No discurso dos gestores entrevistados a articulação territorial tem na falta de recursos sua dificuldade principal:

“[Nossa dificuldade é] Principalmente a falta de transporte, a principal 'dificultadora', né [...] Então assim, sempre que é pra fazer ações no território, a gente precisa de se movimentar e infelizmente a gente não conta com esse recurso. E a dificuldade mesmo que, eu acredito, também é a falta de comunicação que a gente tem aqui, mais uma vez na falta do telefone, né, qualquer coisa a gente precisa ligar pra um parceiro, e a gente não tem esse instrumento hoje.” (Gestor I);

“As duas maiores dificuldade é a gente não ter o carro com motorista e não termos telefone. Então, acaba que esse trabalho com os outros serviços depende muito de esforço pessoal mesmo.” (Gestor I);

“Falta de ônibus da SES [Secretaria de Estado de Saúde] para as atividades que demandam a saída dos pacientes, disponibilidade de motorista para todas as atividades que demandam saída com carro [...]” (Gestor II).

“A maior dificuldade é quando não dá pra você estar indo [para atividades no território] por causa da questão dos recursos humanos [...] não tem como sair.” (Gestor V)

“[...] [para conhecer o território] a gente precisa de tempo, de carro, precisa de alguns instrumentos [...] Com certeza, o transporte é uma das maiores dificuldades [...]” (Gestor VIII);

De acordo com os gestores entrevistados, o fato da sociedade ainda não haver assimilado o novo modelo de cuidado em saúde mental gera resistências e falta de apoio para que essa articulação no território ganhe maior capilaridade:

“[...] falta um pouco de apoio à nível político mesmo das instâncias maiores, de disseminar a ideia de que a saúde mental é importante dentro dos territórios, é um instrumento prioritário. Então, eu acho que hoje a política ainda defende muito a questão hospitalocêntrica, então os CAPS, os serviços de saúde mental acabam ficando em segundo plano, e aí existe uma dificuldade real das pessoas reconhecerem o serviço como ordenador do território [...]” (Gestor I);

“A dificuldade dos diversos setores e atores de entender a especificidade do trabalho do CAPS ad e sua área de cobertura assistencial.” (Gestor II).

“Eu falo que a maior dificuldade nossa é essa: é aquele estigma do preconceito contra o usuário, por ser uma população muito carente, eles acham que é tudo bandido, que não quer nada.[...] A maior dificuldade nossa é a questão do estigma, de entender o porquê e o pra que que o CAPS existe [...]” (Gestor V);

“A atenção primária não atende saúde mental e isso é exclusivo do DF [...] Aqui existe uma inversão, aqui nós absorvemos tudo e a gente fica tentando com a atenção primária [que] trabalhe com a saúde mental.” (Gestor VI);

“[A dificuldade é] As pessoas entenderem que o SUS é universal, porque o nosso CAPS tem [...] esse atendimento à população de rua, que pra muitos veem eles de forma feia. Uma população que vive em pobreza extrema, com vínculos interrompidos e fragilizados, que não tem acesso a nenhuma política, e se aglomeram aí porque sentem o CAPS como ambiente protetor. Então, pra comunidade que está vivenciando agora, nós somos a coisa perfeita e certa, só que no lugar errado.” (Gestor VII);

“[...] [Quanto ao CAPS ser ordenador da saúde mental no território] infelizmente, na prática, está longe do que está escrito na legislação. Eu acho que ele não tem sido regulador. Inclusive, eu tenho me aproximado do diretor da atenção básica pra levar a questão dos encaminhamentos que os médicos estavam fazendo diretamente pra comunidade terapêutica, era uma coisa louca.” (Gestor VIII);

“[A dificuldade é] Sensibilizar os demais serviços para que o CAPS venha a ser de fato o regulador de Saúde Mental no território. Existe muita resistência para que isso ocorra.” (Gestor IX);

A dimensão da cobertura territorial dos CAPS-ad no Distrito Federal, somada à falta de recursos já apresentada, torna-se, no discurso dos gestores entrevistados,

mais um desafio para que os serviços se apropriem do território e se articulem com ele:

“[nossa dificuldade é] O tamanho [do território]” (Gestor III);

“[A dificuldade é] Conhecer o território, sair de dentro do CAPS e conhecer o território.” (Gestor IV);

“[Nosso território é] Muito grande, muito grande, muito complexo, socialmente muito desfavorável, a gente está em uma área muito complicada.” (Gestor VI);

“[Não conhecemos os pontos mais distantes do território] Quais são as PIS que têm lá? Os horários? Então é (preciso) fortalecer um pouco essa informação da capacidade do território [...]” (Gestor VIII);

A instrumentalização e empoderamento da equipe do CAPS-ad, para que atue na articulação territorial, é referida pelos gestores entrevistados como outro desafio a ser superado:

“Eu acho que acaba que divulgar o serviço, mostrar a nossa cara, que dizer o que é o CAPS, o que é uma unidade de acolhimento hoje ainda, fica muito centralizado no papel do gestor, e por mais que a gente queira fazer com que outros servidores se apropriem dessa lógica e sejam multiplicadores no território, eles ainda não entendem que isso é exatamente um papel de cada um.” (Gestor I);

“[A dificuldade é] Capacitar a equipe matriciadora do CAPSad para ter uma visão ampla do processo saúde-doença, de se compreender o lugar da rede básica, de contribuir para as discussões nas UBS e de colocar a sua experiência e o seu conhecimento à disposição da saúde mental.” (Gestor II).

“[A dificuldade é] Que a equipe se aproprie disso, que a equipe assuma isso, né?! Fica muito no papel só da gestão.” (Gestor IV);

5.6.3 Soluções encontradas para favorecer a articulação com o território

No discurso dos gestores entrevistados, a busca por articulação no território se dá no exercício de estratégias diversas de aproximação com o usuário, comunidade e com os potenciais parceiros de cuidado. As estratégias mais referidas sendo a participação em reuniões de rede, a realização de matriciamento, visitas domiciliares e intervenções urbanas:

“[...] o **matriciamento** está sendo o nosso passo mais importante no momento pra trabalhar a questão do território. [...] nós temos as **ações culturais** que no caso são as festas [e intervenções políticas] que têm uma periodicidade mais espaçadas [...] então, a gente tem alguma ações assim no território que a gente conta com a **participação da comunidade** [...] nos colocando como parceiros, nos colocando à disposição [...] o fato de **ser portas abertas** é uma das soluções que a gente tem desde o início aqui e que nós resolvemos qualquer tipo de demanda. Se não for uma demanda que nós não possamos dar a resposta que seja adequada, então, a gente vai **conversar com o serviço que encaminhou**, vai **conversar com o usuário**, e isso permite com que a gente ordene a rede.[...] **visitas domiciliares** [...] **Reuniões de rede** também, é um compromisso da gente sempre estar na reunião de rede, né [...] E **discussão de caso (conjunto com a rede)**, toda semana nós temos alguma discussão de casos pra fazer em algum equipamento, seja de saúde ou do serviço social.” (Gestor I - grifou-se);

“**Visitas domiciliares** [...] **matriciamento** [...] Atuamos em conjunto com outras instituições; Estamos inseridos na **reunião de rede social do território**; Estamos inseridos nos estudos de caso que ocorrem no território com outros órgãos de atendimento intersectorial. [...] **Visitas combinadas e em parceria com outros órgãos, atividades culturais, Educação em saúde com a comunidade, palestras** [...] estabelecimento de vínculos do CAPS ad com a população para estreitar laços de parcerias.” (Gestor II - grifou-se).

“[...] a gente trabalha no território é isso, é participando da **[reunião de] rede** [...] e o **matriciamento** [...] as **visitas domiciliares** também. [...] ir diretamente no lugar, conhecer. Não é encaminhar ou ligar, a gente estar indo mesmo e conhecendo” (Gestor III - grifou-se);

“Na verdade, do território, a gente conseguiu muita articulação com a rede [...] Ministério público, centro olímpico, [...] pronto socorro [...] e a atenção básica [...] [fazendo] **matriciamento** [...] participando das **reuniões dos colegiados da região** [...] tendo um vínculo com a superintendência, [...] entrando em grupos [de trabalho], principalmente em grupos do ministério público em relação à saúde” (Gestor IV - grifou-se);

“[...] **mapeamento da rede** [...] e a gente tenta trabalhar esse território [...] encaminhando os pacientes pro que tenha nesse território [...] a gente participa da **reunião de rede**, onde a gente coloca como é o serviço, onde estamos, o que somos, o que fazemos, a clientela, o público alvo. [...] reunião de **matriciamento** e com os outros, temos a **reunião com o [outro] CAPS do [território]** de equipe deles, eles participam da nossa, [...] e é assim que a gente tentar formar uma rede, com essas reuniões.” (Gestor V - grifou-se);

“Temos os encaminhamentos que nós fazemos e algumas instituições [...] nós temos vários **grupos voltados pra fora**, são grupos do CAPS, mas que são voltadas pra fora [...] **Rede Cultural** que eles vão em vários locais do DF com algum propósito, não é só pra passear. A nossa oficina de músicas que faz **apresentações** [...] as nossas **festividades** também [...] **matriciamento** [...]” (Gestor VI - grifou-se);

“Nós começamos a fazer um serviço de **matriciamento** [...] **mapeamento** [do território] [...] **reunião de redes**, essa reunião de rede inclui vários pares que estavam relacionados à dependência químicas, à saúde mental como um todo [...] **oficina de música**, [...] **intervenção urbana** [...] Temos [grupos] aqui na rua, que é com a população de rua [...] Tem o Pintando o Set também, a [oficina] de esportes aquáticos e a de culturais. Além do colegiado e do sub colegiado AD, nós temos um **colegiado regional** da saúde mental do [território] [...]” (Gestor VII - grifou-se);

“[...] **visitas domiciliares** [...] **matriciamento** [...] **[formação de um colegiado [regional]]** de saúde mental [...]” (Gestor VIII - grifou-se);

“**Matriciamento** [...] **Palestras** nas escolas e na comunidade, **participação nos eventos organizados pela rede [social comunitária local]**, **passeios** com os pacientes. [...] Através dos encontros mensais com a rede. Nas **visitas domiciliares**, participando dos eventos dos demais parceiros e **levando também eventos para o território**. [...] como o Sarau para os corredores do hospital; **participando de encontros na comunidade** para tratar de temas como violência e uso de drogas. Com o grupo de caminhada e o futebol, nas quadras. Inserindo os pacientes interessados para praticar esporte no Centro Olímpico; aplicando o **tratamento Comunitário** [...]” (Gestor IX - grifou-se);

Segundo os gestores entrevistados, sensibilizar a rede acerca do modelo de saúde mental em construção e o papel do CAPS-ad favorece a superação de preconceitos e resistências, permitindo uma melhor articulação com o território:

“A aproximação com a superintendência pra que ela entenda, pra que ela compreenda qual é o serviço do CAPS, faz com que ela dissemine também pros outros serviços. A gente tem uma aproximação importante com o pronto socorro do hospital e a UPA, que faz também com que a gente receba muitos casos, que muitos profissionais de fato contem com a gente. E as reuniões de rede, que são situações que também nós mostramos a cara pra rede [...] e acaba que os profissionais acabam se conhecendo, acionando, perguntando como que pode conduzir tal caso.” (Gestor I);

“Utilizar esses espaços [de reuniões de rede] para publicização das informações a respeito do serviço prestado pelo CAPS ad.” (Gestor II).

“[...] a gente vai até montar uma capacitação na atenção primária que é pra eles entenderem mesmo o que é a dependência química, o porquê do serviço estar aqui, o que a gente faz, o que a gente realiza.” (Gestor V);

Os gestores entrevistados apontam que, para que a articulação com o território se efetive, o serviço e os profissionais tem que priorizar essa ação, se organizando para tal:

“[...] cada miniequipe tem seu calendário de matriciamento, então todo mês as miniequipes sentam com as respectivas equipes de matriciamento pra fazer isso. As reuniões de rede também são mensais, as discussões de caso [...] em outros serviços é praticamente toda semana, seja na UPA, no pronto socorro, no CRAS, no CREAS, com o CAPS transtorno também, tem alguns casos que a gente acompanha em conjunto, então acaba que essa discussão é mais sistemática [...]” (Gestor I);

“Organização do tempo e agenda para as parcerias, visitas em conjunto, ações de educação entre instituições e atores sociais da rede intersetorial” (Gestor II).

“Colocar isso em agenda, fazer isso como rotina.[...] Em reunião eu levo [algum profissional da equipe] dizendo qual o evento vai ter, o que a gente pode fazer e daí sempre escalar alguém junto, não ficar só na mão da gestão.” (Gestor IV);

“E precisa inclusive falar sim se é prioridade, se nesse momento eu vou ter que abrir mão disso que faz parte da realidade da nossa equipe, pra conseguir buscar esse território.” (Gestor VIII)

Diante da falta de recursos, apontou-se o investimento pessoal dos profissionais como a única solução que encontraram para que a articulação com o território fosse possível:

“[...] acaba que esse trabalho com os outros serviços depende muito de esforço pessoal mesmo. [...] Muitos servidores se dispõem a usar o seu transporte pessoal pra fazer matriciamento por exemplo [...] A falta de telefone aqui que não tem solução, a gente usa o pessoal mesmo e é isso. [...] Alguns servidores se sentem à vontade pra isso e outros não, não é algo que possa exigir também que eles façam.” (Gestor I);

Apesar dessa contribuição singular, esse tema, de necessidade de melhor qualificação e empoderamento dos servidores, se repetiu, no discurso dos gestores entrevistados, quando discorrendo acerca das outras categorias e a estratégia apresentada por eles é sempre o binômio educação continuada/discussão em reunião de equipe.

Tem-se, portanto, na categoria articulação com o território, o seguinte quadro de entendimento, dificuldades e soluções, conforme quadro 6 a seguir:

Quadro 6: Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria articulação com o território.

| Entendimentos dos CAPS-ad do Distrito Federal sobre Articulação com o Território, segundo seus gestores: | Dificuldades percebidas pelos gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal para que se alcance boa articulação com o território: | Soluções em gestão desenvolvidas nos CAPS-ad do Distrito Federal para favorecer a articulação com o território: |
|--|---|---|
| <p>A articulação com o território é uma estratégia necessária para que a proposta de cuidado e inserção social dos usuários do CAPS-ad se efetive.</p> <p>Perpassa três ações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ordenamento da saúde mental no território; 2. Instrumentalização da rede local acerca da lógica da saúde mental e do papel do CAPS-ad; 3. Co-responsabilização e compartilhamento do cuidado com a rede. | <p>Desconhecimento e resistência da sociedade à lógica de cuidado da saúde mental.</p> | <p>Uso de estratégias diversas de aproximação, sensibilização, orientação e instrumentalização das redes e da comunidade em geral. Se dá em especial por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação em reuniões de rede; • Matriciamento da atenção primária; • Realização de visitas domiciliares; • Intervenções urbanas. |
| | <p>Equipe reduzida.</p> | <p>Priorização da articulação territorial nas agendas dos serviços;</p> |
| | <p>Falta de transporte, motorista e telefone.</p> | <p>Investimento pessoal dos profissionais.</p> |
| | <p>Extensão do território.</p> | <p>Não houveram soluções coletivas de gestão.</p> |
| | <p>Necessidade de instrumentalização e empoderamento dos profissionais dos CAPS-ad para que atuem na articulação territorial.</p> | <p>Educação continuada e discussão em reunião de equipe</p> |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Depreende-se, dos resultados apresentados na categoria articulação com o território, que os gestores dos CAPS-ad do DF entendem essa articulação como uma necessidade, para que o serviço atue de fato na lógica concebida no novo paradigma em saúde mental, i.e., que o caps ad favoreça a inserção social e a autonomia de seus usuários, desconstrua estigmas, ofereça um cuidado integral e diversificado, centrado nas necessidades das pessoas, com atividades no território e ações intersetoriais. Essa compreensão mostra-se consonante com a proposta ministerial (15).

Apesar desse entendimento adequado, sua concretização é um desafio, posto que, uma vez mais, a falta de planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do

Distrito Federal - SES/DF, na estruturação e manutenção da rede de serviços substitutivos em saúde mental, é apontada pelos gestores entrevistados como dificultador de sua atuação, deixando os serviços com poucos recursos, cobertura territorial muito extensa e/ou com equipes insuficientes e ainda em processo de qualificação.

O desconhecimento da sociedade e conceitos anacrônicos com a concepção em saúde mental em consolidação, também são apontados, pelos gestores, como obstáculos a serem superados no processo de articulação com o território. Perspectiva congruente com a de Silva, que refere:

O papel inovador do CAPS está na quantidade e diversidade de suas atribuições que envolvem [...] a articulação da rede de cuidados de saúde mental territorial. [...] mudar a cultura hegemônica em relação aos portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes. A construção de um projeto organizacional dessa natureza é uma tarefa difícil e deve ser tema de planejamento, reflexão e ações específicas. (63) (p.37)

Para garantir uma interlocução com o território, os gestores apontaram a necessidade de se fazer inserções diversas, desde envolverem-se em processos de atuação conjunta, sensibilização e orientação da rede social, de saúde e intersetorial, matriciando e participando de reuniões, até indo diretamente ao usuário e comunidade, por meio da realização de atividades externas, intervenções urbanas e visitas domiciliares.

Essa perspectiva é referendada por guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, proposto pelo Ministério da Saúde (71):

Para assegurarmos a acessibilidade e a resolutividade do cuidado e tratamento das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, é preciso trabalhar em rede [...] Muitas vezes, por exemplo, em um PTS, são necessárias ações que vão além da esfera da saúde, e, mesmo considerando as ações em saúde, nem sempre um único serviço pode demonstrar o potencial necessário para abarcar as diversas necessidades das pessoas. [...] O fazer do dia a dia, a relação entre os trabalhadores, a comunicação institucional é o que faz a Rede se conectar. Ela constitui-se na relação e na pactuação coletiva [...] O matriciamento é uma dessas formas de integração [...] É necessária a sensibilização dos vários atores e a interlocução contínua para diminuir as barreiras de acesso [...] (p.60-61)

Durante as Oficinas de Alinhamento, a articulação com o território foi um dos temas tratados. Foram estabelecidos consensos que levavam em consideração as dificuldades dos serviços, apresentando-se enquanto soluções possíveis:

- mapeamento;
- focar as ações do CAPS, ou seja, priorizar algumas articulações, por exemplo, com as regiões mais próximas;
- realização de matriciamento;
- institucionalizar os contatos com a rede;
- as visitas são estratégias de conhecimento/reconhecimento do território. Por isso, é necessária a participação/ disponibilização de toda a equipe.

As soluções, à época consensuadas, se fizeram presentes nos resultados aferidos do discurso dos gestores entrevistados. Ou seja, referiram utilizar de mapeamento, priorização e visita domiciliar, como estratégias de aproximação.

5.7 Categoria Matriciamento

5.7.1 Entendimento sobre matriciamento

No discurso dos gestores entrevistados, o matriciamento é trazido como uma atuação territorial de interlocução entre serviços que os aproxima, melhora os encaminhamentos e apresenta a lógica da saúde mental em consolidação:

“[...] o matriciamento está sendo o nosso passo mais importante no momento pra trabalhar a questão do território. [...] com o início do matriciamento a gente viu que está recebendo mais encaminhamento de uma forma mais adequada e as pessoas conhecem mais o serviço. Então, isso tem trazido mais feedback positivo. [...] Então, nós fazemos uma reunião inicial de reconhecimento, de conhecer a equipe, de dizer quem nós somos, de dizer qual é a proposta do matriciamento e levantar algumas demandas de saúde mental de cada equipe específica. Depois, a gente vai pra um segundo momento, que nós conversamos. É uma conversa muito livre sobre essas demandas

pra que a gente possa ajudar a equipe a entender o que é a saúde mental, como também eles são importantes no papel de promotor de saúde mental dentro do território. E aí, nós temos uma ficha específica que a equipe preenche os casos que elas acreditam que o CAPS pode ser uma ajuda importante, e o CAPS também identifica alguns casos daquele território, que a intervenção da APS [Atenção Primária em Saúde] também pode ser importante. E aí, com essas fichas preenchidas existe a discussão dos casos e as pactuações pra próxima reunião.” (Gestor I);

“[...] o matriciamento é um espaço de trocas de experiências e de saberes no campo da saúde mental com outros profissionais da rede básica, sendo uma construção coletiva que favorece a coresponsabilização e a avaliação contínua no tratamento do usuário.” (Gestor II).

“[...] [É no] matriciamento onde a gente tem contato com as unidades de saúde. [...] a gente foi trabalhar com equipes (de atenção primária), e não é nós estamos dando mais trabalho pra vocês, nós estamos otimizando o trabalho de vocês” (Gestor VI);

Além desse papel de interlocução, os gestores entrevistados apontam que o matriciamento é também uma estratégia de qualificação e reorientação do cuidado, empoderando a atenção primária para que passe a ofertar atendimento aos casos que não precisam estar sob o cuidado especializado do CAPS-ad, diminuindo a sobrecarga da saúde mental:

“[...] esse matriciamento veio de uma necessidade que a gente tem. Quando os pacientes já estão bem, que já podem ter alta, que já podem ser acompanhados lá na ponta, a gente não tinha essa ligação. Então, ao mesmo tempo a gente tinha muito encaminhamento errado, de coisa leve que não precisava ir pro CAPS. E aí a gente está nesse processo mesmo de desafogar um pouco, porque a gente atende muitos casos que não precisa, que a atenção básica pode atender e muito bem inclusive.” (Gestor III);

“[...] a questão do matriciamento [...] a gente tem vários pacientes aqui que a gente tem que matricular, que já não precisa mais estar aqui, mas não temos pra onde encaminhar na rede, então vai ficando.” (Gestor V);

“A atenção primária não atende saúde mental e isso é exclusivo do DF, porque nos outros locais é ao contrário. Atenção primária atende saúde mental e o que excede ao conhecimento da atenção eles encaminham para o CAPS, então o CAPS é realmente secundário e terciário. Aqui não! Aqui existe uma inversão, aqui nós absorvemos tudo e a gente fica tentando com a atenção primária [que] trabalhe com a saúde mental [...]” (Gestor VI);

“[...] isso empodera o nosso serviço e contribui pra gente.” (Gestor VII).

5.7.2 Dificuldades para que o matriciamento ocorra

No discurso dos gestores entrevistados, uma das dificuldades para que os CAPS-ad realize o matriciamento é o desconhecimento e resistência inicial que a rede tem acerca desse processo:

“Acho que a primeira coisa é o entendimento do que é o matriciamento, ter esse entendimento das equipes, da gente, tudo. Que a gente não está indo lá pra ensinar nada, é uma coisa de igual pra igual, é uma troca de experiências, que eles entendam que eles não vão ser sobrecarregados, pelo contrário, a gente vai dar esse apoio. [...] que eles entendam que não é mais serviço, digamos assim, a gente não quer jogar paciente pra eles. É que a gente quer uma coisa conjunta, né?! Obviamente, se eles estão acompanhando lá e a pessoa se agrava lógico que volta pro CAPS.” (Gestor III);

“A rede aceitar o matriciamento, a nossa maior dificuldade é essa. Ver com bons olhos o matriciamento, tentar entender como funciona” (Gestor IV);

“[...] a gente fica tentando com a atenção primária [que] trabalhe com a saúde mental. A atenção primária não sabe o seu papel, eles não fazem acompanhamento dos seus pacientes. [Eles pensam] ‘Vocês estão nos dando mais serviço’, ‘vocês querem que a gente faça o serviço de vocês’.” (Gestor VI);

“[A dificuldade é] Sensibilizar os gestores para a importância de liberar os profissionais das agendas no dia do encontro. E vencer a resistência dos próprios profissionais [da atenção primária], que em boa parte, entendem que ficarão sobrecarregados.” (Gestor IX).

Por outro lado, os gestores entrevistados reconhecem que suas próprias equipes ainda estão em processo de apropriação da importância do matriciamento:

“Eu acho que a equipe ainda não comprou a ideia completamente de como o matriciamento pode ser importante [...] Então, como ainda o trabalho está muito inicial, a equipe ainda vai porque tem que ir, mas ela ainda não entendeu a importância desse processo para o serviço, essa é uma dificuldade.” (Gestor I);

“Resistência de algumas pessoas da equipe de se aproximar da equipes de atenção básica, de mostrar a importância do trabalho do apoiador, de modo que eles sejam articuladores na rede de serviços de saúde. [...] [precisamos] ter mais profissionais no serviço CAPS-ad, que de fato queiram se envolver com matriciamento, pois para que

este seja resolutivo em suas ações, demanda a participação de todos, uma mudança na lógica de organização do serviço. O matriciamento ainda é visto como um trabalho a mais e não como uma responsabilidade do serviço que, em parte, entendo como falta de compreensão da política de saúde mental por parte de alguns servidores.” (Gestor II);

“[Precisamos] Capacitar a equipe matriciadora do CAPSad para ter uma visão ampla do processo saúde-doença, de se compreender o lugar da rede básica, de contribuir para as discussões nas UBS e de colocar a sua experiência e o seu conhecimento à disposição da saúde mental.” (Gestor II).

“[A dificuldade é] A equipe querer sair do quadrado, compreender a importância do matriciamento e o quanto isso empodera o nosso serviço e contribui pra gente.” (Gestor VII);

Repete-se no discurso dos gestores entrevistados como dificultador a falta de planejamento da SES/DF, que deixa os serviços com poucos recursos e equipe reduzida para lidar com um território excessivamente extenso:

“As duas maiores dificuldade é a gente não ter o carro com motorista e não termos telefone.” (Gestor I);

“[...] o número insuficiente de profissionais e a demanda excessiva sobre as equipes.” (Gestor II).

“A maior dificuldade, volto naquela mesma coisa, é o tamanho da nossa área de cobertura. Pra que ele seja efetivo tem que ser que a gente tenha uma coisa contínua. Não adianta a gente falar que vai rolar de seis em seis meses, isso não existe [...]” (Gestor III);

“É a falta de servidor, a falta de até a gente se deslocar, a gente não tem um carro, tem que ir no próprio carro [...]” (Gestor V);

5.7.3 Soluções desenvolvidas para favorecer a realização de matriciamento:

As soluções desenvolvidas pelos gestores entrevistados para favorecer o matriciamento se iniciam pelo processo de sensibilização:

1. Das próprias equipes:

“[...] eu acredito que isso [apropriação da equipe em seu papel como matriciadores] vá acontecer mais a médio prazo, na medida em que eles forem obtendo os resultados do acompanhamento compartilhado dos casos, o quanto isso é positivo, o quanto de abertura a gente está tendo também na atenção básica.” (Gestor I);

“Eu acredito que ter dividido as miniequipes, cada uma tivesse seu calendário, cada uma pudesse construir isso junto com a equipe, fez eles mais participantes do processo. Então, facilita um pouco com que eles tenham uma certa gerência por aquilo ali [...] Então, o calendário de cada miniequipe ajudaram a elas se organizarem de uma forma mais autônoma, e acaba que ajuda nesse processo, a ir em frente.” (Gestor I);

“[...] foi trabalhado com a equipe que assumir o apoio matricial fazia parte de um dos vários dispositivos colocados pelo Ministério da Saúde, pois ele supera a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental, através da responsabilização compartilhada dos casos, o que permite regular o fluxo de pacientes nos serviços, ajudando assim a reorganizar a demanda e regular o trabalho minimizando a sobrecarga por parte de alguns profissionais. Foi trabalhado com os servidores a idéia equivocada dos CAPS trabalhando no modelo ambulatorial, enfatizando a necessidade de desconstruir essa idéia e buscando um novo modo de organização do trabalho que não sobrecarregue a equipe.” (Gestor II).

“É trabalhar com eles essa importância, sentar com eles, se disponibilizar, estar junto [...]” (Gestor VII);

2. Da atenção primária:

“[...] a gente está fazendo reuniões, indo até as equipes, provocando eles, tentando sensibilizar que o matriciamento tá aí só pra contribuir, a gente não está só levando trabalho pra eles, a gente está levando, na verdade, uma mão mesmo.” (Gestor IV);

“A gente tem essas reuniões com eles [...] e assim, discute os casos. E é com palestras, indo lá, fazendo a capacitação dos servidores [...] E [ir] junto com as equipes do PSF lá fazer as visitas mesmo.” (Gestor V);

“A nossa estratégia foi bem assim, a gente não chegou de supetão, a gente tinha um grupo de matriciamento que era um caso ou outro. Então, a gente foi trabalhar com equipes, e não é nós estamos dando mais trabalho pra vocês, nós estamos otimizando o trabalho de vocês. E aí agora que eles estão tendo essa percepção [...]” (Gestor VI);

“Marcando reuniões com a DIRAPS (Diretoria de Atenção Primária em Saúde), apresentando o matriciamento para as equipes da atenção básica, assegurando o suporte necessário.” (Gestor IX).

Ainda que consiga-se sensibilizar as equipes para a realização do matriciamento, tem-se que superar os desafios logísticos de falta de transporte e

peçoal. Para tanto, os gestores entrevistados apontam que o mapeamento de prioridades e organizaçaõ de rotinas é estratégia essencial:

“[...] tem que ser uma coisa estruturada. Fez a visita lá, já deixa agendada pra próxima. [...] É uma questão de logística mesmo, como eu te disse. A gente tem que pensar, quem vai, quem não vai, como é, como que não é, porque senão acaba virando um caos isso daqui.” (Gestor III);

“[...] deixar detalhado na sua agenda os seus dias específicos pra cada coisa.” (Gestor VII).

Tem-se, portanto, na categoria matriciamento o seguinte quadro de entendimento, dificuldades e soluções, conforme quadro 7 a seguir:

Quadro 7: Entendimento, dificuldades e soluções em relação à categoria matriciamento.

| Entendimentos dos CAPS-ad do Distrito Federal sobre matriciamento, segundo seus gestores: | Dificuldades para implementação do matriciamento pelos CAPS-ad do Distrito Federal, na perspectiva de seus gestores: | Soluções em gestão que favorecem o matriciamento ser realizado pelos CAPS-ad do Distrito Federal: |
|--|--|---|
| Trata-se de uma ação territorial de interlocução com outros serviços que favorece: | <ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento e resistência da rede ao processo de matriciamento; • Não apropriação das próprias equipes dos CAPS-ad acerca da importância do matriciamento. | Sensibilização da rede e dos próprios profissionais do CAPS-ad acerca da importância e resultados do processo de matriciamento. |
| <ul style="list-style-type: none"> • A transmissão da lógica de cuidado em saúde mental em consolidação; • A qualificação e reorientação do cuidado conforme a necessidade de cada caso. | Falta de planejamento da SES/DF para equipar a rede de serviços substitutivos, deixando-os com: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos materiais (carro, telefone...); • Equipes reduzidas; • Território demasiado extenso. | Organização de rotinas e estabelecimento de prioridades como estratégia para minimizar o impacto das faltas estruturais. |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Os resultados apresentados na categoria matriciamento apresentam um entendimento dos gestores dos CAPS-ad do DF sobre esse recurso como uma ação que favorece a atuação territorial, dissemina a lógica de saúde mental em processo de consolidação, melhora o cuidado ofertado pelo serviço matriciado e reduz a sobrecarga dos serviços substitutivos, que podem então funcionar como atenção especializada em saúde mental e não como único recurso de cuidado a seu público. A resultante desse processo traz, segundo Chiaverini (51), um entendimento de que “O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do

processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades”.

Apesar de trazerem o entendimento de que o matriciamento traria tantas vantagens para os serviços e para o usuário, os gestores entrevistados referem resistências da rede a ser matriciada e de suas próprias equipes a se envolverem nessa ação conjunta. Essas resistências ao matriciamento ou Apoio Matricial - AM são esperadas, como aponta Dimenstein (72):

[...] a proposta do AM busca o funcionamento efetivo da rede, em que os CAPS deveriam atuar, no caso da Saúde Mental, como articulador estratégico, trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas e com outros setores, sejam serviços de saúde ou outros recursos comunitários, ou seja, trata-se de mudanças de práticas e, por isso, produzem resistências tanto nas equipes de atenção básica quanto nas de serviços especializados. (p.69-70)

Soma-se a essa dificuldade, a sempre presente, queixa de faltas estruturais da SES/DF para com os serviços substitutivos de saúde mental.

As soluções viabilizadas pelos gestores para que o matriciamento ocorra, apesar dessas dificuldades, é a sensibilização contínua e processual de seus profissionais e dos serviços a serem matriciados, além de uma organização do serviço e priorização de agendas.

Essa sensibilização e instrumentalização é defendida também por Chiaverini (51):

Dessa forma, uma primeira barreira a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a desconstrução do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo a “educação em saúde mental” fundamental na rotina dos espaços matriciais. [...] nesse sentido, os profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias devem ser sensibilizados, ou mesmo acompanhados em atividade compartilhada de matriciamento, de modo a oferecer espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. (p.60)

As Oficinas de Alinhamento também haviam tratado desse tema e trouxeram por resultado o estabelecimento de estratégias para minimizar as dificuldades logísticas e de resistências da rede:

- sistematizar dentro da agenda dos CAPS uma carga horária para essa cogestão dos casos, garantindo uma periodicidade mínima de acompanhamento;
- a discussão de casos entre serviços, sem usar o nome/rótulo matriciamento, como uma estratégia de aproximação;

Podemos observar que a estratégia consensuada em 2014 de organização do serviço diante das faltas estruturais permanece vigente. Além disso, a busca por estratégia de aproximação com o território denota que à época a resistência da rede já era percebida como uma dificuldade e três anos depois, essa dificuldade ainda se faz presente.

5.8 Categoria Desconstrução de Estigmas

5.8.1 Entendimentos sobre desconstrução de estigmas

O discurso dos gestores entrevistados trouxe o entendimento sobre desconstrução de estigmas sob o viés de qual sua importância. Por outro lado, quanto às dificuldades, essas foram apresentadas no sentido de dificuldades que o estigma traz, que remete ao porquê da importância de sua desconstrução. Tal organização das falas colocou o entendimento sobre o tema e as dificuldades como um conteúdo único.

Segundo os gestores entrevistados, a desconstrução de estigmas é elemento necessário para garantir o cuidado integral à saúde, que seria prejudicado em três níveis pelo preconceito:

1. O estigma reduz a busca e adesão ao tratamento em pessoas que têm transtornos relacionados ao uso problema de álcool e outras drogas:

“O uso de álcool e outras drogas não é visto por parte da sociedade como um problema de saúde como outros e a postura moralista aumenta a dificuldade de abordar o tema e tratar o usuário.[...] Por causa desse estigma, os próprios usuários evitam buscar ajuda, agravando seus problemas de saúde. Os pacientes não acreditam que podem se beneficiar do tratamento, se sentem incapazes, desvalorizados e repercute diretamente em sua motivação para se tratar.” (Gestor II).

"[...] eu acho que quando o usuário vem, ele vem preocupado, sem saber como o serviço funciona. Ele vem um pouco sem conhecer mesmo o serviço e isso atrapalha um pouco. Não só ele, mas a família também." (Gestor IV);

"As maiores dificuldades são conseguir a adesão do paciente, trabalhar com ele as suas vulnerabilidades para que ele volte a se ver como cidadão de direitos. E também sensibilizar a família para que venha apoiar o tratamento." (Gestor IX);

2. O estigma compromete a prestação adequada de cuidado pelos profissionais de saúde:

"Exemplos disso são os tratamentos de desintoxicação moderado a grave que são submetidos esses usuários na unidades de Pronto Socorro e Hospitais Gerais. A alta é dada antecipadamente e o desconhecimento por parte das equipes de emergência a respeito da desintoxicação é grande." (Gestor II).

"[...] no hospital do [território], que a gente tinha muita dificuldade pra encaminhar, chegava lá e eles não queriam receber o paciente, tem esse preconceito, esse estigma [...] Chegava lá, os pacientes não eram atendidos [...] Sempre acham que o dependente químico nunca é grave, vai ficando, vai ficando [...]" (Gestor V);

"Se os pacientes têm qualquer tipo de problema físico, eles querem se tratar com os médicos daqui [do CAPS-ad]. Então assim, quando era no pronto socorro do [território] eu já tive vários embates. Uma médica que xingou o paciente de vagabundo e que não iria atender ele, porque ele estava naquela situação porque ele queria." (Gestor VI);

"[...] vem na cabeça [das pessoas] que eu trabalho com a pessoa do submundo, totalmente descreditada, um zé ninguém, uma pessoa cheia de doença. Nunca imagina que lá tem pai de família, trabalhador, então essa mistificação que eu trabalho com os noiados, não é pela sociedade, mas também como pelos próprios outros servidores de saúde mesmo e que, muitas vezes, quando você faz uma discussão de caso com o pessoal da emergência, com o pessoal da UPA tem esse preconceito e essa dificuldade." (Gestor VIII);

3. O estigma compromete a adesão dos profissionais de saúde que vão trabalhar nos CAPS-ad a ofertar o cuidado na lógica de saúde mental em consolidação:

"Eu acho que os servidores por não escolherem virem para o CAPS, por não estarem preparados, por não terem uma experiência anterior com a saúde mental, enfim muitas coisas. Por questões pessoais também, o servidor já chega com uma série de estigmas e não necessariamente eles se desfazem deles [...] Então, eu acho que muitos servidores já chegam aqui com essa concepção estigmatizada do usuário de droga, que ele só mente, que ele só rouba, que ele é

perigoso, que ele é desonesto, então é muita coisa pra você ter que desconstruir [...]" (Gestor I);

"[...] essa estigmatização, eu acho que começa com a própria equipe. De achar que o paciente não tem solução, não tem jeito mesmo." (Gestor III);

"[...] infelizmente tem umas pessoas na equipe que [...] Eu sempre costumo trabalhar com a quebra de paradigmas, você tentar se colocar no lugar do outro e a gente tem que se despir um pouco dos nossos valores, daquilo que a gente aprendeu pra que a gente consiga fazer um bom trabalho com as pessoas." (Gestor VII).

5.8.2 Solução desenvolvida para favorecer a desconstrução de estigma

Para lidar com o estigma, promovendo sua desconstrução, os gestores entrevistados concentram seu discurso nos processos de orientação e sensibilização acerca da dependência e da lógica da saúde mental, seja em relação aos profissionais de saúde ou à comunidade em geral:

"Educação continuada, eu não vejo outro caminho, tanto com os servidores como com os usuários. Então, a gente aborda esse tema no grupo de família, na reunião de equipe, no matriciamento, se acontecer questões pontuais, a gente aborda também [...] então é um trabalho, um retrabalho constante." (Gestor I);

"[...] a informação é muito importante. Atuamos em atividades de Educação em Saúde primeiramente entre os próprios servidores, depois com os pacientes e, enfim, com a comunidade em ações extra muros." (Gestor II).

"[...] toda desconstrução demanda tempo, ela demanda `as vezes sofrimento, não tem nem como te dizer de forma prática, eu imagino mesmo que seja no dia a dia, é o convívio com o restante da equipe, ver o ponto de vista de outras pessoas, saindo um pouco desse seu mundinho né, pra você entender isso." (Gestor III);

"[...] a gente tenta sensibilizar, que a gente é um tratamento de portas abertas, fala um pouco da dependência. Então, a gente tenta sensibilizar ele e a família, daí a gente consegue." (Gestor IV);

"Mostrando que esses pacientes não são assim. A gente está aqui pra atendê-los, eles são como qualquer outro paciente, eles estão doentes, não são marginais. [...] tentando desmitificar isso no dia a dia, em uma conversa mostrando como é que é, foi nesse sentido. Toda equipe é assim, onde a gente vai, vamos plantando essa sementinha de que não é dessa forma. Que o paciente é um sujeito de direito igual a outro paciente, independente do que ele tá no momento." (Gestor V);

“É através do contato mais próximo com o CAPS, através do matriciamento, mostrando, mostrando que é uma doença grave, que não é só uma doença física, mas social, psicológica, uma doença da família, da comunidade, que uma coisa reflete na outra. É um trabalho de formiguinha, as coisas... não existe mágica, é tudo na prática. O estigma vai se dissolvendo à medida que as pessoas... quando elas começam a entrar em contato sobre o que é a dependência química, e não sobre o que elas pensam sobre a dependência química. Tira o caráter sobre a força de vontade pra uma questão de uma doença que tem várias faces.” (Gestor VI);

“Sensibilização, capacitação, escuta qualificada, apoio. [...] [mostrar que] nem todo mundo que é usuário de drogas é bandido e nem santos, assim como nós que não usamos, todos nós temos os nossos defeitos, que não é diferente.” (Gestor VII);

“Ah, é na prática [...] quando eles nos procuram [...] a gente estaria aberto porque é nessa conversa que a gente vai desmistificando e trabalhando com as equipes.” (Gestor VIII);

Tem-se, portanto, na categoria desconstrução de estigmas o seguinte quadro de entendimento e soluções, conforme quadro 8 a seguir:

Quadro 8 Entendimento e soluções em relação à categoria desconstrução de estigmas.

| Entendimentos dos gestores de CAPS-ad do Distrito Federal sobre desconstrução de estigmas: | Solução desenvolvida pelos CAPS-ad do Distrito Federal para favorecer a desconstrução de estigmas: |
|--|---|
| <p>Trata-se de um trabalho necessário para garantir o cuidado integral à saúde, que seria prejudicado em três níveis pelo estigma:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Na busca e adesão ao tratamento para transtornos relacionados ao uso problema de álcool e outras drogas; 2- No cuidado prestado pelos profissionais de saúde em geral à população com transtornos relacionados ao uso problema de álcool e outras drogas; 3- No cuidado prestado pelos próprios profissionais de saúde mental aos usuários do serviço. | <ul style="list-style-type: none"> • Orientação e sensibilização contínua à comunidade; • Sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde. |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Os resultados apresentados denotam uma percepção direta entre estigma e prejuízo no cuidado em saúde ofertado, na percepção dos gestores entrevistados. Essa percepção deles é corroborada por Ronzani et al. (73), que afirmam:

Ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os usuários de drogas evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições, agravando os problemas de saúde e, mesmo quando procuram o tratamento, a adesão é baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória. Outra consequência direta do estigma internalizado

para o tratamento é o impacto negativo da baixa autoestima e baixa autoeficácia que interferem na realização dos objetivos de vida. Os usuários de drogas não acreditam que possam se beneficiar do tratamento, porque se sentem incapazes. Assim, os sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que eles pensem que não existem razões para se recuperar. (p.13)

Embora a saúde seja elemento deveras importante, chama a atenção a ausência do impacto psicossocial do estigma sobre os usuários, no discurso dos gestores, posto que, dentre os papéis centrais da atual política em saúde mental encontra-se a reinserção social (2). O processo discriminatório advindo do estigma traz, além de barreiras no cuidado à saúde, uma exposição a estressores contínuos que prejudicam a saúde física e mental das pessoas submetidas a ele (74). A literatura científica (44-47) vem apresentando a longa data a relação entre estigma, exclusão, isolamento e intensificação do uso de drogas. Nesse sentido, o entendimento acerca da importância de desconstrução de estigmas centrar-se, no discurso dos gestores entrevistados, apenas nas barreiras de acesso à saúde, é um reducionismo de suas potencialidades.

As soluções encontradas, por sua vez, orientar, capacitar e sensibilizar, são congruentes com as intervenções aferidas como eficazes em revisão sistemática sobre efetividade de intervenções ao estigma relacionado a usuários de drogas (75). Remetem, portanto, à importância da interlocução do CAPS-ad com o território e à reflexão contínua de suas práticas.

5.9 Categoria Atuação sob a Lógica de Redução de Danos

5.9.1 Entendimentos sobre redução de danos

No discurso dos gestores entrevistados, a redução de danos é uma estratégia de cuidados de baixa exigência, que não exige abstinência para que o tratamento possa ocorrer:

"[...] um conjunto de políticas e práticas, cujo objetivo é reduzir ou minimizar os danos associados ao uso de drogas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas." (Gestor II).

"[...] a gente conseguiu isso, parou de achar que abstinência total era a cura. Então assim, a gente já fica contente com uma redução do uso ou trocar uma substância por outra." (Gestor IV);

"[...] como você vai tirar a droga de um paciente do dia pra noite? Não é assim, né. É a mesma coisa da gente, eu não consigo ficar sem beber café, se eu ficar sem beber de manhã, de tarde e a noite, eu não consigo. Então você vai ter que reduzir a quantidade desse uso, né. Trabalhar isso." (Gestor V);

"[...] [Consideramos redução de danos] quando um paciente reduz, ou faz uso de outra droga [...]" (Gestor VI);

"[...] [É um respeito ao] limite de cada um, o espaço de cada um [...]" (Gestor VII);

"[...] respeito ao momento do paciente. A pessoa que tem a dificuldade com o uso de álcool e outras drogas, que ela fique realmente longe, e isso é muito difícil, sendo que sai ali e na esquina do CAPS tem uma boca. Então, a gente precisa entender que cada um tem [...] essa mudança interna, tem esse momento, respeitar esse momento." (Gestor VIII);

"[...] já que o paciente vai usar, que seja da forma menos danosa possível." (Gestor IX);

Todavia, para além do foco não ser na abstinência, o conceito e sua operacionalização ainda é percebida como pouco definido por alguns gestores entrevistados:

"[...] ausência de nortes metodológicos que orientem o direcionamento dessa prática." (Gestor II).

"É realmente ter esse treinamento, ter essa coisa mais direcionada, que viesse alguém pra falar ou falasse pra todos os CAPS-ad, que a gente faça uma coisa mais homogênea, porque o que eu converso com as pessoas dos outros CAPS é que é uma coisa muito solta, sabe? Não existe uma organização, não existe um consenso entre os CAPS.[...] O que a gente tem hoje é o que cada um procurou se aperfeiçoar, saber o que é, foi uma coisa inclusive que eu coloquei no colegiado AD, que a gente precisa de alguém que venha falar sobre redução de danos. Não existe um consenso é muito fragmentado." (Gestor III);

"O entendimento em si da redução de danos, o que ela traz, não existe um consenso [...]" (Gestor VII);

5.9.2 Dificuldades percebidas pelos gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal para atuar-se sob a lógica da redução de danos

No discurso dos gestores entrevistados, o maior desafio para se atuar na lógica da redução de danos diz respeito às equipes se apropriarem dela de forma consensual:

"[...] redução de danos em relação ao próprio uso da droga ainda é um desafio imenso pra equipe e ainda é um assunto que as pessoas têm muitas dificuldades de absorver e lidar. [...] precisava ter assim, uma mudança cultural, conceitual, não sei nem dizer. [...] É algo muito difícil de alcançar porque mexe com a cultura das pessoas." (Gestor I);

"As maiores dificuldades são as limitações no entendimento da proposta de redução de danos por parte da equipe" (Gestor II).

"[...] o profissional, ele não aceitava [a redução de danos]." (Gestor IV);

"Tem profissional que não acha que redução de danos que vai resolver. Então, a maior dificuldade nossa aqui as vezes, os entraves que tem até de um profissional com outro é nessa questão. Uns concordam, outros não concordam.[...] Mas a principal dificuldade nossa no começo foi até a equipe entender isso mesmo." (Gestor V);

"Eu acho que o trabalho é com os profissionais. [...] Eu não vou mentir pra você, o desejo ainda é da abstinência." (Gestor VI);

"Entendimento sobre a redução de danos. [...] Muito diferente de servidor pra servidor, não há um consenso. Muitos concordam, muitos discordam. [...] O entendimento em si da redução de danos, o que ela traz, não existe um consenso na equipe." (Gestor VII);

"Que o servidor principalmente, esse terapeuta, ele consiga entender qual a efetividade do que ele está fazendo, qual é o sucesso no tratamento. " (Gestor VIII);

5.9.3 Soluções desenvolvidas pelos CAPS-ad do Distrito Federal para favorecer a atuação sob a lógica da redução de danos

Frente à dificuldade de entendimento e apropriação dos profissionais de saúde dos CAPS-ad à lógica de redução de danos, os gestores entrevistados apontaram como caminho a educação continuada de seus profissionais e reflexão contínua, em reuniões de equipe, acerca do trabalho desempenhado:

"Educação continuada, nesse tópico, educação continuada é o que a gente mais tem feito pra redução de danos e as discussões de casos. Acaba que a discussão de casos leva pra esse assunto, que ajuda a, de repente, perceber que a redução de danos é a única opção pra aquele usuário em questão. E se é a única a opção e quando ele se beneficia, a equipe consegue absorver isso de uma forma um pouco melhor." (Gestor I);

"[...] discussões e diálogos com o objetivo de quebrar resistência em relação à política de RD." (Gestor II).

"A ideia é que a gente faça um grupo de estudos entre a gente mesmo." (Gestor III);

"[...] a experiência do dia a dia e ouvir outros, ir em outros lugares, ouvir outro saberes, ouvir o próprio paciente, o usuário." (Gestor IV);

"Estudando mesmo, trazendo pra dentro das reuniões de equipe o que era a política de redução de danos, foi através disso e entendendo que todas as unidades trabalham nessa perspectiva, é uma normativa até do Ministério da Saúde, e participando dos cursos, né, que teve de capacitação de redução de danos. Foi assim que a gente tentou amenizar os calcanharzinho de Aquiles" (Gestor V);

"Principalmente, discussão de casos com os profissionais na prática." (Gestor VI);

"[...] investir na equipe, estudar com eles o que é a redução de danos, os êxitos que a gente tem quando respeita o limite de cada um, o espaço de cada um, é um trabalho de formiguinha também, diário. [...] sensibilização, discussão de caso, de estar na prática vendo isso, discutindo nas equipes menores e nas maiores [...]" (Gestor VII);

"Pra mim, é a busca de supervisão." (Gestor VIII);

Tem-se, portanto, na categoria atuação na lógica de redução de danos o seguinte quadro de entendimento e soluções, conforme quadro 9 a seguir:

Quadro 9: Entendimento e soluções em relação à categoria atuação na lógica de redução de danos.

| Entendimentos sobre redução de danos nos CAPS-ad do Distrito Federal, segundo seus gestores: | Dificuldades para atuar-se sob a lógica da redução de danos nos CAPS-ad do Distrito Federal: | Soluções desenvolvidas para favorecer a atuação sob a lógica de redução de danos nos CAPS-ad do Distrito Federal: |
|---|--|--|
| Trata-se de uma estratégia de cuidados de baixa exigência, que não exige abstinência para que a pessoa possa ser acolhida e acompanhada pelo serviço. | Necessidade de instrumentalização dos profissionais dos CAPS-ad para que se apropriem dessa lógica de cuidado. | Educação continuada e prática refletida. |

Fonte: Pesquisa do autor, 2017.

Os resultados aferidos trazem a lógica da redução de danos como uma estratégia de cuidados de baixa exigência por não trazer a abstinência como pré-requisito de vinculação de uma pessoa ao serviço ofertado pelo CAPS-ad. Essa perspectiva está em acordo com a literatura pesquisada (42, 43).

A ressalva dos gestores entrevistados acerca da ausência de maior clareza na definição e operacionalização dessa lógica, bem como a necessidade de instrumentalização e apropriação dos profissionais que atuam no CAPS, se coaduna com a perspectiva de que esta ainda é uma prática em construção, devido a lacunas na formação dos profissionais e pré-conceitos construídos historicamente (41, 43).

Para atuar na lógica da redução de danos, tal qual demonstrado nestes resultados em relação aos demais elementos de transposição da política de saúde mental para a prática, os gestores entrevistados apontaram como solução a realização de capacitação contínua de seus profissionais e o exercício de uma prática reflexiva. Essa perspectiva se mostra congruente com a de Kinoshita (41).

5.10 Dificuldades e Soluções que Transcendem Apenas uma Categoria

Oito dentre as nove categorias de discurso apresentadas remetem aos processos de educação continuada como solução desenvolvida para favorecer a transposição das diretrizes em saúde mental para a prática nos serviços. Furtado e Campos (6) já referiam esse processo como elemento próprio dessa transposição:

Sabemos que não há um único caminho possível ou um só esforço capaz de fazer frente à extensa tarefa de transpor os princípios da reforma psiquiátrica para o plano das práticas. A educação permanente dos trabalhadores, a avaliação sistemática das novas práticas, a inclusão da perspectiva dos usuários no processo, dentre outras, são vias importantes e necessárias ao estabelecimento dos novos referenciais na prática cotidiana de atenção em saúde mental. (p.117)

Esses achados parecem remeter à inovação dessa perspectiva de cuidado em saúde mental em implementação, que desafia o profissional de saúde a se reinventar e desenvolver novas práticas, conforme nos aponta Yasui (76)

As transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança. Para isso, seus principais instrumentos são: sua formação permanente, que faculte a redefinição e reorganização de seu processo de trabalho (p.29).

Todavia, remetem, ainda, a deficiências nos processos de formação dos profissionais (41) e ao processo de lotação nos CAPS-ad do Distrito Federal, que os gestores referiram se dar independentemente de escolha, identificação ou formação prévia desses profissionais no campo da saúde mental.

Outro elemento que se repetiu ao longo das categorias de discurso, estando presente em seis dentre as nove, foi a falta de planejamento da SES/DF na construção e manutenção da rede de serviços substitutivos, deixando os CAPS-ad com equipes reduzidas, falta de recursos de mobilidade e/ou com mal dimensionamento das áreas de abrangência e cobertura populacional.

A esse respeito, Silva (63) aponta que essa situação não é restrita apenas à realidade da saúde mental do DF:

[...]cada equipamento define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe. Esse funcionamento assegura um grau elevado de autonomia ao serviço, mas diminui as possibilidades de negociação com os gestores e a garantia de condições de trabalho e de infra-estrutura de pessoal, dos materiais necessários aos projetos e das instalações que diminuam o risco de um funcionamento improvisado e sem planejamento dos funcionários. (p.38)

Uma das repercussões evidenciadas por essa situação é o fato de o manejo de crise ser severamente comprometido, retirando do CAPS-ad seu caráter substitutivo ao manicômio (70), correndo o risco de se tornar complementar àquele.

Dentre as soluções apresentadas para garantir a consecução das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, três referiram a necessidade de “processos de sensibilização” e uma quarta à necessidade de “incentivo”. No contexto apresentado, esses significantes remetem a uma percepção de que, para além da instrumentalização sobre o novo modelo de cuidado em saúde mental, ainda se faz necessário processos de convencimento à sociedade e profissionais de saúde acerca de sua relevância e eficácia.

Essa percepção encontra sentido no fato de que, como nos aponta Furtado (6), essa nova concepção não remete tão somente a uma nova técnica, mas a uma nova relação com a loucura, novas formas de trabalhá-la e a um processo de transformação de como toda a sociedade reage à pessoa com algum tipo de transtorno mental, seja ou não decorrente do uso de álcool e outras drogas. Trata-se, portanto, de um processo complexo (6) e que deve ser, como toda nova política pública, historicamente construído (27).

Por fim, em cinco dentre as nove categorias apresentadas, são apontadas a priorização e/ou a organização do serviço como elemento favorecedor para que dificuldades de transposição da política nacional de saúde mental para a prática possam ser superadas. Tais elementos - priorização e organização - , são eminentemente atribuição de gestão, o que evidencia a importância do papel do gestor no alcance dos objetivos propostos pela política nacional de saúde mental, em consonância com a literatura pesquisada (6, 30, 41).

Depreende-se, portanto, que ainda há muito a percorrer para consolidar o modelo no DF, demandando maior número de serviços, equipes melhor instrumentalizadas, maior e melhor destinação de recursos, sensibilização da rede... Todavia, como aponta Jostein Gaarder (77): "percorrer uma parte do caminho não é o mesmo que tomar o caminho errado.

Isso significa que, apesar das diversas dificuldades apresentadas para que os CAPS-ad alcancem todo o seu potencial, tal contexto não invalida o modelo. Ao contrário, reforça a necessidade de ampliar investimentos sobre ele.

6 CONCLUSÃO

O conjunto de resultados aferidos neste estudo demonstra que, na perspectiva dos gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal, para que ocorra a transposição da política nacional de saúde mental para a prática, os serviços vivenciam um processo de se construir enquanto funcionam. Nesse sentido, apontam que os CAPS-ad do DF são prejudicados pelo baixo investimento da SES e pela formação deficiente dos profissionais de saúde em diretrizes que são caras ao novo modelo, como acolhimento, interdisciplinaridade, atuação territorial, redução de danos e construção de PTS. Essas faltas de base repercutem em dificuldades aumentadas em realizar a transposição da Política Nacional em Saúde Mental para a prática nos serviços.

Todavia, os resultados apresentados apontam que os serviços estão realizando esse processo de apropriar-se na prática e construir respostas possíveis. Para tanto, apostam, prioritariamente em educação continuada, em processo de co-construção reflexiva e na tentativa de organizar-se de forma a priorizar as diretrizes elencadas. Assim, saem do planejado na letra da Lei, para o possível na prática.

Esse conjunto de resultados parece haver alcançado a pretensão que motivou esta pesquisa. Tal afirmação se deve ao fato de que o presente trabalho objetivava lançar luz sobre os desafios enfrentados e as soluções construídas no CAPS-ad do DF para a organização e gestão desses serviços e isso fora apresentado. Tal intento nascera de uma inquietação do autor que, enquanto na gestão, se vira tendo de construir o caminho da transposição da política nacional de saúde mental para a prática, sem referências de como isso deveria ou poderia ser feito.

Durante as oficinas de alinhamento dos CAPS-ad do DF, percebera que o sentimento era compartilhado pelos demais gestores. Cada qual era um Sísifo arrastando morro a cima uma pedra muito grande e muito pesada. Um desafio deveras penoso. As Oficinas de Alinhamento, em 2014, foram um primeiro momento importante, permitiram, como demonstrado, que caminhos mais unos fossem traçados, mas uma estruturação melhor ainda era percebida como necessária.

Nesse sentido, esta dissertação teve a pretensão, de trazer ao leitor, gestor ou trabalhador de CAPS-ad - e, talvez, da saúde mental como um todo - essa mesma inquietação, e também a percepção de que parte das dificuldades que possam vivenciar, talvez não lhes seja singular, mas vivenciada em outros serviços e que há possibilidade de que soluções encontradas, como as desenvolvidas no DF, porventura podem beneficiá-los.

Trata-se, portanto, de um passo inicial para uma melhor organização dos CAPS-ad no país. Para que esse passo se torne um guia, porém, mais estudos, envolvendo outros atores - profissionais e usuários - e uma porção mais representativa da totalidade de CAPS-ad em atividade no Brasil faz-se necessário.

Enquanto essa proposta de um guia de âmbito nacional não se efetiva, acredita-se que os resultados apresentados dos benefícios do processo de alinhamento para os CAPS-ad do DF possam estimular ações regionais nesse sentido.

Por fim, entende-se que os resultados encontrados demonstraram que os desafios de gestão para favorecer a transposição da política para a prática e consolidar esse novo modelo de cuidado são muitos, mas também evidenciou que soluções são possíveis. Compartilhá-las é, acredita-se, um processo que permitirá que a pedra não seja tão pesada e que não mais quede do cume.

7 REFERÊNCIAS

1. Camus A. O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo: Livros do Brasil; 1961.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001.
3. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União. 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde, Brasília; 2015.
6. Furtado JP, Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental. 2005;8(1):109-22.
7. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Cien Saude Colet. 2009;14(1):297-305.
8. Chagas FGLd, Ventura CAA. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2010;6:1-20.
9. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. OMS Geneva; 2001.
10. Lobosque AM, Stefanello S, Campos Pjd. O cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. Curso crise e urgência em saúde mental. 2016.
11. Gallassi AD. Análise do custo social do uso do álcool no Brasil no ano de 2007: Universidade de São Paulo; 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, Nº130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 2012.
13. Silva ATdM, Barros S, de Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2002;36(1):4-9.
14. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004 The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):456-68.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, 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.
16. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Revista de Saúde Pública. 2012;46(1):51-8.

17. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil: Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
18. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. História, Ciências, Saúde Manguinhos. 2002;9(1):25-59.
19. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas An assessment of Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. 2011.
20. Silva MdNRM. Centros de atenção psicossocial álcool e drogas (caps ad): modelo de cuidado, competências e demandas de aprendizagem dos profissionais. 2016.
21. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2007;14(3).
22. Brasil. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. In: Saúde Md, editor.: Ministério da Saúde; 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009: Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União. 2009.
24. Brasil. Decreto no. 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. 2010.
25. André AM, Trench Ciampone MH. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007;41.
26. Mattos RA, Baptista TW. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro. 2011.
27. Abrams P. Notes on the Difficulty of Studying the State (1977). Journal offistorical Sociology Vol. 1988;1(1).
28. Höfling ED. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes. 2001;21(55):30-41.
29. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
30. Kinoshita RT. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. 2011;1(1):223-31.
31. Brasil. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. In: Estratégias DdAP, editor.: Ministério da Saúde; 2004.
32. Brasil. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília: Senado 1988.
33. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. 1990.

34. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(11).
35. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2009;12(1):130-40p.
36. Schneider JF, Souza JPd, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Revista gaúcha de enfermagem Porto Alegre Vol 30, n 3 (set 2009)*, p 397-405. 2009.
37. Braitenbach DPdF. *Interdisciplinaridade: reflexões sobre o atual campo da saúde mental no Brasil*. 2015.
38. Etges NJ. *Ciência, interdisciplinaridade e educação. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 1995;3(1):51-84.
39. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(3).
40. Furtado JP, Oda WY, Borysow IdC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32.
41. Kinoshita RT, Rosa L, Siqueira D. *Recursos e estratégias do cuidado*. 2014.
42. Passos EH, Paula Souza T. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*. 2011;23(1).
43. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2013;33(3).
44. Tisotta ZL, Hildebrandtb LM, Leitec MT, Martinsd RV, Cosentinoe SF. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no brasil: revisão narrativa. *Revista de Atenção à Saúde*. 2015;13(43):79-89.
45. Alexander BK. *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*: Oxford University Press; 2010.
46. Alexander BK, Coombs RB, Hadaway PF. The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*. 1978;58(2):175-9.
47. Alexander BK, Beyerstein BL, Hadaway PF, Coombs RB. Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 1981;15(4):571-6.
48. Mângia EF, Barros JdO. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Rev ter ocup*. 2009;20(2):85-91.
49. Campos GWdS. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2).
50. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011;22(1):85-92.

51. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva; 2011.
52. Distrito Federal. Decreto nº 32.108, de 25 de agosto de 2010. Institui a Política Distrital sobre Drogas e cria o Sistema Distrital de Políticas sobre Drogas. 2010.
53. Distrito Federal. Decreto nº 33.164, de 31 de agosto de 2011. Dispõe sobre o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e dá outras providências. 2011.
54. CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios–2010/2011–São Sebastião. 2013.
55. IBGE, 2010. www.ibge.gov.br/censo2010 Acesso. 2014;8:09-11.
56. Minayo MCdS. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade: Vozes; 2016.
57. Alves ZMMB, Silva MHG. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 1992(2):61-9.
58. Lemos SF. Significado de acupuntura por usuários de um serviço de atendimento em Saúde. 2009.
59. Fernandes LA, Gomes JMM. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. *ConTexto*. 2003;3(4).
60. Minayo MCdS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.
61. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70 ed: Lisboa; 2006.
62. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAPd. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 2009.
63. Silva MT, Lancman S, do Carmo Alonso CM. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(suppl. 1):36-42.
64. Campos GWdS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998.
65. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, de Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia Promotion of Mental Health–Technologies for Care: emotional involvement, reception, co-responsibility and autonomy.
66. Neiger BL, Thackeray R, Fagen MC. Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health promotion practice*. 2011;12(2):166-71.
67. Rudan I, Kipiriri L, Tomlinson M, Balliet M, Cohen B, Chopra M. Evidence-Based Priority Setting for Health Care and Research: Tools to Support Policy in Maternal, Neonatal, and Child Health in Africa. 2010.
68. Vilnius D, Dandoy S. A priority rating system for public health programs. *Public health reports*. 1990;105(5):463.

69. Gemignani EYMY. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão.
70. Cruz M, Alves D. Singularidades no cuidado da RAPS. 2014.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD. 2015.
72. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e sociedade*. 2009;18(1):63-74.
73. Ronzani TM, Noto AR, Casela ALM, Monteiro ÉP, Ferreira G. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. 2014.
74. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;88:188-96.
75. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(1):39-50.
76. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. 2008;32(78-79-80):27-37.
77. Gaarder J. O mundo de Sofia: romance da história da filosofia: Editora Companhia das Letras; 2012.
78. Fischer B, Blanken P, Da Silveira D, Gallassi A, Goldner EM, Rehm J, et al. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*. 2015;26(4):352-63.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro de Entrevista

Dados de apresentação

Sexo:

Formação:

Idade:

Tempo de gestão:

Tipo de CAPS:

Questões de gestão/transposição da política nacional de saúde mental

Geral:

1. Quais os principais desafios da gestão de um CAPS-ad, em sua experiência?
2. Quais as principais soluções encontradas no serviço que você gerencia/ou para lidar com as dificuldades de transpor a política nacional de saúde mental para a prática?

Acesso:

1. O que é o acolhimento na realidade do seu serviço?
2. Por favor, descreva como funciona, na prática, o acolhimento no seu CAPS (dinâmica, frequência):
3. Quem realiza o acolhimento?
4. Quais os desafios para que ele ocorra de "portas abertas", isto é, todos os dias de funcionamento e sem um número limite de vagas?
5. Que soluções foram encontradas para dar conta desses desafios?
6. Após o acolhimento, como se dá a inserção do usuário no serviço?(fluxograma)

Plano Terapêutico Singular:

1. O conceito de Plano Terapêutico Singular (PTS) é amplo e podem haver diversas interpretações do que seja. Qual o entendimento que o serviço que você gerencia tem acerca do PTS?
2. Todos os pacientes têm PTS? Como se dá sua construção?
3. Quais as dificuldades para a construção de PTS?
4. Quais as soluções encontradas para favorecer sua construção?

Interdisciplinaridade:

1. O seu serviço é formado por uma só equipe ou há subdivisões (miniequipes)? Se sim, como as miniequipes foram formadas?
2. Como se dão as decisões sobre os casos tidos como complexos?
3. Quem decide sobre alta ou encaminhamento para "internação", (comunidade terapêutica, hospitalar ou Unidade de Acolhimento Transitório)?
4. Quais os critérios, na prática, para essas tomadas de decisão (alta, internação, comunidade terapêutica, Unidade de Acolhimento Transitório)?
5. Com que frequência se dá as reuniões entre a equipe? Todos participam?
6. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades para a interdisciplinariedade?
7. Quais as soluções que foram encontradas para favorecer a interdisciplinariedade?

Atividades

1. Quais as atividades internas desenvolvidas pelo CAPS?
2. Como foram construídas?
3. Em sua percepção, são suficientes para as necessidades dos usuários?
4. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades nessa construção e em sua execução?
5. Quais as soluções encontradas no serviço que você gerencia para superar essas dificuldades?
6. Quais as atividades externas desenvolvidas rotineiramente pelo serviço?
7. Como foram construídas?
8. Quais as dificuldade na construção e execução dessas atividades externas?
9. Quais as soluções encontradas para superar tais dificuldades ou minimizá-las?

Gestão colegiada:

1. No serviço que você gerencia/ou, a gestão é colegiada? Se sim, como foi formado o colegiado?
2. Em sua experiência, qual o papel prático do colegiado no funcionamento do CAPS?
3. Quais as maiores dificuldades da gestão colegiada?
4. Quais as soluções encontradas em seu serviço para superá-las ou minimizá-las? (*o serviço que não tem gestão colegiada, pule essa pergunta)

Crise:

1. Em sua experiência, quais são as crises com as quais o CAPS que você gerencia/ou tem de lidar no cuidado ao usuário?
2. Como o serviço lida com tais crises?
3. Quais as principais dificuldades para lidar com essas crises?
4. Quais as soluções reais encontradas pelo CAPS que você gerencia para lidar com essas dificuldades ou minimizá-las?

Território:

1. Como o seu serviço trabalha o território?
2. Essas ações citadas ocorrem com que frequência e alcance?
3. Quais as ações práticas de intervenção no território que são desenvolvidas pelo serviço?
4. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades para atuar no território?
5. Quais as soluções foram encontradas para superar essas dificuldades ou minimizá-las?

Ordenamento da SM no território:

1. A legislação em Saúde Mental coloca que cabe ao CAPS responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. Nesse sentido, em sua experiência, como o CAPS que você gerencia/ou atua, na prática, nessa articulação e organização da SM no território?
2. Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelo CAPS que você gerencia/ou para que isso ocorra?
3. Quais as soluções encontradas pelo CAPS que você gerencia/ou para superá-las ou minimizá-las?

Matriciamento:

1. O serviço que você gerencia realiza matriciamento? Se sim, como ele se dá?
2. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades para realizar o matriciamento e para que ele seja efetivo?
3. Quais as soluções encontradas no CAPS que você gerencia/ou para superá-las ou minimizá-las?

Desconstrução de estigmas:

1. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades referentes a estigmatização do usuário e como isso impacta na rotina do serviço?
2. Quais as soluções encontradas no CAPS que você gerencia/ou para desconstruir ou reduzir essa estigmatização?

Desintoxicação:

1. O serviço que você gerencia realiza desintoxicação?
2. Na prática, quando isso acontece?
3. Que usuários participam?
4. Quais as principais dificuldades para que a desintoxicação ocorra no serviço que você gerencia?
5. Quais soluções foram encontradas para superar ou minimizar tais dificuldades?

Redução de danos:

1. Assim como o conceito de PTS, o conceito de redução de danos é amplo. Na prática, qual o entendimento que o serviço que você gerencia se apropriou sobre a questão da redução de danos?
2. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades para que o CAPS possa atuar na perspectiva da redução de danos?

3. Quais as estratégias desenvolvidas pelo CAPS que você gerencia para superar ou minimizar essas dificuldades?

Leitos de acolhimento noturno dos CAPS-ad III (questões apenas para os gestores de CAPS adIII)

1. Quais os critérios para a permanência de um usuário nesses leitos?
2. E para sua saída?
3. Como funciona a dinâmica no serviço para o usuário que esteja ocupando esses leitos? (saídas, cigarro, redução de danos, convivência com os demais usuários e acesso às atividades do serviço)
4. Em sua experiência, quais as maiores dificuldades para o uso desse dispositivo no CAPS que você gerencia?
5. Quais as estratégias desenvolvidas pelo CAPS que você gerencia para superar ou minimizar essas dificuldades?

Oficina de Alinhamento

1. Em sua perspectiva, o que mudou ou não no CAPS que você gerencia após as oficinas de alinhamento dos CAPS-ad ocorrida em 2014?
2. Dentre os itens contemplados nesta entrevista (*dizer os itens), quais deles se transformaram a partir das trocas ocorridas naquela oficina?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) senhor(a) para participar do projeto de pesquisa **Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS-ad**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Dra. Andrea Donatti Gallassi**.

Trata-se de um estudo cujo objetivo é analisar dissonâncias de entendimento e execução em gestão das diretrizes ministeriais de funcionamento dos CAPS-ad do Distrito Federal, com vistas a ressaltar tecnologias leves que possam ser compartilhadas. Este será realizado por meio de entrevistas com perguntas sobre a gestão dos serviços em álcool e outras drogas de Brasília (DF),

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são baixos, sejam eles físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, uma vez que não será utilizado nenhum material biológico, nem o uso de medicamentos ou placebos para testes; apenas serão utilizadas as informações concedidas por meio das entrevistas realizadas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhor compreendermos os desafios e possibilidades na gestão de serviços álcool e outras drogas.

O(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento ou etapa sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Andrea Donatti Gallassi, na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia no telefone 61-33770615 ou pelo email agallassi@unb.br. Número do telefone disponível, inclusive, para ligações a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 33760252 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento de 14hs às 18hs, de segunda a sexta-feira.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Esta pesquisa não envolverá a participação de pessoas menores de idade.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____.

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

| CAAE | Versão | Pesquisador Responsável | Comitê de Ética | Instituição | Ação |
|----------------------|--------|-------------------------|---|--|----------|
| 70017817.8.0000.8093 | 2 | Andrea Donatti Gallassi | 8093 - UnB - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília | Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA | Aprovado |

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos Centros de Atenção Psicossocial

Álcool e outras Drogas - CAPS-ad **Pesquisador:** Andrea Donatti Gallassi

Área Temática: **Versão:** 2 **CAAE:** 70017817.8.0000.8093 **Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 2.226.229

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende analisar os princípios teóricos norteadores do funcionamento de um CAPS-ad e as características de sua transposição para a prática a partir do foco da gestão; mapear como tais princípios vem sendo implementados no Distrito Federal; evidenciar as necessidades de adequação entre os princípios teóricos e a prática; e propor um guia prático com orientações para a implantação de CAPS-ad. Para tanto, serão analisados os documentos da memória das Oficinas de Alinhamento do Subcolegiado-ad, da Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal, realizados no ano de 2014, assim como transcrição de entrevistas a serem realizadas com gestores de unidades de saúde mental AD do Distrito Federal e apresentação da experiência deste autor sobre o processo de criação e gestão de um CAPS-ad, um CAPS-ad III (que funciona 24h) e uma Unidade de Acolhimento Transitório-UA. Nesse intuito, iniciar-se-á por análise do conteúdo dos documentos das oficinas de alinhamento dos CAPS-ad do DF. À partir desse material, pretende-se explorar as dissonâncias entre os serviços e a legislação e política vigentes. Assim, espera-se que as dissonâncias encontradas sejam tantas e tais, que evoquem a necessidade de construção de alinhamentos que guiem os gestores de CAPS-ad para o cumprimento das diretrizes ministeriais e, portanto, promovendo uma gestão realmente focada no cuidado. Pretende-se, com isso, construir um guia instrucional com estes objetivos como resultado deste trabalho.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66 **Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900 **UF:** DF **Município:**

BRASILIA **Telefone:** (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.226.229

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar os princípios teóricos norteadores do funcionamento de um CAPS-ad e as características de sua transposição para a prática à partir do foco da gestão; -Mapear como tais princípios vem sendo implementados no Distrito Federal; -Evidenciar as necessidades de adequação entre os princípios teóricos e a prática;

- Propor um guia prático com orientações para a implantação de CAPS-ad.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são baixos, sejam eles físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, uma vez que não será utilizado nenhum material biológico, nem o uso de medicamentos ou placebos para testes. Benefícios: Qualificar a gestão dos CAPS-ad pela possibilidade de construção de alinhamentos que favoreçam a transposição dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental para a realidade dos serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que pretende analisar dissonâncias de entendimento e consecução em gestão das diretrizes de funcionamento dos CAPS-ad do Distrito Federal, sob a orientação da Prof. Dra. Andrea Donatti Galassi e o psicólogo Ademário Régis de Britto Neto, a ser realizada em todos os CAPS – AD do Distrito Federal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários encontram-se anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao

peçoal t cnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrup o do projeto ou a n o publica o dos

UNB - FACULDADE DE CEIL NDIA DA UNIVERSIDADE DE BRAS LIA



Continua o do Parecer: 2.226.229

resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situa o |
|---|--|------------------------|-------------------------|---------|
| Informa es B sicas do Projeto | PB_INFORMA OES_B SICAS_DO_PROJETO_667644.pdf | 07/08/2017 14:12:38 | | Aceito |
| Outros | CV_Andrea_Gallassi.pdf | 07/08/2017 14:12:02 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Outros | CV_Ademario_Britto.pdf | 07/08/2017 14:11:39 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Outros | carta_para_encaminhamento_de_pendencias.pdf | 07/08/2017 14:11:01 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Outros | termo_anuencia_guara.docx | 07/08/2017 14:06:34 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_Novo.docx | 07/08/2017 14:04:57 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Aus ncia | TCLE_novo.docx | 07/08/2017 14:04:43 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Gestao_CEP_atualizado.docx | 26/07/2017 18:27:47 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |

| | | | | |
|----------------|------------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Folha de Rosto | Folha_Rosto_Assinada.PDF | 12/07/2017 13:13:06 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Outros | termo_anuencia_assinados.PDF | 12/07/2017 13:12:39 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 22/05/2017 14:41:38 | Andrea Donatti Gallassi | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 17 de Agosto de 2017

Assinado por:**Dayani Galato (Coordenador)**

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66 **Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900 **UF:** DF **Município:** BRASILIA **Telefone:** (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

ANEXO B: FICHA DE PTS, CONSTRUÍDO PELO CAPS-AD III SAMAMBAIA

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

NOME:
EQUIPE:

DN:

ROTINA NO CAPS E COMUNIDADE

Preencher a lápis

| | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SABADO | DOMINGO |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| MANHÃ | | | | | | | |
| TARDE | | | | | | | |
| NOITE | | | | | | | |

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

Profissional:

Data de alteração da rotina:

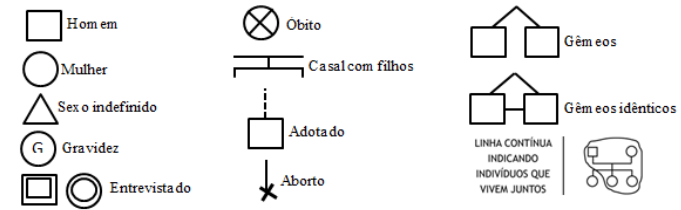
Profissional:

| PRIORIDADE | OBJETIVOS | PACTUAÇÃO/ PRAZO DE AVALIAR | AVALIAÇÃO Nível de adesão |
|--------------------|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Curto Prazo | | | |
| Médio Prazo | | | |
| Longo Prazo | | | |

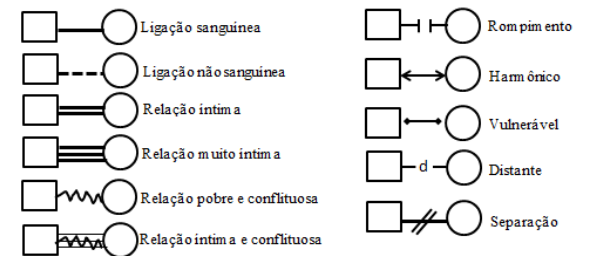
GENOGRAMA E ECOMAPA

Profissional: _____ **Data:** ___/___/___

1 - Representação de gênero e relações de parentesco



2 - Qualidades das relações



MANUSCRITO SUBMETIDO A REVISTA CIENTÍFICA**RESUMO**

O cuidado em saúde mental, no Brasil, passou pelo que se chamou "reforma psiquiátrica", que demandava uma nova forma de cuidar, baseada na inserção social, autonomia e valorização das potencialidades das pessoas com sofrimento mental ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Tal modelo veio a ser adotado pelo governo brasileiro enquanto nova Política Nacional de Saúde Mental. Dentre seus princípios encontra-se a mudança de paradigma que coloca a internação como alternativa última de cuidado e cria os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial voltado a pessoas com transtornos por uso de álcool e outras drogas - CAPS-ad. Essa nova forma de cuidar implicou em uma nova lógica e novos serviços, porém, sua consolidação, ainda encontra-se em processo e suas diretrizes e dinâmica prática ainda estão pouco estruturados. Nesse contexto, recai sobre o gestor organizar o serviço para que realize, a transposição da Política Nacional em Saúde Mental para a prática. Este estudo buscou evidenciar esse desafio de gestão e possibilidades de solução, apresentando o processo vivenciado pelos CAPS-ad do Distrito Federal, na perspectiva de seus gestores. Os dados de pesquisa foram colhidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com gestores dos 07 CAPS-ad do DF. O material coletado foi trabalhado por análise de conteúdo, sendo categorizado em entendimento, dificuldade e possibilidades de gestão dos CAPS-ad do DF. Os resultados evidenciaram o entendimento dos gestores do DF acerca dos processos de gestão de um CAPS-ad, bem como suas dificuldades e possíveis soluções. Concluiu-se que a gestão de um CAPS-ad, na perspectiva de seus gestores, deve ser horizontalizada, cabendo ao gestor, porém, uma multiplicidade de papéis para garantir sua estruturação e funcionamento segundo os pressupostos da política nacional de saúde mental. Os desafios comuns para a concretização desses princípios devem-se a falhas de planejamento/investimento da SES/DF e da formação insuficiente dos profissionais que vem atuar nesses serviços acerca de seu modelo de cuidado. As soluções desenvolvidas privilegiam a educação continuada e reflexiva, tomando a consecução das diretrizes da Política Nacional em Saúde Mental como prioridades. Ademais, concluiu-se que o alinhamento e compartilhamento de compreensões, dificuldades e soluções em gestão entre os serviços facilita e favorece os processos de transposição e que estudos como este, mas de maior alcance, serão importantes para a consolidação e eficácia do modelo.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Atenção Psicossocial, CAPS; CAPS-ad; Saúde Pública; Dependência; Gestão

ABSTRACT

Mental health care in Brazil went through what was called "psychiatric reform", which demanded a new way of caring, based on social insertion, autonomy and appreciation of the potentialities of people with mental suffering or problems related to alcohol and other drugs use. Brazilian government adopted this as a new National Mental Health Policy. Its principles shift the paradigm of care by putting hospitalization as the last alternative of care and by creating substitutive services for the psychiatric hospital, including the Psychosocial Care Centers for people with alcohol and other drug use disorders - CAPS-ad. Therefore, this new way of caring implied a new logic and new services, but its consolidation is still in process and its guidelines and dynamic practice are still poorly structured. In this context, it is up to the manager to organize the service to reach that it can carry out the National Policy on Mental Health to practice. This study aimed to highlight this challenge of management and its possibilities of solution by presenting the process experienced by the CAPS-ad of the Brazilian District Country, from the perspective of its managers. That was made through semi-structured interviews and the recovery of the memory of Workshop of Alignments that was developed in 2014; the own author having been one of these managers and contributed with the material to be analyzed. The collected material was worked by content analysis, being categorized according to eight principles of the National Policy on Mental Health added to a ninth category that deals specifically with management. The results presented the understanding, difficulties and solutions developed in the CAPS-ad of the Brazilian District Country to transpose these principles into practice. It was concluded that the common challenges for the implementation of the principles are due to SES / DF's planning / investment failures in the field of mental health and the insufficient training of the professionals who work in these services about its model of care. The solutions developed focus on continuous and reflective education and the organization of the service, taking the National Policy on Mental Health guidelines as priorities. In addition, it was concluded that the alignment and sharing of understandings, difficulties and management solutions between services facilitates and favors the transposition processes and that studies like this one, but of a larger scope, will be important for the consolidation and effectiveness of the model.

Keywords: Mental Health; Psychosocial care, CAPS; CAPS-ad; Public health; Dependency; Management

INTRODUÇÃO

Nos anos 80 e 90, o cuidado em saúde mental (SM) no Brasil passou pelo que se chamou de Reforma Psiquiátrica, culminando na promulgação da Lei 10.216 em 2001(1), que reorientou a assistência em SM, priorizando o cuidado em equipamentos de saúde comunitários em detrimento dos serviços fechados, como os hospitais psiquiátricos. Como operadores do que fora proposto nessa Lei a Portaria 336 (2) trouxe novos equipamentos de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como serviços substitutivos ao manicômio e responsáveis pela saúde mental no território, dentre eles os CAPS-ad, voltados a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A reforma psiquiátrica representa uma nova relação com a loucura, que remete a novas abordagens e nova resposta social ao processo de adoecimento psíquico e para com o ser que adocece (3).

Em meio a essa dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo de atenção, no contexto da saúde mental, destaca-se como um de seus elementos constitutivos a questão dos transtornos relacionados ao uso problema de álcool e outras drogas, que traz consigo particularidades importantes. A questão da drogadição é um fenômeno que vem trazendo preocupações em todo o mundo, já tendo sido tema palco de mais de uma sessão especial da Organização das Nações Unidas – ONU e diversas convenções internacionais (4).

Relatório sobre a saúde mental no mundo da Organização Mundial de Saúde – OMS (5) aponta que o fenômeno da dependência impacta consideravelmente na qualidade de vida das pessoas envolvidas, estando entre as principais causas de anos de vida vividos com incapacidade - AVI na faixa etária de 15-44 anos. O custo econômico ao Estado também é deveras impactante, Gallassi (6) estimou um custo social do uso de álcool da ordem de R\$ 8.562.680.331,00, apenas no ano de 2007 no Brasil.

No processo de construção do cuidado em saúde mental, no que refere aos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, centenas de CAPS-ad foram abertos no Brasil nos últimos anos (7) (p.10), como observa-se na tabela 1:

Tabela 1: Distribuição de número de CAPS-ad e CAPS-ad III por ano. Brasil, 2015

| | Ano | | | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| CAPS-ad | 138 | 160 | 186 | 223 | 258 | 272 | 293 | 301 | 309 |
| CAPS-AD III | - | - | - | - | - | 5 | 27 | 47 | 69 |

Fonte: Ministério da Saúde

São 378 CAPS-ad criados até 2014, com tendência a um contínuo aumento do número de serviços, que devem atuar segundo um novo viés que remete às novas legislações sobre o tema, novas práticas, novas concepções; enfim, um novo modelo de cuidado. A responsabilidade de transpor tudo isso para a prática recai sobre o mecanismo estratégico articulador, i.e., o CAPS, o que remete diretamente à responsabilidade do gestor no processo(8).

Furtado & Campos (3) buscam avaliar como se dá a transposição das novas políticas em SM para a prática nos serviços. Reconhecem, então, o quão complexo é o estabelecimento desses novos referenciais na prática cotidiana e consideram a gestão a instância necessária para promover a decodificação das diretrizes gerais em práticas alinhadas às premissas da reforma.

Neste estudo, buscou-se analisar a percepção dos gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal acerca do fenômeno da gestão, seus desafios e possibilidades.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa os profissionais que ocuparam o papel de gestão dos sete CAPS-ad do Distrito Federal por pelo menos 03 anos ou que o eram no segundo semestre do ano de 2017. Foram entrevistados, portanto, gestores e ex-gestores de todos os CAPS-ad do DF. Totalizando-se, assim, 09 sujeitos.

Para realização da coleta de dados foi utilizada entrevista semi-estruturada (Apendice 1). As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas. A análise dos dados se deu dentro da proposta de análise de conteúdo de Bardin (9), por análise temática/categorial.

A construção das categorias para análise de conteúdo se deu por relevância dentro dos objetivos deste manuscrito. Foram elencadas, portanto, nove categorias:

gestão; acolhimento; atuação interdisciplinar; construção de cuidado baseado em Plano Terapêutico Singular - PTS; manejo de crise; atuação territorial; matriciamento; desconstrução de estigmas e redução de danos.

Em cada categoria, buscou-se extrair os entendimentos sobre o que ela representa na realidade de cada serviço, as dificuldades em sua implementação e as soluções desenvolvidas para permitir sua transposição total ou parcial para a prática nos CAPS-ad estudados.

Para o tratamento/interpretação dos resultados, buscou-se colocar em relevo e relacionar as informações advindas das entrevistas e literatura, dentro das categorias construídas extraindo desse material inferências e interpretações.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília sob o número de parecer 2.226.229/2017, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando o sigilo de todos os participantes da pesquisa e reduzindo-se o máximo possível qualquer risco em relação aos sujeitos entrevistados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Entendimentos sobre gestão e sobre princípios da política nacional de saúde mental transpostos para a prática nos CAPS-ad do Distrito Federal

Gestão

No discurso dos entrevistados, predominou a percepção de que o modelo de gestão que deve ser empregado nos CAPS-ad seja horizontalizado; dando-se pela interlocução direta do gestor junto à equipe como um todo, ou pela mediação de um colegiado gestor. “[...] não é a coisa hierárquica de cima pra baixo, é uma coisa mais horizontal mesmo, de fazer, acompanhar” (Gestor VII).

Essa horizontalidade, porém, não significa abrir mão do papel do gestor de condução do serviço:

“As decisões, elas estão prioritariamente junto às miniequipes, mas a gestão ela sempre tenta acompanhar de perto isso e se houver uma decisão que seja contra a política, ou que não respeite uma condição mais técnica de avaliação do caso, aí nós intervimos e conversamos [...]” (Gestor I);

Apesar dessa busca por horizontalidade, repete-se no discurso dos gestores entrevistados a percepção de que lhes são demandadas uma multiplicidade de inserções que extrapolam a mera organização do serviço. Essas demandas distribuem-se em:

7. Capacitação da equipe acerca do modelo de saúde mental em construção;
8. Realizar articulação da rede;
9. Defender o modelo em construção, buscando dar visibilidade aos serviços e angariar apoio político;
10. Mediar a falta de recursos e os trâmites burocráticos, para que tenham impacto mínimo sobre os serviços;
11. Acompanhar de perto a atuação da equipe, por vezes fazendo junto o trabalho da ponta;
12. Conduzir a equipe, empoderando-a, manejando conflitos e cuidando da motivação e do moral:

Esse entendimento de que a gestão deva ser horizontalizada e de multiplicidade de papéis do gestor se coaduna com a percepção e recomendação de Campos (10) após avaliar os modelos de gestão de uma rede de CAPS. Ela Assevera: “o estímulo e o reforço à gestão democrática e à formação de gestores também devem ser considerados: ao gestor local cabe, afinal, a gestão da clínica do CAPS, de suas relações com a rede de saúde como um todo e da própria equipe multiprofissional” (p.20).

Acolhimento

No discurso dos gestores entrevistados, enfatiza-se o acolhimento como elemento essencial na dinâmica de funcionamento de um CAPS-ad, a ser garantido diariamente e sem limite de vagas, o que denominam como “funcionamento portas abertas”. “O acolhimento é todos os dias de portas abertas. De manhã da 08h às 12h e a tarde das 14h às 18h [...] Sem números de pessoas, chegou, a gente atende, porta aberta totalmente” (Gestor V).

Depreende-se, portanto, dos relatos dos gestores entrevistados, um entendimento compartilhado da importância central do acolhimento, devendo ser diário e sem limite de vagas. Tal perspectiva se coaduna ao entendimento de Schimdt e Figueiredo (11) de que o acolhimento é um instrumento de favorecimento ao acesso à saúde, deve, portanto, ser isento de barreiras de acesso, como apontam Araújo Assis e Abreu de Jesus (12).

Há uma primazia nos discursos dos gestores entrevistados de um sentido estrito do acolhimento, como um contato inicial entre o usuário e o serviço. Nesse primeiro atendimento realizar-se-ia, segundo os gestores entrevistados, o conhecimento mútuo entre o serviço e o usuário, buscando-se uma postura de escuta, ao tempo em que fazer-se-ia uma avaliação de necessidades prementes, prestando-se orientações e realizando-se os encaminhamentos necessários.

Apesar do predomínio do entendimento do acolhimento como esse primeiro atendimento, também lhe é atribuído um sentido lato, que remete a uma disponibilidade/prontidão para o atendimento ao usuário sempre que necessário.

Nesse sentido, o discurso dos gestores entrevistados evoca um duplo papel do acolhimento. O primeiro desses papéis remetendo a uma rotina dentro do fluxograma do serviço, isso é, a um contato primevo entre o serviço e aquele que o procura, no qual realizam-se a escuta ao sujeito, avaliam-se suas demandas e realizam-se orientações e encaminhamentos. O segundo, por sua vez, dizendo respeito a uma postura; postura de prontidão do serviço de atender/escutar/estar junto do outro sempre que aquilo lhe for necessário.

Essa duplicidade de papéis é referenciada por Jorge (13), que refere:

Esses dispositivos relacionais (acolhimento/ vínculo/co-responsabilização/autonomia) representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Passa-se, então, a compreendê-la como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta. [...] Portanto, o acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário de saúde. (p.3053)

Atuação interdisciplinar

Os gestores entrevistados trazem, em seus discursos, uma compreensão da interdisciplinaridade como uma lógica de co-construção das condutas técnicas do serviço, que assegura uma qualificação das tomadas de decisão e diminui o desamparo do profissional.

Todavia, os gestores entrevistados reconhecem que para que essa concepção de interdisciplinaridade se efetive, é demandado que existam espaços rotineiros e frequentes de reuniões, da qual participem o máximo de profissionais possível.

Assim, para os gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal, a atuação interdisciplinar é um processo de reflexão e interlocução contínua, demandando tempo para que tal ocorra, mas trazendo como resultantes um trabalho mais qualificado e maior amparo ao profissional. Esse papel de reflexão e interlocução contínua é descrito por Mângia (14) como elemento próprio do novo olhar em saúde mental e condição para superação do paradigma biomédico:

São as relações estabelecidas nos encontros entre profissionais e entre profissionais e usuários que possibilitam a abertura de espaços de reflexão sobre os saberes, os fazeres, e os atos coletivos da produção de saúde. [...] é no cotidiano dos processos de trabalho, que os profissionais devem apreender a forma como produzem as ações de cuidado, pois são protagonistas das possibilidades de mudança. (p. 87)

Construção de cuidado baseado em Plano Terapêutico Singular - PTS

O discurso dos gestores entrevistados evidencia a percepção comum de que o PTS é uma construção singularizada a ser realizada junto ao usuário. Tem-se, portanto, um entendimento oposto às propostas terapêuticas massificadas e estratificadas. Essa perspectiva está em acordo com as proposições da OMS (5).

Todavia, o entendimento sobre sua amplitude divide-se em duas dimensões:

3. Como rotina terapêutica individualizada, circunscrita ao CAPS ou envolvendo a rede:

“O PTS é conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas entre paciente e em discussão coletiva interdisciplinar através dos estudos de

casos, levando em consideração as histórias, as necessidades de cada usuário, as necessidades das famílias o que caracteriza a singularidade de cada plano para cada paciente.” (Gestor II).

4. Como um (re)planejamento de vida, tomando as atividades terapêuticas como meios para alcançar esse fim:

“[...] é um instrumento que a gente usa aqui pra falar de vida [...] ótica de um PTS que fale de planos, fale do desejo do usuário, que converse com ele sobre estratégias de lidar com a questão do uso de drogas, com a questão da retomada do trabalho, com a questão para o retorno ao lar, questão da construção de uma nova família, então, o PTS conversa sobre esses diversos assuntos da vida de um indivíduo.” (Gestor I);

Ainda que o segundo entendimento seja ampliado, englobando o primeiro e sendo mais consoante com a literatura sobre o tema (14-16) há um reconhecimento de que sua aplicação prática é um trabalho ainda em curso.

Independente do entendimento de PTS ser enquanto rotina de atividades ou plano de vida, alguns gestores entrevistados ressaltam a importância de que seja acompanhado continuamente pela equipe, dado o dinamismo das necessidades e aspirações do outro.

Manejo de crise

No discurso dos gestores entrevistados, não há um modelo de manejo de crise, dado as crises não serem únicas, mas algo multifacetado, podendo remeter a situações agudas orgânicas, psicológicas, psiquiátricas ou sociais:

“Têm vários tipos, né?! Tem aquele usuário que está em uma situação extremamente vulnerável, que chega aqui muito adoecido, muito emagrecido, em sintomas de abstinência, com fissuras, com tudo junto [...] tem aquele que está com risco de suicídio, que está com uma crise psicótica, tem aquele que brigou com toda a família, que não tem mais nenhum vínculo, tem aquele que está muito deprimido.” (Gestor I);

A intensidade da crise e suas diversas formas de apresentação são apontados pelos gestores entrevistados como um elemento estressor para as equipes, seu manejo demandando muito dos profissionais envolvidos.

Para além da crise propriamente dita ou seu manejo, os gestores entrevistados trouxeram em seu discurso um entendimento de que nos momentos

que esta se apresenta e seu manejo é necessário, as fragilidades estruturais dos serviços se evidenciam: “[...] o paciente entrou em crise, a equipe também entra [...]”(Gestor IV).

Depreende-se dos resultados apresentados na categoria manejo de crise, um entendimento pouco estruturado sobre o que seja esse manejo, no discurso dos gestores entrevistados. Discorre-se mais sobre sua complexidade e suas repercussões; definindo-o como algo difícil de ser estruturado, que exige muito dos profissionais e que evidencia as fragilidades do serviço.

Articulação com o território

No discurso dos gestores entrevistados, extrapolar os limites do serviço é uma estratégia necessária para que a proposta de cuidado dos CAPS-ad se efetive. Nesse sentido, a articulação no território atinge objetivos diversos, quais sejam:

1. O CAPS-ad tornar-se ordenador da saúde mental no território;
2. Orientar a rede local acerca da lógica da saúde mental e o papel do CAPS-ad;
3. União de esforços para ofertar um cuidado integral.

Apesar desse papel estratégico apresentado pelos gestores entrevistados, reconhecesse que essa articulação é um processo ainda em curso.

Depreende-se, dos resultados apresentados na categoria articulação com o território, que os gestores dos CAPS-ad do DF entendem essa articulação como uma necessidade, para que o serviço atue de fato na lógica concebida no novo paradigma em saúde mental, i.e., que o caps ad favoreça a inserção social e a autonomia de seus usuários, desconstrua estigmas, ofereça um cuidado integral e diversificado, centrado nas necessidades das pessoas, com atividades no território e ações intersetoriais. Essa compreensão mostra-se consonante com a proposta ministerial (17).

Matriciamento

No discurso dos gestores entrevistados, o matriciamento é trazido como uma atuação territorial de interlocução entre serviços que os aproxima, melhora os encaminhamentos e apresenta a lógica da saúde mental em consolidação:

“[...] o matriciamento é um espaço de trocas de experiências e de saberes no campo da saúde mental com outros profissionais da rede básica, sendo uma construção coletiva que favorece a co-responsabilização e a avaliação contínua no tratamento do usuário.” (Gestor II).

Além desse papel de interlocução, os gestores entrevistados apontam que o matriciamento é também uma estratégia de qualificação e reorientação do cuidado, empoderando a atenção primária para que passe a ofertar atendimento aos casos que não precisam estar sob o cuidado especializado do CAPS-ad, diminuindo a sobrecarga da saúde mental.

Os resultados apresentados na categoria matriciamento apresentam, portanto, um entendimento dos gestores dos CAPS-ad do DF sobre esse recurso como uma ação que favorece a atuação territorial, dissemina a lógica de saúde mental em processo de consolidação, melhora o cuidado ofertado pelo serviço matriciado e reduz a sobrecarga dos serviços substitutivos, que podem então funcionar como atenção especializada em saúde mental e não como único recurso de cuidado a seu público. A resultante desse processo traz, segundo Chiaverini (18), um entendimento de que “O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades”.

Desconstrução de estigmas

O discurso dos gestores entrevistados trouxe o entendimento sobre desconstrução de estigmas sob o viés de qual sua importância. Por outro lado, quanto às dificuldades, essas foram apresentadas no sentido de dificuldades que o estigma traz, que remete ao porquê da importância de sua desconstrução. Tal organização das falas colocou o entendimento sobre o tema e as dificuldades como um conteúdo único.

Segundo os gestores entrevistados, a desconstrução de estigmas é elemento necessário para garantir o cuidado integral à saúde, que seria prejudicado em três níveis pelo preconceito:

1. O estigma reduz a busca e adesão ao tratamento em pessoas que têm transtornos relacionados ao uso problema de álcool e outras drogas;
2. O estigma compromete a prestação adequada de cuidado pelos profissionais de saúde;
3. O estigma compromete a adesão dos profissionais de saúde que vão trabalhar nos CAPS-ad a ofertar o cuidado na lógica de saúde mental em consolidação.

Os resultados apresentados denotam uma percepção direta entre estigma e prejuízo no cuidado em saúde ofertado, na percepção dos gestores entrevistados. Essa percepção deles é corroborada por Ronzani et al. (19), que afirmam:

Ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os usuários de drogas evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições, agravando os problemas de saúde e, mesmo quando procuram o tratamento, a adesão é baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória. Outra consequência direta do estigma internalizado para o tratamento é o impacto negativo da baixa autoestima e baixa autoeficácia que interferem na realização dos objetivos de vida. Os usuários de drogas não acreditam que possam se beneficiar do tratamento, porque se sentem incapazes. Assim, os sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que eles pensem que não existem razões para se recuperar. (p.13)

Redução de danos

No discurso dos gestores entrevistados, a redução de danos é uma estratégia de cuidados de baixa exigência, por não exigir abstinência para que o tratamento possa ocorrer: "[...] [É um respeito ao] limite de cada um, o espaço de cada um [...]" (Gestor VII);

Todavia, para além do foco não ser na abstinência, o conceito e sua operacionalização ainda é percebida como pouco definido por alguns gestores entrevistados: "[...] ausência de nortes metodológicos que orientem o direcionamento

dessa prática." (Gestor II); "O entendimento em si da redução de danos, o que ela traz, não existe um consenso [...]" (Gestor VII);

Os resultados aferidos trazem a lógica da redução de danos como uma estratégia de cuidados de baixa exigência por não trazer a abstinência como pré-requisito de vinculação de uma pessoa ao serviço ofertado pelo CAPS-ad. Essa perspectiva está em acordo com a literatura pesquisada (20, 21).

A ressalva dos gestores entrevistados acerca da ausência de maior clareza na definição e operacionalização dessa lógica, bem como a necessidade de instrumentalização e apropriação dos profissionais que atuam no CAPS, se coaduna com a perspectiva de que esta ainda é uma prática em construção, devido a lacunas na formação dos profissionais e pré-conceitos construídos historicamente (21, 22).

Dificuldades e soluções construídas para a transposição dos princípios para a prática nos serviços:

As dificuldades apontadas pelos gestores entrevistados centralizaram-se em dois eixos centrais.

O primeiro deles remeteu ao baixo apoio e ou planejamento da gestão distrital no que concerne à implantação da política nacional de saúde mental. Tal situação se evidenciava pela baixa cobertura assistencial, o Distrito Federal tendo cobertura considerada regular/baixa - 0,46 CAPS/100.000 habitantes.

Por si só, esse fato já levaria a uma potencial sobrecarga dos serviços no que remete à sua abrangência populacional e à extensão territorial da qual deveriam se apropriar. Mas, para além da baixa cobertura, os gestores locais apontaram outros elementos que evidenciaram o baixo apoio/planejamento da gestão maior:

1. Lotação equivocada de profissionais, aprovados em concurso público inespecífico para saúde mental e lotados nos CAPS-ad, muitas vezes, à revelia de seu interesse e/ou apropriação técnica desse campo da saúde;
2. Número de profissionais insuficientes nos CAPS-ad para lidar com a magnitude da demanda;
3. Falta de recursos materiais, como transporte, telefone, material de oficinas, dentre outros.

A esse respeito, Silva (23) aponta que essa situação de baixo investimento da gestão central não é restrita apenas à realidade da saúde mental do DF:

[...]cada equipamento define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe. Esse funcionamento assegura um grau elevado de autonomia ao serviço, mas diminui as possibilidades de negociação com os gestores e a garantia de condições de trabalho e de infra-estrutura de pessoal, dos materiais necessários aos projetos e das instalações que diminuam o risco de um funcionamento improvisado e sem planejamento dos funcionários. (p.38)

Uma das repercussões evidenciadas por essa situação é o fato de o manejo de crise ser severamente comprometido, retirando do CAPS-ad seu caráter substitutivo ao manicômio (24), correndo o risco de se tornar complementar àquele.

A única solução desenvolvida pela gestão local para manejar tais deficiências foi a organização dos recursos parcos de modo a priorizar atuações segundo os princípios elencados, à custa de ações outras. Assim, para garantir o acolhimento contínuo, menos atendimentos individuais ou mesmo de grupos podem ser realizados, ou para que se possa realizar atividades no território, ações internas do serviço precisam ser abandonadas.

Tal processo de priorização está em acordo com a literatura (25-27), que assevera que fazer escolhas de prioridades frente à escassez de recursos é prática vital no processo de planejamento em saúde.

O segundo dos eixos que centralizou as dificuldades apontadas, remeteu à transposição de um novo modelo de cuidar à prática clínica, que remetia a:

1. Deficiências na formação e na apropriação dos profissionais no que tange aos princípios elencados;
2. Ausência de rotinas pré-estabelecidas que favorecessem a atuação segundo os novos princípios;
3. Desconhecimentos e resistências da sociedade e da rede sócioassistencial à lógica de cuidado em construção.

Schneider (28) corrobora a percepção dos gestores dos CAPSad do Distrito Federal, no que remete às deficiências em formação e nas necessidades de novas organizações das práticas. Afirma:

Esse novo olhar sobre o fenômeno da loucura tem proporcionado transformações das práticas dos profissionais de saúde mental, interferido na organização do seu trabalho. [...] A formação profissional, especialmente em nível de graduação, ainda vem ocorrendo de maneira isolada [...] sem preparar os profissionais [...]. (p.398-400)

Dimenstein, por sua vez, refere que resistências a um novo modelo é algo esperado:

[...] os CAPS deveriam atuar, no caso da Saúde Mental, como articulador estratégico [...] trata-se de mudanças de práticas e, por isso, produzem resistências tanto nas equipes de atenção básica quanto nas de serviços especializados. (29) (p.69-70)

As soluções desenvolvidas pelos gestores dos CAPS-ad do DF para favorecer os processos de transposição se deram por processos de:

1. Educação continuada e prática refletida. Esse papel de reflexão e interlocução contínua é descrito por Mângia (14) como elemento próprio do novo olhar em saúde mental e condição para superação do paradigma biomédico. Ademais, tal prática se mostra congruente com a perspectiva de Kinoshita (22), ex-coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde.
2. Construção compartilhada de soluções/processos de trabalho que favoreçam a organização de rotinas de atuação segundo a nova lógica de cuidado. Trata-se, portanto, de um processo complexo (3) e que deve ser, como toda nova política pública, historicamente construído (30).
3. Acolhimento e acompanhamento do gestor aos profissionais. O que evidencia a importância do papel do gestor no alcance dos objetivos propostos pela política nacional de saúde mental, em consonância com a literatura pesquisada (3, 22, 31);
4. Sensibilização e orientação contínuos à sociedade. A sensibilização e instrumentalização, como estratégia é defendida também por Chiaverini (18). Essa "solução" é congruente com as intervenções aferidas como eficazes em revisão sistemática sobre efetividade de intervenções ao estigma relacionado a usuários de drogas (32). Remetem, portanto, à importância da interlocução do CAPS-ad com o território.

Têm-se, portanto, que é nos processos de gestão e co-gestão, atuação em rede, busca por qualificação contínua, suporte mútuo e prática reflexiva, que os gestores encontram possibilidades de lidar com as adversidades e construir soluções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de resultados aferidos neste estudo demonstra que, na perspectiva dos gestores dos CAPS-ad do Distrito Federal, para que ocorra a transposição da política nacional de saúde mental para a prática, os serviços vivenciam um processo de se construir enquanto funcionam. Furtado e Campos (3) já referiam esse caminho como elemento próprio dessa transposição:

Sabemos que não há um único caminho possível ou um só esforço capaz de fazer frente à extensa tarefa de transpor os princípios da reforma psiquiátrica para o plano das práticas. A educação permanente dos trabalhadores, a avaliação sistemática das novas práticas, a inclusão da perspectiva dos usuários no processo, dentre outras, são vias importantes e necessárias ao estabelecimento dos novos referenciais na prática cotidiana de atenção em saúde mental. (p.117)

Esses achados parecem remeter, à inovação do processo de cuidado em saúde mental em implementação, que desafia o profissional de saúde a se reinventar e desenvolver novas práticas (34).

Todavia, remetem, ainda, a deficiências nos processos de formação (22) e ao processo de lotação de profissionais nos CAPS-ad do Distrito Federal, que os gestores referiram se dar independentemente de escolha, identificação ou formação prévia desses profissionais no campo da saúde mental.

Outro elemento destacado foi a falta de planejamento da SES/DF na construção e manutenção da rede de serviços substitutivos, deixando os CAPS-ad com equipes reduzidas, falta de recursos de mobilidade e/ou com mal dimensionamento das áreas de abrangência e cobertura populacional.

Os resultados aferidos, parecem, portanto, apontar que os CAPS-ad do DF são prejudicados pelo baixo investimento da SES e pela formação deficiente dos profissionais de saúde. Essas faltas de base repercutem em dificuldades aumentadas em realizar a transposição da Política Nacional em Saúde Mental para a prática nos serviços.

Todavia, os resultados apresentados apontam, também, que os serviços estão realizando esse processo de apropriar-se na prática e construir respostas

possíveis. Para tanto, apostam, prioritariamente em educação continuada e em processo de co-construção reflexiva. Assim, saem do planejado na letra da Lei, para o possível na prática.

Este estudo denota a importância de suportes práticos aos gestores sejam criados, através da construção de concensos, compartilhamento de dificuldades e evidenciação de possíveis soluções. Trata-se de um passo inicial para favorecer uma melhor organização dos CAPS-ad. Mas, para que esse passo se torne um guia passível de ser utilizado em todos os CAPS-ad do país, mais estudos, envolvendo cada uma das diretrizes orientadoras da política nacional de saúde mental, outros atores - profissionais e usuários -, e uma porção mais representativa da totalidade de CAPS-ad em atividade no Brasi fazem-se necessários.

8 REFERÊNCIAS

1. Brasil C, Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001.
2. Brasil, Saúde dd. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União. 2002.
3. Furtado JP, Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental. 2005;8(1):109-22.
4. Chagas FGLd, Ventura CAA. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2010;6:1-20.
5. Saúde Omd. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. OMS Geneva; 2001.
6. Gallassi AD. Análise do custo social do uso do álcool no Brasil no ano de 2007: Universidade de São Paulo; 2010.
7. Saúde Md. Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde Brasília; 2015.
8. André AM, Trench Ciampone MH. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007;41.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70 ed: Lisboa; 2006.
10. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAPd. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Revista de Saúde Pública. 2009.
11. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2009;12(1):130-40p.
12. Araújo Assis MM, Abreu de Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(11).
13. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, de Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia Promotion of Mental Health–Technologies for Care: emotional involvement, rteception, co-responsibility and autonomy.
14. Mângia EF, Barros JdO. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. Rev ter ocup. 2009;20(2):85-91.
15. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2011;22(1):85-92.
16. Sousa Campos GWd. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2000;5(2).
17. Saúde Md. Portaria Nº 3088, 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.
18. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva; 2011.

19. Ronzani TM, Noto AR, Casela ALM, Monteiro ÉP, Ferreira G. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. 2014.
20. Passos EH, Paula Souza T. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*. 2011;23(1).
21. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2013;33(3).
22. Kinoshita RT, Rosa L, Siqueira D. Recursos e estratégias do cuidado. 2014.
23. da Silva MT, Lancman S, do Carmo Alonso CM. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(suppl. 1):36-42.
24. Cruz M, Alves D. Singularidades no cuidado da RAPS. 2014.
25. Neiger BL, Thackeray R, Fagen MC. Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health promotion practice*. 2011;12(2):166-71.
26. Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, Balliet M, Cohen B, Chopra M. Evidence-Based Priority Setting for Health Care and Research: Tools to Support Policy in Maternal, Neonatal, and Child Health in Africa. 2010.
27. Vilnius D, Dandoy S. A priority rating system for public health programs. *Public health reports*. 1990;105(5):463.
28. Schneider JF, Souza JPd, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Revista gaúcha de enfermagem Porto Alegre Vol 30, n 3 (set 2009)*, p 397-405. 2009.
29. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e sociedade*. 2009;18(1):63-74.
30. ABRAMS P. Notes on the Difficulty of Studying the State (1977). *Journal offistorical Sociology Vol*. 1988;1(1).
31. Kinoshita RT. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*. 2011;1(1):223-31.
32. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(1):39-50.
33. Gaarder J. *O mundo de Sofia: romance da história da filosofia*: Editora Companhia das Letras; 2012.
34. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. 2008;32(78-79-80):27-37.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)

- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo

seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos

idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração

Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.