



SITUAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO DF

Brasília-DF
2023

SITUAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO DF

1ª edição

**Brasília
2023**



Ministério Público
do Distrito Federal
e Territórios

Órgãos da Administração Superior do MPDFT

Procuradoria-Geral de Justiça do Distrito Federal e Territórios
Procurador-Geral de Justiça Georges Carlos Fredderico Moreira Seigneur

Vice-Procuradoria-Geral de Justiça Jurídico-Administrativa
Procuradora de Justiça Selma Leite do Nascimento Sauerbronn de Souza

Vice-Procuradoria-Geral de Justiça Institucional
Procurador de Justiça Antônio Marcos Dezan

Chefia de Gabinete da Procuradoria-Geral de Justiça
Promotor de Justiça Nísio Edmundo Tostes Ribeiro Filho
Promotor de Justiça André Luiz Cappi Pereira

Secretaria-Geral
Promotora de Justiça Claudia Braga Tomelin

Assessoria de Políticas Institucionais
Promotor de Justiça Ruy Reis Carvalho Neto

Esta é uma publicação Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

Endereço: Eixo Monumental, Praça do Buriti, Lote 2, Sede do MPDFT, Brasília-DF

Telefone: (61) 3343-9500 | Site: www.mpdft.mp.br

Versão digital do material: www.mpdft.mp.br/site/livros.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Biblioteca do MPDFT)

Situação da saúde mental no DF / Ministério Público do Distrito Federal e Territórios ; coordenação: Izis Morais Lopes dos Reis. 1. ed. – Brasília, DF : MPDFT, 2023.
277 p. : il.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-89246-16-9 (versão eletrônica)

1. Saúde mental – Distrito Federal (Brasil). 2. Direito à saúde mental – Distrito Federal (Brasil). 3. Promoção da saúde mental – Distrito Federal (Brasil). 4. Centros de Atenção Psicossocial. I. Reis, Izis Morais Lopes dos. II. Título.

CDD 353.6

Programação visual:

Secretaria de Comunicação do MPDFT

Revisão de texto:

Samara Almeida

©2023 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**SITUAÇÃO DA
SAÚDE MENTAL
NO DF**



Realização da pesquisa:

Assessorias de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP),
Assessoria de Gestão de Informações Psicossociais e Políticas Públicas (AGIP),
vinculadas à Coordenadoria Executiva Psicossocial (CEPS).

Coordenação da Pesquisa:

Izis Moraes Lopes dos Reis

Equipe de pesquisa MPDFT:

Cátia Betânia Chagas, Cristina Aguiar Lara Brasil, Fernanda Baldez da Silva,
Izis Moraes Lopes dos Reis, Janaina Bezerra Nogueira, Karolina Vanessa Varjão,
Laiane Vasconcelos Leão Velame, Max Meirelles, Natália Mashiba Pio,
Pâmela Rodrigues, Rosângela de Fátima Baía Ferreira, Vinicius Costa Fontes.

Assistentes de pesquisa:

Anna Julia Garcia, Andrea Ambrozio, Júlia Teixeira Silva,
Letícia Victor Matos, Mariana Cruz Benigno, Misael Júnior Souza Magalhães,
Nathaly Costa Forechi, Rebeca da Silva Vieira Neiva, Vitória Regina Alves Rodrigues,
Viviane Baptista da Silva, Wendella Alaíne Costa Alves.

Sumário

Prefácio	8
Capítulo I - Cobertura populacional por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Distrito Federal.....	10
1.Introdução	12
2.Considerações teórico-metodológicas.....	12
3. Resultados	15
3.1.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região I	15
3.2.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região II	18
3.3.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região III	23
3.4.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região IV	28
4.Considerações Finais	31
Capítulo II - Dimensionamento de recursos humanos e carga horária de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do DF.....	33
1.Apresentação	35
2.Metodologia	35
3.Resultados gerais.....	40
4.Resultados por Centro Regional Psicossocial	43
4.1.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região I (CERP I).....	43
4.2.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região II - (CERP II).....	55
4.3.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região III	68
4.4.CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região IV	75
5.Considerações Finais.....	81
Capítulo III - As áreas de abrangência dos CAPS64 e as Regiões de Saúde da SES/DF.....	83
1.Introdução	85
2.Análises	86
3.Considerações Finais.....	100
4.Referências Bibliográficas.....	102
Capítulo IV - Controle Social em Saúde: a Pré-Conferência Livre em Saúde Mental no MPDFT.....	103
1.Introdução	105
2.Discussão e apresentação de demandas populacionais.....	105

Capítulo V - O acesso aos CAPS: análise do transporte coletivo do DF e do transporte interno da SES/DF..... 113

1.Introdução	115
2.Análises	117
2.1.Saúde mental, Função Social do Trânsito e Transporte Coletivo	117
2.2.Acesso aos CAPS por transporte coletivo no DF.....	123
2.3.Transportes internos - realização de atividades profissionais previstas nos CAPS.....	130
3.Considerações Finais.....	132

Capítulo VI - Infraestrutura e Manutenção dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal 134

1.Introdução	136
2.Análises	136
2.1.Infraestrutura e manutenção predial	137
2.2.Acessibilidade	142
2.3.Mobiliários e equipamentos de tecnologia, serviços de telefonia e de internet.....	145
3.Considerações Finais.....	151

Capítulo VII - A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial I/CEPS/MPDFT..... 153

1.Introdução	155
2.Análises	156
2.1.Bloco I: Funcionamento e Organização dos CAPS.....	156
2.2.Bloco II - Recursos Humanos e Gestão de Pessoas.....	167
2.3.Bloco III - Articulação em Rede	170
2.4.Bloco IV - Pandemia de Covid-19.....	181
3.Considerações Finais.....	185
4.Referências Bibliográficas.....	189

Capítulo VIII - A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial II/CEPS/MPDFT 190

1.Introdução	192
2.Análises	193
2.1.Bloco I: Funcionamento Do Serviço.....	193
2.2.Bloco II: Recursos Humanos.....	195
2.3.Bloco III:Articulação em Rede.....	197
2.4.Bloco IV: Pandemia de Covid-19.....	207
3.Considerações Finais.....	210
4.Referências Bibliográficas.....	213

Capítulo IX - A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial III/CEPS/MPDFT 215

1.Introdução	217
2.Análise.....	218
2.1.Bloco I: Funcionamento e Organização do Serviço	218
2.2.Bloco II: Recursos Humanos.....	221
2.3.Bloco III: Articulação em Rede.....	222
2.4.Bloco IV: Pandemia.....	227
3.Considerações Finais.....	230
4.Referências Bibliográficas.....	238

Capítulo X - A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial IV/CEPS/MPDFT 240

1.Introdução	242
2.Análises	243
2.1.Bloco I – Funcionamento do Serviço	243
2.2.Bloco II – Recursos Humanos e Gestão de Pessoas.....	244
2.3.Bloco III – Articulação em Rede.....	246
2.4.Bloco IV – Pandemia de Covid-19	248
3.Considerações Finais.....	249
4.Referências Bibliográficas.....	252

Capítulo XI - Resultados Gerais e Considerações Finais 253

1.Introdução	255
2.Análises	261
2.1.Precarização do serviço público:	261
2.2.Violações de Direitos Fundamentais.....	267
2.3.Baixa implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	270
3.Referências Bibliográficas.....	273
4.Roteiro para Grupos Focais.....	275



Prefácio

O direito à saúde é fundamental em uma sociedade justa e equitativa, sendo internacionalmente reconhecido como um direito humano essencial. Isso vai além da ausência de doenças, incluindo a promoção do bem-estar físico, mental e social de todos os indivíduos. Nesse sentido, o Ministério Público desempenha um papel crucial ao fiscalizar e garantir o cumprimento das políticas públicas de saúde, assegurando que sejam efetivamente implementadas em benefício da população.

Especificamente em relação à saúde mental, o Ministério Público assume uma posição de grande importância, promovendo ações e fiscalizando políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Sua atuação vai desde o monitoramento da adequação das políticas de saúde mental até a intervenção em casos de negligência ou violações dos direitos dos pacientes. Ao garantir que os serviços de saúde mental sejam acessíveis e de qualidade, o Ministério Público contribui significativamente para a construção de uma sociedade mais inclusiva e saudável.

A saúde mental é um pilar essencial para o bem-estar e a qualidade de vida de uma sociedade. Ao longo das últimas décadas, houve avanços significativos na compreensão e abordagem das questões relacionadas à saúde mental, desafiando paradigmas e estimulando o desenvolvimento de políticas públicas que atendam às necessidades de uma população cada vez mais diversa e complexa.

Neste contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como elementos cruciais na rede de assistência à saúde mental, representando espaços de acolhimento e cuidado para indivíduos que enfrentam desafios psíquicos e emocionais. O alcance e a eficácia desses centros na promoção do bem-estar e na reintegração social dos usuários são temas de interesse primordial para gestores, profissionais da saúde e para a sociedade como um todo.

Esta obra se dedica a investigar de forma metódica e abrangente a política pública de saúde mental, com foco especial nos Centros de Atenção Psicossocial, por meio de uma pesquisa conduzida pela Coordenadoria Executiva de Psicossocial do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Composta por analistas de psicologia e de serviço social, esta equipe multidisciplinar traz uma perspectiva única e enriquecedora, pautada na interdisciplinaridade e na sensibilidade para as complexidades que permeiam o universo da saúde mental.

Ao longo das próximas páginas, seremos conduzidos por uma análise crítica, embasada em dados, que visa não apenas compreender a efetividade das políticas de saúde mental, mas também propor melhorias e inovações que promovam uma assistência mais inclusiva, humanizada e eficiente para a população do Distrito Federal.



Este livro não apenas documenta os resultados de uma pesquisa metódica, mas também serve como um chamado à reflexão e à ação coletiva. Ao compartilharmos esses conhecimentos, almejamos contribuir para um futuro no qual a saúde mental seja tratada com o respeito e a atenção que merece.

Que esta obra seja um farol para todos aqueles que se dedicam à promoção da saúde mental e um convite para que continuemos a avançar juntos, em direção a um futuro mais luminoso e compassivo para todos.

Flávia de Araújo Cordeiro Valentim

Coordenadora Executiva de Psicossocial



Capítulo I

Cobertura populacional por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Distrito Federal

**Cátia Betânia Chagas, Cristina Aguiar Lara Brasil, Izis Morais
L. Reis, Janaina Bezerra Nogueira, Karolina Varjão, Laiane
Vasconcelos Leão Velame, Natalia Mashiba Pio, Pâmela Araújo
Rodrigues, Rosângela de Fátima Baía Ferreira, Vinícius Costa
Fontes, Andrea Ambrozio, Júlia Teixeira Silva, Letícia Victor
Matos, Maria Eugênia Ferreira Durães, Misael Júnior Souza
Magalhães, Nathaly Costa Forechi, Rebeca da Silva Vieira Neiva,
Vitória Regina Alves Rodrigues, Wendella Alaíne Costa Alves**

Sumário

1. Introdução

2. Considerações teórico-metodológicas

3. Resultados

3.1. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região I

3.2. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região II

3.3. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região III

3.4. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região IV

4. Considerações Finais

1. Introdução

O presente capítulo contém a análise de parte dos indicadores de resultados construídos pela equipe da Assessoria de Gestão de Informações Psicossociais (AGIP) e pelas Assessorias de Análise e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPPs), vinculadas à Coordenadoria Executiva Psicossocial (CEPS). O objetivo deste texto é analisar os dados sobre a cobertura populacional dos CAPS e apresentar critérios de priorização de construção deste tipo de unidade de cuidado com saúde mental no DF.

Para isto, a equipe de pesquisa realizou os seguintes procedimentos técnicos:

- Aplicação de questionários mistos em plataforma virtual (com questões abertas e fechadas) às gerências dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal.

- Elaboração de indicadores de resultados pautados na Portaria de Consolidação nº 3, de outubro de 2017, referente à “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”¹, do Ministério da Saúde, e no Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, publicado em julho de 2018, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

- Análise documental do Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, que “Trata-se de diagnóstico desta Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM/COASIS) sobre os Recursos Humanos (RH) nos serviços especializados de Saúde Mental do DF e sobre a necessidade de recomposição das equipes para fortalecimento das ações junto à população”, elaborado em 23 de fevereiro de 2021 pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental/SES/GDF.

- Análise sobre dados populacionais do DF a partir dos documentos elaborados pela Companhia de Planejamento Urbano (CODEPLAN/DF) para dimensionamento das necessidades de cobertura populacional dos serviços e para dimensionamento da carga horária.

2. Considerações teórico-metodológicas

No modelo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados serviços substitutivos aos manicômios, tendo sido projetados para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. Em relação aos CAPS, o GDF foi condenado, no processo judicial nº 2010.01.1.067203-4, a implantar 19 unidades que ofereçam atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 03, de outubro de 2017, referente à Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>

Decorridos oito anos da decisão original, o DF conta com 18 (dezoito) CAPS, entre unidades para atendimento de crianças e adolescentes (CAPS i), para atendimento de adultos e idosos (CAPS II e III) e para adolescentes a partir de 16 anos, adultos e idosos usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD II e III). Apesar de os números sugerirem que a sentença esteja sendo cumprida quase em sua totalidade, outros aspectos precisam ser analisados para afirmar que o direito da população do DF à saúde mental está sendo assegurado, como a defasagem entre número de habitantes, necessidades da população e quantidade de unidades de cuidado disponíveis. Também é preciso conhecer quais as dificuldades de acesso, de adesão e de permanência no serviço para o acompanhamento sistemático das pessoas que necessitam de suporte à saúde mental.

A perspectiva teórico-metodológica da pesquisa é a de que a análise de políticas sociais deve “apontar em que medida as políticas e programas sociais são capazes e estão conseguindo expandir direitos, reduzir a desigualdade social e propiciar a equidade” (BOSCHETTI, 2009, p. 04). No caso do Distrito Federal, a rede de serviços de saúde mental deve passar por expressivas melhorias no que se refere à cobertura populacional, à carga horária de profissionais e aos ajustes entre o que está descrito nas normativas. Ou seja, para garantir o amplo direito à saúde e, mais especificamente, à saúde mental, no DF, a ampliação da quantidade de unidades, do porte dos serviços e da quantidade de profissionais far-se-á necessária.

O objetivo deste capítulo é demonstrar a necessidade de abertura de unidades de atendimento em saúde mental devido aos déficits na cobertura populacional oferecida pelos CAPS atualmente. Relevante apontar que o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM informa a estimativa de população a ser atendida por cada CAPS na área de abrangência, mas não informa a fonte de tais dados nem detalha se as referências populacionais são por faixa etária (por tipo de CAPS), por exemplo. Diante das dificuldades apontadas, como estratégia analítica, as equipes da AGIP e APAPPs/CEPS optaram por utilizar informações da Pesquisa Distrital de Amostra por Domicílio (PDAD), conduzida pela CODEPLAN/GDF. Ressalta-se que, na análise de cada CAPS, os dados apresentados pela DISSAM e levantados pela CODEPLAN serão destacados de modo a demonstrar as discrepâncias entre eles.

As referências para a análise da cobertura populacional pelas unidades de saúde mental estão estabelecidas em Portarias do Ministério da Saúde e consolidadas na Portaria de Consolidação nº 3, de 2018. Conforme tal portaria, para cada modalidade de CAPS, há quantitativo de habitantes a serem atendidos em uma região:

§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)

§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes,

com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)

§ 15. CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)

§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)²

Cabe acrescentar que, de acordo com o manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (DISTRITO FEDERAL, 2018)³, o Governo do Distrito Federal não considera os mesmos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde para o CAPS infantojuvenil:

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i): Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população entre 150.000 a 300.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.

Porém, não há, no Manual ou nos documentos analisados nesta pesquisa, explicações sobre os motivos ou os critérios epidemiológicos que justifiquem que cada CAPS i seja serviço de retaguarda para uma população ampliada em 100 mil pessoas. Mas, como há discricionariedade na norma federal, o parâmetro para CAPS i utilizado nas análises aqui presentes é o Manual de Parâmetros da Secretaria de Saúde do DF.

2 <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>

3 <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS-31-JUL.pdf>

3. Resultados

3.1. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região I

Os CAPS analisados e acompanhados pela equipe da APAPP/CERP I estão localizados nas Regiões de Saúde Central e Centro-Sul, como demonstra a imagem abaixo:

Imagem 1 – CAPS nas regiões de saúde Central e Centro-Sul

Região de Saúde	Tipo de Serviço	Modalidade	Nome do Serviço	Área de Abrangência	População	Anexo SEI
Central	Centros de Atenção Psicossocial	Transtorno Adulto	CAPS II Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Cruzeiro, Octogonal	338.082	56592087
		Álcool e Outras Drogas	CAPS AD III Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasilândia	338.082	56596472
		Infanto-juvenil	CAPS I Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way	230.513	56589794
Centro-Sul	Centros de Atenção Psicossocial	Transtorno Adulto	CAPS II Riacho Fundo (inclui a Casa de Passagem/ISM)	Estrutural, Candangolândia, Guará I e II, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II, Vargem Bonita, Gama, Santa Maria	528.377	56592406
		Álcool e Outras Drogas	CAPS AD Guará	Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way	307.933	56597961

Fonte: Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

3.1.1 CAPS II Brasília

O CAPS II Brasília, segundo o Manual de Parâmetros, da Secretaria de Saúde, é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). De acordo com o Ministério da Saúde: “§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade ope-

racional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)”.

A área de abrangência deste CAPS II é composta por: Plano Piloto - Asa Norte, Asa Sul, Lago Sul, Lago Norte (população: 221.326)⁴; Varjão (população: 8.802)⁵, Sudoeste/Octogonal (população: 53.770)⁶ e Cruzeiro (população: 31.079)⁷. Ou seja, esse serviço, atualmente, é retaguarda para 314.977 (trezentos e catorze mil novecentos e setenta e sete) habitantes. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS II Brasília está inadequado e não tem capacidade para atender toda a população da área de sua abrangência.

O excedente de população é de cerca de 115 mil pessoas. Sugere-se que o CAPS Brasília deva se tornar do tipo CAPS III. Também se sugere abertura de um CAPS I no Varjão. Isso porque as demais cidades abrangidas (Plano Piloto, Sudoeste/Octogonal e Cruzeiro) são próximas ao CAPS II Brasília, mas o Varjão está 15 km distante do centro de Brasília e possui Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) que deve ser levado em consideração.

3.1.2 CAPS AD III Brasília (CAPS AD III Candango/Rodoviária)

De acordo com a norma do Ministério da Saúde: “§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)”. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 16), o CAPS AD III é “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 150.000 e 300.000 habitantes”.

De acordo com dados da CODEPLAN, a população da área de abrangência do CAPS AD III é composta por 337.778 habitantes. Ou seja, há déficit de cobertura para quase 38 mil pessoas. Ainda, deve-se levar em consideração que o CAPS AD III Candango/Rodoviária é referência não só para sua área de abrangência (Plano Piloto, Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal e Varjão), mas também para municípios da RIDE e de outras regiões, considerando sua localização central, próxima à Rodoviária. Nesse sentido, avalia-se a necessidade de se considerar esse fator no cômputo sobre a cobertura populacional, a ser estimada, para além da área de abrangência.

4 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Plano-Piloto.pdf>

5 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Varj%C3%A3o.pdf>

6 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sudoeste-Octogonal.pdf>

7 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Cruzeiro.pdf>

3.1.3 CAPS i (Infantojuvenil) Brasília

O primeiro ponto a ser destacado é que, de acordo com o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), o CAPS i deve constituir-se como

referência para uma população entre 150.000 a 300.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15).

Porém, tal definição difere um pouco do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde, pois é prerrogativa do gestor:

“§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)”.

Essa demonstração é relevante porque, a depender do critério adotado para análise, os resultados esperados serão diferentes. Adotar-se-á, aqui, a definição distrital de que o CAPS infantojuvenil deve ser serviço de retaguarda populacional para até 300 mil habitantes.

No que se refere ao CAPSi Brasília, a cobertura mencionada no documento da DISSAM é de 230.513 habitantes, que se supõe estão relacionados ao quantitativo populacional de crianças, adolescentes e jovens da área de abrangência: Plano Piloto, Paranoá, Guará, Cruzeiro, São Sebastião, Lago Sul, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, Estrutural/SCIA e Jardim Botânico, o que condiz com os números relativos a essa faixa etária informados pela CODEPLAN na PDAD de 2018.

No entanto, na Portaria nº 336, de 19/2/2002, o Ministério da Saúde não menciona que a população de cobertura a ser considerada abranja apenas crianças e adolescentes. Necessita-se saber quais os critérios epidemiológicos considerados nesse caso, uma vez que crianças e adolescentes necessariamente têm uma família, que também precisará dos cuidados desse CAPS i. Tal consideração é necessária porque esses números determinarão o quantitativo de profissionais necessários para o atendimento com qualidade a esse público. O total de habitantes da área de abrangência deste CAPS é de 838.862 pessoas.

Assim, analisando-se somente o CAPSi Brasília a partir dos critérios do Ministério da Saúde, há um déficit no atendimento de 508.349 pessoas, o que demanda a existência de mais dois CAPSi e um CAPS I na mesma área de abrangência.

3.1.4 CAPS II Riacho Fundo (Instituto de Saúde Mental)

O CAPS II do Riacho Fundo fica localizado na Região de Saúde Centro-Sul, mas atende também a Região Sul que engloba as regiões administrativas de Santa Maria e do Gama. Da forma como está, atende-se uma quantidade cerca de três vezes maior do que o previsto para um CAPS II, com um déficit de cobertura populacional de 442.174 pessoas, tendo em vista que a população total da área de abrangência é de 618.555. Ou seja, para atendimento deste contingente populacional, são necessárias três equipamentos de saúde mental do tipo CAPS II ou dois do tipo CAPS III.

3.1.5 CAPS AD II Guará

Em relação ao CAPS AD II do Guará, foi possível identificar que a unidade atende somente a região de saúde em que está localizada e atende população de 357.207 habitantes, tendo um excedente populacional de 157.207. Contudo, a região abrange cidades distantes e a unidade não soube informar se há linhas de transporte público que sejam diretas e oriundas de todas as localidades. A região mais distante do CAPS é o Riacho Fundo II, que, segundo a PDAD 2018, tem 85.658 habitantes, caracterizando-se como a segunda região administrativa com mais habitantes da Região de Saúde Centro-Sul. Considerando a situação acima descrita e o excedente populacional, poderia se justificar a abertura de mais uma unidade de CAPS AD II no Riacho Fundo II a fim de atender a população dos Riacho Fundo I e II, totalizando atendimento a cerca de 127.068 habitantes. Ressalta-se que o levantamento populacional da PDAD 2018 já apresenta defasagem por ter três anos da última amostra, e o contingente populacional dessas regiões tende a ser maior do que o dos dados apresentados.

3.2. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região II

Os CAPS analisados e acompanhados pela equipe da APAPP/CERP II estão localizados nas Regiões de Saúde Norte e Leste, como demonstra a imagem abaixo:

Imagem 2 – CAPS nas Regiões de Saúde Norte e Leste

Região de Saúde	Tipo de Serviço	Modalidade	Nome do Serviço	Área de Abrangência	População	Anexo SEI
Leste	Centros de Atenção Psicossocial	Transtorno Adulto	CAPS II Paranoá	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã I e II, Condomínios do Jardim Botânico, Condomínios do Altiplano Leste, Setor de Mansões Dom Bosco, Mangueiral, São Sebastião (áreas urbana e rural)	241.135	56593044
		Álcool e Outras Drogas	CAPS AD Itapoã	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral	241.135	56595081
Norte	Centros de Atenção Psicossocial	Transtorno Adulto	CAPS II Planaltina	Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal	280.246	56593242
		Álcool e Outras Drogas	CAPS AD Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Sobradinho II, Fercal	280.246	56597427
		Infanto-juvenil	CAPS i Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal, Lago Oeste	105.297	56588372

Fonte: Memorando No 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

Iniciaremos a análise pela região de saúde Norte, pelo CAPS de Planaltina, já que ele possui algumas peculiaridades importantes a serem destacadas.

3.2.1. CAPS Planaltina

Em primeiro lugar, é preciso fazer um apontamento sobre o Centro de Atenção Psicossocial de Planaltina. De acordo com o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, esse seria um CAPS II para atendimento de indivíduos com transtornos mentais com capacidade operacional para atendimento a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Entretanto, no questionário virtual preenchido pela gerência, em 21 de setembro de 2021, o tipo do serviço seria CAPS III. A resposta à pergunta “Qual o nome do Serviço?” foi “SES/SRSNO/DIRASE/CAPS III-PLA”. Ou seja, a capacidade operacional do serviço deveria ser para um grupo populacional acima de 200 mil habitantes.

Essa desconexão entre o que está previsto (CAPS III) e o que efetivamente funciona (CAPS II) dificulta a elaboração de indicadores de resultados⁸, já que as referências para cada um desses CAPS, conforme Portaria Consolidada nº 3, de são distintas. Todos os marcadores de resultados (abrangência populacional; tipos, quantidade e carga horária de profissionais; atividades a serem desenvolvidas; suportes a serem realizados) diferem de um CAPS II para um CAPS III. Deste modo, a análise aqui exposta não só é preliminar como não encontra fácil ancoragem para comparações nos dispositivos normativos existentes.

Levando-se em consideração que o CAPS Planaltina opera como CAPS II, o parâmetro seria: “§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)”⁹. A área de abrangência do CAPS Planaltina é: Planaltina, Sobradinho I, Sobradinho II e Fercal.

De acordo com dados da Codeplan/GDF, Planaltina possui 177.492 habitantes¹⁰, Sobradinho I, 60.077¹¹; Sobradinho II, 85.574¹²; e Fercal, 8.583 habitantes¹³. Ou seja, a área de abrangência possui 331.726 (trezentos e trinta e um mil setecentos e vinte e seis) habitantes. Esse total significa que a quantidade de habitantes do território supera em cerca de 131 mil pessoas a capacidade de atendimento do CAPS. Ainda que somente a população adulta acima de 20 anos fosse considerada, conforme a Codeplan/GDF, há 229.362 (duzentos e vinte e nove mil trezentos e sessenta e dois) habitantes na área de abrangência, o que indica quase 30 mil pessoas além da capacidade de atendimento do CAPS de Planaltina.

Entretanto, é necessário relembrar que, de acordo com as informações do questionário virtual aplicado às gerências, o CAPS de Planaltina deveria possuir estrutura e capacidade de atendimento acima de 200 mil pessoas. Isso também implicaria, por exemplo, “I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, I)”, o que não acontece na atualidade.

É urgente que a unidade de Planaltina seja transformada efetivamente em um CAPS III, com porte, estrutura, profissionais e atividades referentes a esse tipo de serviço de modo a prestar atendimento adequado à população da área de sua abrangência.

8 “pode-se dizer que os resultados (no sentido estrito) são os produtos do programa, previstos em suas metas e derivados do seu processo particular de ‘produção’”. In: DRAIBE, Sônia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo, IEE/PUC-SP, 2001.

9 <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>

10 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Planaltina.pdf>

11 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sobradinho.pdf>

12 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sobradinho-II.pdf>

13 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Fercal.pdf>

3.2.2 CAPS AD II Sobradinho

De acordo com a normativa do Ministério da Saúde, um CAPS AD II é “§ 15. CAPS AD II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)”. O serviço deve ter capacidade de atendimento de, no máximo, 150 mil habitantes no território. Conforme o Manual de Dimensionamento da Secretaria de Saúde, um CAPS AD II é um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes”.

Acima dessa quantidade de habitantes, o porte do serviço deve ser de CAPS AD III. De acordo com a norma do Ministério da Saúde: “§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)”. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 16)¹⁴, o CAPS AD III é “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 150.000 e 300.000 habitantes”.

O CAPS AD II de Sobradinho também atende a área de abrangência relativa às Regiões Administrativas de Planaltina, Sobradinho I e II e Fercal, com população total de 305.832 (trezentos e cinco mil oitocentos e setenta e quatro) habitantes. Deste modo, há necessidade de que o CAPS AD II de Sobradinho adquira porte de CAPS AD III, já que o quantitativo populacional de retaguarda ultrapassa a capacidade do CAPS em cerca de 105 mil pessoas.

Os CAPS AD II devem atender tanto adultos e idosos como adolescentes a partir dos 16 anos que possuam problemas com uso de álcool e outras drogas. Isso significa que, ainda que fosse considerada somente a população acima de 15 anos, conforme Codeplan/GDF, a população abrangida é de 258.915 (duzentos e cinquenta e oito mil novecentos e quinze) habitantes. Ou seja, ainda que somente essa parcela da população fosse considerada, a cobertura do serviço é insuficiente, já que há excedente populacional de cerca de 58 mil pessoas em relação à norma da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

3.2.3 CAPS i Sobradinho

O CAPS i é serviço de saúde mental que “atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações

14 <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS-31-JUL.pdf>

clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI)”.

Adotar-se-á, aqui, a definição distrital, de que o CAPS infantojuvenil deve ser serviço de retaguarda populacional para até 300 mil habitantes. De acordo somente com esse critério, o CAPS i Sobradinho parece estar com capacidade de atendimento adequada, já que a população excedente na área de abrangência é de cerca de 5 mil pessoas. A população de crianças e adolescentes (pessoas abaixo de 20 anos, faixa etária calculada pela Codeplan) nessa região é de 102.354 (cento e duas mil trezentas e cinquenta e quatro) pessoas. Entretanto, outros critérios para avaliar a adequação da provisão do serviço deverão ser considerados, como corpo técnico, capacidade de atendimento diária, carga horária de profissionais, atividades desenvolvidas, entre outros.

3.2.4 CAPS II Paranoá

O CAPS II Paranoá, segundo o Manual de Parâmetros, da Secretaria de Saúde, é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). De acordo com o Ministério da Saúde é definido como: “§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)”.

A área de abrangência deste CAPS II é composta pelas seguintes regiões administrativas: Paranoá (65.533 habitantes)¹⁵, Itapoã (62.208 habitantes)¹⁶, Jardim Botânico (26.449 habitantes)¹⁷ e São Sebastião (115.256 habitantes)¹⁸. O CAPS II Paranoá é serviço de retaguarda para uma população de 269.446 pessoas. Segundo o critério da cobertura populacional, este CAPS precisa ser transformado em um CAPS III, já que a capacidade atual de retaguarda é deficitária. Há excedente de cerca de 70 mil pessoas, as quais estariam sem cobertura desse serviço essencial de saúde mental.

3.2.5 CAPS AD II Itapoã

De acordo com a normativa do Ministério da Saúde, um CAPS AD II é “§ 15. CAPS AD II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)”. O serviço deve ter capacidade de atendimento de, no máximo, 150 mil habitantes no território.

15 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Parano%C3%A1.pdf>

16 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Itapo%C3%A3.pdf>

17 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Jardim-Bot%C3%A2nico.pdf>

18 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/S%C3%A3o-Sebasti%C3%A3o.pdf>

O CAPS AD II localizado no Itapoã tem como área de abrangência: Paranoá (áreas urbana e rural), Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião. Como já exposto, a população total da região é 269.446 pessoas, o que já excede a capacidade máxima indicada para o serviço em 119.446 (cento e dezenove mil quatrocentos e quarenta e seis) habitantes. Levando-se em consideração que o CAPS AD deve atender pessoas a partir dos 16 anos, o CAPS AD II é retaguarda para população de cerca de 200 mil pessoas (habitantes da região acima dos 15 anos, conforme faixas etárias definidas pela Codeplan). Ou seja, mesmo que somente pessoas acima dos 15 anos fossem consideradas, a cobertura oferecida pelo serviço ainda seria insuficiente para cerca de 50 mil pessoas. Desta forma, sugere-se que o porte do serviço deva ser de CAPS AD III.

3.3. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região III

Os CAPS analisados e acompanhados pela equipe da APAPP/CERP III estão localizados nas Regiões de Saúde Oeste e Sudoeste, como demonstra a imagem abaixo:

Imagem 3 – CAPS nas Regiões de Saúde Oeste e Sudoeste

Região de Saúde	Tipo de Serviço	Modalidade	Nome do Serviço	Área de Abrangência	População	Anexo SEI
Oeste	Centros de Atenção Psicossocial	Álcool e Outras Drogas	CAPS AD III Ceilândia	Ceilândia	350.782	56595509
		Todas	CAPS I Brazlândia	Brazlândia	64.027	56586949
		Transtorno Adulto	CAPS II Taguatinga	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Ceilândia (todas as, com exceção da QNM e QNN)	717.607 (com Ceilândia)*	56592224
		Transtorno Adulto	CAPS II Taguatinga	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Ceilândia (todas as, com exceção da QNM e QNN)	717.607 (com Ceilândia)*	56592224
			CAPS i Taguatinga	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Areal, Arniqueiras	247.994	56587371

Fonte: Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

3.3.1 CAPS AD III Ceilândia:

O CAPS AD III está localizado na Região Administrativa de Ceilândia. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), é um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 150.000 e 300.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 16). De acordo com o Ministério da Saúde: “§ 1º CAPS AD III - O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150.000 (cento e cinquenta mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes.” (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)

A área de abrangência deste CAPS III, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COA-SIS/DISSAM, é composta por: Ceilândia, que envolve a Região Administrativa do Sol Nascente e a do Pôr do Sol (população total: 432.927 habitantes)¹⁹.

Esse serviço, atualmente, é retaguarda para 432.927 (quatrocentos e trinta e dois mil novecentos e vinte e sete) habitantes. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS AD III Ceilândia está inadequado, já que atende a uma população excedente de 132.927 pessoas, fazendo-se necessária a instalação de mais um CAPS AD II para o atendimento do excedente populacional.

Segundo questionário virtual “Acompanhamento dos serviços de saúde mental”, o CAPS AD III Ceilândia também atende os habitantes de Brazlândia e Águas Lindas/GO cujas regiões estão fora de sua área de abrangência. Nesse caso, somando-se a população de Brazlândia (53.534)²⁰ e a de Águas Lindas (estimada em 222.850, IBGE)²¹ à de Ceilândia, Pôr do Sol e Sol Nascente, teremos um excedente de 409.311 habitantes, o que compromete em demasia capacidade de atendimento.

Se considerássemos somente a população de referência utilizada pela Secretaria de Saúde (SES), ainda assim haveria uma população excedente de 50.782 habitantes, indicando a necessidade de ampliação do serviço. Importante ressaltar que, nos parâmetros populacionais utilizados pela SES, não são inseridos os habitantes de fora da área de abrangência. A análise populacional referente apenas à área de abrangência já indica a necessidade de ampliação do serviço com a criação de um CAPS AD II em Ceilândia. Ao considerar a população de fora da área de abrangência (especialmente o entorno do DF), a indicação é a de criação de mais um CAPS AD III.

19 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

20 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Brazl%C3%A2ndia.pdf>

21 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/aguas-lindas-de-goias/panorama>

3.3.2 CAPS I Brazlândia

O CAPS I está localizado na Região Administrativa de Brazlândia. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde, é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). De acordo com o Ministério da Saúde: “§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.” (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º).

Ainda segundo a referida normativa, o CAPS I deve atender pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I). Ou seja, é um serviço que, além de atender a todos os grupos etários, também deve acolher os usuários com transtornos psiquiátricos ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A área de abrangência deste equipamento, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por Brazlândia (população total: 53.534)²². Levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS I está adequado, já que atende a uma população que está dentro dos critérios populacionais previstos.

Cabe destacar, no entanto, que, ao considerar as informações obtidas a partir do questionário virtual “Acompanhamento dos serviços de saúde mental”, o CAPS I também atende habitantes de algumas cidades do estado de Goiás, como Águas Lindas (população estimada em 222.850)²³, Padre Bernardo (população estimada em 35.011)²⁴ e Ouro Verde (população estimada em 3.679). Ou seja, esse equipamento atende a uma população excedente que pode chegar a 191.540 habitantes. Isso indica, na realidade, que há necessidade de ampliação do serviço com a mudança de modalidade para CAPS II.

3.3.3 CAPS II Taguatinga

O CAPS II está localizado na Região Administrativa de Taguatinga. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). De acordo com o Ministério da Saúde, “§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com

22 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Brazl%C3%A2ndia.pdf>

23 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/padre-bernardo/panorama>

24 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/padre-bernardo/panorama>

capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.” (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

A área de abrangência deste CAPS II, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Taguatinga, com 205.670 habitantes²⁵; Águas Claras, com 161.184²⁶; Arniqueiras, com cerca de 46.000²⁷; Vicente Pires, com 66.491²⁸; e Ceilândia, Sol Nascente e Pôr do Sol, com 432.927²⁹.

Esse serviço, atualmente, é retaguarda para 866.534 (oitocentos e sessenta e seis mil, quinhentos e trinta e quatro) habitantes. Levando-se em consideração a relação entre o total populacional e o critério normativo, o CAPS II Taguatinga está inadequado, já que atende a uma população excedente de 666.534 habitantes. Segundo questionário virtual “Acompanhamento dos serviços de saúde mental”, o CAPS II também atende os habitantes de Samambaia, Estrutural, Brazlândia e municípios que compõem a RIDE. Nesse contexto, a população excedente é ainda maior.

Se considerarmos a população de referência utilizada pela SES, ainda assim haveria uma população excedente de 517.607 habitantes, o que indicaria, da mesma forma, a necessidade de ampliação do atendimento com a criação de novos equipamentos de saúde mental. Importante ressaltar que, nos parâmetros populacionais utilizados pela SES, não são considerados os habitantes de fora da área de abrangência.

A análise populacional, considerando apenas a área de abrangência, já indica a necessidade de ampliação do serviço com a criação de, pelo menos, dois CAPS III. Outra alternativa seria a seguinte: instalar um CAPS III para atendimento das Regiões Administrativas de Águas Claras e Arniqueiras e um CAPS I para atendimento da Região de Vicente Pires; transformar em CAPS III a unidade que atende Taguatinga; e criar um CAPS III para atendimento das regiões de Ceilândia, juntamente com Sol Nascente e Pôr do Sol. Esta é uma região do Distrito Federal que precisa urgentemente de melhorias na quantidade de equipamentos de saúde mental no que diz respeito à cobertura populacional.

3.3.4 CAPS i Taguatinga

O CAPS i é serviço de saúde mental que “atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.” (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI).

25 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Taguatinga.pdf>

26 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/%C3%81guas-Claras.pdf>

27 <https://arniqueira.df.gov.br/category/sobre-a-ra/informacoes/>

28 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vicente-Pires.pdf>

29 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

O primeiro ponto a ser destacado é que, de acordo com o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), o CAPS i deve constituir-se como

referência para uma população entre 150.000 a 300.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15).

Porém, tal definição difere um pouco do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde, pois é prerrogativa do gestor:

“§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)”.

A área de abrangência deste CAPS i, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Taguatinga, com 205.670 habitantes³⁰, Águas Claras, com 161.184³¹, Arniqueiras, com cerca de 46.000³², Vicente Pires, com 66.491³³, Ceilândia, Sol Nascente e Pôr do Sol, com 432.927³⁴.

Esse serviço, atualmente, atende a uma população total de 866.534 (oitocentos e sessenta e seis mil, quinhentos e trinta e quatro) habitantes. Levando-se em consideração a relação entre o total populacional e o critério normativo, o CAPS i Taguatinga está inadequado, já que atende a uma população excedente de 566.534 habitantes. Portanto, seria necessária a criação de um CAPS i para o atendimento das Regiões Administrativas de Águas Claras, Arniqueiras e Vicente Pires, e de dois CAPS i para o atendimento das Regiões de Ceilândia, Sol Nascente e Pôr do Sol.

Segundo questionário virtual “Acompanhamento dos serviços de saúde mental”, esse equipamento não atende habitantes fora de sua área de abrangência.

Se utilizarmos critério que parece ter sido adotado pela DISSAM, conforme Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, com o recorte populacional de pessoas abaixo de 19 anos, o serviço atende a uma população de 283.416 (duzentos e oitenta e três mil quatrocentos e dezesseis), entre crianças e adolescentes e, nesse caso, estaria adequado. Entretanto, deve-se considerar que o Ministério da Saúde define a área de cobertura com base no quantitativo total da população e não no quantitativo por faixas etárias. Deste modo, outros critérios devem ser

30 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Taguatinga.pdf>

31 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/%C3%81guas-Claras.pdf>

32 <https://arniqueira.df.gov.br/category/sobre-a-ra/informacoes/>

33 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vicente-Pires.pdf>

34 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

observados para avaliar a adequação da provisão do serviço, como demanda reprimida, corpo técnico, capacidade diária de atendimento, carga horária de profissionais, atividades desenvolvidas, entre outros.

3.4. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região IV

Os CAPS analisados e acompanhados pela equipe da APAPP/CERP IV estão localizados nas Regiões de Saúde Sul e Sudoeste como demonstra a imagem abaixo:

Imagem 4 – CAPS nas Regiões de Saúde Sul e Sudoeste

Região de Saúde	Tipo de Serviço	Modalidade	Nome do Serviço	Área de Abrangência	População	Anexo SEI
Sudoeste	Centros de Atenção Psicossocial		CAPS III Samambaia	Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia	293.163 (sem Ceilândia)*	56593460
		Álcool e Outras Drogas	CAPS AD III Samambaia (inclui a Unidade de Acolhimento)	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Vicente Pires	659.988	56596921
		Infanto-juvenil	CAPS i Recanto da Emas	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia	236.568	56587871
Sul	Centros de Atenção psicossocial	Álcool e Outras Drogas	CAPS AD Santa Maria	Gama e Santa Maria	272.959	56595876

Fonte: Memorando no 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

3.4.1 CAPS III Samambaia

Conforme a norma atual, um CAPS é “§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)». De acordo com o Manual de Parâmetros da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/DF), o CAPS III é um «serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 200.000 e 300.000 habitantes». A área de abrangência do CAPS III de Samambaia é composta por Recanto das Emas (130.043 habitantes³⁵), Samambaia (232.893 habitantes³⁶) e quadras QNM e QNN de Ceilândia.

35 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Recanto-das-Emas.pdf>

36 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Samambaia.pdf>

Segundo dados da Codeplan (DISTRITO FEDERAL, 2020), sem incluir as quadras de Ceilândia, essa área de abrangência possui 362.936 (trezentos e sessenta e dois mil novecentos e trinta e seis) habitantes. Os dados devem ser analisados levando-se em consideração que os moradores das quadras QNM e QNN de Ceilândia não puderam ser contabilizados. Ainda assim, é possível afirmar que há *déficit* no atendimento, em relação à cobertura populacional, de cerca de 112 mil pessoas. Ou seja, para atender somente as regiões administrativas de Samambaia e Recanto das Emas - excluindo-se Ceilândia -, seria necessária a abertura de, pelo menos, mais um equipamento do tipo CAPS II.

3.4.2 CAPS AD III Samambaia

Conforme normativa atual, o “§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)³⁷”.

A área de abrangência do CAPS AD III de Samambaia é composta por Recanto das Emas (130.043 habitantes³⁸), Samambaia (232.893 habitantes³⁹), Taguatinga (205.670)⁴⁰, Águas Claras (161.184)⁴¹, Arniequeiras/Areal (45.091)⁴² e Vicente Pires (66.491)⁴³. O total de habitantes para a área de abrangência é de cerca de 841.372 (oitocentos e quarenta e um mil trezentos e setenta e duas) pessoas.

Isso significa que a cobertura populacional do serviço está muito aquém do esperado, com déficit de atendimento a uma população de cerca de 541 mil pessoas. Segundo a normativa atual, para que essa cobertura esteja adequada, é necessário que mais um equipamento do tipo CAPS AD III e um do tipo CAPS AD II sejam colocados em funcionamento.

3.4.3 CAPS i Recanto das Emas

A área de abrangência do CAPS i do Recanto das Emas é composta por Recanto das Emas (130.043 habitantes⁴⁴), Samambaia (232.893 habitantes⁴⁵), Santa Maria (128.882 habitantes⁴⁶), Riacho Fundo I (41.410 habitantes⁴⁷), Riacho Fundo II (85.658 habitantes⁴⁸), Gama (132.466

37 <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>

38 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Recanto-das-Emas.pdf>

39 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Samambaia.pdf>

40 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Taguatinga.pdf>

41 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/%C3%81guas-Clarass.pdf>

42 <https://arniqueira.df.gov.br/category/sobre-a-ra/informacoes/>

43 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vicente-Pires.pdf>

44 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Recanto-das-Emas.pdf>

45 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Samambaia.pdf>

46 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Santa-Maria.pdf>

47 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Riacho-Fundo.pdf>

48 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Riacho-Fundo-II.pdf>

habitantes⁴⁹), Núcleo Bandeirante (23.619 habitantes⁵⁰) e Candangolândia (16.489 habitantes⁵¹). Nessas regiões, a soma de habitantes é de 791.460 (setecentos e noventa e um mil quatrocentos e sessenta pessoas).

Levando-se em consideração a definição distrital de que o CAPS infantojuvenil deve ser serviço de retaguarda populacional para até 300 mil habitantes, é possível afirmar que a cobertura atual do CAPS i Recanto das Emas é inadequada. O quantitativo populacional não coberto por este serviço é de cerca de 490 mil pessoas. Nesse caso, haveria necessidade de abertura de mais um CAPS i nesta região

Na área de abrangência, há cerca de 270 mil pessoas abaixo de 19 anos, de acordo com faixas etárias definidas pela Codeplan. Ou seja, se somente essa parcela populacional fosse considerada, esse único CAPS i poderia ser considerado adequado. Entretanto, deve-se considerar que o Ministério da Saúde define a área de cobertura com base no quantitativo total da população e não no quantitativo por faixas etárias. Deste modo, outros critérios devem ser observados para avaliar a adequação da provisão do serviço, como demanda reprimida, corpo técnico, capacidade diária de atendimento, carga horária de profissionais, atividades desenvolvidas, entre outros.

3.4.4 CAPS AD II Santa Maria

De acordo com a normativa do Ministério da Saúde, um CAPS AD II é “§ 15. CAPS AD II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)”. De acordo com o Ministério da Saúde, o serviço deve ter capacidade de atendimento de, no máximo, 150 mil habitantes no território. Entretanto, de acordo com o Manual de Parâmetros, da Secretaria de Saúde, o serviço teria capacidade de atendimento para até 200 mil pessoas.

A área de abrangência do CAPS AD II de Santa Maria é composta pelas regiões administrativas de Santa Maria (128.882 habitantes) e do Gama (132.466 habitantes), totalizando 261.348 (duzentos e sessenta e uma mil trezentos e quarenta e oito) pessoas. Ou seja, o CAPS AD II de Santa Maria está inadequado para atendimento da população da área de abrangência, com déficit de cobertura populacional relativo a cerca de 60 mil pessoas. Nesse contexto, há necessidade de abertura de mais um equipamento do tipo CAPS AD II na área de abrangência ou de transformação do equipamento em um CAPS ad III.

49 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Gama.pdf>

50 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/N%C3%BACleo-Bandeirante.pdf>

51 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Candangol%C3%A2ndia.pdf>

4. Considerações Finais

Este capítulo teve como objetivo analisar se os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal estão adequados às normas sobre cobertura populacional. Melhor explicando: se os serviços são retaguarda para quantitativo populacional conforme as portarias regulamentadoras do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Principais resultados:

É possível indicar inicialmente que somente os CAPS infantojuvenis (CAPS i) de Taguatinga, Sobradinho e do Recantos das Emas poderiam ser considerados adequados atualmente, unicamente quanto ao critério de cobertura populacional para quantitativo de pessoas abaixo dos 19 anos. Entretanto, é necessário aprofundar análises a partir de outros critérios, como demanda reprimida, corpo técnico, capacidade diária de atendimento, carga horária dos profissionais, atividades desenvolvidas, entre outros.

Sobre a área de abrangência do CAPS i Brasília, há necessidade urgente de instalação de mais um serviço do tipo CAPS i para a região, já que o déficit na cobertura populacional é de cerca de 500 mil pessoas.

Os **maiores gargalos** referentes à falta de provisão de serviços de saúde mental encontram-se:

1. Na região abrangida pelo CAPS II de Taguatinga. Esse serviço, atualmente, é retaguarda para 866.534 (oitocentos e sessenta e seis mil, quinhentos e trinta e quatro) habitantes. Levando-se em consideração a relação entre o total populacional e o critério normativo, o CAPS II Taguatinga está inadequado, já que atende a uma população excedente de 666.534 habitantes.

A análise populacional, considerando apenas a área de abrangência, já indica a necessidade de ampliação do serviço com a criação de, pelo menos, dois CAPS III. Outra alternativa seria as seguintes ações: instalar um CAPS III para atendimento das Regiões Administrativas de Águas Claras e Arniqueiras e um CAPS I para atendimento da Região de Vicente Pires; transformar em CAPS III o equipamento que atende Taguatinga, e criar um CAPS III para atendimento de Ceilândia e das regiões Sol Nascente e Pôr do Sol. Estas duas últimas precisam urgentemente de melhorias na quantidade de equipamentos de saúde mental no que diz respeito à cobertura populacional.

2. Outra região preocupante e que necessita urgentemente de melhorias na cobertura pelos serviços de saúde mental é a área de abrangência do CAPS II Riacho Fundo (Instituto de Saúde Mental). O CAPS II do Riacho Fundo fica localizado na Região de Saúde Centro-Sul, mas atende também a Região Sul, a qual engloba as Regiões Administrativas de Santa Maria e do Gama. Desta forma, este CAPS II atende a uma população cerca de três vezes maior do que o previsto para um CAPS II, acumulando um déficit de cobertura populacional de 442.174 pessoas, tendo

em vista que a população total da área de abrangência é de 618.555. Para atender este contingente populacional, são necessários três equipamentos de saúde mental do tipo CAPS II ou dois do tipo CAPS III.

3. Quanto ao CAPS AD III de Samambaia, o total de habitantes para a área de abrangência é de cerca de 891.372 (oitocentos e noventa e um mil trezentos e setenta e duas) pessoas. Isso significa que a cobertura populacional do serviço está muito aquém do esperado, com déficit de atendimento referente a uma população de cerca de 591 mil pessoas. Segundo a normativa atual, para que essa cobertura esteja adequada, é necessário que mais um equipamento do tipo CAPS AD III e um do tipo CAPS AD II sejam colocados em funcionamento.

4. O CAPS de Planaltina precisa passar por intervenção urgente. Conforme o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, esse seria um CAPS II para atendimento de transtornos mentais com capacidade operacional para atendimento a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Entretanto, no questionário virtual preenchido pela gerência, em 21 de setembro de 2021, o tipo do serviço prestado seria de CAPS III, pois a resposta à pergunta “Qual o nome do Serviço?” foi “SES/SRSNO/DIRASE/CAPS III-PLA”. Ou seja, a capacidade operacional do serviço deveria ser para um grupo populacional acima de 200 mil habitantes.

Essa desconexão entre o que está previsto (CAPS III) e o que efetivamente funciona (CAPS II) dificulta a elaboração de indicadores de resultados, já que as referências para cada um desses CAPS, conforme Portaria Consolidada nº 3/MS, são distintas. Todos os marcadores de resultados (abrangência populacional; tipos, quantidade e carga horária de profissionais; atividades a serem desenvolvidas; suportes a serem realizados) diferem de um CAPS II para um CAPS III.

O CAPS de Planaltina deveria possuir estrutura e capacidade de atendimento acima de 200 mil pessoas. Isso também implicaria, por exemplo, “I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, I)”, o que não acontece na atualidade. É urgente que a unidade de Planaltina seja transformada efetivamente em um CAPS III, com porte, estrutura, profissionais e atividades referentes a esse tipo de serviço de modo a prestar atendimento adequado à população da área de abrangência.

Capítulo II

Dimensionamento de recursos humanos e carga horária de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do DF

Cátia Betânia Chagas, Cristina Aguiar Lara Brasil, Izis Morais L. Reis, Janaina Bezerra Nogueira, Karolina Varjão, Laiane Vasconcelos Leão Velame, Natalia Mashiba Pio, Pâmela Araújo Rodrigues, Rosângela de Fátima Baía Ferreira, Vinícius Costa Fontes, Andrea Ambrozio, Júlia Teixeira Silva, Letícia Victor Matos, Maria Eugênia Ferreira Durães, Misael Júnior Souza Magalhães, Nathaly Costa Forechi, Rebeca da Silva Vieira Neiva, Vitória Regina Alves Rodrigues, Wendella Alaíne Costa Alves

Sumário

- 1. Apresentação**
- 2. Metodologia**
- 3. Resultados gerais**
- 4. Resultados por Centro Regional Psicossocial**
 - 4.1. CAPS do CERP I**
 - 4.2. CAPS do CERP II**
 - 4.3. CAPS do CERP III**
 - 4.4. CAPS do CERP IV**
- 5. Considerações Finais**

1. Apresentação

O presente capítulo tem como objetivo demonstrar as necessidades de composição e/ou de recomposição de equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal, a partir do dimensionamento da carga horária de cada categoria profissional. A análise relaciona os dados informados pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (DISSAM/SES/DF), no Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM e os parâmetros definidos pelo Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede¹, publicado em julho de 2018, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O referido Manual define que as equipes dos diferentes tipos de CAPS devem ser compostas conforme tabelas a seguir:

Tabela 1– Descrição de carga horária por categoria profissional dos CAPS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO I (CAPS I)	QTD	TURNO	HORAS	DIAS
MÉDICO PSQUIATRA OU COM FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	1	DIURNO	10	5
ENFERMEIRO COM EXPERIÊNCIA OU FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	1	DIURNO	10	5
PSICÓLOGO	1	DIURNO	10	5
ASSISTENTE SOCIAL	1	DIURNO	10	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	DIURNO	10	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	3	DIURNO	10	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	1	DIURNO	10	5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO II (CAPS II)	QTD	TURNO	HORAS	DIAS
MÉDICO PSQUIATRA*	1	DIURNO	10	5
ENFERMEIRO COM EXPERIÊNCIA OU FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL*	1	DIURNO	10	5
PSICÓLOGO*	2	DIURNO	10	5
ASSISTENTE SOCIAL*	1	DIURNO	10	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL*	1	DIURNO	10	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	4	DIURNO	10	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	2	DIURNO	10	5
*Caso o número de habitantes ultrapasse o intervalo para a constituição da equipe do CAPS, deverá ser acrescentado 20 horas semanais a cada 100.000 habitantes.				
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO III (CAPS III) – 24 HORAS	QTD	TURNO	HORAS	DIAS
MÉDICO PSQUIATRA*	1	DIURNO	12	5
MÉDICO PSQUIATRA	1	DIURNO	12	7
ENFERMEIRO COM EXPERIÊNCIA OU FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	1	DIURNO	8	5
ENFERMEIRO *	1	PLANTONISTA	24	7
PSICÓLOGO*	1	PLANTONISTA	24	7
PSICÓLOGO	1	DIURNO	12	5
ASSISTENTE SOCIAL*	1	DIURNO	12	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL*	1	DIURNO	12	5
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO - FARMÁCIA	1	DIURNO	10	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	6	DIURNO	12	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM – FIM DE SEMANA	3	DIURNO	12	2
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	3	NOTURNO	12	7
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	2	DIURNO	12	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO – FIM DE SEMANA	1	DIURNO	12	2
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	1	NOTURNO	12	7
AOSD FARMÁCIA	1	DIURNO	10	7
*Caso o número de habitantes ultrapasse o intervalo para a constituição da equipe do CAPS, deverá ser acrescentado 20 horas semanais a cada 100.000 habitantes.				

1 Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS-31-JUL.pdf>

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL (CAPSI)	QTD	TURNO	HORAS	DIAS
MÉDICO PSQUIATRA OU PEDIATRA OU NEUROLOGISTA OU NEUROPEDIATRA*	1	DIURNO	10	5
ENFERMEIRO*	1	DIURNO	10	5
ASSISTENTE SOCIAL*	1	DIURNO	10	5
FONOAUDIÓLOGO*	1	DIURNO	10	5
PSICÓLOGO*	1	DIURNO	10	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL*	1	DIURNO	10	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	4	DIURNO	10	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	1	DIURNO	10	5
*Caso o número de habitantes ultrapasse o intervalo para a constituição da equipe do CAPS, deverá ser acrescentado 20 horas semanais a cada 100.000 habitantes.				
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCCOL E DROGAS II (CAPS AD II)	QTD	TURNO	HORAS	DIAS
MÉDICO PSQUIATRA*	1	DIURNO	10	5
MÉDICO CLÍNICO (RESPONSÁVEL PELA TRIAGEM, AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICA)	1	DIURNO	10	5
ENFERMEIRO COM EXPERIÊNCIA OU FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL*	1	DIURNO	10	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	4	DIURNO	10	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	2	DIURNO	10	5
ASSISTENTE SOCIAL*	1	DIURNO	10	5
PSICÓLOGO*	2	DIURNO	10	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL*	1	DIURNO	10	5
*Caso o número de habitantes ultrapasse o intervalo para a constituição da equipe do CAPS, deverá ser acrescentado 20 horas semanais a cada 100.000 habitantes.				
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III (CAPS AD III)	QTD	TURNO	HORAS	DIAS
MÉDICO PSQUIATRA*	1	DIURNO	12	5
MÉDICO CLÍNICO COM EXPERIÊNCIA OU FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	1	DIURNO	12	7
ENFERMEIRO COM EXPERIÊNCIA OU FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	1	DIURNO	8	5
ENFERMEIRO *	1	PLANTONISTA	24	7
PSICÓLOGO*	1	PLANTONISTA	24	7
PSICÓLOGO	1	DIURNO	12	5
ASSISTENTE SOCIAL*	1	DIURNO	12	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL*	1	DIURNO	12	5
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO - FARMÁCIA	1	DIURNO	10	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	6	DIURNO	12	5
TÉCNICO EM ENFERMAGEM – FIM DE SEMANA	2	DIURNO	12	2
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	2	NOTURNO	12	7
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	3	DIURNO	12	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO – FIM DE SEMANA	1	DIURNO	12	2
AOSD FARMÁCIA	1	DIURNO	10	7
*Caso o número de habitantes ultrapasse o intervalo para a constituição da equipe do CAPS, deverá ser acrescentado 20 horas semanais a cada 100.000 habitantes.				

Fonte: Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, SES/DF, 2018.

2. Metodologia

Pretende-se responder as seguintes questões: 1. A quantidade de profissionais listada por categoria em cada CAPS é adequada? Se não, por quê? 2. A quantidade de carga horária semanal diagnosticada pela DISSAM por tipo de profissional é adequada? Se não, por quê? 3. Há necessidade de incremento na equipe?

Para responder a esses questionamentos, a equipe de pesquisa coletou dados a partir:

- Da aplicação de questionários mistos via plataforma virtual (com questões abertas e fechadas) às gerências dos Centros de Atenção Psicossocial, do Distrito Federal.

- Da elaboração de indicadores de resultados pautados na Portaria de Consolidação nº 3, de outubro de 2017, referente à “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”, do Ministério da Saúde, e com base no Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, publicado em julho de 2018, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
- Da análise documental do Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, que “Trata-se de diagnóstico desta Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM/COASIS) sobre os Recursos Humanos (RH) nos serviços especializados de Saúde Mental do DF e sobre a necessidade de recomposição das equipes para fortalecimento das ações junto à população”, elaborado em 23 de fevereiro de 2021 pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental/SES/GDF.
- Da análise de dados populacionais do DF a partir dos documentos elaborados pela Companhia de Planejamento Urbano (CODEPLAN/DF) para dimensionamento das necessidades de cobertura populacional dos serviços e da carga horária.

Além disso, para responder às perguntas anteriormente elencadas, a equipe de pesquisa elaborou instrumento de coleta de dados e contabilização de horas para dimensionamento da carga horária, relacionando a existente e a necessária nos CAPS. Os elementos considerados foram:

Tabela 2 – Demonstração de planilha de coleta de dados e cálculo sobre carga horária

COBERTURA POPULACIONAL PREVISTA		COBERTURA POPULACIONAL EM EXERCÍCIO (DISSAM)		Total de habitantes da área de abrangência conforme PDAD/Codeplan	
CARGO	Nº DE PROFISSIONAIS PREVISTOS PELO MANUAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL PREVISTA POR CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO DE PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA A COBERTURA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA REFERENTE À CARGA HORÁRIA DE 40H SEMANAIS POR PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA TOTAL* SEMANAL PREVISTA PARA COBERTURA POPULACIONAL (TOTAL DE HABITANTES)	Carga horária + IST (14%) - CH total semanal prevista + IST
	Pessoas acima de 20 anos conforme PDAD/Codeplan		DÉFICIT DE COBERTURA RELATIVO AO Nº TOTAL DE HABITANTES (CODEPLAN)		DÉFICIT DE COBERTURA RELATIVO AO Nº DE HABITANTES EM EXERCÍCIO (INFO DISSAM)
Carga horária + IST (14%) - CH total semanal prevista + IST	Nº DE PROFISSIONAIS EM EXERCÍCIO	CARGA HORÁRIA TOTAL* EM EXERCÍCIO (CH Total em exercício: ativos + gestor, supervisor, horas em preceptoria, licenças, outros afastamentos, horas cedidas)	Carga Horária Ativa em exercício = em atendimento, incluindo quem está de férias e contratados temporariamente)	DÉFICIT DE HORAS (IST e CH de trabalhadores ativos)	DÉFICIT DE CARGA HORÁRIA (SEM IST e CH total em exercício informada pela DISSAM)

Fonte: instrumento de coleta de dados elaborado pelas equipes vinculadas à CEPS/MPDFT

Os instrumentos de dimensionamento de força de trabalho levam em consideração as necessidades de cada local e do tipo de serviço a ser ofertado e permitem diagnosticar a distribuição de pessoal. Tal ferramenta torna possível identificar as regiões de maior concentração e as de escassez de recursos (POSSA et al, 2020)² e, com isso, auxiliar no planejamento e na tomada de decisões sobre a distribuição equânime de recursos humanos. O cálculo adequado de recursos humanos significa a garantia de qualidade da assistência à saúde, bem como cuidado com a própria equipe de modo a não causar sobrecarga de trabalho, a reduzir estresse e a diminuir a ocorrência de eventos que possam causar danos aos pacientes (GIRARDI et al, 2018)³.

Os cálculos de dimensionamento de carga horária baseiam-se na seguinte fórmula apresentada pelo Manual de Parâmetros Mínimos para Dimensionamento da Rede: $CARGA\ HORÁRIA\ NECESSÁRIA = QTD\ X\ HORAS\ X\ DIAS$. Por exemplo, no caso de um CAPS AD III, há definição, na tabela acima apresentada, de um médico psiquiatra, com carga horária de 12 horas por 5 dias na semana. Ou seja, a carga horária de um médico psiquiatra (categoria profissional) nesse tipo de CAPS (AD III) deve ser de 1 (quantidade) x 12 horas x 5 dias = 60 horas por semana.

Após esse cálculo inicial, a carga horária semanal total será dada com o acréscimo do Índice de Segurança Técnico, no valor de 14%. Assim, a carga horária semanal + 14% corresponderá à carga horária total necessária. Na situação ilustrada, o valor da carga horária total para psiquiatra seria: 60 horas + 14% (8,4) = 68,4 horas.

Deste modo, em todas as análises aqui presentes, considera-se a carga horária necessária semanal a partir do acréscimo do IST. Isso porque o acréscimo percentual tem como objetivo garantir a cobertura das ausências previstas, como “folgas (descanso semanal remunerado e feriado não coincidente com o domingo) e férias; como ausências não previstas os dias relativos às faltas, às licenças e às suspensões” (ROGENSKI; FUGULIN, 2007)⁴.

Destaca-se que o Manual da Secretaria da Saúde do DF define que, para algumas categorias profissionais, há acréscimo de 20 horas semanais na jornada de trabalho a cada 100 (cem) mil habitantes acima da capacidade operacional de atendimento do respectivo CAPS. Dando continuidade ao exemplo de médico psiquiatra de um CAPS AD III, conforme o Manual, esse tipo de CAPS tem capacidade operacional para atender até 300 mil habitantes. No caso de médico psiquiatra de um CAPS AD III, a cada cem mil habitantes a mais na região, acrescenta-se 20 horas semanais para essa categoria profissional. Antes de atingir o quantitativo populacional de 100 mil habitantes a mais, a carga horária total semanal de médico psiquiatra permanece 68,4 horas, conforme cálculo já apresentado. Ou seja, ainda que a população do território exceda 300 mil habitantes, a carga horária semanal se mantém a mesma até o limite de acréscimo de 100 mil pessoas.

2 Possa, Lisiane Bôer (org.); et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo / Organizadores: Lisiane Bôer Possa, Renata Flores Trepte, Cristiane Scolari Gosch e Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2021/04/15/livro-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo.pdf

3 GIRARDI, Camila et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em pronto-socorro hospitalar. In: Revista de Administração em Saúde. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/95/138>

4 Rogenski, Karin Emilia e Fugulin, Fernanda Maria Togeiro. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2007, v. 41, n. 4 [Acessado 16 Novembro 2021], pp. 683-689. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400020>>

Porém, se a população do território for de 400 mil habitantes (100 mil a mais), a carga horária para essa categoria profissional será acrescida em 20 horas por semana + 14% de Índice de Segurança Técnico, totalizando 71,2 horas semanais para médico psiquiatra. O cálculo é: 60 horas [1 (quantidade) x 12 horas x 05 dias = 60] + 20 horas (acréscimo a cada 100 mil habitantes) + 11,2 horas (14% de 80 horas referente ao IST).

Nos casos em que o Manual não especifica como deve se dar o aumento da carga horária para cada categoria profissional, as equipes fizeram cálculo proporcional relativo à quantidade de habitantes dos territórios analisados. No caso de um CAPS AD III, por exemplo, há previsão de um médico clínico com experiência em saúde mental com carga horária de 50 horas semanais (1 profissional x 10 horas x 5 dias por semana). Acrescentando-se o IST, tal cálculo é de 57 horas semanais para atendimento de até 300 mil habitantes. Se, hipoteticamente, a população da área de abrangência do CAPS AD III for de 340 mil habitantes, o cálculo deve ser: 50 horas para 300 mil habitantes; x horas para 340 mil habitantes = 56,6 horas por semana. Adicionando-se o IST, a carga horária total para médico clínico em um CAPS AD III deve ser 56,6 horas + 7,91 (14%) = 64,51 horas por semana para tal categoria profissional.

Há casos em que o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM informa se os profissionais estão em atividade (com carga horária disponível para atendimento à população) ou se a carga horária está sendo cumprida em atividades administrativas, preceptoria ou orientação. Nesses casos, a equipe considerou, para cálculo de déficit de carga horária, a quantidade de horas em atividade de atendimento à população (carga horária ativa). É relevante que os profissionais possam disponibilizar parte da carga horária para outras ações fundamentais dos CAPS, como articulação comunitária, orientações, matriciamento e capacitações. Entretanto, há necessidade de programação da Secretaria de Saúde para oferecer cobertura completa à população no que diz respeito à necessidade de atendimento direto.

Neste capítulo, há menção de quantitativo de profissionais sugeridos a partir do referencial a seguir. Considerando-se que a jornada de trabalho de uma pessoa deve atingir, na Secretaria de Saúde do DF, o máximo de 40 horas semanais, a quantidade de profissionais para cada categoria profissional obedece ao seguinte cálculo: num CAPS AD III, a carga horária semanal de médico psiquiatra, para atendimento de até 300 mil habitantes, deve ser de 68,2 horas. Considera-se que há necessidade de 1,7 profissional a partir da razão: 68,2 horas ÷ 40 horas de jornada máxima = 1,705. Isso significa que, para que a carga horária de cobertura possa ser suficiente, há necessidade de relacionar a jornada de trabalho máxima de cada profissional na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portanto, considerando-se que cada pessoa tem capacidade de atuar por 40 horas por semana, mas a carga horária necessária para o serviço é de 68,2 horas, há necessidade de contratação de um profissional que possa assumir cerca de 28,2 horas por semana e, por isso, a proporção matemática de 1,7 profissional.

Por fim, como os CAPS III e CAPS AD III funcionam por 24 horas ininterruptas, há diferenciações de jornada de trabalho para algumas categorias profissionais. Por exemplo, o Manual

estabelece que tais serviços devem contar com dois tipos de psicólogos, um diurno (com carga horária de 12 horas x 5 dias) e um plantonista (com carga horária de 24 horas x 7 dias). As demais categorias que possuem essas diferenciações estão descritas na Tabela 01 deste capítulo.

No entanto, o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM não indica quais profissionais cumprem cada uma das jornadas estabelecidas pelo Manual. Por isso, para fins dos cálculos necessários, considerou-se que todos os profissionais com estas ressalvas cumprem apenas uma das jornadas. Por exemplo, no CAPS AD III de Ceilândia, considerou-se que todos os psicólogos indicados no Memorando cumprem a jornada diurna.

Levantou-se que o CAPS AD III de Ceilândia conta com 216 horas de atendimento direto de Psicologia (carga horária ativa em exercício). Para responder a questão “A quantidade de carga horária semanal diagnosticada pela DISSAM por tipo de profissional é adequada? Se não, por quê?”, realizou-se o seguinte cálculo: carga horária ativa em exercício - (carga horária total prevista com IST diurno + carga horária total prevista com IST plantonista).

A carga horária total prevista para psicólogo diurno proporcional ao número de habitantes referenciados é de 86 horas + 14% de IST= 98 horas. A carga horária prevista para os psicólogos plantonistas é de 188 horas + 14 % de IST = 214 horas. Portanto, carga horária ativa em exercício - (carga horária total prevista com IST diurno + carga horária total prevista com IST plantonista) = 216 - (98+214) = 216 - 312 = -96. Assim, existe um déficit de carga horária total de psicólogos de **96 horas** para atendimento da população atualmente referenciada.

3. Resultados gerais

Alguns problemas referentes aos dados e às informações prestadas pelo Governo do Distrito Federal merecem destaque:

- a) Em primeiro lugar, de acordo com o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (SES/DF), o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPS i) deve constituir-se como

referência para uma população entre 150.000 a 300.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15).

O Ministério da Saúde atribuiu ao gestor local a prerrogativa de definir os limites populacionais para atendimento pelo CAPS i (PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12):

“§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor

local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)”.

O mesmo ocorre no que diz respeito aos CAPS III. De acordo com o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), o CAPS III deve constituir-se como:

Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 200.000 a 300.000 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15).

Porém, tal definição difere um pouco do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde, que aponta apenas a quantidade mínima de habitantes: “Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.” (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

E, não há, nos documentos analisados, informações sobre os critérios epidemiológicos utilizados pela Secretaria de Saúde do DF para acrescer 100.000 habitantes ao contingente populacional inicialmente indicado pelo Ministério da Saúde. Isso é relevante porque, a depender do critério adotado para análise, os resultados esperados serão diferentes.

- b) Pode-se afirmar que não há composição de equipes mínimas em alguns serviços, como:
 1. Não há Auxiliar Operacional de Serviços Diversos-Farmácia (AOSD), nos CAPS AD III;
 2. Não há fonoaudiólogo no CAPS i Brasília;
 3. Não há assistente social no CAPS Planaltina;
 4. Não há terapeuta ocupacional no CAPS II Santa Maria.
- c) No memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, não há diferenciação de quais profissionais compõem o atendimento por turno (diurno, noturno) ou por fim de semana, embora tal distinção esteja prevista no Manual de Parâmetros Mínimos. Também não há indicação se os profissionais são plantonistas. A falta de tais informações dificulta a análise por indicadores de resultados (comparação entre os aspectos normativos e a realidade do serviço).
- d) Não há, no memorando nº 27/2021, menção à Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE), embora profissionais, no questionário virtual aplicado, tenham mencionado atender pessoas de municípios do estado de Goiás, por exemplo. O cálculo de contingente populacional a ser atendido deve levar em consideração os atendimentos realizados a pessoas que residem fora do Distrito Federal.
- e) A Região Administrativa do SIA não é referenciada por nenhuma modalidade de CAPS (I, II, III, AD ou infantojuvenil). Isso significa que cerca de 1.540 pessoas não estão referenciadas por serviços de saúde mental na rede de atendimento disponível.
- f) Não há, nos documentos encaminhados pela DISSAM/SES/GDF, quaisquer informações sobre o uso do Índice Técnico de Segurança (IST) para cômputo de carga horária necessária para o atendimento populacional. Também não há informações sobre se tal índice

está efetivamente sendo utilizado para cobertura de férias, preceptorias ou licenças de longo prazo. Deste modo, a opção metodológica da equipe de pesquisa foi considerar que o GDF não utiliza o IST em suas referências para dimensionamento de necessidades de composição de equipes e de incremento na carga horária dos profissionais.

- g) Como resultado geral, pode-se afirmar que há déficit de carga horária para todas as categorias profissionais descritas no Manual de Parâmetros da Secretaria de Saúde do DF. Entretanto, a defasagem de algumas categorias profissionais merecem destaque, como a massiva falta de técnicos de enfermagem (déficit de 4.628 horas semanais) e de técnicos administrativos (déficit de 3.280 horas semanais). Em seguida, as categorias com maior déficit de carga horária são: Psicologia (-1.722 horas), Terapia Ocupacional (-1.296 horas), Psiquiatria (-1238 horas), Serviço Social (-1.024 horas) e Fonoaudiologia (-666 horas).
- h) Considera-se relevante que todos os CAPS possuam equipes multiprofissionais constituídas já que o serviço deve garantir o atendimento de saúde aliado à promoção da cidadania e da dignidade das pessoas acometidas por questões relativas à saúde mental.

Tabela 3 - Dimensionamento de Carga Horária CAPS - Distrito Federal

Profissão	Carga Horária Prevista (com IST)	Carga horária ativa exercida	Déficit de Carga horária
Médico Psiquiatra	2031,75	793,00	-1.238,75
Médico Clínico	850,21	480,00	-370,21
Enfermeiro com especialização em saúde mental	2848,13	2.439,00	-409,13
Psicólogo	3.414,10	1.692,00	-1.722,10
Assistente social	1.936,07	912,00	-1.024,07
Terapeuta Ocupacional	1936,07	640,00	-1.296,07
Técnico de enfermagem	10.050,60	5.422,00	-4.628,60
Técnico administrativo	3990,02	710,00	-3.280,02
Farmacêutico bioquímico	304,81	172,00	-132,81
Fonoaudiólogo	726,83	60,00	-666,83
AOSD farmácia	426,47	0,00	-426,47

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

4. Resultados por Centro Regional Psicossocial

4.1. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região I (CERP I)

4.1.1. CAPS II Brasília

Tabela 4 - Carga horária de profissionais do CAPS Brasília II

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps II Brasília	70.000 A 200.000 habitantes	377.738	177.738	médico psiquiatra	100,46	40	-60,46
				médico clínico	0	0	0
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	100,46	160	59,54
				psicólogos	172,24	140	-32,24
				assistente social	100,46	40	-60,46
				terapeuta ocupacional	100,46	40	-60,46
				técnicos de enfermagem	430,62	80	-350,62
				técnicos administrativos	215,31	40	-175,31

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), o CAPS II é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15).

O CAPS II Brasília está localizado na Região Administrativa do Plano Piloto, mais especificamente na Asa Norte. A área de abrangência deste CAPS, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Plano Piloto (217.073 habitantes⁵), Lago Norte (36.474 habitantes), Lago Sul (29.662 habitantes), Varjão (8.891 habitantes), Sudoeste/Octogonal (54.559 habitantes) e Cruzeiro (31.079 habitantes).

Esse serviço, atualmente, se constitui como referência de atendimento para 377.738 habitantes. Com isso, são atendidos 177.738 habitantes além do limite estipulado pelo Manual de Parâmetros da Força de Trabalho (SES/DF). Assim, entende-se que o ideal seria que a mesma área fosse atendida por um CAPS III.

Considerando que o contingente da população referenciada nesse CAPS II ultrapassa o limite de 200.000 pessoas, há de se pontuar que a região de abrangência do serviço alcança o quantitativo mínimo excedente (100.000 pessoas) para adição de 20 horas de trabalho para as categorias profissionais previstas no referido manual e aplicação de 14% relacionado ao Índice de Segurança Técnico. Cabe destacar que nessa população não está contabilizado o quantitativo populacional da RIDE⁶ atendido pelo Centro.

5 De acordo com a Nota Técnica: Compatibilização entre as projeções populacionais, a PDAD 2018 e a nova delimitação (oficial) das regiões administrativas do Distrito Federal. Brasília, junho de 2020. CODEPLAN.

6 A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) abrange uma grande quantidade de municípios do Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais. Esses municípios integram uma área de planejamento e geração de políticas públicas comuns a eles, a fim de propiciar o desenvolvimento da sua população.

O CAPS II Brasília possui uma equipe de 21 profissionais. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 200.000 pessoas, o CAPS II deve contar com (carga horária prevista): 1 médico psiquiatra (50 horas), 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental (50 horas), 2 psicólogos(100 horas), 1 assistente social (50 horas), 1 terapeuta ocupacional (50 horas), 4 técnicos de enfermagem (200 horas) e 2 técnicos administrativos (100 horas).

Levando em consideração o atual quantitativo populacional para qual o serviço é referência, de maneira proporcional, o total de horas semanais previstas para atendimento médico psiquiátrico seria de 100,46 horas, sendo que atualmente são cumpridas 40 horas por 2 profissionais, ou seja, há déficit de 60,46 horas a serem completadas.

Apesar da previsão do manual para que as equipes dos CAPS II possuam enfermeiros com experiência ou formação em saúde mental, o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM não especifica se esses profissionais possuem tal especialização. A equipe do CAPS II Brasília conta com 5 enfermeiros, totalizando uma carga horária de 160 horas, sendo que estão excedendo cerca de 60 horas, já que o previsto seria total de 100,46 horas. Ressalta-se que um dos 5 profissionais executa atividades administrativas e, por este motivo, não foi contabilizado na carga horária semanal de atendimento.

O manual prevê a existência de pelo menos 4 psicólogos no serviço para atender a população numa carga horária semanal de 172,24 horas. O serviço dispõe de 5 psicólogos contabilizando uma carga horária semanal de 140 horas, sendo assim, existe um déficit de 32,24 horas, ou seja, há necessidade de contratar mais 1 profissional ou aumentar a carga horária dos que já trabalham.

O CAPS II Brasília possui 2 assistentes sociais em sua equipe, os quais cumprem carga horária semanal de 40 horas. Dessa forma, há um déficit semanal de atendimento de 60,46 horas, o que pode ser suprido com a contratação de 2 profissionais ou com o aumento de carga horária dos já existentes.

Para o profissional de terapia ocupacional, a previsão de carga horária proporcional à população em potencial da área de abrangência consiste em 2,51 profissionais, com carga horária semanal necessária de 100,46 horas. O referido serviço possui 1 terapeuta ocupacional, que atua com carga horária semanal de 40 horas, o que resulta em um déficit de 60,46 horas para o atendimento adequado, ou seja, seriam necessários cerca de mais 2 profissionais.

A previsão proporcional de carga horária para técnicos de enfermagem levando em consideração o contingente populacional abarcado pelo serviço consiste em 430,62 horas. Atualmente o CAPS II Brasília conta com 4 técnicos de enfermagem, conforme previsto no manual, no entanto, esse efetivo corresponde a uma carga horária semanal de atendimento referente a 80 horas semanais. Seriam necessários 11 técnicos de enfermagem fazendo 40 horas semanais para abarcar a carga horária necessária ao atendimento da população da região de abrangência, ou seja, faltam serem supridas 350,62 horas, quer pela contratação de cerca de 9 profissionais, quer pelo aumento das cargas horárias dos já existentes.

Além disso, o serviço possui déficit de 175,31 horas semanais (4 profissionais) na atuação de técnicos administrativos, levando em consideração que o serviço possui 1 profissional cumprindo carga horária de 40 horas e o necessário para o atendimento do contingente populacional seriam 215,31 horas.

Em resumo, para que seja possível o atendimento mínimo à população referenciada, o CAPS II Brasília deve ter o seguinte acréscimo de horas semanais de trabalho para cada categoria profissional prevista: Médicos Psiquiatras (60,46 horas); Enfermeiros com Experiência ou Especialização em Saúde Mental (60,46 horas); Psicólogos (32,24 horas); Assistentes Sociais (60,46 horas); Terapeuta Ocupacional (60,46 horas); Técnicos de Enfermagem (350,62 horas); Técnicos Administrativos (175,31 horas).

Verifica-se que, para todas as categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS II Brasília, existe um déficit de oferta de horas de trabalho. Este problema pode ser sanado por meio de contratação de novos profissionais ou incremento da jornada de trabalho individual nos casos em que isso é possível e desejável pelos profissionais lotados na unidade.

Importante reiterar que a demanda populacional existente nessa área já exige a existência de um CAPS III ou a criação de mais um CAPS II, que poderia ser na RA Guará.

4.1.2. CAPS AD III Brasília

Tabela 5 – Carga horária de profissionais do CAPS AD III Brasília

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps AD III Brasília	Entre 150.000 e 300.000 habitantes	377.738	77.738	médico psiquiatra	86,14	20	-66,14
				médico clínico	120,57	60	-60,57
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	298,55	280	-18,55
				psicólogos	327,28	116	-211,28
				assistente social	86,14	100	13,86
				terapeuta ocupacional	86,14	116	29,86
				técnicos de enfermagem	241	612	371
				técnicos administrativos	120,59	80	-40,59
				farmacêutico	71,81	56	-15,81
				AOSD Farmácia	100,47	0	-100,47

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), o CAPS AD III é um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 150.000 e 300.000 habitantes.”(DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 16).

O CAPS AD III Brasília está localizado na Região Administrativa do Plano Piloto, mais especificamente na Asa Sul. A área de abrangência deste CAPS, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Plano Piloto (217.073 habitantes⁷), Lago Norte (36.474 habitantes), Lago Sul (29.662 habitantes), Sudoeste/Octogonal (54.559 habitantes), Cruzeiro (31.079 habitantes) e Varjão (8.891 habitantes).

Esse serviço, atualmente, é retaguarda para 377.738 habitantes. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS AD III Brasília atende a uma população excedente de 77.738 pessoas. Cabe destacar, ainda, que nessa população não está contabilizado o quantitativo populacional da RIDE⁸ atendido pelo Centro. Assim, entende-se que o ideal seria ter mais um CAPS Tipo AD II na mesma área de abrangência.

O CAPS AD III Brasília possui uma equipe de 53 profissionais. De acordo com o Manual de Parâmetros, para atender uma população de até 300.000 pessoas, o CAPS AD III deve contar com: 1 médico psiquiatra diurno (60 horas), 1 médico clínico com experiência ou formação em saúde mental diurno (84 horas), 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental diurno (40 horas), 1 enfermeiro plantonista (168 horas), 1 psicólogo plantonista (168 horas), 1 psicólogo diurno (60 horas), 1 assistente social diurno (60 horas), 1 terapeuta ocupacional diurno (60 horas), 1 farmacêutico bioquímico diurno (50 horas), 6 técnicos de enfermagem diurno (360 horas), 2 técnicos de enfermagem fim de semana diurno (48 horas), 2 técnicos de enfermagem noturno (168 horas), 3 técnicos administrativos diurno (180 horas), 1 técnico administrativo fim de semana diurno (24 horas) e 1 AOSD farmácia diurno (70 horas). Destaca-se que foi aplicado o percentual de 14% relacionado ao Índice de Segurança Técnico (IST) nos valores finais de horas necessárias, conforme o Manual referido.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda (377.738), de modo proporcional, o serviço. A carga horária para médico psiquiatra a ser suprida deveria ser de 86,14 horas, mas somente 20 horas estavam asseguradas, faltando 66,14 horas, ou seja, faltam mais 2 profissionais dessa área.

Conta com 3 médicos clínicos que fazem 60 horas semanais. Porém, esses médicos deveriam ter experiência ou formação em saúde mental, mas essa informação não consta no documento encaminhado pela DISSAM. Mesmo que esses profissionais tenham a formação necessária, ainda faltariam serem supridas 60,57 horas, ou seja, cerca de 2 profissionais fazendo 40 horas semanais. Sugere-se verificar se os profissionais médicos clínicos têm a formação ou experiência exigida.

A carga horária para assistente social a ser suprida é de 86, 14 horas, e estão sendo garantidas 100 horas por 5 profissionais. Estão com sobrecobertura de 13,86 horas semanais.

7 De acordo com a Nota Técnica: Compatibilização entre as projeções populacionais, a PDAD 2018 e a nova delimitação (oficial) das regiões administrativas do Distrito Federal. Brasília, junho de 2020. CODEPLAN.

8 A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) abrange uma grande quantidade de municípios do Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais. Esses municípios integram uma área de planejamento e geração de políticas públicas comuns a eles, a fim de propiciar o desenvolvimento da sua população.

No documento apresentado pela DISSAM, não há diferenciação entre psicólogos plantonistas ou diurnos. A carga horária para psicólogos plantonistas deveria ser de 241,14 horas, ou seja, 6 profissionais. Já a carga horária para psicólogos diurnos deveria ser de 86,14 horas, ou seja, 2 profissionais. O serviço conta com 7 psicólogos no total, fazendo 116 horas, ou seja, há déficit de 211,28 horas, ou seja, cerca de mais 5 profissionais de Psicologia.

Quanto aos enfermeiros, o documento da DISSAM não diferencia o plantonista do diurno e nem esclarece se há profissional com formação ou experiência em saúde mental. A carga horária para enfermeiro plantonista é de 241,14 horas, ou seja, 6 profissionais fazendo 40 horas. Para enfermeiros diurnos com formação ou experiência em saúde mental são necessárias 57,41 horas. No equipamento existem 10 profissionais fazendo 280 horas. Ou seja, no geral, existe déficit de 18,55h de enfermeiros. No entanto, deve-se esclarecer as especificidades exigidas desses profissionais.

No que se refere a terapeutas ocupacionais a carga horária necessária seria de 86,14 horas, ou seja, 2 profissionais. No Centro existem 3 profissionais fazendo 116 horas. Ou seja, sobrecobertura de 29,86 horas.

Quanto ao profissional farmacêutico bioquímico, seriam necessárias 71,81 horas e estão supridas 56 horas por dois profissionais. Portanto, falta suprir 15,81 horas semanais. Deveria ter um Auxiliar Operacional de Serviços Diversos-Farmácia diurno fazendo 100,47 horas, ou seja, 3 profissionais; no entanto, não existe nenhum.

Com relação aos técnicos de enfermagem também não há diferenciação pela DISSAM de quais profissionais compõem o turno diurno, noturno ou de fim de semana. No que se refere aos técnicos de enfermagem diurno, seriam necessárias 86,14 horas, 2 profissionais de 40 horas. Técnicos de enfermagem diurno fim de semana, seriam necessárias 34,45 horas, ou seja, 1 profissional. E para técnico de enfermagem noturno seriam necessárias 120,57 horas, ou seja, 3 profissionais. Somando-se as horas das três áreas daria 241 horas, ou seja, 6 profissionais de 40 horas. Existem na instituição 18 profissionais fazendo 612 horas, ou seja, no geral, sobrecobertura de 371 horas semanais. No entanto, há de se clarificar as especificidades dessa categoria.

Para o cargo de técnico administrativo também não há especificação sobre quais seriam designados para o fim de semana. Para o horário diurno seriam necessárias 86,14 horas, ou seja, 2 profissionais de 40 horas. Para o fim de semana diurno, seriam necessárias 34,45 horas, ou seja, 1 profissional. No total, seriam 120,59 horas, ou, 3 profissionais de 40 horas. A Unidade conta com 4 profissionais fazendo 80 horas, o que significa 40,59 horas a menos; sendo assim falta 1 profissional de 40 horas dessa área.

Em resumo, para que seja possível o atendimento mínimo à população referenciada, o CAPS AD III Brasília deve ter o seguinte acréscimo de horas semanais de trabalho para as categorias profissionais previstas: Médicos Psiquiatras (66,14 horas); Médico Clínico com experiência ou especialização em saúde mental⁹ (60,57 horas); Enfermeiros com Experiência ou Especialização

9 Esclarecer com a DISSAM se os clínicos que estão no serviço têm a especialização ou experiência necessárias.

em Saúde Mental e Enfermeiros¹⁰ (18,55 horas); Psicólogos (211,28 horas); Farmacêutico Bioquímico (15,81 horas); Auxiliar Operacional de Serviços Diversos-Farmácia (100,47 horas); Técnicos Administrativos (40,59 horas).

Verifica-se que, excetuando assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem, para todas as categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS AD III Brasília existe um déficit de oferta de horas de trabalho. Este problema pode ser sanado por meio de contratação de novos profissionais ou de incremento da jornada de trabalho individual nos casos em que isso é possível e desejável pelos profissionais lotados na unidade.

Importante reiterar que a demanda populacional existente nessa área justifica a existência de mais um CAPS AD II na região, que poderia se localizar na RA Varjão.

4.1.3. CAPS infantil Brasília

Tabela 6 – Carga horária de profissionais do CAPS i Brasília

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps i Brasília	150.000 a 300.000 habitantes	838.181	538.181	médico psiquiatra	179,71	86	-93,71
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	179,71	120	-59,71
				psicólogos	179,71	76	-103,71
				assistente social	179,71	20	-159,71
				terapeuta ocupacional	179,71	20	-159,71
				técnicos de enfermagem	228	80	-148
				técnicos administrativos	62,5	20	-42,5
				fonoaudiólogo	179,71	0	-179,71

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

De acordo com a Portaria MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI, CAPS i é o serviço de saúde mental que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. O CAPS i Brasília está localizado na Região Administrativa do Plano Piloto, mais especificamente na Asa Norte. Destaca-se que, de acordo com o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), o CAPS i deve constituir-se como referência para uma população entre 150.000 a 300.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). Adotar-se-á, aqui, a definição distrital de que o CAPS infantojuvenil deve ser serviço de retaguarda populacional para até 300 mil habitantes. Entretanto, cabe questionar ao GDF os motivos ou critérios epidemiológicos para que tal definição tenha sido realizada.

¹⁰ Esclarecer com a DISSAM se há enfermeira com formação em saúde mental.

A área de abrangência deste CAPS i, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, de 23 de fevereiro de 2021, é composta pelas Regiões Administrativas: Plano Piloto (217.073 habitantes¹¹), Cruzeiro (31.079), Lago Norte (36.474), Lago Sul (29.662), Sudoeste/Octogonal (54.559), Varjão (8.891), Paranoá (65.519), Itapoã (62.234), São Sebastião (92.750), Jardim Botânico (51.650), Estrutural (35.520), Guará (133.748), Park Way (19.022). Assim, esse serviço, atualmente, é referência para uma população de 838.181 habitantes. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e o critério normativo, o CAPS i Brasília atende a uma população excedente de 538.181 habitantes.

O CAPS i Brasília possui uma equipe de 20 profissionais. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 300.000 pessoas, que o CAPS i deve contar com os seguintes profissionais: 1 médico psiquiatra (50 horas), pediatra, neurologista ou neuropediatra (50 horas), 1 enfermeiro (50 horas), 1 assistente social (50 horas), 1 fonoaudiólogo (50 horas), 1 psicólogo (50 horas), 1 terapeuta ocupacional (50 horas), 4 técnicos em enfermagem (200 horas) e 1 técnico administrativo (50 horas).

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda (838.181 habitantes), o total de horas previstas para atendimento médico (psiquiatra/pediatra/neurologista/neuropediatra) a esse contingente populacional seria de 179,71 horas. Como o Centro conta com 04 profissionais, dos quais 2 psiquiatras e 2 pediatras, os quais fazem 86 horas semanais, há um déficit de 93,71 horas semanais (o que corresponderia a necessidade de incremento de 3 profissionais na equipe).

No caso dos profissionais de Enfermagem, o CAPS i contava com 4 profissionais fazendo juntos 120 horas semanais, havendo um déficit de 59,71 horas.

Para o cargo de assistente social seriam necessárias 179,71 horas semanais, e o serviço contava com apenas 1 profissional, que faz 20 horas semanais e outra profissional, que é gerente do Centro. Faltam assim 159,71 horas (4 profissionais) de profissional do Serviço Social.

Com relação à especialidade de Fonoaudiologia o CAPS i Brasília deveria contar com 179,71 horas (4 profissionais) dessa especialidade, mas não há profissionais dessa área.

No caso da Psicologia, três psicólogas fazem 76 horas semanais faltando ser completadas 103,71 horas (3 profissionais).

Na área de Terapia Ocupacional também faltam ser completadas 159,71 horas (4 profissionais), considerando que há apenas 1 profissional fazendo 20 horas semanais.

Quanto ao cargo de Técnico em Enfermagem, o serviço necessita de 228 horas semanais desse profissional, enquanto conta com apenas 80 horas, déficit de 148 horas semanais (4 profissionais).

11 Esse quantitativo populacional está de acordo com informações da última Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílio (PDAD-CODEPLAN) de 2018 compatibilizada com a nova delimitação oficial das regiões administrativas do DF de junho de 2020.

Com relação ao cargo Técnico Administrativo, deveriam atuar em 62,5 horas, mas estão supridas somente 20 horas semanais, e um dos profissionais atua como supervisor psicossocial. Faltam 42,5 horas (1 profissional).

Portanto, todas as categorias possuem déficit no quantitativo de carga horária. Para que seja possível o atendimento mínimo à população referenciada, o CAPS i Brasília deve ter o seguinte acréscimo de horas semanais de trabalho para as categorias profissionais previstas: Médicos Psiquiatras/Pediatras/Neurologistas/Neuropediatras (93,71 horas); Enfermeiros (59,71 horas); Assistente Social (159,71 horas); Fonoaudiólogo (179,71 horas); Psicólogos (103,71 horas); Terapeuta Ocupacional (159,71 horas); Técnicos de Enfermagem (148 horas); Técnicos Administrativos (42,5 horas).

Verifica-se que para todas as categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS i Brasília existe um déficit de oferta de horas de trabalho. Este problema pode ser sanado por meio de contratação de novos profissionais ou de incremento da jornada de trabalho individual nos casos em que isso é possível e desejável pelos profissionais lotados na unidade.

Avalia-se, entretanto, que o ideal para a população usuária seria a criação de novos CAPS i nas regiões Itapoã (que atenderia também Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico) e Estrutural/SCIA (que atenderia também Guará e Park Way).

4.1.4. CAPS II Riacho Fundo

Tabela 7 – Carga horária de profissionais do CAPS II Riacho Fundo

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps II Riacho Fundo (ISM)	70.000 A 200.000 habitantes	615.300	415.300	médico psiquiatra	151,98	70	-81,98
				médico clínico	0	0	0
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	151,98	120	-31,98
				psicólogos	210,43	60	-150,43
				assistente social	151,98	40	-111,98
				terapeuta ocupacional	151,98	36	-115,98
				técnicos de enfermagem	701,44	460	-241,44
				técnicos administrativos	350,72	120	-230,72

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para dimensionamento da Rede, da SES/DF define o CAPS II como um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). De acordo com o Ministério da Saúde: “§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)”.

O CAPS II Riacho Fundo localiza-se em uma zona rural da RA Riacho Fundo 2. Tem como área de abrangência: Guará (133.748 habitantes¹²), Estrutural (35.520 habitantes), Riacho Fundo I (42.022 habitantes), Riacho Fundo II (85.047 habitantes), Candangolândia (16.489 habitantes), Núcleo Bandeirante (24.786 habitantes), Park Way (19.022 habitantes), Vargem Bonita, Gama (132.404 habitantes) e Santa Maria (126.262 habitantes).¹³

Este CAPS atende a duas regiões de saúde: Região Centro-Sul e Sul e a população total atendida pelo CAPS, segundo os dados da PDAD/Codeplan¹⁴, é de 615.300 habitantes, ou seja, está atendendo 415.300 habitantes a mais do que sua capacidade. É possível afirmar que há necessidade de ampliação da capacidade de atendimento da Política de Saúde Mental nestas Regiões de Saúde por este equipamento atender mais de uma região, por atender uma população três vezes maior ao previsto e pela defasagem entre o número de horas de atendimento profissional ofertado e a população referenciada para essa unidade.

Cabe ressaltar que o número de profissionais informados no CAPS II do Riacho Fundo também compõe a equipe da Casa de Passagem/ISM localizada no mesmo local, conforme informação que consta no Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM. Assim, não foi possível identificar a carga horária de cada profissional destinada exclusivamente ao CAPS, o que pode indicar que a necessidade de incremento da equipe pode ser ainda maior do que será detalhado a seguir.

O memorando nº 27/2021-SES/SAIS/COAIS/DISSAM informa que o CAPS II Riacho Fundo conta com equipe de 32 profissionais. De acordo com o Manual de Parâmetros, o CAPS II deve ter em sua equipe: 1 médico psiquiatra (50 horas), 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental (50 horas), 2 psicólogos (100 horas), 1 assistente social (50 horas), 1 terapeuta ocupacional (50 horas), 4 técnicos em enfermagem (200 horas), 2 técnicos administrativos (100 horas).

A equipe do CAPS II Riacho Fundo é composta por:

- 3 médicos psiquiatras, que juntos cumprem 70 horas no Centro. No entanto, para atendimento ao quantitativo populacional seria necessário acréscimo de 81,98 horas, trabalho a ser realizado por cerca de mais 2 profissionais fazendo 40 horas semanais.

- 4 enfermeiros (sem informações sobre especialização ou experiência em saúde mental) que fazem 120 horas de atendimento semanal, sendo que seriam necessárias mais 31,98 horas, cerca de mais 1 profissional dessa área. Destaca-se a necessidade de verificar se esses profissionais têm a especialidade necessária.

12 Esse quantitativo populacional está de acordo com informações da última Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílio (PDAD-CODEPLAN) de 2018 compatibilizada com a nova delimitação oficial das regiões administrativas do DF de junho de 2020.

13 É possível que esse CAPS atenda também a RA SIA (1.926 habitantes).

14 Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílio (PDAD-CODEPLAN) de 2018 compatibilizada com a nova delimitação oficial das regiões administrativas do DF de junho de 2020.

- 2 psicólogos que juntos fazem 60 horas semanais, sendo que seriam necessárias mais 150,43 horas, cerca de 4 profissionais de 40 horas semanais.

- 1 assistente social fazendo 40 horas semanais, quando o necessário seria mais 111,98 horas semanais, cerca de mais 3 profissionais.

- 1 terapeuta ocupacional fazendo 36 horas semanais, sendo necessárias mais 115,98 horas, ou seja, mais cerca de 3 profissionais.

- 14 técnicos/auxiliares de enfermagem fazendo juntos 460 horas. No entanto, faltam ainda 241,44 horas a serem completadas na semana, por cerca de 6 profissionais de 40 horas semanais.

- 4 técnicos administrativos fazendo juntos 120 horas, faltando ainda 230,72 horas a serem supridas, ou seja, cerca de mais 6 profissionais de 40 horas semanais .

É importante ressaltar que todas as categorias profissionais possuem quantidade de trabalhadores abaixo do previsto pelo Manual para o contingente populacional atendido. Destaca-se que uma psicóloga é contrato temporário, um médico psiquiatra tinha 10 horas de sua carga horária cedida para o Ambulatório Trans/Hospital Dia e a terapeuta ocupacional tem 4 horas destinada para preceptoria, o que aumenta o déficit de carga horária para estas categorias profissionais. Além disso, um enfermeiro é o supervisor da unidade e um técnico de enfermagem é o gerente da unidade.

Em resumo, para que seja possível o atendimento mínimo à população referenciada, o CAPS II Riacho Fundo deve ter o seguinte acréscimo de horas semanais de trabalho em sua equipe: 81,98 horas semanais de Psiquiatria; 31,98 horas de Enfermagem com especialização ou experiência em saúde mental; 150,43 horas de Psicologia; 111,98 horas de Serviço Social; 115,98 horas de Terapia Ocupacional; 241,44 horas de Técnico de Enfermagem e 230,72 horas de Técnico Administrativo.

Verifica-se que para todas as categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS II Riacho Fundo existe um déficit de oferta de horas de trabalho. Este problema pode ser sanado por meio de contratação de novos profissionais ou de incremento da jornada de trabalho individual nos casos em que isso é possível e desejável pelos profissionais lotados na unidade.

No entanto, de acordo com a avaliação das redes sociais locais, o ideal seria a existência de pelo menos mais 2 equipamentos desse tipo CAPS II, um na RA Guará e outro na RA Santa Maria.

4.1.5. CAPS AD II Guará

Tabela 8 – Carga horária de profissionais do CAPS II Guará

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps AD II GUARÁ	70.000 A 200.000 habitantes	356.634	156.634	médico psiquiatra	94,86	35	-59,86
				médico clínico	101,64	60	-41,64
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	94,86	120	25,14
				psicólogos	162,62	80	-82,62
				assistente social	94,86	80	-14,86
				terapeuta ocupacional	94,86	80	-14,86
				técnicos de enfermagem	406,56	200	-206,56
				técnicos administrativos	203,28	80	-123,28

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para dimensionamento da Rede, da SES/DF define o CAPS AD II como um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtorno decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p.16).

O CAPS AD II Guará tem como área de abrangência: Guará (133.748 habitantes)¹⁵, Estrutural (35.520 habitantes), Riacho Fundo I (42.022 habitantes), Riacho Fundo II (85.047 habitantes), Candangolândia (16.489 habitantes), Núcleo Bandeirante (24.786 habitantes), Park Way (19.022 habitantes). Todas essas regiões administrativas fazem parte da região de saúde Centro-Sul. Então, a população total atendida pelo CAPS segundo os dados da PDAD/Codeplan¹⁶  de 356.634 habitantes. Portanto, há uma demanda de 156.634 habitantes para além da capacidade da instituição.

O memorando não 27/2021-SES/SAIS/COAIS/DISSAM informa que o CAPS AD II Guará conta com equipe de 25 profissionais. De acordo com o Manual de Parâmetros, o CAPS AD II deve ter em sua equipe: 1 médico psiquiatra (50 horas); 1 médico clínico (50 horas) responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental (50 horas); 4 técnicos em enfermagem (200 horas); 2 técnicos administrativos (100 horas); 1 assistente social (50 horas); 2 psicólogos (100 horas) e 1 terapeuta ocupacional (50 horas). O memorando não 27/2021 também informa o quadro de profissionais que atuam no CAPS AD II Guará.

Em relação ao quadro de funcionários, considerando o ndice de Segurança Técnico (IST) e a carga horária ativa, descreve-se o contexto atual em paralelo ao que seria necessário para atender a demanda:

15 Esse quantitativo populacional está de acordo com informações da última Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílio (PDAD-CODEPLAN) de 2018 compatibilizada com a nova delimitação oficial das regiões administrativas do DF de junho de 2020.

16 Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílio (PDAD-CODEPLAN) de 2018 compatibilizada com a nova delimitação oficial das regiões administrativas do DF de junho de 2020.

- 2 médicos psiquiatras, cujas jornadas somadas correspondem a 35 horas semanais, o que caracteriza um déficit de 59,86 horas, ou seja, seriam necessários cerca de mais 2 profissionais fazendo 40 horas por semana.

- 2 médicos clínicos – sem informações sobre a função que exercem no Centro – cujas jornadas somadas correspondem a 60 horas semanais, o que caracteriza e um déficit de 41,64 horas, ou seja, seria necessário cerca de 1 profissional a mais.

- 4 enfermeiros – sem informações sobre especialização ou experiência em saúde mental - cujas jornadas somadas correspondem a 120 horas semanais, o que indica sobrecobertura de 25,14 horas semanais. Sugere-se verificar se esses profissionais possuem a especialidade necessária.

- 7 técnicos de enfermagem, cujas jornadas somadas correspondem a 200 horas semanais, o que caracteriza um déficit de 206,56 horas, ou seja, seriam necessários cerca de 5 profissionais de 40 horas dessa área.

- 3 técnicos administrativos, cujas jornadas somadas correspondem a 80 horas semanais, e o que caracteriza déficit de 123,28 horas semanais, ou, cerca de 3 profissionais dessa área.

- 2 assistentes sociais cujas jornadas somadas correspondem a 80 horas, e há déficit de 14,86 horas, ou seja, seria necessário mais 1 profissional.

- 3 psicólogos, cujas jornadas somadas correspondem a 80 horas semanais, e o que caracteriza um déficit de 82,62 horas, acarretando na necessidade de incremento da equipe em cerca de mais 2 profissionais de 40 horas.

- 2 terapeutas ocupacionais, cujas jornadas somadas correspondem a 80 horas semanais, e o que caracteriza um déficit de 14,86 horas semanais, ou seja, há necessidade de cerca de mais 1 profissional.

Em resumo, para que seja possível o atendimento mínimo à população referenciada, o CAPS AD II Guará deve ter os seguintes acréscimos de horas semanais de trabalho por categoria profissional em sua equipe: 59,86 horas semanais de psiquiatria; 41,64 horas de médico clínico; 206,56 horas de técnico de enfermagem; 123,28 horas de técnico administrativo; 14,86 horas de serviço social; 82,62 horas de psicologia e 14,86 horas de terapia ocupacional.

Verifica-se que, exceto em enfermagem, existe um déficit de oferta de horas de trabalho em relação às outras categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS AD II Guará. Este problema pode ser sanado por meio de contratação de novos profissionais ou de incremento da jornada de trabalho individual, nos casos em que isso é possível e desejável pelos profissionais lotados na unidade.

No entanto, de acordo com a avaliação das redes sociais locais, o ideal seria a existência de mais um CAPS AD II na RA Riacho Fundo.

4.2. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região II - CERP II

4.2.1. CAPS II Paranoá

Tabela 9 – Carga horária de profissionais do CAPS II Paranoá

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps II Paranoá	70.000 A 200.000 habitantes	269.446	69.446	médico psiquiatra	57	40	-17
				médico clínico	0	0	0
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	57	45	-12
				psicólogos	114	82	-32
				assistente social	57	56	-1
				Fonoaudióloga	0	0	0
				terapeuta ocupacional	57	20	-37
				técnicos de enfermagem	305	120	-185
				técnicos administrativos	152	40	-112

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS II Paranoá, segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). De acordo com o Ministério da Saúde: “§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)”.

A área de abrangência deste CAPS II é composta pelas seguintes Regiões Administrativas: Paranoá (65.533 habitantes)¹⁷, Itapoã (62.208 habitantes)¹⁸, Jardim Botânico (26.449 habitantes)¹⁹ e São Sebastião (115.256 habitantes)²⁰. O CAPS II Paranoá é serviço de retaguarda para uma população de 269.446 pessoas.

De acordo com o Manual de Parâmetros, para atendimento a uma população de até 200.000 habitantes, o CAPS II deve ter em sua equipe: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 4 técnicos em enfermagem e 2 técnicos administrativos.

A equipe do CAPS II do Paranoá é composta por 18 profissionais. Embora atualmente conte com 2 psiquiatras, a carga horária total cumprida juntos é de 40 horas, gerando um déficit de 17 horas semanais, já que a carga horária necessária para atendimento à população definida na norma é de 57 horas, considerando o Índice de Segurança Técnica - IST. Em relação à carga horária de enfermagem, o CAPS II Paranoá conta com 3 profissionais, totalizando 45 horas de efetivo atendimento à população, tendo em vista que outras 35 horas de trabalho são destinadas a atividades

17 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Parano%C3%A1.pdf>

18 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Itapo%C3%A3.pdf>

19 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Jardim-Bot%C3%A2nico.pdf>

20 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/S%C3%A3o-Sebasti%C3%A3o.pdf>

administrativas. Também é importante destacar que, nos dados fornecidos pela DISSAM, não há referência à experiência ou formação em saúde mental por parte desses 3 profissionais, critério exigido pelo Manual de Parâmetros para essa categoria. Ainda que assumamos que a formação de tais enfermeiros/as está de acordo com as exigências normativas, também há um deficit de 12 horas de atendimento por semana.

Ainda que disponha de 4 profissionais de psicologia, enquanto a exigência do Manual é de apenas 2, a carga horária de efetivo atendimento aos usuários é de apenas 82 horas semanais. Isso acontece porque das 120 horas trabalhadas pelos profissionais, 38 horas são destinadas a gestão e preceptoria, havendo, portanto, um déficit de 32 horas semanais. O necessário seria 114 horas, com IST.

Em relação ao atendimento por terapeuta ocupacional, verifica-se um saldo negativo de 37 horas semanais, uma vez que o único profissional disponível cumpre jornada de 20 horas por semana. A carga horária estabelecida pelo Manual de Parâmetros, considerando o IST, é de 57 horas semanais.

O Serviço Social é a única categoria que dispõe de um saldo de horas de atendimento à população próximo ao previsto no Manual. Embora as duas profissionais cumpram juntas uma jornada de 60 horas semanais, se levarmos em conta as horas dedicadas à preceptoria (4 horas), existe um déficit de 1 hora de atendimento direto aos usuários. No entanto, faz-se necessário lembrar que a carga horária prevista no Manual se destina ao atendimento de uma população de 200.000 pessoas, enquanto o CAPS II do Paranoá é referência para uma população com quase 70.000 habitantes a mais.

O déficit de horas no trabalho dos profissionais de nível técnico fica ainda mais evidente porque, como para essas duas categorias não há previsão de acréscimo de horas a cada 100 mil habitantes caso seja ultrapassada a capacidade operacional de atendimento da unidade, o número de horas necessárias foi calculado levando-se em consideração o total proporcional de pessoas de fato referenciadas para o CAPS II Paranoá (269.446 pessoas). Para atendimento da população referenciada, o CAPS II necessitaria de 305 horas de efetivo atendimento por parte de técnicos de enfermagem. No entanto, embora disponha de 5 profissionais, eles cumprem juntos 120 horas semanais de assistência aos usuários, ou seja, há uma carência de 185 horas de trabalho. Situação semelhante ocorre com o técnico administrativo, com a diferença de que o Manual de Parâmetros prevê que 2 profissionais devem compor a equipe e o CAPS II Paranoá conta com apenas 1. O déficit na carga horária ofertada é de 112 horas. Com base nesses dados, e se consideramos uma carga horária semanal de trabalho de 40 horas, seria necessária a contratação de 5 técnicos de enfermagem (4,62, conforme cálculo) e de 3 técnicos administrativos (2,8, conforme cálculo).

Em resumo, para que esteja adequado à norma da própria Secretaria de Saúde, o CAPS II Paranoá deve ter o seguinte acréscimo de horas de trabalho em sua equipe: 17 horas de psiquiatria, 12 horas de enfermagem, 32 horas de psicologia, 37 horas de terapia ocupacional, 1 hora do serviço social, 185 horas de trabalho de técnicos de enfermagem e 112 horas de técnico adminis-

trativo. Lembrando que, se fosse considerada, de fato, a população referenciada para a unidade, esse acréscimo seria ainda maior (com exceção dos técnicos administrativos e de enfermagem).

Portanto, verifica-se que para todas as categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS II Paranoá existe um déficit de oferta de horas de trabalho, mesmo sem levar em consideração o atual contingente populacional a ela referenciado. Este problema pode ser sanado por meio de contratação de novos profissionais ou pelo incremento da jornada de trabalho individual nos casos em que isso seja possível e desejável.

4.2.2 CAPS AD II Itapoã

Tabela 10 – Carga horária de profissionais do CAPS AD II Itapoã

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS AD II Itapoã	70.000 A 200.000 habitantes	269.446	69.446	médico psiquiatra	57	72	15
				médico clínico	76	20	-56
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	57	60	3
				psicólogos	114	60	-54
				assistente social	57	20	-37
				Fonoaudióloga	0	0	0
				terapeuta ocupacional	57	0	-57
				técnicos de enfermagem	305	180	-125
				técnicos administrativos	152	40	-112

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS AD II localizado no Itapoã, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, tem como área de abrangência: Paranoá (áreas urbana e rural), Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião. Como já exposto, a população total da região é 269.446 pessoas, o que já excede a capacidade máxima indicada para o serviço em 69.446 (sessenta e nove mil quatrocentos e quarenta e seis) habitantes.

Levando-se em consideração que o CAPS AD deve atender pessoas a partir dos 16 anos, o CAPS AD II é retaguarda para população de cerca de 200 mil pessoas (habitantes da região acima dos 15 anos, conforme faixas etárias definidas pela Codeplan). Ou seja, somente se fizéssemos o recorte por idade é que o CAPS AD II Itapoã estaria dentro dos critérios de referência populacional. No entanto, quando tratam das populações de referência, as normas não fazem tal recorte por faixa etária. Consideram-se ainda que, além do contingente populacional, outros critérios precisam ser analisados a fim de avaliar com maior precisão a necessidade ou não de incremento do serviço nessa localidade.

O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 200.000 pessoas, o CAPS AD II deve contar com: 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico, 1 enfermeiro com experiência em saúde mental, 4 técnicos de enfermagem, 2 técnicos administrativos, 1 assistente social, 2 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional.

O Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM informa que o CAPS AD II Itapoã conta com a seguinte equipe: 2 médicos psiquiatras, 1 médico clínico, 3 enfermeiros, 1 assistente social, 3 psicólogos, 6 técnicos em enfermagem e 1 técnico administrativo. Não há terapeuta ocupacional na composição da equipe. Mais uma vez, embora o número de algumas categorias profissionais em atuação na unidade exceda a quantidade prevista no Manual de Parâmetros, o número de horas de atendimento ofertadas está aquém do estabelecido neste documento, com exceção da psiquiatria e da enfermagem.

O CAPS AD II Itapoã conta com 2 psiquiatras, os quais cumprem uma carga horária semanal total de 72 horas, enquanto o Manual de Parâmetros estabelece que seria necessário o cumprimento de 57 horas semanais, considerando o Índice de Segurança Técnica – IST. Portanto, verifica-se nessa unidade uma cobertura excedente de 15 horas semanais de psiquiatria. No entanto, é importante destacar que, do total de horas semanais disponíveis na unidade, 32 horas estavam sendo cumpridas em regime de teletrabalho.

Em relação à enfermagem, as informações fornecidas pela DISSAM não especificam se os/as enfermeiros/as em atuação no CAPS AD II Itapoã possuem formação ou experiência em saúde mental. Caso assumamos que sim, a equipe conta com 2 enfermeiros a mais que o exigido pelo manual e, mesmo com uma das profissionais em remoção, resta uma cobertura excedente de 3 horas semanais.

Em relação à clínica médica, como não há previsão de acréscimo de horas a cada 100 mil habitantes que ultrapasse a capacidade operacional de atendimento da unidade, o número de horas necessárias foi calculado levando em consideração o total de pessoas de fato referenciadas para o CAPS AD II Itapoã (269.446 pessoas). Portanto, para essa modalidade seria necessária uma oferta de 76 horas de atendimento à população referenciada. No entanto, a carga horária ofertada é de apenas 20 horas, ou seja, há um déficit de 56 horas.

O cálculo de horas necessárias para os técnicos em enfermagem e técnicos administrativos é o mesmo aplicado à clínica médica. No tocante à oferta de carga horária de trabalho dos técnicos de enfermagem, apesar de a equipe dispor de 6 profissionais, embora a normativa exija a atuação de apenas 4, o número de horas trabalhadas pelos atuais servidores (180 horas) é deficitário em relação ao que seria necessário para atender à população para a qual o CAPS AD II Itapoã é retaguarda. Seria necessária uma oferta de 305 horas, o que gera um déficit de 125 horas. No que se refere ao técnico administrativo, o déficit se observa no número de servidores, já que o manual prevê 2 profissionais e o CAPS AD II Itapoã conta com apenas 1. Levando-se em consideração o contingente populacional, seriam necessários mais de 3 técnicos administrativos (3,35) cumprindo uma jornada de 40 horas semanais, já que seriam necessárias 152 horas de efetivo trabalho na unidade. Ou seja, atualmente existe um saldo negativo de 112 horas.

Para o cargo de assistente social, seriam necessárias 57 horas para cobertura da população prevista na norma da Secretaria de Saúde. Porém, embora o número de profissionais esteja de acordo com a norma, o número de horas de atendimento disponibilizado na unidade é de apenas

20 horas, o que gera um déficit de 37 horas. A oferta de horas de atendimento de psicologia também era deficitária, apesar de o número de profissionais ser superior ao previsto no Manual de Parâmetros (a exigência é de 2 e a unidade contava com 3 psicólogos). Das 80 horas contratadas, 20 não estavam sendo ofertadas porque um dos profissionais, cujo vínculo com a Secretaria era temporário, encontrava-se de licença médica. Portanto, das 114 horas necessárias, apenas 60 estavam sendo efetivamente ofertadas, gerando um saldo negativo de 54 horas.

Por fim, em relação à terapia ocupacional, o CAPS AD II Itapoã sequer conta com esse profissional em sua equipe, o que gera uma carência de 57 horas semanais na oferta desse serviço.

Resumidamente, para que a equipe do CAPS AD II Itapoã se adequasse à norma, sem ainda alcançar a carga horária apropriada ao atendimento da população de fato referenciada, seria necessário o seguinte acréscimo: 56 horas de clínica médica, 37 horas de serviço social, 54 horas de psicologia, 57 horas de terapia ocupacional, 125 horas de trabalho de técnicos de enfermagem e 112 horas de técnico administrativo.

Diante do exposto, verifica-se que apenas a psiquiatria e a enfermagem dispõem de carga horária semanal e de profissionais adequados ao atendimento da população prevista normativamente para o CAPS AD II Itapoã. Para todas as outras categorias profissionais, seria necessário o incremento da carga horária, quando possível e desejável, ou a contratação de novos servidores.

4.2.3 CAPS AD II Sobradinho

Tabela 11 – Carga horária de profissionais do CAPS AD II Sobradinho

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS AD II Sobradinho	70.000 A 200.000 habitantes	305.832	105.832	médico psiquiatra	80	40	-40
				médico clínico	87	0	-87
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	80	80	0
				psicólogos	137	40	-97
				assistente social	80	60	-20
				Fonoaudióloga	0	0	0
				terapeuta ocupacional	80	20	-60
				técnicos de enfermagem	348	160	-188
				técnicos administrativos	173	0	-173

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS AD II de Sobradinho também atende a área de abrangência relativa às Regiões Administrativas de Planaltina, Sobradinhos I e II e Fercal. De acordo com dados da Codeplan/GDF, Planaltina possui 177.492 habitantes²¹, Sobradinho I possui 60.077 pessoas²², Sobradinho II possui 85.574²³ e Fercal tem 8.583 moradores²⁴. A área de abrangência possui população total de 305.832 (trezentos e cinco mil oitocentos e setenta e quatro) habitantes. Isso significa que a quantidade de habitantes do território supera em cerca de 105 mil pessoas a capacidade de atendimento do CAPS.

De acordo com o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, o CAPS AD II Sobradinho possui 10 profissionais de nível superior: 2 psiquiatras, 3 enfermeiros/as, 2 assistentes sociais, 2 psicólogos/as e 1 terapeuta ocupacional. De acordo com o Manual usado como referência, seria necessário incremento da equipe com 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.

De acordo com o Manual, em um CAPS AD II com capacidade operacional para atender até 200 mil habitantes, seria necessário 1 psiquiatra com jornada de 10 horas por dia, 5 dias por semana. Ou seja, a carga horária requisitada para psiquiatra em um CAPS AD II deve ser de 50 horas semanais. Com o Índice de Segurança Técnico (IST) teria a necessidade de 57 horas semanais para psiquiatria.

No caso do CAPS AD II Sobradinho, há necessidade de adição de carga horária de referência para psiquiatria diante da população total exceder a capacidade operacional do equipamento. Considerando-se a referência de 305 mil habitantes, considera-se que a carga horária para médico psiquiatra deve ser de 70 horas por semana (50 h + 20 h adicionadas para cada 100 mil habitantes acima da capacidade operacional). Adicionando-se o IST (14%), tem-se a carga horária total de 79,8 horas.

21 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Planaltina.pdf>

22 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sobradinho.pdf>

23 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sobradinho-II.pdf>

24 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Fercal.pdf>

O CAPS AD II de Sobradinho possui dois psiquiatras. Porém, a carga horária total conjunta no serviço é igual a 40 horas semanais (20 horas de jornada por cada psiquiatra). Ou seja, a oferta do serviço psiquiátrico está abaixo do recomendado pela Secretaria de Saúde em cerca de 39 horas por semana. Sendo assim, há necessidade de dobrar a carga horária dos médicos psiquiatras deste equipamento para que o CAPS adeque-se às normas da própria Secretaria de Saúde.

De acordo com os critérios definidos pelo Manual, considera-se que a carga horária de enfermeiros/as está adequada. Há 3 profissionais, com carga horária conjunta ativa (disponível para atendimento da população) de 80 horas por semana. Essa quantidade de horas semanais é exatamente a necessária para este tipo de CAPS (AD II).

A quantidade de assistentes sociais está inadequada quando se analisa a carga horária para a categoria. Há, atualmente, dois profissionais que, conjuntamente, possuem carga horária de 60 horas por semana. Entretanto, para o equipamento, são necessárias 79,8 horas semanais para atendimento da população pelo Serviço Social. O cálculo é: 50 horas para CAPS tipo AD II dentro da capacidade operacional; para CAPS com 105 mil habitantes acima da capacidade operacional, adicionaram-se 20 horas na carga horária total necessária. Desta forma, a carga horária semanal passa a ser de 70 horas + 9,8 horas (14% de IST) = 79,8 horas. Ou seja, há déficit de cerca de 19 horas para atendimento da população. Portanto, há necessidade de contratação de mais um profissional de Serviço Social com jornada de 20 horas semanais para que este equipamento esteja adequado à norma da Secretaria de Saúde.

Em relação a profissionais de Psicologia, há déficit na carga horária necessária para atendimento da população. Conforme cálculo realizado, há necessidade de 136,8 horas de carga horária total para psicólogos/as em um CAPS AD II [100 horas + 20 horas (acréscimo a cada 100 mil habitantes além da capacidade operacional) + 16,8 horas (IST)]. Há dois profissionais no CAPS em questão, que conjuntamente possuem jornada de trabalho de 40 horas semanais (20 horas cada profissional). Deste modo, há necessidade de ampliação de carga horária total em 96,8 horas, o que equivale a mais 2,42 psicólogos para atendimento à norma.

No que diz respeito a profissional de Terapia Ocupacional, a previsão de carga horária semanal total para atendimento da área de abrangência é de 79,8 horas [50 horas de previsão no manual + 20 horas (acréscimo a cada 100 mil habitantes além da capacidade operacional) + 9,8 horas (14% IST)]. Atualmente, há uma terapeuta ocupacional que cumpre 20 horas de jornada de trabalho no CAPS AD II de Sobradinho. Ou seja, há déficit de cerca de 60 horas semanais para que a disponibilidade de profissional esteja adequada à norma.

Sobre técnicos de enfermagem, conforme cálculo realizado, o Manual indica que a carga horária para esta categoria profissional deveria ser de 200 horas (sem IST), em CAPS AD II dentro da capacidade operacional. Entretanto, como explicado, há quantidade maior de habitantes dentro da área de cobertura. Proporcionalmente, portanto, a carga horária deveria ser de 347,6 horas semanais (305h + 42,7h IST). De acordo com o memorando da DISSAM, havia 8 técnicos de enfermagem no CAPS AD II de Sobradinho, mas 2 estavam em afastamento de longo prazo.

A soma de carga horária de profissionais ativos é de 160 horas por semana. Ou seja, é necessária complementação de cerca de 188 horas na carga horária para a categoria profissional de modo a atender adequadamente a população.

Por fim, conforme o Manual analisado, são necessárias 173 horas semanais (152h + 21h IST) para técnico administrativo. Entretanto, não há profissionais de nível médio neste cargo no CAPS AD II de Sobradinho.

No curso da análise identificou-se que existem profissionais lotados no serviço que não estão previstos pelo Manual de Parâmetros: um auxiliar de portaria e um técnico de portaria.

Em resumo, para que seja garantido o atendimento mínimo à população residente na área de abrangência, o CAPS AD II Sobradinho deve ter o seguinte acréscimo de horas de trabalho em sua equipe: 39 horas de Psiquiatria, 19 horas de Serviço Social, 96,8 horas de Psicologia, 60 horas de Terapia Ocupacional, 188 horas de trabalho de técnicos de enfermagem e 173 horas de técnico administrativo.

4.2.4 CAPS i Sobradinho

Tabela 12 – Carga horária de profissionais do CAPS i Sobradinho

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS i Sobradinho	150.000 A 300.000 habitantes	305.832	5.832	médico psiquiatra ou pediatra ou neurologista ou neuropediatra	57	41	-16
				médico clínico	0	0	0
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	57	86	29
				psicólogos	57	80	23
				assistente social	57	20	-37
				fonoaudióloga	57	20	-37
				terapeuta ocupacional	57	40	-17
				técnicos de enfermagem	235	150	-85
				técnicos administrativos	57	0	-57

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Essa demonstração é relevante porque, a depender do critério adotado para análise, os resultados esperados serão diferentes. Adotar-se-á, aqui, a definição distrital de que o CAPS infantojuvenil deve ser serviço de retaguarda populacional para até 300 mil habitantes, conforme normativa distrital. De acordo somente com esse critério, o CAPS i Sobradinho parece estar com capacidade de atendimento adequada, já que a população excedente na área de abrangência é de cerca de 5 mil pessoas.

A população de crianças e adolescentes (pessoas abaixo de 20 anos, faixa etária calculada pela Codeplan) nessa região é de 102.354 (cento e duas mil trezentos e cinquenta e quatro) pessoas. Mais uma vez é importante ressaltar que, quando tratam das populações de referência, as legislações não fazem esse recorte por faixa etária. Além disso, outros critérios para avaliar a adequação da provisão do serviço deverão ser considerados, como corpo técnico, capacidade de atendimento diária, carga horária de profissionais, atividades desenvolvidas, entre outros.

O Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (SES/DF) prevê que a equipe de um CAPS i deve ser composta por: 1 médico psiquiatra, pediatra, neurologista ou neuropediatra, 1 enfermeiro, 1 assistente social, 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 4 técnicos em enfermagem e 1 técnico administrativo.

Conforme Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, a equipe do CAPS i Sobradinho apresenta a seguinte composição: 2 médicos (1 psiquiatra e 1 neuropediatra), 3 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 1 assistente social, 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional e 7 técnicos em enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem (categoria não prevista no Manual de Parâmetros). Esta equipe não conta com técnico administrativo.

Em relação às especialidades médicas, a carga horária disponível no CAPS i Sobradinho é de 45 horas, das quais 4 são destinadas à preceptoria, reduzindo para 41 o total de horas desti-

nadas, de fato, ao atendimento dos usuários. Deste modo, o déficit na carga horária é de 16 horas semanais, já que, considerando o Índice de Segurança Técnica - IST, seria necessária uma oferta de 57 horas.

Para a especialidade de Fonoaudiologia, observa-se um saldo negativo de 37 horas semanais, tendo em vista que a única profissional lotada na unidade cumpre uma jornada semanal de 20 horas. A mesma situação ocorre com o Serviço Social, o qual conta também com uma jornada de trabalho de 20 horas e o mesmo déficit semanal (37 horas).

Para a Terapia Ocupacional, o déficit corresponde a 17 horas semanais, uma vez que seriam necessárias 57 horas e a profissional lotada na unidade cumpre uma jornada de 40 horas por semana.

No que se refere a enfermagem, verifica-se uma cobertura excedente de 29 horas semanais. Os 3 profissionais lotados na unidade cumprem juntos uma jornada semanal de 120 horas, das quais 86 são destinadas ao efetivo atendimento aos usuários e outras 34 se referem a preceptoria e supervisão. Como a carga horária prevista é de 57 horas (com IST), para o atendimento à população prevista na norma, verifica-se o saldo positivo indicado acima.

Na psicologia, o saldo positivo é de 23 horas semanais. Os 3 profissionais lotados na unidade cumprem uma jornada total de 80 horas, o que, em tese, seria suficiente até mesmo para atender a todo o contingente populacional e não somente ao quantitativo previsto na normativa.

Os técnicos de enfermagem do CAPS i Sobradinho somam 180 horas de trabalho, das quais 30 são destinadas à gerência da unidade. As 150 horas restantes não respondem à exigência normativa, que pressupõe 235 horas semanais (com IST), gerando, portanto, um déficit de 85 horas semanais. Como não há técnico administrativo na equipe, o saldo negativo de horas é de 57 horas semanais.

A equipe do CAPS i Sobradinho conta com 3 auxiliares de enfermagem, categoria não prevista no Manual de Parâmetros. Embora somem uma jornada semanal de 120 horas, apenas 40 se referem ao efetivo atendimento aos usuários, uma vez que dois desses profissionais apresentam restrições médicas.

Em síntese, para adequação da equipe e da carga horária à norma que estabelece o mínimo necessário ao atendimento da população prevista, são necessários os seguintes acréscimos: 16 horas de medicina, 37 horas de fonoaudiologia, 37 horas do serviço social, 85 horas de trabalho dos técnicos de enfermagem e 57 horas do técnico administrativo.

Mais uma vez, o aumento da carga horária individual, quando possível e desejável, ou a contratação de novos servidores se faz necessária no CAPS i Sobradinho. A contratação urgente de horas de terapeuta ocupacional e de técnico administrativo se impõe, tendo em vista que a unidade não conta com nenhum desses profissionais.

4.2.5 CAPS II Planaltina

Tabela 13 – Carga horária de profissionais do CAPS II Planaltina

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFSSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS II Planaltina	70.000 A 200.000 habitantes	305.832	105.832	médico psiquiatra	80	20	-60
				médico clínico	0	0	0
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	80	40	-40
				psicólogos	137	80	-57
				assistente social	80	0	-80
				Fonoaudióloga	0	0	0
				terapeuta ocupacional	80	40	-40
				técnicos de enfermagem	348	160	-188
				técnicos administrativos	173	0	-173

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS II de Planaltina atende a área de abrangência relativa às Regiões Administrativas de Planaltina, Sobradinhos I e II e Fercal. De acordo com dados da Codeplan/GDF, Planaltina possui 177.492 habitantes²⁵, Sobradinho I possui 60.077 pessoas²⁶, Sobradinho II possui 85.574²⁷ e Fercal tem 8.583 moradores²⁸. A área de abrangência possui população total de 305.832 (trezentos e cinco mil oitocentos e setenta e quatro) habitantes. Isso significa que a quantidade de habitantes do território supera em cerca de 105 mil pessoas a capacidade de atendimento do CAPS.

De acordo com o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, o CAPS II de Planaltina possui 7 profissionais de nível superior: 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 3 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional. A equipe não está em conformidade com o Manual usado como referência. Seria necessária, para a equipe mínima, a presença das seguintes categorias profissionais: 1 médico clínico e 1 assistente social.

Adicionalmente, há outro problema grave, como apontado no capítulo 1 desta publicação: de acordo com o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, esse seria um CAPS II para atendimento de transtornos mentais com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Entretanto, no questionário virtual preenchido pela gerência do serviço, em 21 de setembro de 2021, o equipamento seria CAPS III. A resposta à pergunta “Qual o nome do Serviço?” foi “SES/SRSNO/DIRASE/CAPS III-PLA”. Ou seja, a capacidade operacional do serviço deveria ser para um contingente populacional acima de 200 mil habitantes.

Essa desconexão entre o que está previsto (CAPS III) e o que efetivamente funciona (CAPS II) dificulta a elaboração de indicadores de resultados²⁹, já que as referências para cada um desses

25 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Planaltina.pdf>

26 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sobradinho.pdf>

27 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Sobradinho-II.pdf>

28 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Fercal.pdf>

29 “pode-se dizer que os resultados (no sentido estrito) são os produtos do programa, previstos em suas metas e derivados do seu processo particular de ‘produção’. In: DRAIBE, Sônia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo, IEE/PUC-SP, 2001.

equipamentos, de acordo com Portaria Consolidada nº 03 do Ministério da Saúde, são distintas. Todos os marcadores de resultados (abrangência populacional; tipos, quantidade e carga horária de profissionais; atividades a serem desenvolvidas; suportes a serem realizados) diferem de um CAPS II para um CAPS III. Deste modo, a análise aqui exposta não só é preliminar como não encontra fácil ancoragem para comparações nos dispositivos normativos existentes. Neste capítulo, foram considerados indicadores de carga horária para um equipamento do tipo CAPS II.

De acordo com o Manual, em um CAPS II com capacidade operacional para atender até 200 mil habitantes, seria necessário 1 psiquiatra com jornada de 10 horas por dia, 5 dias por semana. Ou seja, a carga horária requisitada para psiquiatra deve ser de 50 horas semanais. Entretanto, com a população excedente, a normativa indica a necessidade de acréscimo de 20 horas semanais para a categoria profissional. Com o adicional do Índice de Segurança Técnico (IST) há a necessidade de 79,8 horas semanais para psiquiatria. Entretanto, o CAPS II de Planaltina possui somente um psiquiatra com carga horária de 20 horas semanais, o que indica a necessidade de ampliação da carga horária disponível para atendimento da população em 59,8 horas.

De acordo com os critérios definidos pelo Manual, considera-se que a carga horária de enfermeiros/as também não está adequada. Há 1 um profissional com carga horária conjunta ativa (disponível para atendimento da população) de 40 horas por semana. Essa quantidade de horas semanais está aquém da carga horária normatizada, que seria de 79,8 horas. Ou seja, há déficit de 59,8 horas para a categoria profissional de Enfermagem.

Não há assistentes sociais no quadro do CAPS II Planaltina, o que certamente gera impacto negativo para a garantia de direitos sociais e coletivos das pessoas com transtorno mental que são atendidas pelo serviço. Há déficit de cerca de 80 horas para atendimento da população. Portanto, há necessidade de contratação de dois profissionais de Serviço Social, com jornada de 40 horas semanais para que este equipamento esteja adequado à norma da Secretaria de Saúde.

Em relação a profissionais de Psicologia, há déficit na carga horária necessária para atendimento da população. Conforme cálculo realizado, há necessidade de 136,8 horas de carga horária total para psicólogos/as em um CAPS II [100h + 20 horas (acréscimo a cada 100 mil habitantes além da capacidade operacional) + 16,8 horas (IST)]. Há quatro profissionais no CAPS em questão, que, conjuntamente, possuem jornada de trabalho ativa de 80 horas semanais. Deste modo, há necessidade de ampliação de carga horária total de Psicologia em 56,8 horas.

No que diz respeito a profissional de Terapia Ocupacional, a previsão de carga horária semanal total para atendimento da área de abrangência é de 79,8 horas [50 horas de previsão no manual + 20 horas (acréscimo a cada 100 mil habitantes além da capacidade operacional) + 9,8 horas (14% IST)]. Atualmente, há uma terapeuta ocupacional que cumpre 40 horas de jornada de trabalho no CAPS II de Planaltina. Ou seja, há déficit de cerca de 39,8 horas semanais para que a disponibilidade de profissional esteja adequada à norma.

Sobre técnicos de enfermagem, conforme cálculo realizado, o Manual indica que a carga horária para esta categoria profissional deveria ser de 200 horas (sem IST) em CAPS II dentro da capacidade operacional. Entretanto, como explicado, há quantidade maior de habitantes dentro da área de cobertura. Proporcionalmente, portanto, a carga horária deveria ser de 347,6 horas semanais (305 horas + 42,7 horas IST). De acordo com o memorando da DISSAM, havia 6 técnicos de enfermagem no CAPS II de Planaltina. A soma de carga horária de profissionais ativos é de 160 horas por semana. Ou seja, é necessária complementação de cerca de 188 horas na carga horária para a categoria profissional de modo a atender adequadamente a população.

Por fim, conforme o Manual analisado, são necessárias 173 horas semanais (152 horas + 21 horas IST) para técnico administrativo. Entretanto, não há profissionais de nível médio neste cargo no CAPS II de Planaltina.

Em resumo, para que seja garantido o atendimento mínimo à população residente na área de abrangência, o CAPS II Planaltina deve ter o seguinte acréscimo de horas de trabalho em sua equipe: 59,8 horas de Psiquiatria; 59,8 horas para Enfermagem; 80 horas de Serviço Social; 56,8 horas de Psicologia; 39,8 horas de Terapia Ocupacional; 188 horas de trabalho de técnicos de enfermagem e 173 horas de técnico administrativo.

4.3. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região III

4.3.1 CAPS II de Taguatinga:

Tabela 14 – Carga horária de profissionais do CAPS II de Taguatinga

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS II DE TAGUATINGA	70.000 A 200.000 HABITANTES	866.534	666.534	médico psiquiatra	194	90	-104
				médico clínico	0	40	40
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	194	92	-102
				psicólogos	251	186	-65
				assistente social	194	56	-138
				terapeuta ocupacional	194	20	-174
				técnicos de enfermagem	987	240	-747
				técnicos administrativos	494	100	-394
				farmacêutico	0	20	20
fonoaudiólogo	0	0	0				

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS II de Taguatinga está localizado na Região Administrativa de Taguatinga. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes “ (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 15). A área de abrangência deste CAPS II, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Taguatinga (205.670)³⁰, Águas Claras (161.184)³¹, Arniqueiras (cerca de 46.000)³², Vicente Pires (66.491)³³, Ceilândia/Sol Nascente/Pôr do Sol (432.927)³⁴.

Esse serviço, atualmente, é retguarda para 866.534 (oitocentos e sessenta e seis mil, quinhentos e trinta e quatro) habitantes. O serviço atende a uma população excedente de 666.534 habitantes.

O CAPS II de Taguatinga conta com 33 profissionais em sua equipe. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 200.000 pessoas, o CAPS II deve contar com: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental, 4 técnicos em enfermagem, 2 técnicos administrativos, 1 assistente social, 2 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retguarda (866.534), de modo proporcional, deveria dispor de 4,25 psiquiatras enquanto conta com apenas 3 profissionais. Seriam necessários 21,65 técnicos de enfermagem, mas a equipe conta com somente 7 profissionais, dos quais 1 encontra-se afastada sem previsão de retorno. Para o cargo de técnico

30 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Taguatinga.pdf>

31 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/%C3%81guas-Claras.pdf>

32 <https://arniqueira.df.gov.br/category/sobre-a-ra/informacoes/>

33 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vicente-Pires.pdf>

34 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

administrativo, seria preciso 10,82 profissionais, e hoje o serviço conta com 3 profissionais. O número de assistentes sociais do equipamento é de 2 profissionais enquanto se faz necessário a existência de 4,25 profissionais. Já o número de psicólogos necessários seria de 5,5 profissionais e a equipe contava com um total de 7, dos quais 2 eram temporariamente contratados até o dia 4 de setembro de 2021 – não havendo informações se os contratos tiveram o seu prazo estendido – e 1 dedicava-se a substituição do cargo de gerente. Quanto ao cargo de terapeuta ocupacional, o serviço necessita de 4,25 profissionais, mas conta com apenas 2 e 1 deles encontrava-se de licença sem previsão de retorno. Portanto, com exceção do cargo de psicólogo, as demais categorias possuem déficit no número de profissionais.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que todas as categorias profissionais apresentam déficit de carga horária neste serviço, e, portanto, o serviço não possui trabalhadores suficientes para atender a atual demanda. O déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra (-104 horas); técnico em enfermagem (-747 horas); técnico administrativo (-394 horas); assistente social (-138 horas); psicólogo (-65h); terapeuta ocupacional (-174 horas).

O Manual de Parâmetros aponta que para a categoria profissional de enfermeiros é necessário profissionais com experiência ou formação em saúde mental. No entanto, o documento apresentado pela DISSAM não especifica se os enfermeiros lotados nos serviços possuem tal especialização. O CAPS II de Taguatinga conta com 5 enfermeiros em seu corpo de trabalho, dos quais um dedica-se exclusivamente a gerência do serviço, e proporcionalmente deveria dispor de 4,25; assim, o serviço conta com o número adequado de profissionais. No entanto, com relação a carga horária dispõe de um total de 92 horas em efetivo exercício. Segundo os parâmetros de cálculo estabelecidos, seriam necessárias 194 horas semanais para garantir o atendimento do atual contingente populacional. Portanto, existe um déficit de -102 horas de profissionais de enfermagem.

No curso da análise identificou-se que existem profissionais lotados no serviço que não estão previstos pelo Manual de Parâmetros. Dentre eles três médicos clínicos, dos quais um encontra-se afastado sem previsão de retorno, totalizando uma carga horária semanal efetiva de 40 horas. Há também um farmacêutico com 20 horas de carga horária semanal efetiva.

4.3.2 CAPS I de Brazlândia:

Tabela 15 – Carga horária de profissionais do CAPS I de Brazlândia

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS I de Brazlândia	20.000 a 70.000 habitantes	53.534	0	médico psiquiatra	57	10	-47
				médico clínico	0	0	0
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	57	40	-17
				psicólogos	57	60	3
				assistente social	57	20	-37
				terapeuta ocupacional	57	40	-17
				técnicos de enfermagem	171	120	-51
				técnicos administrativos	57	0	-57
				farmacêutico	0	0	0
				fonoaudiólogo	0	0	0

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS I está localizado na Região Administrativa de Brazlândia. De acordo com o Ministério da Saúde: “§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º).

Ainda segundo a referida Normativa, o CAPS I deve atender pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I).

A área de abrangência deste equipamento, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Brazlândia (população total: 53.534)³⁵.

O CAPS I de Brazlândia conta com 12 profissionais em sua equipe. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 70.000 pessoas, o CAPS I deve contar com: 1 médico psiquiatra ou com formação em saúde mental, 01 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental, 3 técnicos em enfermagem, 1 técnico administrativo, 1 assistente social, 1 psicólogo e 1 terapeuta ocupacional.

O contingente populacional para qual o serviço é retaguarda está dentro dos parâmetros vigentes (53.534). A equipe do CAPS de Brazlândia não conta com médico psiquiatra lotado em sua unidade. No entanto, um médico clínico do CAPS AD III de Ceilândia presta 10 horas de atendimento semanal no serviço, o que está em desacordo com o Manual de Parâmetros e não garante a assistência integral para os usuários do serviço.

Proporcionalmente seriam necessários 3,75 técnicos de enfermagem, e a equipe conta com 4 profissionais. Para o cargo de técnico administrativo precisaria de 1,25 profissionais, e hoje o

35 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Brazl%C3%A2ndia.pdf>

serviço não conta com nenhum profissional deste cargo. O número de assistentes sociais do serviço é de 1 profissional enquanto se faz necessária a existência de 1,25 profissionais. Já o número de psicólogos necessários seria de 1,25 profissionais e a equipe contava com um total de 4, dos quais 1 encontrava-se em licença prolongada e 2 eram temporariamente contratados, não havendo informações quanto à data de fim do contrato. Quanto ao cargo de terapeuta ocupacional, o serviço necessita de 1,25 profissionais conta com 1, que dedica-se integralmente à supervisão da equipe do serviço. O número de profissionais de psicologia e técnicos de enfermagem são adequados para o atendimento da população referenciada. Já os cargos de psiquiatra, técnico administrativo, assistente social e terapeuta ocupacional não possuem profissionais suficientes para garantir a cobertura de carga horária prevista pelo Manual de Parâmetros.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que, com exceção do cargo de psicólogo, todas as demais categorias profissionais apresentam déficit de carga horária, ou seja, o serviço não possui trabalhadores suficientes para atender a atual demanda. O déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra (-47 horas); técnico em enfermagem (-51 horas); técnico administrativo (-57 horas); assistente social (-37 horas); terapeuta ocupacional (-17 horas).

O Manual de Parâmetros aponta que para a categoria profissional de enfermeiros é necessário profissionais com experiência ou formação em saúde mental. No entanto, o documento apresentado pela DISSAM não especifica se os enfermeiros lotados nos serviços possuem tal especialização. O CAPS I de Brazlândia conta com 1 enfermeiro em seu corpo de trabalho e proporcionalmente deveria dispor de 1,25, assim, o serviço não conta com o número adequado de profissionais. Com relação a carga horária, dispõe de um total de 40 horas em efetivo exercício. Segundo os parâmetros de cálculo estabelecidos seriam necessárias 57 horas semanais para garantir o atendimento do atual contingente populacional. Portanto, existe um déficit de -17 horas de profissionais de enfermagem.

4.3.3 CAPS i de Taguatinga:

Tabela 16 – Carga horária de profissionais do CAPS i de Taguatinga

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS I DE TAGUATINGA	150.000 a 300.000 habitantes	866.534	566.534	médico psiquiatra	171	72	-99
				médico clínico	0	10	10
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	171	140	-31
				psicólogos	171	40	-131
				assistente social	171	76	-95
				terapeuta ocupacional	171	52	-119
				técnicos de enfermagem	659	140	-519
				técnicos administrativos	164	0	-164
				farmacêutico	0	0	0
				fonoaudiólogo	171	0	-171

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

A área de abrangência deste CAPS i, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Taguatinga (205.670)³⁶, Águas Claras (161.184)³⁷, Arniqueiras (cerca de 46.000)³⁸, Vicente Pires (66.491)³⁹, Ceilândia/Sol Nascente/Pôr do Sol (432.927)⁴⁰.

Portanto, esse serviço, atualmente, é referência para uma população de 866.534 habitantes. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e o critério normativo, o CAPS i Taguatinga atende a uma população excedente de 566.534 habitantes.

O CAPS i de Taguatinga conta com 23 profissionais em sua equipe. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 300.000 pessoas, o CAPS II deve contar com: 1 médico psiquiatra, pediatra, neurologista ou neuropediatra, 1 enfermeiro, 4 técnicos em enfermagem, 1 técnicos administrativos, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional e 1 fonoaudiólogo.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda (866.534), de modo proporcional, o serviço deveria dispor de 3,75 psiquiatras, pediatra, neurologista ou neuropediatra, mas conta com apenas 3 profissionais, dos quais 1 é psiquiatra e 2 são pediatras. Seriam necessários 3,75 enfermeiros, e a equipe conta com 5 profissionais, no entanto, na data de coleta dos dados, havia um profissional de licença sem previsão de retorno. Para o cargo de assistente social, seria preciso 3,75 profissionais, e hoje o serviço conta com 3 profissionais. O número de psicólogos do serviço é de 3 profissionais, dos quais 1 encontrava-se de licença prolongada e o ideal seria a existência de 3,75 profissionais de psicologia. Já o número de terapeutas ocupacionais necessários seria de 3,75 profissionais e a equipe contava com um total de 3, uma delas dedica-se à gerência do equipamento de saúde. Quanto ao cargo de técnico em enfermagem, o serviço necessita de 14,45 profissionais, mas conta com apenas 4.

O Manual prevê 1 profissional de fonoaudiologia e 1 técnico administrativo, porém o CAPS i de Taguatinga não conta com nenhum destes profissionais.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que o CAPS i de Taguatinga a maior parte das categorias profissionais previstas pelo Manual apresentam déficit de carga horária, ou seja, o serviço não possui trabalhadores suficientes para atender a atual demanda. O déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra e pediatra (-99 horas); técnico em enfermagem (-519 horas); técnico administrativo (-164 horas); assistente social (-95 horas); psicólogo (-131h); terapeuta ocupacional (-119 horas); enfermeiro (-31 horas) e fonoaudiólogo (-171 horas).

No curso da análise, identificou-se que existem categorias profissionais lotadas no serviço que não estão previstos pelo Manual de Parâmetros. Dentre eles um médico clínico com uma carga horária semanal efetiva de 10 horas, pois cumpre 10 horas semanais no CAPS i do Recan-

36 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Taguatinga.pdf>

37 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/%C3%81guas-Claras.pdf>

38 <https://arniqueira.df.gov.br/category/sobre-a-ra/informacoes/>

39 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vicente-Pires.pdf>

40 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

to das Emas; e uma fisioterapeuta com carga horária efetiva de 40 horas semanais dedicadas a supervisão da equipe do CAPS i de Taguatinga.

4.3.4 CAPS AD III de Ceilândia:

Tabela 17 – Carga horária de profissionais do CAPS AD III de Ceilândia

CAPS AD III CEILÂNDIA	150.000 a 300.000 habitantes	432.927	132.927 habitantes	médico psiquiatra	91	0	-91
				médico clínico com experiência ou formação em saúde mental	138	90	-48
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	65,8	316	250,2
				enfermeiro plantonista	214	sem referência no documento da Dissam	-214
				psicólogos diurno	98	216	118
				psicólogos plantonista	214	sem referência no documento da Dissam	-214
				assistente social	91	154	63
				terapeuta ocupacional	91	40	-51
				técnicos de enfermagem diurno	592	690	98
				técnico de enfermagem fim de semana	79	sem referência no documento da Dissam	-79
				técnico de enfermagem noturno	276	sem referência no documento da Dissam	-276
				técnicos administrativos diurno	296	80	-216
				técnico administrativo fim de semana	40	sem referência no documento da Dissam	-40
				farmacêutico	82	56	-26
				AOSS Farmácia	115	0	-115

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

O CAPS AD III está localizado na Região Administrativa de Ceilândia. Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), é um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 150.000 e 300.000 habitantes.” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 16).

A área de abrangência deste CAPS III, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/CO-ASIS/DISSAM, é composta por: Ceilândia, a qual envolve também a Região Administrativa do Sol Nascente/Pôr do Sol (população total: 432.927 habitantes)⁴¹.

Esse serviço, atualmente, é retaguada para 432.927 habitantes. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS AD III Ceilândia atende a uma população excedente de 132.927 pessoas.

O CAPS AD III de Ceilândia conta com 63 profissionais em sua equipe. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 300.000 pessoas, o CAPS AD III deve contar com: 1 médico psiquiatra diurno, 1 médico clínico com experiência ou formação em saúde mental diurno, 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental diurno, 1 enfermeiro plantonista, 1 psicólogo plantonista, 1 psicólogo diurno, 1 assistente social diurno, 1 terapeuta ocupacional diurno, 01 farmacêutico bioquímico diurno, 6 técnicos de enfermagem diurno, 2 técnicos de enfermagem fim de semana diurno, 2 técnicos de enfermagem noturno, 3 técnicos

41 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Ceil%C3%A2ndia.pdf>

administrativos diurno, 1 técnico administrativo fim de semana diurno, 1 Auxiliar Operacional de Serviços Diretos (AOSD) farmácia diurno.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda (432.927), de modo proporcional, o serviço deve dispor de 2 psiquiatras e não conta com nenhum médico desta categoria. O CAPS AD III de Ceilândia conta com 4 médicos clínicos, quando seria necessário um total de 3 médicos, um dos médicos lotados na unidade presta 10 horas de serviço no CAPS I de Brazlândia. O número de assistentes sociais do serviço é de 5 profissionais enquanto se faz necessário a existência de 2 profissionais de serviço social.

No documento apresentado pela DISSAM, não há diferenciação entre psicólogos plantonistas ou diurnos, para a presente análise considerou-se que todos os psicólogos listados trabalham em turno diurno. O serviço dispõe de 9 psicólogos diurnos quando seriam necessários 6,8 (2,1 diurnos e 4,7 plantonistas). O serviço dispõe de 2 farmacêuticos, enquanto se faz necessária a existência de 1,8.

Com relação aos técnicos de enfermagem, também não há diferenciação de quais profissionais compõem o turno diurno, noturno ou de fim de semana, portanto, todos foram considerados diurnos. Seriam necessários 21 técnicos de enfermagem (13 diurnos, 2 de fim de semana e 6 noturnos), e a equipe conta com 25 profissionais.

Para o cargo de técnico administrativo, também não há especificação sobre quais seriam designados para o fim de semana, por isso, todos foram considerados como do turno diurno. Seriam precisos 7,5 profissionais (1 de fim de semana e 6,5 diurno), e hoje o serviço conta com apenas 2 profissionais. Quanto ao cargo de terapeuta ocupacional, o serviço necessita de 2 profissionais, mas conta com 03.

As categorias profissionais de médico clínico, assistente social, psicólogos, farmacêutico, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem apresentam número adequado de profissionais segundo as normativas vigentes. Já as categorias de psiquiatra e técnico administrativo não possuem profissionais suficientes para garantir a cobertura do contingente populacional atual.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que as seguintes categorias apresentam déficit de carga horária: médico psiquiatra (-91 horas); médico clínico (-48 horas); farmacêutico (-26 horas); técnico administrativo (-256 horas); AOSD farmácia (-115h); terapeuta ocupacional (-51 horas); psicólogo (-96 horas); técnico de enfermagem (-257 horas).

O Manual de Parâmetros aponta que para a categoria profissional de enfermeiros são necessários profissionais com experiência ou formação em saúde mental e enfermeiro plantonista sem exigência de especialização. No entanto, o documento apresentado pela DISSAM não especifica se os enfermeiros lotados nos serviços possuem tal especialização, por isso todos foram considerados enfermeiros plantonistas. O CAPS AD III de Ceilândia conta com 11 enfermeiros

em seu corpo de trabalho, e proporcionalmente deveria dispor de 6,1 (4,7 plantonistas e 1,4 diurnos), assim o serviço conta com o número total adequado de profissionais. Com relação a carga horária, dispõe de um total de 316 horas em efetivo exercício. Segundo os parâmetros de cálculo estabelecidos, seriam necessárias 214 horas semanais de trabalho de enfermeiros plantonistas e 66 horas de enfermeiro diurno com formação em saúde mental para garantir o atendimento do atual contingente populacional. Portanto, existe uma cobertura de carga horária adequada de profissionais de enfermagem.

Com exceção do cargo de enfermagem, todas as demais categorias não contam com a cobertura de carga horária suficiente para atender o contingente populacional de retaguarda do CAPS AD III de Ceilândia.

No curso da análise identificou-se que existem profissionais lotados no serviço que não estão previstos pelo Manual de Parâmetros. Dentre eles uma médica pediatra, que se dedica a gerência do serviço. Há também uma médica ginecologista lotada no serviço, mas sem carga horária efetiva indicada no equipamento.

4.4. CAPS Abrangidos pelo Centro Regional Psicossocial Região IV

4.4.1 CAPS i do Recanto das Emas

Tabela 18 – Carga horária de profissionais do CAPS i do Recanto das Emas

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS i Recanto das Emas	150.000 a 300.000 habitantes	791.460	491.460	médico psiquiatra	148,12	0	-148,12
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	148,12	20	-128,12
				fonoaudiólogo	148,12	40	-108,12
				psicólogos	148,12	120	-28,12
				assistente social	148,12	0	-148,12
				terapeuta ocupacional	148,12	30	-118,12
				técnicos de enfermagem	601,3	320	-281,3
				técnicos administrativos	150,22	0	-150,22

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Segundo o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM a cobertura populacional do CAPS i do Recanto das Emas é de 236.568 mil habitantes, porém os dados da PDAD 2018 da Codeplan indicam que a população da área de abrangência descrita no Memorando é de 791.460 habitantes, a saber: Recanto das Emas (130.043), Samambaia (232.893), Gama (132.466), Santa Maria (128.882), Riacho Fundo I (41.410), Riacho II (85.658), Núcleo Bandeirante (23.619), Candangolândia (16.489). Quando considerada apenas a população até os 19 anos, a população é de 270.919, porém o Manual de Parâmetros não restringe a cobertura às crianças e adolescentes, considerando como referência a população em geral. Sendo assim, levando-se em consideração a relação entre total populacional e o critério normativo, o CAPS i do Recanto das Emas está inadequado, uma vez que este equipamento atende a uma população excedente de 491.460 habitantes.

O CAPS i do Recanto das Emas conta com 18 profissionais em sua equipe, conforme Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSA. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 300.000 pessoas, o CAPS II deve contar com: 1 médico psiquiatra ou pediatra ou neurologista ou neuropediatra, 1 enfermeiro com experiência em saúde mental, 4 técnicos em enfermagem, 1 técnicos administrativos, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional e 1 fonoaudiólogo.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda, de modo proporcional o serviço deveria dispor de 3,25 psiquiatras ou pediatras ou neurologistas ou neuropediatras, mas, conforme o memorando supracitado, não há profissionais destas áreas. Seriam necessários 13, 1 técnicos de enfermagem, mas a equipe conta com somente 10 profissionais. Para o cargo de técnico administrativo, seria preciso 3,2 profissionais, e hoje o serviço não possui profissionais dessa área. Não há assistentes sociais atuando no serviço, embora sejam necessários 3,25 profissionais de serviço social. Já o número necessário de psicólogos é de 3,25 profissionais, e a equipe conta com um total de 5. Quanto ao cargo de terapeuta ocupacional, o serviço necessita de 3,25 profissionais, mas conta com apenas 1. Portanto, com exceção do cargo de psicólogo, todas as demais categorias possuem déficit no número de profissionais.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que todas as categorias profissionais apresentam déficit de carga horária neste serviço e, portanto, não possui trabalhadores suficientes para atender a atual demanda. O déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra ou pediatra ou neurologista ou neuropediatra (-148 horas e 12 minutos); técnico em enfermagem (-281 horas e 30 minutos); técnico administrativo (-150 horas e 22 minutos); assistente social (-148 horas); psicólogo (-28 horas); terapeuta ocupacional (-118 horas).

O Manual de Parâmetros aponta que para a categoria profissional de enfermeiros é necessário profissionais com experiência ou formação em saúde mental. No entanto, o documento apresentado pela DISSAM não especifica se os enfermeiros lotados nos serviços possuem tal especialização. O CAPS i do Recanto das Emas tem 1 enfermeiro na equipe, e proporcionalmente deveria dispor de 3,25; portanto, conta número também inadequado de profissionais de enfermagem. A carga horária de 20 horas em efetivo exercício também é muito inferior ao necessário, que seria de 148 horas e 12 minutos para a população atendida. Portanto, existe um déficit de -128 horas e 12 minutos de profissionais de enfermagem.

No curso da análise também identificou-se que existem profissionais lotados no serviço sem a previsão no Manual de Parâmetros. Dentre eles 2 médicos clínicos totalizando uma carga horária semanal efetiva de 50 horas.

4.4.2 CAPS AD II de Santa Maria:

Tabela 19 – Carga horária de profissionais do CAPS AD II de Santa Maria

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
Caps AD II Santa Maria	70.000 a 200.000 habitantes	261.348	61.348	médico psiquiatra	80	65	-15
				médico clínico	74	20	-54
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	160	60	-100
				psicólogos	114	40	-74
				assistente social	80	20	-60
				terapeuta ocupacional	80	0	-80
				técnicos de enfermagem	297	400	103
				técnicos administrativos	148	0	-148

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Segundo o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, da Secretaria de Saúde (SES/DF), o CAPS AD II é um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 16).

A área de abrangência deste CAPS AD II de Santa Maria, segundo Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, é composta por: Gama e Santa Maria, cuja população total apontada foi de 272.959. Porém, os dados da PNAD/Codepaln 2018 indicam uma população total de 261.348, número que foi adotado como referência de retaguarda para o CAPS AD II de Santa Maria. Levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS AD II de Santa Maria está inadequado, uma vez que atende a uma população excedente de 61.348 pessoas.

O CAPS AD II de Santa Maria conta com 24 profissionais em sua equipe. O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 200.000 pessoas, o CAPS AD II deve contar com os seguintes profissionais: 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico, 1 enfermeiro com experiência em saúde mental, 4 técnicos de enfermagem, 2 técnicos administrativos, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda, de modo proporcional, o serviço deveria dispor de 1,7 médico psiquiatra, e conta com 2; precisaria de 1,6 médico clínico, e conta com apenas 1; precisaria de 1,7 assistente social, mas possui apenas 1. Apesar de 3,2 técnicos administrativos serem necessários, não existem profissionais dessa área atuando, o que também ocorre no caso do terapeuta ocupacional, porque não há profissional dessa área, embora seja necessário 1,7. De outro lado, possui 13 técnicos de enfermagem, mas necessita de apenas 6,5; conta com 5 psicólogos, mas a demanda requer somente 2,8 psicólogos.

Portanto, exceto pelo número de médico psiquiatra, técnicos de enfermagem e psicólogos (nesses dois últimos casos há um excedente no número de profissionais), todas as demais categorias possuem déficit no número de profissionais.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que, exceto pela categoria de técnico de enfermagem, que tem 103 horas acima do necessário para atender o contingente populacional, as demais categorias profissionais apresentam déficit de carga horária neste serviço, com número insuficiente de trabalhadores para atender a atual demanda. Considerando o Índice de segurança Técnico (IST), o déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra (-15 horas); médico clínico (-54 horas); técnico administrativo (-148 horas); assistente social (-60 horas); psicólogo (74 horas); terapeuta ocupacional (-80 horas).

O Manual de Parâmetros aponta que para a categoria profissional de enfermeiros é necessário profissionais com experiência ou formação em saúde mental. No entanto, o documento apresentado pela DISSAM não especifica se os enfermeiros lotados nos serviços possuem tal especialização. O CAPS AD II de Santa Maria conta com 2 enfermeiros em seu corpo de trabalho, e proporcionalmente deveria dispor de 1,7; assim, o serviço conta com o número adequado de profissionais. No entanto, com relação a carga horária, dispõe de um total de 60 horas em efetivo exercício. Segundo os parâmetros de cálculo estabelecidos, seriam necessárias 80 horas semanais para garantir o atendimento do atual contingente populacional. Portanto, existe um déficit de -20 horas de profissionais de enfermagem.

4.4.3 CAPS III de Samambaia

Tabela 20 – Carga horária de profissionais do CAPS III de Samambaia

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS III Samambaia	200.000 a 300.00 habitantes	421.936	121.936	médico psiquiatra	186,57	72	-114,57
				médico clínico	0	100	100
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	278,44	340	61,56
				psicólogos	282,7	100	-182,7
				assistente social	91,2	60	-31,2
				terapeuta ocupacional	91,2	30	-61,2
				técnicos de enfermagem	1096,68	620	-476,68
				técnicos administrativos	365,4	50	-315,4

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Segundo o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, a cobertura populacional do CAPS III de Samambaia é de 293.163 mil habitantes; porém, os dados da PDAD 2018 da Codeplan indicam que a população da área de abrangência descrita no Memorando é de 421.936 habitantes, a saber: Recanto das Emas (130.043), Samambaia (232.893) e população das quadras das QNM e QNN de Ceilândia (não foi possível a coleta de dados nessas regiões).

Sendo assim, levando-se em consideração a relação entre o total populacional e o critério normativo, sem incluir as quadras de Ceilândia cujos dados não puderam ser contabilizados, o CAPS III de Samambaia está inadequado, uma vez que este equipamento atende a uma população excedente de 121.936 habitantes.

O CAPS III de Samambaia conta com 45 profissionais ativos em sua equipe, conforme Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSA.

O Manual de Parâmetros prevê que, para atender uma população de até 300.000 pessoas, o CAPS III deve contar com: 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutico bioquímico, 12 técnicos de enfermagem, 4 técnicos administrativos e 1 Auxiliar Operacional de Serviços Diversos em Farmácia.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda, de modo proporcional, o serviço deveria dispor de 4,1 psiquiatras, porém conta com apenas 3. Seriam necessários 24,05 técnicos de enfermagem, mas a equipe conta com somente 18 profissionais ativos. Para o cargo de técnico administrativo, seria preciso 8,01 profissionais, e hoje o serviço conta com 2 profissionais ativos dessa área. Já o número necessário de psicólogos seria de 6,2 profissionais, e a equipe contava com um total de 5 ativos. Quanto ao cargo de terapeuta ocupacional, o serviço necessita de 2 profissionais, mas conta com apenas 1 ativo. Portanto, com exceção do cargo de assistente social, todas as demais categorias possuem déficit no número de profissionais.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que todas as categorias profissionais apresentam déficit de carga horária neste serviço, considerando o Índice de segurança Técnico (IST), e, portanto, o serviço não possui trabalhadores suficientes para atender a atual demanda. O déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra (-114,57 horas); técnico em enfermagem (-476,68 horas); técnico administrativo (-315,4 horas); assistente social (-31,2 horas); psicólogo (-182,7 horas); terapeuta ocupacional (-61,2 horas).

O Manual de Parâmetros aponta que, para a categoria profissional de enfermeiros, é necessário profissionais com experiência ou formação em saúde mental. No entanto, o documento apresentado pela DISSAM não especifica se os enfermeiros lotados nos serviços possuem tal especialização. O CAPS III de Samambaia conta com 10 enfermeiros ativos em seu corpo de trabalho. Dessa forma, esse CAPS apresenta déficits em relação à proporcionalidade da cobertura populacional e à quantidade de horas.

No curso da análise também identificou-se que existem profissionais lotados no serviço sem estarem previstos no Manual de Parâmetros. Dentre eles 3 médicos clínicos, totalizando uma carga horária semanal efetiva de 100 horas.

4.4.4 CAPS AD III de Samambaia

Tabela 21–Carga horária de profissionais do AD III de Samambaia

CAPS	CAPACIDADE OPERACIONAL	POPULAÇÃO DA REGIÃO	POPULAÇÃO EXCEDENTE	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	CH PREVISTA	CH ATIVA EXERCIDA	DÉFICIT DE CH
CAPS III Samambaia	200.000 a 300.00 habitantes	421.936	121.936	médico psiquiatra	186,57	72	-114,57
				médico clínico	0	100	100
				enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	278,44	340	61,56
				psicólogos	282,7	100	-182,7
				assistente social	91,2	60	-31,2
				terapeuta ocupacional	91,2	30	-61,2
				técnicos de enfermagem	1096,68	620	-476,68
				técnicos administrativos	365,4	50	-315,4

Fonte: elaborado pelas equipes APAPP/AGIP/CEPS/MPDFT

Pelos critérios estabelecidos pela PRT/GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012, o CAPS AD III consiste no:

Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Ainda com parâmetros da Portaria, o CAPS AD III deve ser serviço de retaguarda para um grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes na faixa etária acima de 15 anos.

Segundo o Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, a cobertura populacional do CAPS AD III Samambaia é de 280.246 mil habitantes, porém os dados da PDAD/Codeplan 2018 indicam que a população da área de abrangência descrita no Memorando é de 796.281 habitantes, a saber: Samambaia (232.893); Recanto das Emas (130.043); Taguatinga (205.670); Vicente Pires (66.491); Águas Claras, contando Areal e Arniqueiras, (161.184). Quando considerada apenas a população acima de 15 anos, a população é de 660.386.

Sendo assim, levando-se em consideração a relação entre total populacional e critério normativo, o CAPS AD III Samambaia está inadequado, uma vez que este equipamento atende a uma população excedente de 496.281 habitantes.

O CAPS AD III Samambaia conta com 71 profissionais em sua equipe, conforme Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM. A Portaria/Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (PRT/GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012, prevê que, para atender uma população de até 300.000 pessoas, o CAPS AD III deve contar com: 1 médico clínico, 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro, 1 pedagogo, 4 técnicos em enfermagem, 4 profissionais de nível médio e 1 técnico administrativo.

Considerando o atual contingente populacional para qual o serviço é retaguarda, de modo proporcional, o serviço deveria dispor de 3,3 médicos clínicos, mas, conforme os dados mais recentes coletados com os gestores, não há esses profissionais na equipe, contrapondo o que conta no referido memorando, que aponta a presença de 3 profissionais desta área. Além disso, seriam necessários 3,3 pedagogos, mas não há profissional de Pedagogia na equipe.

Seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Parâmetros e a proporcionalidade em termos de cobertura populacional, identificou-se que todas as categorias profissionais, exceto técnico de enfermagem, apresentam déficit de carga horária neste serviço, por não possuir trabalhadores suficientes para atender a atual demanda. Considerando o Índice de Segurança Técnico (IST), o déficit de carga horária de cada profissional é o seguinte: médico psiquiatra (-139 horas); médico clínico (-173 horas); enfermeiro (-83 horas); técnico administrativo (-556 horas); assistente social (-59 horas); psicólogo (-347 horas); terapeuta ocupacional (-143 horas).

5. Considerações Finais

Em primeiro lugar, destaca-se que é necessário que o Governo do Distrito Federal apresente dados epidemiológicos que dão suporte às decisões de organização dos serviços de saúde mental, tais como os CAPS i, que, embora prestem serviços semelhantes a outros tipos de CAPS, possuem capacidade operacional de atendimento a 300 mil habitantes. Isso significa cerca de 100 mil habitantes a mais que a capacidade dos CAPS para a população adulta. Entretanto, não há, nos documentos analisados, menção às evidências utilizadas para que tal critério seja utilizado.

Em segundo lugar, as áreas de abrangência atendidas pelos serviços de saúde mental são muito diversas e cada CAPS tem necessidades específicas referentes à carga horária de profissionais para atendimento da população. Deste modo, a leitura atenta do dimensionamento de carga horária de cada equipamento de saúde mental é essencial para a compreensão geral das falhas no atendimento à população. Lembra-se aqui que os pareceres foram construídos com base na quantidade de horas de profissionais em atividade de atendimento ao público. Considera-se que outras atividades, como matriciamento, preceptorias e capacitações, são fundamentais para a comunidade e devem estar cobertas pelo Índice de Segurança Técnico (IST) utilizado nos cálculos apresentados.

Em terceiro lugar, é importante destacar que algumas equipes não estão completas, pois há falta de categorias profissionais nos equipamentos. O modelo inaugurado pelos CAPS caracteriza-se pela assistência à saúde com perspectiva de manutenção e/ou retomada das atividades cotidianas, bem como de interação social. Isso significa que a garantia do direito à saúde, especificamente à saúde mental, depende do trabalho multidisciplinar e que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal não pode se abster de compor minimamente as equipes, por meio da contratação e garantia de carga horária adequada de profissionais diversos, como farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentre outros.

Por último, destaca-se que os cálculos apresentados são estimativas de carga horária necessária por cada categoria profissional para que as pessoas do DF tenham acesso aos serviços de saúde mental. Entretanto, para que tal atendimento seja garantido, assim como para que o trabalho possa ter qualidade, é importante também que os espaços físicos sejam adequados (quantidade suficiente de salas em condições salubres e que assegurem o sigilo das informações nelas reveladas); estejam disponíveis medicação e insumos recomendados pelo Ministério da Saúde; as equipes sejam multiprofissionais, com valorização da multidisciplinaridade; a capilarização dos serviços seja tal que a população tenha facilidade de acesso aos equipamentos de cuidado à saúde por serviços de transporte coletivo.

Capítulo III

As áreas de abrangência dos CAPS e as Regiões de Saúde da SES/DF

**Cátia Betânia Chagas, Cristina Aguiar Lara Brasil, Izis Morais
L. Reis, Janaina Bezerra Nogueira, Karolina Varjão, Laiane
Vasconcelos Leão Velame, Natalia Mashiba Pio, Pâmela Araújo
Rodrigues, Rosângela de Fátima Baía Ferreira, Vinícius Costa
Fontes, Andrea Ambrozio, Júlia Teixeira Silva, Letícia Victor
Matos, Maria Eugênia Ferreira Durães, Misael Júnior Souza
Magalhães, Nathaly Costa Forechi, Rebeca da Silva Vieira Neiva,
Vitória Regina Alves Rodrigues, Wendella Alaíne Costa Alves**

Sumário

- 1. Introdução**
- 2. Análises**
- 3. Considerações Finais**
- 4. Referências Bibliográficas**

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Os princípios da Descentralização e Regionalização são pressupostos elementares na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que se organiza sob a forma de Rede na tentativa de consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

O Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Estabelece que o acesso universal igualitário e ordenado aos serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a densidade tecnológica dos serviços.

Para assegurar ao usuário acesso universal e ordenado às ações e serviços de saúde, o decreto responsabiliza os entes federativos pela pactuação entre si de uma série de requisitos e garantias, como: transparência, integralidade, equidade no acesso; orientação e ordenamento dos fluxos; monitoramento do acesso e oferta regional das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010)

A Portaria nº 4.279/2010 trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.

O objetivo da RAS, segundo essa normativa, é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Visa, ainda, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

O documento estabelece também que a operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

O Pacto pela Saúde¹ define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território

1 O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Para mais informações: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9%20o%20Sistema%20%C3%A9%20Anico%20de%20Sa%C3%BAde>.

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010).

Para a conformação de Regiões de Saúde, há a necessidade de aplicação de parâmetros que considerem os espaços territoriais bem definidos e gerenciáveis, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente identificadas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados (MENDES, 2010).

O objetivo deste capítulo é analisar a regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a distribuição dos CAPS dentro das Regiões de Saúde e a cobertura de CAPS em cada Região Administrativa do Distrito Federal.

Considerou-se, para fins de análise, que a prestação de atendimento em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dar-se-á em três modalidades. Primeira: o atendimento a adultos em sofrimento psíquico grave, o qual pode ser prestado por CAPS I, CAPS II ou CAPS III. Segunda: o atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, que pode ser prestado pelo CAPS I ou CAPS i. Terceira: o atendimento de pacientes a partir dos 16 anos com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, que pode ser realizado por CAPS I, CAPS AD II, CAPS AD III e CAPS AD IV.

2. Análises

O Distrito Federal, em 2010, iniciou a descentralização da gestão da saúde por meio do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), atendendo aos princípios de Descentralização e Regionalização que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta iniciativa previa somente o repasse de recursos para as regionais de saúde realizarem pequenos reparos e aquisições de modo descentralizado. No ano de 2016, foi adotado o Programa de Gestão Regional em Saúde (PRS) no Distrito Federal, momento em que foi instituída a necessidade do cumprimento de metas e resultados, para além da descentralização de recursos financeiros.

O processo de regionalização da saúde no Distrito Federal é orientado pelas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde contidas no Decreto Nº 7.508, de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990², e dispõe sobre a organização do Sistema Único de

2 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Os conceitos definidos pela normativa nacional foram adaptados à realidade do DF pelo Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016³.

O Decreto nº 7.508 estabelece que:

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - Atenção primária;

II - Urgência e emergência;

III - Atenção psicossocial;

IV - Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - Vigilância em saúde. (BRASIL, 2011).

Cabe salientar outros dois importantes artigos constantes na normativa nacional:

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região

Segundo o Decreto Distrital nº 37.515, de 26 de julho de 2016, a Região de Saúde é definida como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas (RA) limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”⁴. As regiões de saúde são geridas por suas respectivas superintendências.

3 Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/exec_dec_37515_2016.html

4 DISTRITO FEDERAL, Decreto Nº 37.515, de 26 de julho de 2016.

Conforme o avanço do PRS, tais superintendências contarão com autonomia administrativa e financeira para as tomadas de decisões em relação a prestação de assistência em saúde local⁵. Atualmente, no DF, existem sete Regiões de Saúde, compostas pelas seguintes Regiões Administrativas:

Tabela 1 - Região de Saúde e Região Administrativa

REGIÃO DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS
CENTRAL	Asa Sul, Vila Telebrasília, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal
CENTRO-SUL	Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)
NORTE	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
SUL	Gama e Santa Maria
LESTE	Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral
OESTE	Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia
SUDOESTE	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia

Fonte: Elaborada pela equipe da APAPP com informações do site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

5 Informações disponíveis no portal eletrônico da Secretaria de Saúde do Distrito Federal: <https://www.saude.df.gov.br/regionalizacao-o-que-e-2/>. Consultado em 21 de setembro de 2021.

Tabela 2 - Distribuição dos CAPS por Região de Saúde

MODALIDADE	UNIDADE	ABRANGÊNCIA SEGUNDO DISSAM	REGIÕES DE SAÚDE REFERENCIADAS	REGIÃO DE SAÚDE ONDE ESTÁ LOCALIZADA
CAPS I	Brazlândia	Brazlândia Contingente populacional: 53.534 habitantes	<u>Parte da Região Oeste</u> (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia) * Este CAPS só atende a Região Administrativa de Brazlândia	<u>Oeste</u> (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia)
CAPS II	Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Cruzeiro e Octogonal Contingente populacional: 314.977 habitantes	<u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasília, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal)	<u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasília, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal)
	Paranoá	Paranoá, Paranoá Parque, Itapoã I e II, Jardim Botânico, Altiplano Leste, Setor de Mansões Dom Bosco, Mangueiral, São Sebastião Contingente populacional: 269.446 habitantes	<u>Leste</u> (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral) <u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasília, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal)	<u>Leste</u> (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral)
	Planaltina	Planaltina, Sobradinho I e II e Fercal Contingente populacional: 305.832 habitantes	<u>Norte</u> (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)	<u>Norte</u> (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)
	Taguatinga	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquireas e Ceilândia (Todas as quadras com exceção das QNNs e QNMs) Contingente populacional: 866.534 habitantes	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquirea, Recanto das Emas e Samambaia) <u>Oeste</u> (Parte da Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia)	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquirea, Recanto das Emas e Samambaia)
	Riacho Fundo	Riacho Fundo I e II, Estrutural, Guará, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Park Way, Santa Maria, Gama Contingente populacional: 618.555 habitantes	<u>Centro-Sul</u> (Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)) <u>Sul</u> (Gama e Santa Maria)	<u>Centro-Sul</u> (Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA))

CAPS III	Samambaia	Samambaia, Recanto das Emas e Parte da Ceilândia (QNM e QNN) Contingente populacional: 362.893 habitantes	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia) <u>Oeste</u> (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia)	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia)
CAPS i	Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way Contingente populacional: 838.862 habitantes	<u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasil, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal) <u>Leste</u> (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral) <u>Centro-Sul</u> (Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA))	<u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasil, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal)
	Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal, Lago Oeste Contingente populacional: 102.354 habitantes	<u>Norte</u> (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)	<u>Norte</u> (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)
	Taguatinga	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Areal, Arniqueiras Contingente populacional: 866.534 habitantes	<u>Oeste</u> (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia) <u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia)	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia)
	Recanto das Emas	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia Contingente populacional: 791.460 habitantes	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia) <u>Sul</u> (Gama e Santa Maria) <u>Centro sul</u> (Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA))	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia)

CAPS AD II	Guará	Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way Contingente populacional: 357.207 habitantes	<u>Centro Sul</u> (Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA))	<u>Centro Sul</u> (Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA))
	Itapoã	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral Contingente populacional: 269.446 habitantes	<u>Leste</u> (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral)	<u>Leste</u> (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral)
	Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal Contingente populacional: 258.915 habitantes	<u>Norte</u> (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)	<u>Norte</u> (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)
	Santa Maria	Gama e Santa Maria Contingente populacional: 261.348 habitantes	<u>Sul</u> (Gama e Santa Maria)	<u>Sul</u> (Gama e Santa Maria)
CAPS AD III	Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasilândia Contingente populacional: 337.778 habitantes	<u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasilândia, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal)	<u>Central</u> (Asa Sul, Vila Telebrasilândia, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal)
	Ceilândia	Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol Contingente populacional: 432.927 habitantes	<u>Oeste</u> (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia)	<u>Oeste</u> (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia)
	Samambaia	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniquireiras, Vicente Pires Contingente populacional: 362.936 habitantes	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquireira, Recanto das Emas e Samambaia)	<u>Sudoeste</u> (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquireira, Recanto das Emas e Samambaia)

Fonte: Elaborado pela equipe da APAPP/CEPS baseada nas informações do Memorando No 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM e na Tabela 1.

A Tabela 2 evidencia que a Rede de Atenção Psicossocial não corresponde às Redes de Atenção à Saúde, ou Regiões de Saúde, instituídas no Distrito Federal. Ou seja, alguns CAPS possuem áreas de abrangência que não são as mesmas que compõem a região de saúde. É o caso dos CAPS II de Taguatinga e do Riacho Fundo, CAPS III de Samambaia, CAPS I de Brasília, Taguatinga e Recanto das Emas, CAPS AD II Guará e CAPS AD III de Ceilândia. No Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, ao apresentar a área de abrangência e as regiões de saúde, não ficou claro o modelo adotado pela SES para a regionalização da saúde mental no DF.

A referida tabela indica ainda que há equipamentos que atendem a mais de uma região de saúde, exemplos: CAPS II do Paranoá, CAPS II Taguatinga e CAPS II Riacho Fundo; CAPS III Samambaia; CAPS I Brasília, Taguatinga e Recanto das Emas. O que representa 38,9% do total

dos CAPS. Os CAPS AD II e AD III atendem apenas regiões administrativas pertencentes à região de saúde onde estão inseridos.

É importante ressaltar que, conforme Tabela 2, os equipamentos nelas presentes atendem aos usuários oriundos de outras regiões de saúde. Por exemplo, o CAPS i de Brasília, localizado na região central, também atende a população das Regiões Centro-Sul e Leste. Do mesmo modo, o CAPS II de Taguatinga, localizado na região sudoeste, recebe os usuários da região oeste. Já os equipamentos das regiões norte e oeste prestam atendimento apenas aos pacientes residentes em sua área de abrangência.

A Região Centro-Sul não dispõe de equipamentos para atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave. Esse público é assistido na Região Central. Nesse caso, conforme a Figura 1, é possível perceber que algumas RAs da Região Centro-Sul não são limítrofes à Brasília, onde se localiza o CAPS i de referência para essa população, a exemplo do Riacho Fundo I e do Riacho Fundo II.

A Região Sul conta apenas com um serviço que atende pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, sem cobertura nas demais modalidades. As demandas da população de crianças e adolescentes em sofrimento mental são atendidas na Região Sudoeste e as voltadas ao atendimento de adultos com demandas em saúde mental, atendidas na Região Centro-Sul.

A Região Oeste conta com um CAPS I que presta atendimento a todas as modalidades, mas a cobertura restringe-se à RA de Brazlândia. As RAs de Ceilândia e do Sol Nascente/Pôr do Sol contam com cobertura apenas de serviço voltado ao atendimento dos adultos usuários de substâncias psicoativas. As demandas em saúde mental para adultos, crianças e adolescentes são atendidas na Região Sudoeste.

A Região Leste não dispõe de atendimento voltado para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e, nesse caso, as demandas da população são atendidas na Região Central.

Considerou-se, para fins de análise, que a prestação de atendimento em saúde mental dá se em três modalidades. Primeira: o atendimento a adultos em sofrimento psíquico grave que pode ser prestado por CAPS I, CAPS II ou CAPS III. Segunda: o atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, que pode ser prestado por CAPS I ou CAPS i. Terceira: o atendimento de pacientes de faixa etária a partir dos 16 anos com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, que pode ser realizado por CAPS I, CAPS AD II, CAPS AD III, CAPS AD IV. Este último não consta no rol de equipamentos instalados no DF.

Na tabela a seguir avalia-se quais são as modalidades de atendimento em saúde mental existentes e ausentes em cada região de saúde:

Tabela 3 - Cobertura dos CAPS por Região de Saúde

REGIÃO DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS	MODALIDADE DE CAPS SEM COBERTURA NA REGIÃO DE SAÚDE	MODALIDADE DE DE CAPS EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE
CENTRAL	Asa Sul, Vila Telebrasil, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal	-----	CAPS II Brasília CAPS i Brasília CAPS AD III de Brasília
CENTRO SUL	Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)	CAPS i	CAPS II Riacho Fundo CAPS AD II Guará
NORTE	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal	-----	CAPS II Planaltina CAPS i Sobradinho CAPS AD II Sobradinho
SUL	Gama e Santa Maria	CAPS i CAPS II ou CAPS III	CAPS AD II de Santa Maria
LESTE	Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral	CAPS i	CAPS II Paranoá CAPS AD II Itapoã
OESTE	Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia*	CAPS II ou CAPS III CAPS i	CAPS I de Brazlândia CAPS AD III Ceilândia
SUDOESTE	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia	-----	CAPS II de Taguatinga CAPS i de Taguatinga CAPS i do Recanto das Emas CAPS III de Samambaia CAPS AD III de Samambaia

Fonte: Elaborado pela equipe da APAPP/CEPS baseada nas informações do Memorando No 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM.

De acordo com a Tabela 3, apenas as regiões Central, Norte e Sudoeste estão cobertas por todas as modalidades de atendimento dos CAPS (crianças, adolescentes e adultos com demandas em saúde mental). As regiões Centro-Sul, Sul, Leste e Oeste não estão cobertas por todas as modalidades de atendimento, ou seja, os usuários são atendidos em outras regiões de saúde.

A legislação recomenda que as Regiões de Saúde possuam todas as modalidades de CAPS para atender as orientações de atenção integrada, com rede de transporte compartilhada que possibilite o fácil acesso dos usuários e que estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo de resposta necessário ao atendimento qualificado, eficiente e universal.

Nesse sentido, a estruturação da rede de Centros de Atenção Psicossocial não atende ao critério de melhor proporção de estrutura em relação ao contingente populacional do território, estabelecido pelo Pacto pela Saúde, pois a maioria dos CAPS está operando com déficit de cobertura, exceto o CAPS i de Sobradinho e o CAPS I de Brazlândia. Ou seja, a maioria dos CAPS

existentes do Distrito Federal são referência para uma população acima da estabelecida na Portaria de Consolidação nº 3, de outubro de 2017, referente à “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”⁸

Com o objetivo de verificar o contingente populacional atendido nas regiões de saúde, foi elaborada a Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Região de Saúde e Contingente Populacional

REGIÃO DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS	CONTINGENTE POPULACIONAL REGIONAL
CENTRAL	Asa Sul, Vila Telebrasil, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal	377.834
CENTRO SUL	Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)	358.758
NORTE	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal	331.726
SUL	Gama e Santa Maria	261.348
LESTE	Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral	269.446
OESTE	Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia	486.461
SUDOESTE	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia	796.281

Fonte: Elaborado pela equipe da APAPP/CEPS baseada no levantamento populacional com dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF- 2018

A região de saúde com o maior contingente populacional é a Sudoeste, com 796.477 habitantes, seguida pela Região Oeste com 486.591 habitantes. As demais apresentam um total populacional semelhante, ou seja, uma média 319 mil habitantes. A região Sudoeste reúne quase o dobro da população das demais regiões de saúde. O que revela uma discrepância significativa na densidade populacional desta região em relação às outras.

As referências para a análise da cobertura populacional pelas unidades de saúde mental estão estabelecidas nas Portarias do Ministério da Saúde, consolidadas na referida Portaria do Ministério da Saúde. Conforme tal portaria, para cada modalidade de CAPS, há quantitativo de habitantes a serem atendidos em uma região

§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 03, de outubro de 2017, referente à Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz_3-Redes.html#

atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)

§ 15. CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)

§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)⁹

De acordo com o Manual de Parâmetros da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/DF), o CAPS III é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 200.000 a 300.000 habitantes”.

Nesse aspecto, considerando a regionalização de saúde como modelo de gestão e cruzando-se os dados das Tabelas 2, 3 e 4, verifica-se que os CAPS que atendem a Região Central (CAPS II, CAPS i e CAPS AD III) são referência para um contingente populacional superior ao estabelecido pela norma. Da mesma forma, adotando como referência a área de abrangência informada pela DISSAM/SES, esses equipamentos referenciam quantitativo populacional superior a sua capacidade operacional. Por exemplo: a Região de Saúde Central é composta por 377.834 habitantes, e o CAPS i Brasília, considerando a área de abrangência informado pela DISSAM/SES, é referência para 838.862 pessoas. Já a Região de Saúde Centro-Sul é composta por 358.758 pessoas, e o CAPS II do Riacho Fundo, de acordo com a área de abrangência informada pela DISSAM/SES,

9 <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>

referencia um total populacional de 618.555 habitantes, ocorrendo o mesmo com o CAPS AD II do Guará. Na Região Sudoeste o contingente populacional regional é de 796.281 e o da área de abrangência  de 866.534 habitantes. Em ambos os modelos de gestão (regionalizao ou área de abrangência), os CAPS i e II de Taguatinga, o CAPS i do Recanto das Emas e os CAPS III e AD III de Samambaia atendem a uma populao quase duas vezes maior ao estabelecido pela legislao.

Tabela 5 - Região administrativa e cobertura dos Caps

RA	POPULAO	REGIÃO DE SAÚDE	CAPS TRANS-TORNO ADULTO de REFERÊNCIA	CAPS AD DE REFERÊNCIA	CAPS i DE REFERÊNCIA
I Plano Piloto	221.326	Central	Caps II Brasília	Caps AD III BSB	Caps i BSB
II Gama	132.466	Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Santa Maria	Caps i Recanto Emas
III Taguatinga	205.670	Sudoeste	Caps II Taguatinga	Caps AD III Sam	Caps i Taguatinga
IV Brazndia	53.534	Oeste	Caps I Brazndia	Caps I Brazndia	Caps i Brazndia
V Sobradinho	60.077	Norte	Caps II Planaltina	Caps AD II Sobradinho	Caps i Sobradinho
VI Planaltina	177.492	Norte	Caps II Planaltina	Caps AD Sobradinho	Caps i Sobradinho
VII Paranoá	65.533	Leste	Caps II Paranoá	Caps AD II Itapo	Caps i Brasília
VIII Núcleo Bandeirante	23.619	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guar	Caps i Recanto das Emas
IX Ceilndia	349.955	Oeste	Caps II Taguatinga/ Caps III Samambaia	Caps AD III Ceilndia	Caps i Taguatinga
X Guar	134.002	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guar	Caps i Brasília
XI Cruzeiro	31.079	Central	Caps II Brasília	Caps AD III Brasília	Caps i Brasília
XII Samambaia	232.893	Sudoeste	Caps III Samambaia	Caps AD III Samambaia	Caps i Recanto das Emas

XIII Santa Maria	128.882	Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Santa Maria	Caps i Recanto das Emas
XIV São Sebastião	115.256	Leste	Caps II Paranoá	Caps AD II Itapoã	Caps i Brasília
XV Recanto das Emas	130.043	Sudoeste	Caps III Samambaia	Caps AD III Samambaia	Caps i Recanto das Emas
XVI Lago Sul	29.754	Central	Caps II Brasília	Caps AD III Brasília	Caps i Brasília
XVII Riacho Fundo	41.410	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guará	Caps i Recanto das Emas
XVIII Lago Norte	33.103	Central	Caps II Brasília	Caps AD III Brasília	Caps i Brasília
XIX Candangolândia	16.489	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guará	Caps i Recanto das Emas
XX Águas Claras	117.346	Sudoeste	Caps II Taguatinga	Caps AD III Samambaia	Caps i Taguatinga
XXI Riacho Fundo II	85.658	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guará	Caps i Recanto das Emas
XXII Sudoeste/Octogonal	53.770	Central	Caps II Brasília	Caps AD II Brasília	Caps i Brasília
XXIII Varjão	8.802	Central	Caps II Brasília	Caps AD III Brasília	Caps i Brasília
XXIV ParK Way	20.511	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guará	Caps i Brasília
XXV Estrutural/SCIA	35.520	Centro Sul	Caps II Riacho Fundo	Caps AD II Guará	Caps i Brasília
XXVI Sobradinho II	85.574	Norte	Caps II Planaltina	Caps AD II Sobradinho	Caps i Sobradinho
XXVII Jardim Botânico	26.449	Leste	Caps II Paranoá	Caps AD II Itapoã	Caps i Brasília

XXVIII Itapoã	62.208	Leste	Caps II Paranoá	Caps AD II Itapoã	Caps i Brasília
XXIX SIA	1.549	Centro Sul	Sem referência indicada pela DISSAM	Sem referência indicada pela DISSAM	Sem referência indicada pela DISSAM
XXX Vicente Pires	66.491	Sudoeste	Caps II Taguatinga	Caps AD III Samambaia	Caps i Taguatinga
XXXI Fercal	8.583	Norte	Caps II Planaltina	Caps AD II Sobradinho	Caps i Sobradinho
XXXII Sol Nascente/Pôr do Sol	83.102	Oeste	Caps II Taguatinga/Samambaia	Caps AD III Ceilândia	Caps i Taguatinga
XXXIII Arniqueira	39.236	Sudoeste	Caps II Taguatinga	Caps AD III Samambaia	Caps i Taguatinga

Fonte: Elaborado pela equipe da APAPP/CEPS baseada nas informações do Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, levantamento populacional da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD/DF- 2018, e informações colhidas no site da Secretaria de Estado do Governo do Distrito Federal.

A partir dos dados apresentados pela DISSAM no Memorando nº 27/2021 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM, avaliou-se se todas as Região Administrativa do DF possuem equipamentos de referência para o atendimento de crianças, adolescentes e adultos com transtorno mental grave e necessidades decorrentes do uso de drogas, mesmo que fora de sua Região de Saúde.

A Tabela 5 acima evidencia que 32 RAs possuem referência de equipamentos de saúde mental que atendem crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico grave e persistente e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Segundo as informações constantes no Memorando nº 27/2021, a Região Administrativa do SIA, que possui população de 1.549 pessoas, não é referenciada por nenhuma modalidade de CAPS. Ou seja, há parcela da população que fica fora da cobertura dos CAPS atualmente e, portanto, possivelmente sem atendimento em saúde mental.

Ressalta-se que, apesar de a maioria das RAs estarem cobertas por equipamentos de saúde mental, não há garantia de que os serviços existentes consigam atender a demanda, já que, como visto na Tabela 2, eles cobrem mais de uma região de saúde, com contingentes populacionais superiores ao estabelecido pelas normativas para cada modalidade de serviço, conforme evidenciado no capítulo 1.

3. Considerações Finais

O Distrito Federal adotou, a partir do ano de 2016, o Programa de Gestão Regional em Saúde. Definiu-se, em âmbito distrital, que a Região de Saúde é o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas (RA) limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”, conforme o Plano Distrital de Saúde 2016-2019, da Secretaria de Saúde do DF (DISTRITO FEDERAL, 2019)¹⁰. Hoje existem sete Regiões de Saúde no DF. São elas: Central, Centro-Sul, Sul, Norte, Leste, Oeste e Sudoeste, as quais organizam e dividem entre si o atendimento da atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Em relação a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, o DF iniciou o processo de regionalização previsto, mas não obedece a definição estabelecida pela legislação que considera a região de saúde como um “espaço geográfico contínuo e constituído por agrupamentos de RAs limítrofes”. Existem CAPS que prestam atendimento a mais de uma Região de Saúde, com áreas que não são próximas umas das outras. São eles: CAPS II do Paranoá, de Taguatinga e do Riacho Fundo; CAPS III Samambaia; CAPS i de Brasília, de Taguatinga e do Recanto das Emas.

Os CAPS II do Riacho Fundo I, O CAPS i de Brasília e o CAPS i do Recanto das Emas, conforme Tabela 2, são exemplos de equipamentos que atendem três regiões de saúde, compostas por inúmeras RAs que não fazem fronteira uma com a outra. Nesse sentido, fica evidente a constituição de uma barreira no acesso para os usuários.

Em relação às modalidades de atendimento dos CAPS, verificou-se que, das sete regiões, quatro delas não dispõem de todas as modalidades dentro de sua área de abrangência. Nas Regiões Centro-Sul e Leste não existe cobertura para o atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Nas Regiões Sul e Oeste falta cobertura para o atendimento a adultos em sofrimento psíquico grave e a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. O atendimento dessas modalidades é prestado por equipamentos de saúde mental que se encontram inseridos dentro do território de outras Regiões de Saúde.

Para a conformação de Regiões de Saúde, há a necessidade de aplicação de parâmetros que considerem os espaços territoriais bem definidos e gerenciáveis, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente identificadas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados (MENDES, 2010). Ao definir a regionalização como modelo de gestão, seria necessário que as regiões de saúde e de abrangência fossem as mesmas, o que não foi constatado.

¹⁰ Ver em https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1120488/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II-1.pdf

No modelo atual adotado pelas SES/DF, alguns dos CAPS atuam em mais de uma Região de Saúde e, portanto, devem responder às demandas de diferentes Superintendências de Saúde, o que pode ser um obstáculo para a gestão eficaz da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse aspecto, faz-se necessário que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal esclareça por que as regiões administrativas da área de abrangência dos CAPS não coincidem com as regiões administrativas das Regiões de Saúde e quais são os critérios adotados para a distribuição dos equipamentos de saúde mental nas regiões de saúde. É o caso do CAPS II de Taguatinga e do CAPS II do Riacho Fundo, do CAPS III de Samambaia, do CAPS i de Brasília, Taguatinga e Recanto das Emas, do CAPS AD II Guará e do CAPS AD III de Ceilândia.

Nesse caso, apesar de o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 (DISTRITO FEDERAL, 2011)¹¹ indicar que as Redes de Atenção à Saúde podem compreender uma ou várias Regiões de Saúde, o que se verifica no Distrito Federal é que os equipamentos que referenciam uma ou mais regiões atendem a uma população superior à capacidade de atendimento deles, comprometendo a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

A regionalização deve, segundo as normativas vigentes, garantir a organização e oferta dos serviços, o acesso, a eficiência, a redução de custos, aumentar a satisfação do usuário, diminuir desigualdades, produzir impactos positivos nas condições sanitárias e na vida das populações.

A região de saúde deve ser bem definida, as estruturas bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento e deve ter a melhor proporção de estrutura/população/território.

Nessa perspectiva, percebe-se que a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial não atende ao critério de melhor proporção de estrutura em relação ao contingente populacional do território estabelecido pelo Pacto pela Saúde, como evidenciado na Tabela 2 e 4 deste documento. O capítulo 1 confirma essa evidência ao concluir que a maioria dos CAPS existentes no Distrito Federal, exceto o CAPS i de Sobradinho e o CAPS I de Brazlândia, são referência para uma população acima da estabelecida na Portaria de Consolidação nº 03, de outubro de 2017, referente à “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”.

Considerando as referências estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº 03, de 2018, ou pelo Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (DISTRITO FEDERAL, 2018)¹² para cobertura populacional pelas unidades de saúde mental, verifica-se que as modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, CAPS AD II e III, CAPS i) existentes em cada região atendem a um contingente populacional que ultrapassa o limite operacional estabelecido pelas normativas vigentes. São exemplos, os CAPS II de Taguatinga, do Paranoá e do Riacho Fundo, os quais atendem a mais de uma região de saúde, dando cobertura a uma população superior à sua capacidade. O CAPS AD III de Samambaia, por exemplo, é referência para uma população de mais de 800.000 mil habitantes quando deveria referenciar no máximo 300.000 mil. Da mesma

11 Ver em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf

12 <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS-31-JUL.pdf>

forma, o CAPS I do Recanto das Emas atende cerca de 791.460 (setecentos e noventa e um mil quatrocentos e sessenta pessoas) quando deveria assistir a 300.000 (trezentos mil).

Essa avaliação pode ser ampliada ao analisar-se a qualidade do **acesso** desses usuários à rede regionalizada de atendimento psicossocial. E, para isso, é importante considerar aspectos relacionados à adequação entre a localidade de moradia do usuário e a RA onde está localizado o serviço, levando em conta a distância, os meios de transporte público que circulam entre as regiões, o tempo de deslocamento para chegar ao equipamento e se os serviços e recursos de saúde são ofertados em quantidade e qualidade apropriadas às necessidades dos usuários.

4. Referências Bibliográficas

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF 2018. Brasília, DF: Codeplan, 2018.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). **Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016**. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/05990c188e6a-4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. A regionalização da gestão da saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. **Brasília em Debate**, Brasília, n. 17, p. 22-27, 2017.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>. Acesso em: 31 out. 2021.

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

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>. Acesso em: 1 nov. 2021.

Capítulo IV

Controle Social em Saúde: a Pré-Conferência Livre em Saúde Mental no MPDFT

Izis Moraes Lopes dos Reis, Mariana Benigno e Rebeca Berka

Sumário

- 1. Introdução**
- 2. Discussão e apresentação das demandas populacionais**

1. Introdução

O presente capítulo refere-se aos relatos sobre a *Pré-Conferência de Saúde Mental: o papel do Ministério Público na Implementação de Políticas Públicas*. Os objetivos deste texto são: a) apresentar as informações sobre como usuários do SUS avaliam a política de saúde mental e b) indicar as reivindicações dos cidadãos do Distrito Federal sobre a estruturação dos serviços de saúde mental.

A Pré-Conferência foi realizada pelas equipes da Coordenadoria Executiva Psicossocial, uma parceria entre a Assessoria de Gestão de Informações Psicossociais (AGIP/CEPS/MPDFT) e a Diretoria de Serviços de Saúde Mental do Distrito Federal (DISSAM/SES/GDF).

2. Discussão e apresentação de demandas populacionais

No projeto de pesquisa “Análise da Implementação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)” estavam previstas atividades de coleta de dados avaliativos da política de saúde mental por parte dos usuários dos serviços providos pelo Sistema Único de Saúde a serem realizadas em 2022.

Considerando que 2022 foi um ano marcado pelas Conferências Municipais, Estaduais e Distrital de Saúde Mental, a coordenação da referida pesquisa (AGIP/CEPS/MPDFT)¹ optou metodologicamente pela participação das equipes das Assessorias de Acompanhamento e Perícia em Políticas Públicas² (APAPPs/CEPS/MPDFT) nas Pré-Conferências Regionais de Saúde Mental³. Entretanto, após tal participação, verificou-se que a escuta dos usuários dos serviços de saúde mental tanto pela SES/DF como pelas equipes da CEPS/MPDFT ficou aquém do esperado.

Diante disto, a coordenação da pesquisa optou pela organização, junto à Diretoria de Saúde Mental (DISSAM/SES/GDF), de mais uma rodada de debates no estilo pré-conferência, com objetivo geral de estimular o controle social da política de saúde preconizada na legislação vigente. Como objetivos laterais, a Pré-Conferência em questão visou ampliar a participação comunitária, a ocupação democrática dos órgãos públicos responsáveis pela formulação, implementação e fiscalização da política de saúde mental, com a elaboração de moções à 3ª Conferência Distrital

1 São atribuições da Assessoria de Gestão de Informações e Políticas Públicas (AGIP/CEPS): «II - Articular a atuação junto às Assessorias de Perícia e Avaliação de Políticas Públicas, com vistas a integrar as dimensões regionais numa perspectiva de complementaridade que favoreça as análises de abrangência distrital, quando demandada; III - Auxiliar as unidades regionais no planejamento das atividades de análise e avaliação de políticas públicas no âmbito dos territórios, quando demandado; IV - Assessorar tecnicamente a área finalística do MPDFT, em matérias de direito difuso e coletivo, cujas demandas transcendam a abrangência das unidades regionais de perícia e avaliação de políticas públicas».

2 Dentre as atribuições das APAPPs/CEPS estão: “I - Assessorar tecnicamente a área finalística do MPDFT, no território de abrangência, na defesa e promoção de direitos difusos e coletivos em matéria de Serviço Social e Psicologia, de forma interdisciplinar; II - Realizar perícias por meio do monitoramento e avaliação das políticas públicas para subsidiar a atuação institucional em procedimento extrajudicial ou em processo judicial com a emissão de pareceres, notas técnicas, relatórios técnicos ou outros documentos que comprovem a elaboração da atividade pericial; III - Monitorar os indicadores sociais atinentes ao seu território, com vistas a subsidiar a atuação na avaliação de políticas públicas; IV - Participar da rede social com o objetivo identificar e diagnosticar as principais necessidades do território para subsidiar a área finalística do MPDFT”. Para ver mais, acesse: https://intranet.mpdft.mp.br/portal/arquivos/pdf/CEPS/Carta_Servicos_Ceps.pdf

3 As pré-conferências regionais e a Conferência Distrital de Saúde Mental foram organizadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conforme o calendário: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/etapas-regionais-da-3a-conferencia-distrital-de-saude-mental-comecam-em-abril>

de Saúde Mental, realizada em 22 de junho de 2022.

O evento aconteceu no dia 15 de junho de 2022, entre 14h e 18h, no Edifício-Sede do MPDFT e contou com a participação de:

1. Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde (PROSUS);
2. Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Difusos (PROREG);
3. Promotorias de Justiça de Defesa da Infância e Juventude (PJIJ);
4. Assessoria de Gestão de Informações e Políticas Públicas (AGIP/CEPS/MPDFT);
5. Assessorias de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPPs/CEPS/MPDFT);
6. Diretoria de Saúde Mental (DISSAM/SES/DF);
7. Conselho de Saúde do Distrito Federal;
8. Poder Legislativo Federal (na figura da Deputada Erika Kokay);
9. movimentos sociais organizados: *Movimento da População em Situação de Rua do DF e Tulipas do Cerrado: Rede de Redução de Danos e Profissionais do Sexo do DF e Entorno*; das Organizações da Sociedade Civil (OSCs) e seus usuários, como: *MOVIN - Movimento para Inclusão*; o *Projeto de Extensão/Universidade de Brasília* em parceria com o Centro de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVGirassol/SES/GDF), *Projeto Juventudes* e *Projeto Estamos Juntos*; projeto *Territórios da Construção de Si*, coordenado pela Fiocruz junto ao MPDFT;
10. Profissionais da rede de saúde mental;
11. E, também, com a indispensável presença de militâncias independentes, representantes de várias minorias políticas usuárias da Saúde Mental.

A programação inicial divulgada consta na imagem a seguir:

Figura 1 - Programação da Pré-Conferência Livre de Saúde Mental



Fonte: AGIP

A Pré-Conferência foi planejada para ser realizada na modalidade híbrida, com participantes presentes e com transmissão virtual. Cabe acrescentar que, na data, houve problemas técnicos com os equipamentos do MPDFT. Em primeiro lugar, aponta-se que não havia câmera e microfones disponíveis no computador da sala de treinamento, apesar de terem sido solicitados pela equipe da AGIP/CEPS, o que prejudicou a transmissão das falas dos participantes e o debate precisou ser transmitido por meio dos telefones celulares das organizadoras. Em segundo lugar, devido ao longo período sem eventos presenciais, as salas de treinamento estavam desorganizadas, sem o mobiliário comum anteriormente existente. Ainda, como os computadores estavam desligados há certo tempo, houve dificuldades para realização de *login* das organizadoras. Em terceiro lugar, na data, o serviço de internet não estava estabilizado no horário de início do evento, fator que causou atraso das atividades previstas.

Tais dificuldades foram sentidas, discutidas e rechaçadas pelos participantes presenciais do evento, especialmente a falta de mobiliário que interferiu tanto na acomodação adequada à magnitude do evento (não prevista inicialmente pelas organizadoras) quanto na participação remota dos promotores de justiça. A equipe organizadora rearranjou a programação para reduzir a quantidade de falas por parte de agentes institucionais e ampliar as vozes dos participantes presenciais.

A programação, então, contou com: 1. abertura, em que agentes institucionais apresentaram-se, bem como foram ouvidas manifestações iniciais de participantes; 2. explanação dos Promotores de Justiça Clayton da Silva Germano e Bernardo Matos, vinculados à 2ª PROSUS e

à 3ª PROREG, respectivamente, sobre o Processo Judicial nº 2010.01.1.067203-4, em que o Governo do Distrito Federal foi condenado a implementar 25 residências terapêuticas e 19 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Em seguida, o microfone foi aberto para que fossem ouvidas as demandas dos movimentos sociais, das organizações da sociedade civil e dos demais presentes.

Ao longo do evento, muitas foram as queixas relativas à perpetuação da violência institucional, em diferentes locais, por meio de discriminações de cunho racial, de gênero e contra pessoas LGBTQIA+. Por exemplo, uma mulher transgênero⁴, desde o início do evento, indicou ter sofrido transfobia durante uma das pré-conferências regionais promovidas pela SES/GDF. A fala foi referendada por demais participantes que também já sofreram discriminação nos serviços de saúde mental em decorrência de estereótipos negativos de gênero e/ou da marginalização de identidades e sexualidades. Diante de tais relatos, indica-se a necessidade de todos os serviços públicos se adequarem para garantir o uso de nome social, bem como de avançarem nos debates e nas decisões políticas relacionadas a despatologização das identidades de gênero⁵.

Destaca-se a intervenção do autointitulado Dr. LouCURA, liderança vinculada ao Movimento de Pessoas em Situação de Rua, o qual chamou as “autoridades” (de modo genérico, mas também aos membros do MPDFT) a viver “uma semana nas ruas junto comigo”. De acordo com o Dr. LouCURA, tal experiência ajudaria a sociedade como um todo a conhecer a realidade de quem mora e tira seu sustento das ruas. O participante afirmou, ainda, que o próprio Estado deve ser responsabilizado pela quantidade de pessoas em situação de rua, pois as instituições recusam-se a assumir seus deveres e desassistem as parcelas populacionais mais empobrecidas e marginalizadas. Em sua análise, o descumprimento do dever do Estado em prover políticas sociais adequadas também permite que a violência institucional se instale em espaços em que o cuidado com a saúde mental deveria acontecer.

A população também cobrou maior articulação da Secretaria do Desenvolvimento Social (SEDES), da Secretaria de Justiça (SEJUS) e da Secretaria de Saúde (SES) para desenvolver trabalho com as pessoas em situação de rua. Como afirmaram, há estrutura social racista e de discriminação de classe social que invisibiliza e adocece uma parte da população. O sofrimento psíquico desta parcela populacional deve-se à vulnerabilidade social e à falta de dignidade, devido ao não acesso a direitos fundamentais, como moradia, trabalho digno e em condições salubres, educação, lazer etc.

4 Utiliza-se, neste capítulo, a terminologia pessoa transgênero como um “conceito ‘guarda-chuva’ que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento”. O conceito contrapõe-se a outro, cisgênero: “Conceito ‘guarda-chuva’ que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento”. Para saber mais, veja: JESUS, Jaqueline. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>

5 Para melhor compreensão deste debate, que contém debates teóricos e políticos relevantes, sugere-se consultar a seguinte bibliografia:

a) Arán, Márcia, Murta, Daniela e Lionço, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 4 [Acessado 31 Agosto 2022], pp. 1141-1149. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>>

b) Bento, Berenice e Pelúcio, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2012, v. 20, n. 2, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/GYT43pHGkS6qL5XSQpDjrj/?lang=pt&format=pdf> ;

c) REIS, Izis M. L. Uma arena de negociações e conflitos: análise das instituições estatais sobre a política de saúde para pessoas trans* no Brasil. *Interseções* [Rio de Janeiro] v. 15 n. 1, p. 48-71, jun. 2013, Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/9416/7305>

Um dos problemas apontados pelo Movimento de População em Situação de Rua é de que o Instituto Médico Legal (IML/PCDF) estaria emitindo laudos médicos de “insanidade mental” para pessoas em situação de rua, o que teria motivado uma série de internações compulsórias desnecessárias. Nesse quesito, urge solicitar à PCDF maiores esclarecimentos sobre a atuação do IML no que diz respeito aos laudos médicos referentes à saúde mental.

Outro grupo que reclamou da exclusão dos processos decisórios foi o composto por adolescentes e jovens. Eles apontaram a falta de acolhimento e de validação familiar e social de suas ideias e sentimentos como agravantes do estado de adoecimento psíquico. Também apontaram a existência de estigmas que desvalorizam o sofrimento psíquico infantojuvenil, relegando-o ao espaço da invenção, da imaginação e/ou da criatividade. A rede Estado-Sociedade-Família, que deveria oferecer integridade física e mental, dignidade e saúde para o bom desenvolvimento da infância e juventude, não possui efetividade quando se trata de assistir e assegurar a saúde mental desse público.

Segundo os participantes, uma demonstração de que os adolescentes e jovens não são priorizados é o fato de a cobertura pelos serviços voltados à saúde mental infantojuvenil ser muito pequena. São somente 04 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) para atender todas as regiões administrativas. Conforme Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede (DISTRITO FEDERAL, 2018), já citado em capítulos anteriores, um CAPS i deve ter capacidade referencial entre 150.000 e 300.000 habitantes. De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (CODEPLAN, 2021)⁶, a população do Distrito Federal é de 3.011.881 (três milhões, 11 mil e oitocentos e oitenta e um habitantes). Nesse contexto, para se adequar à norma da Secretaria de Saúde, seriam necessários cerca de 10 CAPS especializados em atendimentos de crianças e adolescentes.

Há também necessidade de ampliação das atividades e atendimentos realizados pelo Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) e do Adolescentro. Estes dois serviços, em conjunto com os CAPS i formam a rede de atenção psicossocial a crianças e adolescentes. que deve contar com avaliação multidisciplinar para diagnósticos e tratamentos de transtornos mentais e comportamentais, bem como realizar programas de acompanhamento para estimulação precoce de crianças neuro-divergentes. Entretanto, somente o COMPP e o Hospital da Criança realizam diagnósticos de doenças neurológicas, como autismo, o que deixa a população infantojuvenil desassistida no que se refere a exames, diagnósticos, consultas e atendimentos de modo geral.

Os participantes reclamaram da infraestrutura, das condições de instalação e da falta de manutenção predial dos CAPS do Distrito Federal. De acordo com os resultados da etapa 1 da pesquisa realizada pela AGIP/APAPPs/CEPS, por meio da aplicação do questionário virtual “Acompanhamento dos serviços de saúde mental”, apenas um quarto das unidades possui manutenção predial contínua. Ainda segundo o mesmo questionário, cerca de 80% dos CAPS não possuem espaço físico adequado para as atividades desenvolvidas. Foram citadas a quantidade insuficiente de salas para atendimentos, a iluminação e a ventilação inadequadas, além das faltas

6 Ver em: http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/static/downloads/relatorios/relatorio_DF.pdf

de banheiro, espaço lúdico e sala coletiva. As falas dos usuários dos serviços de saúde mental e dos gestores dos CAPS (grupo respondente do questionário) estão em consonância no sentido de elencar que há precariedade e inadequação dos espaços físicos dos serviços implementados pelo GDF.

Diante dos vários fatores elencados, os diversos participantes apresentaram questionamentos e moções de apoio, de denúncia e de repúdio, além de algumas ações já apontadas no decorrer deste texto. Iniciam fazendo menção de honra a todos os profissionais atuantes na área da saúde que dizem não ao retrocesso e fazem da luta antimanicomial sua bandeira.

Ao MPDFT, demandam a continuidade dos trabalhos com a Divisão de Saúde Mental.

Ao GDF e ao MPDFT, demandam a criação de um Observatório de Saúde Mental, a fim de garantir a entrada e a fala da sociedade civil nos debates, combater a desinformação, facilitar o acesso ao Ministério Público e mobilizar informações sobre saúde mental e políticas públicas durante o ano todo, não apenas no Setembro Amarelo.

À SES e ao MPDFT, demandam revisitar os Anais da Conferência de Saúde Mental realizada há 10 anos, de modo a analisar o que foi e o que não foi implementado.

À SES, urge a modificação dos espaços já existentes com a construção de banheiros adequados e acessíveis, refeitórios, salas de jogos, espaços para atividades coletivas e academias comunitárias nos arredores dos CAPS. Tais ações também visam garantir a criação de serviços de fortalecimento de vínculos, convivência, lazer e integração da sociedade para desestigmatização das pessoas com transtornos mentais.

À SES, demandam fornecimento de computadores, impressoras, papel e tinta, assim como de outros materiais necessários, como tapetes de EVA, canetas hidrográficas, lápis de cor etc., para que os CAPS sejam abastecidos regularmente.

À SES, demandam que sejam oferecidos cuidados aos profissionais da saúde, assim como incentivos para lotação e permanência nos CAPS. Os trabalhadores da saúde estão adoecidos e não há atenção específica, o que impacta negativamente no atendimento da população.

À Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), demanda-se a incorporação de atividades de cursos profissionalizantes e de geração de renda e autonomia financeira nos planos de acompanhamento individuais, além de inserir o usuário e a família em programas de assistência social.

À RAPS, integrar as famílias e os cuidadores na escuta sobre a política de saúde mental.

Além das moções relacionadas à saúde mental, direcionadas aos mais diversos agentes, houve também uma moção urgente pela atenção ao surto de dengue que atinge a região administrativa da Ceilândia, cidade com várias áreas sem saneamento básico, o que implica proliferação da doença.

Tabela 1 – Denúncias e demandas

Sobre a Rede de Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Não ao retorno de manicômios! Não ao retrocesso!• Não há psiquiatra na policlínica do Guará.• Há necessidade de contratação de acompanhante terapêutico para auxiliar pessoas com dificuldades de relacionamento interpessoal e comunitário.• Demanda pela realização de concurso público para psicólogo escolar pela Secretaria de Educação/DF.
Sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	<ul style="list-style-type: none">• Os CAPS estão com falta de profissionais: assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e equipe multidisciplinar;• respeito, nos serviços, do nome social e da identidade de gênero dos usuários e profissionais• Não há infraestrutura adequada nos CAPS, especialmente os infanto-juvenis.• Há necessidade de construção de novos CAPS.• Pela criação do CAPS dentro da Cidade Estrutural. Não há nenhum CAPS na região administrativa, as pessoas precisam se deslocar para o Riacho Fundo I ou para o Guará em busca de atendimento.• Não há previsão de CAPS em São Sebastião, mesmo com cerca de 250 mil habitantes – urbana e rural. Adiciona-se que há previsão criação do Setor Crixá, com alocação de cerca de 07 mil pessoas por meio da política de habitação.• Pela construção de CAPSi em todas as regiões administrativas.• Transformar o Instituto de Saúde Mental em CAPS III com espaços de convivência e área verde.• Criar painel demonstrativo diário da escala de profissionais dos CAPS, para que usuários do serviço entendam o funcionamento e o expediente de atendimento.
Contra preconceito e discriminação	<ul style="list-style-type: none">• Respeito, nos serviços, do nome social e da identidade de gênero dos usuários e profissionais;• Combate a todas as formas de intolerância, racismo e preconceito dentro dos CAPS;

<p>Sobre a rede de proteção à população e garantia de dignidade humana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emprego e renda são fundamentais para garantir saúde mental. • Pelo fechamento definitivo do lixão na Cidade Estrutural.
<p>Sobre a Secretaria de Saúde (SES/DF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda-se que os trabalhos da Diretoria de Serviços de Saúde Mental tenham continuidade. • Demanda-se que a SES apresente, com urgência, formas de melhoria da Rede de Atenção de Saúde Mental no curto, médio e longo prazos.
<p>Sobre a relação do MPDFT com a sociedade civil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que o MPDFT permaneça garantindo a entrada e a fala das pessoas dentro da instituição. • Que o MPDFT atente-se às questões mais sensíveis em relação à saúde mental (articulação das políticas sociais). • Que promotores de justiça conheçam a vida de fato (situação de moradia, empobrecimento, condições estruturais de vida). • Que fortaleçam a integração da sociedade civil nos processos pertinentes à garantia de direitos

Fonte: Elaborado pelos autores.

Capítulo V

O acesso aos CAPS: análise do transporte coletivo do DF e do transporte interno da SES/DF

Izis Moraes Lopes dos Reis, Mariana Benigno

Sumário

1. Introdução

2. Análises

2.1. Saúde mental, Função Social do Trânsito e Transporte Coletivo

2.2. Acesso aos Caps por Transporte Coletivo no DF;

2.2.1. Região Norte de Saúde

2.2.2. Região Leste de Saúde

2.2.3. Região Sudoeste

2.2.4. Região Central

2.2.5. Região Centro-Sul

2.3. Transporte interno: atividades profissionais previstas nos CAPS;

3. Considerações Finais

1. Introdução

Para que o atendimento à saúde seja garantido, é necessário que o acesso aos serviços públicos seja facilitado, especialmente no que se refere ao transporte coletivo. Durante a pesquisa realizada sobre a situação dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, ficou evidente a necessidade de analisar a relação entre mobilidade urbana e o acesso às unidades de saúde mental, o transporte interno disponibilizado pela Secretaria de Saúde aos trabalhadores dos CAPS e o direito à saúde.

No caso do direito ao transporte, é relevante afirmar que este possibilita a integração dos cidadãos à cidade e pode induzir o desenvolvimento social. Ou seja, para que o trânsito tenha sua função social realizada, há necessidade de que acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida sejam levadas em consideração. Destaca-se que o acesso ao transporte e aos serviços públicos como meio de garantir o direito a comunidades e cidades sustentáveis está entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU):

Até 2030, proporcionar o acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preço acessível para todos, melhorando a segurança rodoviária por meio da expansão dos transportes públicos, com especial atenção para as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, mulheres, crianças, pessoas com deficiência e idosos (ONU, 2015)

No Brasil, a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, estabelece as diretrizes gerais da política urbana. Mais conhecida como Estatuto das Cidades, a lei tem o objetivo de regular o uso da “propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental”. A lei estabelece que a função social da propriedade refere-se a

I – Garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infra-estrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações;

V – Oferta de equipamentos urbanos e comunitários, transporte e serviços públicos adequados aos interesses e necessidades da população e às características locais (BRASIL, 2001).

Especificamente sobre transporte, o Estatuto em questão indica a necessidade de que as cidades com mais de 500 mil habitantes possuam planos de transporte urbano integrado, com rotas acessíveis e acessibilidade às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida como um

dos focos básicos. A diretriz legal é a de que os órgãos e serviços públicos e privados fundamentais tenham acessos disponíveis e plenos por meio de infraestrutura adequada (vias, calçamentos etc.), mas também por meio da integração infraestrutural com o sistema de transporte coletivo.

Os objetivos deste capítulo são os seguintes: a) analisar a funcionalidade do serviço de transporte coletivo para os usuários e servidores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal; b) evidenciar as condições estruturais do transporte interno da Secretaria de Saúde e as dificuldades enfrentadas pelos CAPS para realização de suas atividades no que tange ao deslocamento de profissionais das unidades.

Para chegar a esses objetivos, foram realizados os seguintes procedimentos técnicos:

- Análise documental da Lei 10.257, de 2001, que estabelece diretrizes gerais da Política Urbana; das normativas que dispõem sobre a Política Nacional de Mobilidade Urbana, como a Lei nº 12.587, de 2012, e o documento produzido pelo Ministério das Cidades em 2013, no qual são apresentadas as diretrizes e outros aspectos da política; a Lei 4.566 de 2011, que dispõe sobre o Plano Diretor de Transporte Urbano e Mobilidade do Distrito Federal e a Lei nº 5.220 de 2013 que obriga a prestação de informações sobre os itinerários de transporte.

- Análise do relatório final de auditoria cívica nos transportes elaborado pelo Projeto “Como anda meu ônibus”, do MPDFT¹, e dos dados levantados pelo Índice sobre o Transporte Público, da empresa Moovit².

- Análise documental da Portaria nº 336, de 2002, que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); da Portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e do Decreto nº 7.508, de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, planejamento e assistência à saúde.

- Análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados nos formulários “Acompanhamento dos serviços de saúde mental” e “Acompanhamento dos serviços de saúde mental - parte 2” aplicados pela Assessoria de Gestão de Informações Psicossociais (AGIP) aos gestores dos dezoito CAPS do Distrito Federal. Esses dados tiveram como objetivo embasar levantamento preliminar de informações sobre o funcionamento das unidades.

- Análise de dados quantitativos acerca de distância, tempo de deslocamento e preço do transporte coletivo entre os endereços dos CAPS e de suas respectivas áreas de abrangência, a partir de plataformas virtuais gratuitas como *Moovit* e *Google Maps*.

1 Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/programas_projetos/como_anda_meu_onibus/Relatorio_4tri_elaboracao_como_anda_meu_onibus_covid.pdf

2 Disponível em: https://moovitapp.com/insights/pt-br/Moovit_Insights_%C3%8Dndice_sobre_o_Transporte_P%C3%BAblico_Brasil_Brasilia-1702

2. Análises

2.1. Saúde mental, Função Social do Trânsito e Transporte Coletivo

Durante a coleta de dados da pesquisa “Análise da Implementação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)”, ficou nítida a necessidade de analisar a relação que os serviços de saúde mental travam com os demais direitos sociais instituídos pela Constituição Federal. Segundo Marley Araújo et al. (2011)³, “mobilidade compreende a facilidade de deslocamento das pessoas e bens na cidade em função das complexas atividades nela desenvolvidas, constituindo um componente da qualidade de vida aspirada por seus habitantes”. Para analisar a facilidade/dificuldade e/ou a não/fluidez de pessoas e bens, um dos fatores centrais é a infraestrutura do sistema de transporte coletivo, horários, rotas, preço, tempo de deslocamento. Uma limitação no sistema pode impactar negativamente a população, comprometendo acesso a bens e serviços que seriam garantidores de direitos.

Há consistência nos estudos que indicam que fatores socioeconômicos são fundamentais para medir a qualidade de vida e a relação entre saúde e doença das populações. Esta relação também é verdadeira no que diz respeito à saúde mental. A estabilidade ou a ascensão econômica estão relacionadas a um menor risco de transtornos psiquiátricos, assim como o decaimento está diretamente vinculado a riscos mais elevados de desenvolvimento de transtornos mentais, inclusive pelo fato de que pertencer classe social mais baixa ao longo da vida pode induzir ao estresse crônico (Quadros, 2016)⁴.

Em uma sociedade capitalista, baseada na compra e venda de mercadorias, isso significa a possibilidade de arcar financeiramente com bens fundamentais para garantir saúde: deslocamento pago individual ou coletivo, compra de medicamentos, exames, acesso a órteses, próteses, dentre outros elementos. Então, em um primeiro momento, seria possível argumentar a relação óbvia entre função social do trânsito, sistema de transporte coletivo e direito à saúde: para consolidar o direito à saúde, é necessário que as pessoas consigam ter acesso aos locais que fornecem atendimentos específicos, como unidades básicas de saúde, unidades especializadas, hospitais, profissionais de saúde, farmácias etc.

Em segundo lugar, adiciona-se uma camada relevante para a compreensão da relação entre saúde mental e direito à circulação: o acesso aos serviços de saúde é fundamental, mas é relevante lembrar que a baixa capacidade de mobilidade urbana e rural pode implicar no empobrecimento do repertório de capacidade de ação e constranger a construção de uma subjetividade; diminui

3 Araújo, M. R. M. de., Oliveira, J. M. de., Jesus, M. S. de., Sá, N. R. de., Santos, P. A. C. dos., & Lima, T. C.. (2011). Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. *Psicologia & Sociedade*, 23(Psicol. Soc., 2011 23(3)), 574–582. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300015>

4 Quadros, L. de C. M. de., Laura, H. C., Quevedo, L. de A., & Gigante, D. P.. (2016). Efeitos da mobilidade social na saúde mental de adultos: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(Ciênc. saúde coletiva, 2016 21(2)), 443–448. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.17942014>

a possibilidade de exercício da criatividade e da imaginação (Gama, 2012)⁵. Isso porque a dificuldade de transitar pelos espaços e acessar serviços que garantam direitos podem diminuir o convívio social e a criação de novos vínculos. No caso de pessoas que sofrem com uso abusivo de álcool e de outras drogas, o isolamento e o estigma, unidos à dificuldade de circulação, dificultam o processo de tratamento e, conseqüentemente, de melhorias na qualidade de vida dos sujeitos.

Portanto, circular com maior facilidade pelos espaços é uma forma de permitir o acesso a serviços públicos de cuidado à saúde. Mas circular também faz parte do próprio cuidado. Uma das diretrizes da política de saúde mental é de que a prevenção e a promoção de saúde ocorram a partir “da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e **da produção de autonomia**” (BRASIL, 2017, sem grifos no original)⁶. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, diz que é direito das pessoas com transtorno mentais

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001)⁷.

No que tange à legislação sobre mobilidade urbana, percebe-se que há consonância de diretrizes e objetivos. A Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012, que institui princípios, diretrizes e orientações à Política Nacional de Mobilidade Urbana, aponta como objetivos: redução das desigualdades, promoção da inclusão social e do acesso a serviços básicos e equipamentos sociais – a fim de potencializar os princípios de equidade no acesso dos cidadãos ao transporte público coletivo – e, também, a eficiência na prestação dos serviços de transporte urbano. A normativa prevê diretrizes para a política tarifária do transporte público coletivo – que é, por si só, determinante do processo de ocupação da cidade, já que pode favorecer ou restringir o acesso dos cidadãos. Destaca-se a orientação de modicidade da tarifa para o usuário e de ser instrumento da política de ocupação equilibrada da cidade.

5 GAMA, J. R. DE A.. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1397–1417, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3pZzCqRdHw9xRb3xgMpvRZB/abstract/?lang=pt#>

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, que dispõe da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prco003_03_10_2017.html

7 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. Palácio do Planalto, 2001. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>

No Distrito Federal, o Plano Diretor de Transporte Urbano e Mobilidade do Distrito Federal (PDTU/DF) é o instrumento de planejamento que define as diretrizes e as políticas estratégicas para a gestão dos transportes urbanos no âmbito do Distrito Federal e do Entorno, regulamentado pela Lei nº 4.566, de 4 de maio 2011, tem como objetivos

I- melhoria da qualidade de vida da população, mediante a disponibilização de serviço de transporte público regular, confiável e seguro, que permita a mobilidade sustentável e acessibilidade para realização das atividades que a vida moderna impõe;

II – eficiência na prestação dos serviços, mediante rede de transporte integrada em regime de racionalidade operacional, priorizando-se os meios coletivos,

III – qualidade ambiental efetivada pelo controle dos níveis de poluição atmosférica e sonora e pela proteção do patrimônio histórico e arquitetônico, bem como das diversas áreas residenciais e de vivência coletiva, contra o trânsito indevido de veículos e

IV – redução dos custos nos deslocamentos no transporte público coletivo. (DISTRITO FEDERAL, 2011)⁸

Um desses objetivos, a redução dos custos nos deslocamentos no transporte público coletivo, é também tido como estratégia para promover o aumento da participação no serviço, mas não emerge nos contínuos aumentos de tarifas de deslocamento que acontecem desde o ano de 2015. No referido ano, as tarifas de transporte foram fixadas, através do Decreto 36.762 de 18 de setembro de 2015, em

I – as linhas classificadas como “Urbana 1 (U-1)” e “Urbana 3 (U-3)” passam de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) para R\$ 2,25 (dois reais e vinte e cinco centavos);

II – as linhas classificadas como “Metropolitana 1 (M-1)” e “Urbana 2 (U-2)” passam de R\$ 2,00 (dois reais) para R\$ 3,00 (três reais);

III – as linhas classificadas como “Metropolitana 3 (M-3)” passam de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos) para R\$ 3,00 (três reais);

8 Distrito Federal. Lei nº 4.566, de 04 de maio de 2011. Dispõe sobre o Plano Diretor de Transporte Urbano e Mobilidade do Distrito Federal – PDTU/ DF e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68571/Lei_4566_04_05_2011.html

IV – as linhas classificadas como “Metropolitana 2 (M-2)” passam de R\$ 3,00 (três reais) para R\$ 4,00 (quatro reais).

Art. 3º A tarifa do modo metroviário do Serviço Básico do Sistema de Transporte Público Coletivo do Distrito Federal – METRÔ/DF passa a vigorar com o valor único de R\$ 4,00 (quatro reais). (DISTRITO FEDERAL, 2015)

Em 30 dezembro de 2016, os valores passaram novamente por reajuste através do Decreto nº 37.940:

I - as linhas classificadas como “Urbana 1 (U-1)” e “Urbana 3 (U-3)” passam de R\$ 2,25 (dois reais e vinte e cinco centavos) para R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos);

II - as linhas classificadas como “Metropolitana 1 (M-1)”, “Metropolitana 3 (M-3)” e “Urbana 2 (U-2)” passam de R\$ 3,00 (três reais) para R\$ 3,50 (três reais e cinquenta centavos);

III - as linhas classificadas como “Metropolitana 2 (M-2)” passam de R\$ 4,00 (quatro reais) para R\$ 5,00 (cinco reais).

Art. 3º A tarifa do modo metroviário do Serviço Básico do Sistema de Transporte Público Coletivo do Distrito Federal - METRÔ/DF passa a vigorar com o valor único de R\$ 5,00 (cinco reais) (DISTRITO FEDERAL, 2016)

Tendo como base o valor inicial das tarifas antes da alteração feita pelo decreto de 2015 e o valor atingido no decreto de 2016, é possível estimar que, no período de aproximadamente 1 ano e 3 meses, as tarifas de transporte público coletivo aumentaram 75% do valor inicial cobrado nas linhas Urbana 2 (U-2) e Metropolitana 1 (U-1); 66,7%, nas linhas Urbana 1 (U-1), Urbana 3 (U-3) e Metropolitana 3 (M-3); e 40% na linha Metropolitana 2 (M-2).

Em setembro de 2015, o METRÔ/DF sofreu aumento de 66,7% do sobre o valor da tarifa. Os últimos reajustes ocorreram em 2020, com os Decretos 40.381 e 40.392 do mês de janeiro, os aumentos não foram tão abruptos quanto os anteriores e aconteceram, aproximadamente, 3 anos após o último reajuste. Tendo como base os valores atingidos em 2016, a nova taxaço atingiu o aumento de 10% para as linhas M-2 e METRÔ/DF, aumento de 8,6% para as linhas U-2, M-1 e M-3 e de 8% para as linhas U-1 e U-3. Os valores em reais podem ser conferidos nos artigos 3 e 4 do Decreto

I - as linhas classificadas como “Urbana 1 (U-1) “ e “Urbana 3 (U-3) “ passam de R\$ 2,75 (dois reais e setenta e cinco centavos) para R\$ 2,70 (dois reais e setenta centavos);

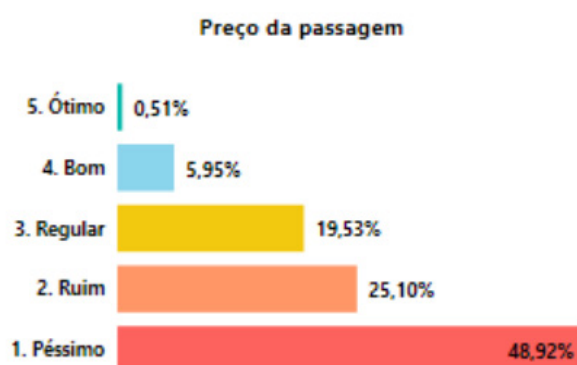
II - as linhas classificadas como “Metropolitana 1 (M-1) “, “Metropolitana 3 (M-3) “ e “Urbana 2 (U-2) “ passam de R\$ 3,85 (três reais e oitenta e cinco centavos) para R\$ 3,80 (três reais e oitenta centavos);

III - as linhas classificadas como “Metropolitana 2 (M-2) “ passam de R\$ 5,00 (cinco reais) para R\$ 5,50 (cinco reais e cinquenta centavos);

Art. 4º A tarifa do modo metroviário do Serviço Básico do Sistema de Transporte Público Coletivo do Distrito Federal - METRÔ/DF passa a vigorar com o valor único de R\$ 5,50 (cinco reais e cinquenta centavos). (DISTRITO FEDERAL, 2020)

Em auditoria civil, o MPDFT e o Instituto de Fiscalização e Controle coletaram dados sobre a experiência dos usuários entre 2019 e 2020 e evidenciaram, na dimensão de *estrutura e qualidade de serviço*, que 74% dos usuários acham o preço da passagem “péssimo” ou “ruim”. O relatório aponta que “quando a análise é da amostra dos respondentes que recebem até 1 salário mínimo e nenhuma renda, as duas avaliações somam 79,12%” (IFC, MPDFT. 2020. p. 64). Os altos valores das passagens nos transportes coletivos determinam a possibilidade de acesso das populações em vulnerabilidade social aos serviços e órgãos públicos, principalmente quando estão georreferenciados a unidades em regiões administrativas que não as de origem, esse fator se agrava quando o usuário precisa pegar mais de uma condução para chegar ao destino.

Imagem 1– Satisfação com a tarifa - DF



Fonte:IFC, MPDFT, 2020. p. 65

Hipoteticamente, se uma pessoa moradora do DF precisar deslocar-se até um serviço de saúde mental quatro vezes no mês, o gasto com passagem de transporte coletivo, na maior tarifa distrital (R\$ 5,50), será de R\$ 44,00 (quarenta e quatro reais) em caso de uso de linha única

(sem baldeação). Em 2022, o valor do salário mínimo era de R\$ 1.212,00 (mil duzentos e doze reais). Isso significa que o custo somente com tarifa de transporte coletivo referir-se-ia a 3,65% da renda familiar por causa do acompanhamento pontual de uma única pessoa para consultas/atendimentos⁹. O quadro abaixo ajuda a visualizar tal impacto:

Quadro 1 - Impacto tarifário na renda

Valor da tarifa (ida e volta) 4 consultas/mês	Custo em relação ao salário mínimo (R\$ 1.212,00)
R\$ 2,70 x 2 (viagens no dia) x 4 (vezes no mês) = R\$ 21,60	1,79%
R\$ 3,80 x 2 x 4 = R\$ 30,40	2,5%
R\$ 5,50 x 2 x 4 = R\$ 44,00	3,65%

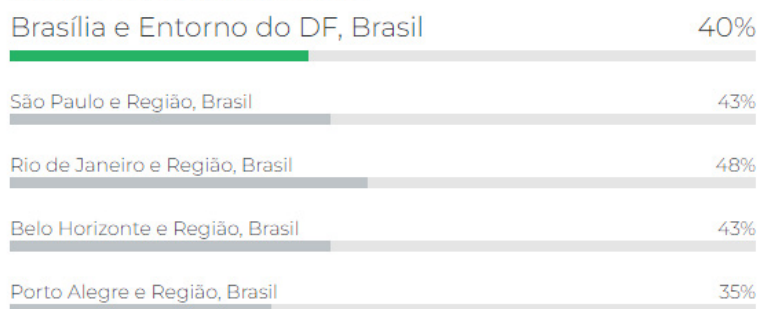
Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

Entretanto, o Índice Moovit sobre o Transporte Público¹⁰, em 2022, indicou que cerca de 40% dos usuários do transporte coletivo no DF fazem baldeação duas vezes durante uma viagem (imagem 2), e 39% dos usuários realizam viagens com uma única linha entre Brasília e Entorno do DF (imagem 3).

Imagem 2 - Baldeação em DF e Entorno

Quantas pessoas fazem baldeação duas vezes durante uma viagem em Brasília e Entorno do DF?

O percentual de pessoas em Brasília e Entorno do DF que fazem exatamente duas baldeações ao viajar para determinado destino em uma única viagem é de 39%.



Fonte: Índice sobre o transporte público - Moovit

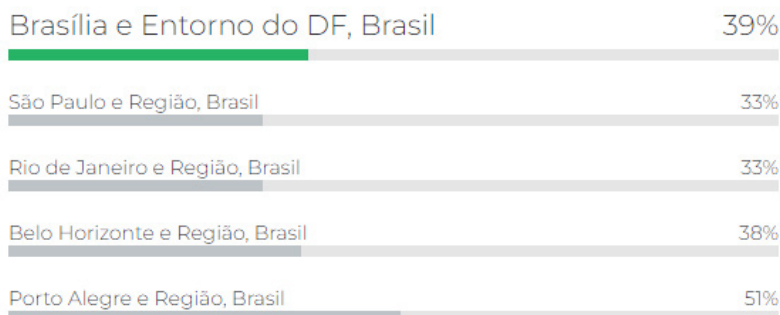
9 Importante ressaltar, no entanto, que o acompanhamento para casos de transtorno mental graves e persistentes podem requerer presença do paciente no CAPS várias vezes por semana ou mês, fazendo com que tais valores impactem ainda mais a renda das famílias do DF.

10 Ver em: https://moovitapp.com/insights/pt-br/Moovit_Insights_%C3%8Dndice_sobre_o_Transporte_P%C3%BAblico_Brasil_Brasilia-1702

Imagem 3 - Viagem em única linha em Brasília e Entorno

Quantas pessoas realizam viagens com uma única linha em Brasília e Entorno do DF?

O percentual de pessoas em Brasília e Entorno do DF que não precisam fazer baldeação durante uma viagem é de 39%.



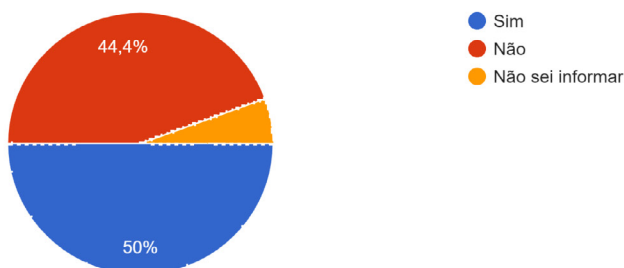
Fonte: Índice sobre o transporte público - Moovit

2.2. Acesso aos CAPS por transporte coletivo no DF

Os dados anteriores se relacionam com as respostas obtidas no questionário “Acompanhamento dos serviços de saúde mental”, aplicado aos gestores dos dezoito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal. Em resposta ao questionamento sobre a existência de linhas diretas de transporte coletivo para unidades dos CAPS partindo de todas as regiões atendidas, 50% dos gestores informaram que há linhas diretas, e 44,4% disseram que não há linhas diretas e 5,6% não souberam informar.

Imagem 4 – Acesso aos CAPS por transporte coletivo

Há linhas diretas de transporte coletivo para a unidade partindo de todas as regiões administrativas atendidas?
18 respostas



Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

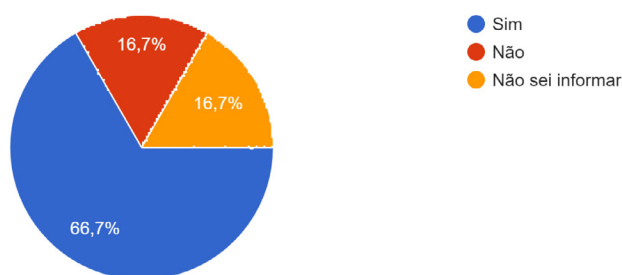
Em geral, as equipes dos CAPS parecem preparadas para sugerir as melhores rotas e linhas de transporte coletivo para que os cidadãos possam chegar até o serviço - cerca de 67% dos gestores informaram que, sim, a equipe consegue prover tais informações. No entanto, cerca de 33% das equipes não estão preparadas para indicar as formas de transporte para chegada

até o serviço, conforme a imagem 5 a seguir. Apesar de os profissionais preocuparem-se com o tema, entende-se que a prestação de informação, de acordo com o Plano de Mobilidade Urbana, é obrigação das empresas concessionárias do transporte público, que devem dispor, nos pontos de ônibus e terminais, informações atualizadas sobre os horários e itinerários, como determina a Lei nº 6.904, de 2021.

Imagem 5 - A equipe do CAPS está preparada para sugerir melhores formas de acesso via transporte coletivo?

Se um usuário precisa acessar o local, a equipe está preparada para sugerir melhores formas de acesso via transporte coletivo?

18 respostas



Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

No Metrô/DF, segundo a Secretaria de Transporte e Mobilidade (SEMOB), há um sistema de sinalização on-line, desenvolvido por técnicos da companhia, que coleta os dados do Metrô/DF em tempo real para transmiti-los por meio dos painéis nas estações; mas, nos pontos de ônibus, não há informação sobre itinerários ou horários, fato que é possível inferir a partir do encaminhamento feito, na auditoria cívica, à SEMOB:

Ação: Disponibilizar meios de informação ao usuário em terminais, estações e pontos de parada. Descrição: Instalar pontos como totens e/ou telas em que seja possível se verificar itinerários e horários das linhas por sistema padronizado que tenha interface com a geolocalização dos veículos oferecida pelos sistemas de GPS – como ocorre no **DF no Ponto**. Status: **Não iniciado** (IFC, MPDFT. 2020. p. 96, sem grifos no original)

Ao detalhar os problemas enfrentados pelos usuários dos serviços, os gestores afirmaram haver poucas ou somente uma linha direta partindo de uma única região administrativa. Esse pode ser um entrave na implementação do serviço de saúde, na medida em que dificulta o acesso dos usuários tanto pelo preço, quanto pelo tempo de deslocamento.

Essa realidade atinge o território do Distrito Federal por inteiro. Por meio dos questionários, foi possível mapear previamente as regiões com maiores dificuldades de acesso relatadas pelos gestores dos CAPS, sendo elas: Planaltina, Fercal, Lago Oeste (Basevi), Rota do Cavalo, Arroizal, Rio Preto e demais regiões rurais de Planaltina.

Para compreender melhor o que os gestores indicaram no questionário, a equipe de pesquisa realizou levantamento de informações via plataformas gratuitas *Google Maps* e *Moovit* sobre a distância entre os CAPS e as Regiões Administrativas da área de abrangência. Dentre os dezoito CAPS existentes no Distrito Federal, dez possuem entraves aos usuários quanto ao tempo de deslocamento entre as cidades da área de abrangência e do próprio acesso ao serviço.

2.2.1 Região Norte de Saúde

Alguns CAPS possuem problemas específicos, por exemplo a grande distância entre o serviço e uma das cidades da área de abrangência se impõe, como é o caso dos CAPS da Região Norte de Saúde: CAPS AD, CAPS infantojuvenil de Sobradinho e CAPS II de Planaltina.

Segundo os dados coletados, o tempo de deslocamento entre o centro de Planaltina e o CAPS AD de Sobradinho é de uma hora, conforme o quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Acesso ao CAPS AD Sobradinho, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS AD Sobradinho
Area de abrangência dos CAPS:	Planaltina, Fercal, Sobradinho 1 e Sobradinho 2
Planaltina	60min

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

O quadro 3 indica que o problema maior se encontra na distância entre o Lago Oeste, que faz parte da Região Administrativa de Sobradinho II, ao CAPS infantojuvenil de Sobradinho. É importante sinalizar aqui que o acesso ao CAPS infantojuvenil normalmente terá impacto maior em relação à tarifa: pelo menos um adulto responsável acompanhará a criança e/ou o adolescente ao serviço, o que duplica o custo da passagem de transporte coletivo.

Quadro 3 – Acesso ao CAPS i Sobradinho, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS i II Sobradinho
Area de abrangência dos CAPS:	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal e Lago Oeste
Lago Oeste	1h

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

Dado similar foi encontrado no que diz respeito ao tempo de deslocamento entre a Região Administrativa Fercal e o CAPS adulto de referência, o CAPS II de Planaltina, conforme quadro 4 a seguir:

Quadro 4 – Acesso ao CAPS II Planaltina, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS II Planaltina
Area de abrangência dos CAPS:	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal
Fercal	1h

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

2.2.2 Região Leste de Saúde

O grande período de tempo de deslocamento atinge patamares ruins na região leste de saúde, em que habitantes de outras regiões administrativas podem ter dificuldades referentes à distância e ao tempo para chegada nos serviços. Conforme o quadro 5, por exemplo, o acesso de moradores das RAs Jardim Botânico, Jardim Mangueiral e São Sebastião aos CAPS da área de abrangência (CAPS AD II Itapoã - quadro 5 - e CAPS II Paranoá - quadro 6) é demorado. São necessárias entre 1 hora e 2 horas em cada viagem para chegar até o serviço de referência.

Quadro 5 – Acesso ao CAPS AD II Itapoã, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS AD II Itapoã
Area de abrangência dos CAPS:	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Manguelral
São Sebastião	1h40min
Jardim Botânico	1h50min
Jardins Manguelral	1h

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

Quadro 6 – Acesso ao CAPS II Paranoá, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS II Paranoá
Area de abrangência dos CAPS:	Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião
São Sebastião	1h35min
Jardim Botânico	1h50min
Jardins Manguelral	1h

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

2.2.3 Região Sudoeste de Saúde

Nos serviços localizados na região sudoeste de saúde, há um problema adicional: muitas regiões administrativas atendidas pelos CAPS pertenceriam a outras regiões de saúde, segundo a divisão atual da SES/GDF. Ou seja, a base territorial e comunitária dos serviços fica prejudicada, especificamente quanto ao transporte coletivo, pois algumas regiões administrativas ficam muito distantes e requerem muito tempo de deslocamento.

Para ir ao CAPS AD III de Samambaia (quadro 7), por exemplo, quem está em Vicente Pires ou em Arniqueiras demora cerca de 1 hora e 20 minutos, em cada viagem, para chegar ao serviço. Quem se desloca do Areal demora cerca de 1 hora. Chama a atenção que o deslocamento entre Recanto das Emas e Samambaia, cidades contíguas, também leve cerca de 1 hora.

Quadro 7– Acesso ao CAPS AD III Samambaia, rota com duração igual maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS AD III Samambaia
Area de abrangência dos CAPS:	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Vicente Pires
Recanto das Emas	1h
Areal	1h
Arniqueiras	1h20min
Vicente Pires	1h18min

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

No acesso ao CAPS infantojuvenil do Recanto das Emas (quadro 8), as regiões administrativas em que o tempo de deslocamento é maior são: Gama, Riacho Fundo I e Riacho Fundo II, as três cidades que estão a cerca de 1 hora de deslocamento. Novamente, salienta-se que o acesso a um CAPS infantojuvenil terá maior impacto em relação ao gasto com a tarifa.

Quadro 8 – Acesso ao CAPS i Recanto das Emas, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS i Recanto das Emas
Area de abrangência dos CAPS:	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia
Gama	1h
Riacho Fundo 1	1h
Riacho Fundo 2	1h

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

2.2.4 Região Central

Como ilustra o quadro 9, o CAPS infantojuvenil localizado na região central de saúde atende uma população de doze regiões administrativas. Entre elas, metade possui grande período de deslocamento até o serviço, entre uma hora (Jardim Botânico) e uma hora e quarenta minutos (Itapoã). Outras cidades em que o tempo de deslocamento pode ser considerado ruim são: São Sebastião, Itapoã e Paranoá (RAs pertencentes à região leste de saúde); Park Way e Cidade Estrutural (pertencentes à região centro-sul de saúde).

Quadro 9: Acesso ao CAPS i Brasília, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS i Brasília
Area de abrangência dos CAPS:	Asa Sul, Asa Norte, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste/Octogonal, Cruzeiro, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, SCIA/Estrutural, Guará e Park Way.
São Sebastião	1h15min
Jardim Botânico	60min
Cidade Estrutural	1h02min
Paranoá	1h03min
Itapoã	1h40min
Park Way	1h30min

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

2.2.5 Região Centro-Sul

A região centro-sul de saúde concentra dois serviços de saúde mental, mas o acesso dos usuários a eles por meio de transporte coletivo é bastante difícil. O CAPS AD do Guará, por exemplo, cobre três cidades. O tempo de deslocamento entre elas é de cerca de uma hora (Riacho Fundo II e Cidade Estrutural) a uma hora e vinte minutos (Riacho Fundo I), conforme quadro 10 a seguir. E, mais grave, não há rotas sugeridas de transporte coletivo entre o Park Way e o serviço de saúde mental em questão.

Quadro 10 – Acesso ao CAPS AD II Guará, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS AD II Guará
Area de abrangência dos CAPS:	Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way.
Riacho Fundo 1	1h16min
Riacho Fundo 2	1h
Cidade Estrutural	1h
Park Way	O moovit não apresenta informações de ônibus do DF e GoogleMaps indica que não é possível traçar rotas de transporte público.

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

Porém, ainda mais grave é a situação do CAPS II do Riacho Fundo (também conhecido como Instituto de Saúde Mental). Todas as regiões administrativas da área de cobertura são distantes do serviço, já que o CAPS em questão está localizado em região afastada dos centros urbanos. O quadro 11 demonstra os trajetos e tempos de deslocamento:

Quadro 11– Acesso ao CAPS II Riacho Fundo, rota com duração igual ou maior que 1 hora

Cidade atendida	CAPS II Riacho Fundo (área especial)
Area de abrangência dos CAPS:	Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Núcleo Bandeirante, Park Way, Guará, Candangolândia, Estrutural, Gama e Santa Maria
Gama	1h20min
Riacho Fundo 2	1h
Cidade Estrutural	1h52min
Park Way	O moovit não apresenta sugestões de ônibus do DF e o GoogleMaps informa que não pode calcular rota de transporte público
Núcleo Bandeirante	1h
Candangolândia	1h12min
Guará	1h40min
Santa Maria	1h12min

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

Chama a atenção que o tempo de deslocamento por transporte coletivo entre todas as cidades e o serviço de saúde mental esteja acima de uma hora. Destaca-se que moradores da Cidade Estrutural precisam de, pelo menos, uma hora e cinquenta minutos por viagem para chegar ao CAPS. Isso significa cerca de quatro horas diárias de deslocamento em cada dia de atividade no serviço.

2.3. Transporte interno - realização de atividades profissionais previstas nos CAPS

As coletas de dados também visavam investigar a situação do transporte interno dos CAPS, provido pela Secretaria de Estado de Saúde e utilizado para atividades externas, tais como matriciamento e visitas domiciliares, atividades previstas e regulamentadas nas normativas referentes ao serviço. Em todas as modalidades de CAPS (I, II, III, AD e/ou infantojuvenil), há previsão de atividades que demandam transporte de profissionais, como indica a Portaria de Consolidação nº 3/2021 do Ministério da Saúde.

§ 2º A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

IV - **visitas domiciliares;**

V - atendimento à família;

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

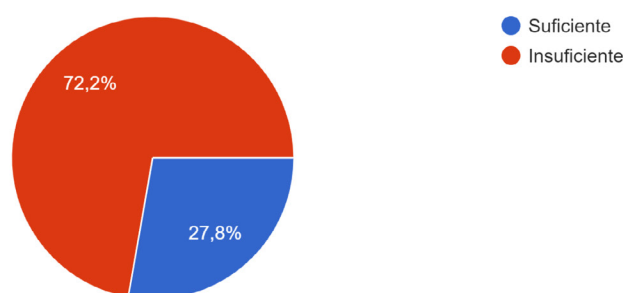
VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2017, ibidem, sem grifos no original).

As normativas sobre atenção à saúde mental são claras sobre a necessidade de as equipes conseguirem facilmente acessar as pessoas atendidas, aos familiares dessas pessoas, assim como as comunidades. Deste modo, a disponibilidade de carros e de motoristas é fundamental para a garantia do direito à saúde mental. Algumas pessoas, quando desorganizadas psiquicamente, não conseguem se deslocar aos CAPS e é necessário que o suporte profissional se dê nos domicílios, inclusive com aplicação de medicamentos. Igualmente relevante é, também, a relação entre CAPS e Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de agentes comunitários de saúde.

Porém, no Distrito Federal, o que a pesquisa realizada pelas equipes da CEPS/MPDFT indica é que o serviço de transporte interno da SES/GDF é insuficiente para o atendimento das demandas em saúde mental. Segundo o questionário respondido, somente 27,8% dos CAPS possuem estrutura adequada de transporte e recursos humanos para a realização de visitas domiciliares, matriciamento e demais atividades de base comunitária. Os demais 72,2% possuem estrutura de transporte inadequada para cobrir as atividades dos CAPS, conforme imagem 6 a seguir:

Imagem 6 - Efetividade do transporte interno à Secretaria de Saúde/SES-GDF

O serviço de transporte disponível é:
18 respostas



Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

Os gestores que responderam o questionário detalharam os problemas enfrentados pelas equipes, conforme quadro 12 a seguir. Destaca-se que a maior parte dos CAPS não possui equipe própria de transporte ou automóvel específico para atendimento, o que faz com que seja necessário o compartilhamento de recursos com outros serviços de saúde.

Quadro 12 – Detalhe problemas relativos ao transporte interno de profissionais.

O transporte é do hospital regional de referência da unidade, portanto, está disponível em dias e horários específicos e há dificuldade de motoristas.
Falta de RH (motorista) e veículos.
As demandas nem sempre são atendidas e demandas controladas pelo serviço de transporte do HRAN.
Não temos transporte próprio da unidade nem motorista. Além disso, o agendamento por meio do núcleo de transporte do hospital trabalha com prioridade das demandas, logo, se houver alguma intercorrência ou emergência a ser resolvida, o agendamento pode ser cancelado.
Não possuímos transporte e/ou motorista.
Não temos carro nem motorista. Solicitamos transporte no HRSAM, via agendamento, quando necessário.
Solicitamos de outra unidade.
Tem o carro e falta motorista.
Não tem carro nem motorista.
Não temos.
Quando necessitamos de transporte solicitamos ao núcleo de transporte do Hran.

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

A falta de automóvel e de recursos humanos impacta negativamente também em atividades que garantiriam a manutenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, como indica o quadro 13 a seguir:

Quadro 13 - Quais as dificuldades enfrentadas no matriciamento das unidades de saúde?

Disponibilidade das equipes de saúde da atenção primária, bem como dificuldade de deslocamento da equipe deste CAPS para o território, déficit de RH de especialistas no CAPS, falta de insumos que privilegiem ações matriciais a distância.
Falta de interesse das UBS em participar do matriciamento, número reduzido de servidores para manter as ações e a escala diária de funcionamento, falta de motorista para o veículo oficial que possuímos e o principal: extensão da área de abrangência.
Falta de médico e falta de transporte.
Falta de motorista, falta de carro oficial próprio do CAPS, falta de estrutura para reuniões virtuais, como, por exemplo, webcam e celulares institucionais.
Transporte, acesso, número de horas restritas para estas ações.

Fonte: Análise da Política de Saúde Mental no DF: os CAPS, CEPS/MPDFT, 2022

3. Considerações Finais

O objetivo deste capítulo foi apresentar as dificuldades enfrentadas pelos cidadãos do Distrito Federal no que tange ao acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação ao deslocamento para essas unidades de atendimento. Em primeiro lugar, apresentou-se como os

déficits relativos ao transporte público coletivo impactam negativamente o acesso aos serviços de saúde, já que o tempo de deslocamento, o preço das passagens e a necessidade de baldeações podem implicar a não adesão aos acompanhamentos propostos. Em segundo lugar, apresentaram-se os entraves que as equipes de saúde mental possuem para garantir o acesso de base familiar e comunitária ao atendimento necessário, em decorrência da falta de automóveis e de recursos humanos para superá-los. A inexistência de carros e motoristas nos CAPS impede a realização de atividades fundamentais previstas nas normativas, como visitas domiciliares, matriciamento, capacitação e demais procedimentos técnicos que se façam necessários.

Assim, duas adversidades coexistem: de um lado, os cidadãos do DF possuem dificuldades de chegar aos serviços de saúde mental; de outro, os profissionais também não conseguem oferecer retaguarda para as pessoas que, por algum motivo, não possam se deslocar aos CAPS. Há uma falha na cobertura do serviço de saúde mental pela inefetividade do transporte público coletivo do Distrito Federal (responsabilidade da Secretaria de Mobilidade) e do transporte interno de profissionais (responsabilidade da Secretaria de Saúde). A violação do direito à saúde acontece alinhada às violações do direito à cidade - a circulação de pessoas e de bens que garantam a qualidade de vida de uma população.

Capítulo VI

Infraestrutura e Manutenção dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal

**Izis Moraes Lopes dos Reis, Mariana Benigno,
Rebeca Berka e Viviane Baptista**

Sumário

1. Introdução

2. Análises

2.1. Infraestrutura e manutenção predial

2.2. Acessibilidade

2.3. Mobiliários e equipamentos de tecnologia, serviços de telefonia e de internet

3. Considerações finais

1. Introdução

O presente capítulo enfoca os aspectos relacionados à infraestrutura e manutenção das unidades de saúde mental do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Distrito Federal. Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico aplicado aos gestores dos CAPS em 2021, e durante visitas institucionais para realização de grupos focais¹ com as equipes de cada CAPS, realizadas no segundo semestre de 2022.

O capítulo objetiva apresentar panorama geral de problemas relatados pelos profissionais de saúde sobre os CAPS. Para a coleta de dados foram realizadas: a) em agosto de 2021: aplicação de formulários eletrônicos a gestores que integram as equipes multidisciplinares dos CAPS; b) entre julho e outubro de 2022: visitas institucionais para realização de grupos focais com as equipes dos CAPS.

Ressalta-se que não serão realizadas análises individualizadas de cada equipamento de saúde mental visitado, já que, para isto, é necessária avaliação técnica de equipes especializadas de Arquitetura e Engenharia.

2. Análises

Ao longo do último ano, as equipes de análise de políticas públicas, vinculadas à Coordenadoria Executiva Psicossocial (CEPS/MPDFT), coletaram uma multiplicidade de dados sobre infraestrutura e manutenção de espaços físicos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de saúde mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Este texto tem por objetivo apresentar os mais relevantes dados encontrados e apontar os problemas mais graves referentes ao tema.

Cabe acrescentar que não há profissionais de Engenharia e de Arquitetura nas equipes da CEPS/MPDFT e, portanto, as análises aqui presentes não excluem a necessidade de avaliações aprofundadas e específicas por parte de tais especialidades. Ao contrário, o capítulo propõe-se a apontar dados e informações que possam auxiliar na priorização de equipamentos a serem fiscalizados e periciados mais detalhadamente.

Alguns elementos foram analisados, segundo a autoavaliação de gestores das unidades, como: situação do imóvel; frequência de manutenção predial; identificação e visibilidade das unidades de saúde; qualidade das salas para atendimento; equipamentos e tecnologias, bem como serviços de telefonia e de *internet*. Serviços referentes à mobilidade urbana e ao transporte de profissionais para ações externas também foram avaliados, e constam no capítulo 05 desta publicação.

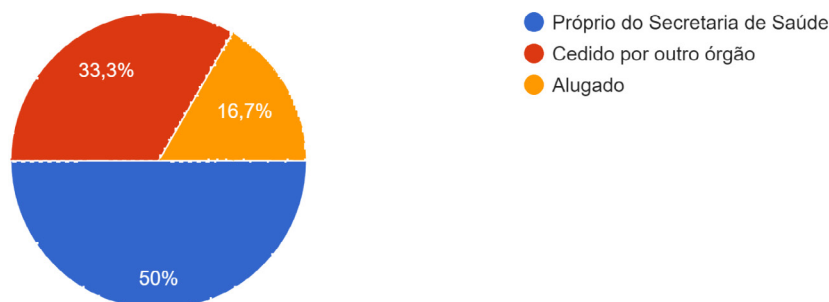
¹ De acordo com IERVOLINO, SA e PELICIONI, MCF. 2001, trata-se de metodologia que pode ser utilizada no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Pode ser considerada uma espécie de entrevista de grupo. Sua essência consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos.

2.1. Infraestrutura e manutenção predial

Em primeiro lugar, é importante indicar que cerca de metade dos equipamentos do tipo CAPS não possuem sede própria: 16,7% funcionam em imóveis alugados e 33,3% funcionam em espaços cedidos por outros órgãos públicos, como demonstra o Gráfico 1 abaixo. Os dados indicam que metade dos equipamentos de saúde mental no DF funcionam em ambientes que não foram planejados para um serviço de tal complexidade. Pondera-se, por exemplo, que os imóveis alugados não necessariamente cumprem normas técnicas de acessibilidade, já que normalmente não foram planejados para receber serviços de saúde. Por exemplo, os CAPS infantojuvenis do Recanto das Emas e de Brasília funcionam no mesmo prédio de outras unidades de saúde.

Gráfico 1 - Situação do prédio

Situação do prédio
18 respostas

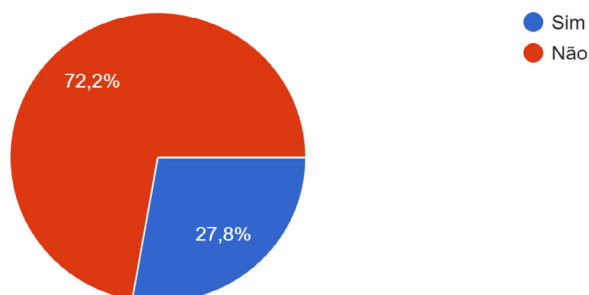


Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

O Gráfico 2 apresenta que 27,8% dos CAPS do DF, ou seja, 5 equipamentos, funcionam em espaços compartilhados.

Gráfico 2 – Compartilhamento de espaço do CAPS com outras unidades de saúde

O espaço do CAPS é compartilhado por outra unidade de saúde?
18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

Adiciona-se que alguns problemas são gerais e encontrados em diversos equipamentos, como a quantidade insuficiente de salas, cujo tamanho também não é adequado. É o que ilustram as respostas qualitativas ao questionário transcritas a seguir:

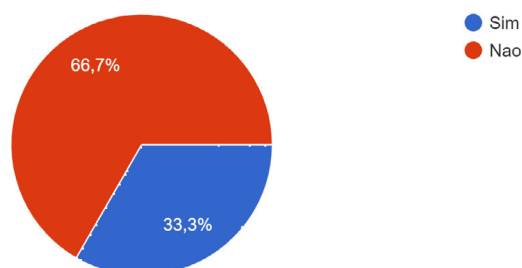
- Falta de salas/espços para atendimentos, as poucas salas não possuem isolamento acústico adequado aos atendimentos.
- Falta de ventilação e iluminação natural, espaços sem janelas, espaços separados por divisória.
- A unidade não possui salas para atendimento coletivo. O Caps possui apenas 3 salas de atendimento individual, das quais uma é reservada para a psiquiatria e duas para serem divididas entre os demais profissionais. Ainda é necessário manter o acolhimento de novos pacientes funcionando. Por vezes, frente a limitação física, forma-se uma espécie de fila de atendimento de profissionais, que se revezam para utilizar a sala.
- Em alguns dias, temos mais profissionais escalados que o número de salas disponíveis para atendimentos individuais, utilizamos algumas salas de grupo e/ou fazemos revezamento das salas de atendimentos individuais.
- Falta espaço para atendimento individual e em grupo, por vezes atendemos em locais impossíveis de manter o sigilo.
- Poucas salas, inadequação em relação ao atendimento infantil.
- Espaço pequeno e salas quentes.
- Há necessidade de dimensionamento do espaço físico (Respostas ao questionário Acompanhamento dos serviços de saúde mental, vinculado ao projeto “MPDFT pela Saúde Mental”).

Tais problemas se apresentam de modo ainda mais grave nas unidades com sede alugada ou em que há compartilhamento de espaços com outros serviços. Em quase todos os casos, as salas disponíveis não eram adequadas para as atividades desenvolvidas por não garantirem conforto acústico e térmico e, em algumas situações, por também não permitirem sigilo das informações trocadas com pessoas atendidas. Ou seja, no quesito ambiência, pode-se afirmar que a maior parte dos serviços de saúde mental não apresentam espaços agradáveis (em termos de conforto térmico e acústico, luminosidade etc.), que gerem bem-estar aos trabalhadores e usuários dos CAPS. Em alguns casos, a situação é ainda pior quando se localizam em contextos de insalubridade, como o de infestação de insetos (que podem causar agravos à saúde de todas as pessoas que utilizam o local).

Gráfico 3 - Acesso independente ao CAPS

Se sim, acesso de usuários ao serviço é independente da área física de unidade hospitalar geral/unidade básica de saúde?

6 respostas



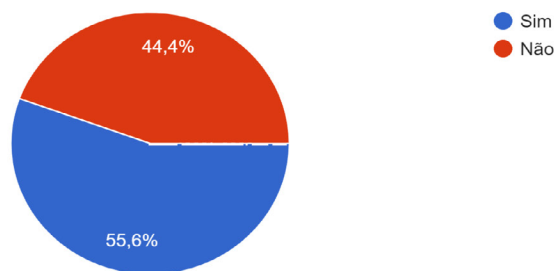
Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

Ademais, há ajustes que parecem detalhes, mas que fazem diferença no que diz respeito ao acesso da população ao serviço, como a visibilidade das entradas dos CAPS. Questionados, os gestores responderam que mais da metade dos CAPS que compartilham espaço físico não possui entrada independente. Os gráficos 3 e 4 a seguir ilustram essas respostas. A identificação da entrada facilita o acesso ao serviço e possibilita que a comunidade local conheça a disponibilidade e a existência dele. A entrada independente e visível, bem-sinalizada, pode ser fundamental para que: a) a população conheça os serviços de saúde existentes no território e possa encontrá-los com facilidade; b) a população atendida possa ter sua privacidade preservada ao adentrar no equipamento.

Como as pessoas com agravos na saúde mental ainda sofrem com preconceito e discriminação, garantir que as entradas dos serviços sejam visíveis e separadas de outras unidades pode preservar a individualidade e a privacidade das pessoas atendidas. Atenção especial pode ser dada a unidades que atendem usuários de álcool e outras drogas. Esses indivíduos também passam por intenso processo de culpabilização e estigmatização e, sem possibilidade de preservação da privacidade, podem se sentir desestimulados a vincularem-se ao serviço de saúde. Ou seja, a falta de entrada específica e bem-sinalizada pode causar a não adesão ao tratamento das pessoas que buscam o serviço de saúde mental.

Gráfico 4 - Visibilidade da Entrada do CAPS

O local de entrada do CAPS está devidamente identificado (de fácil visualização)?
18 respostas

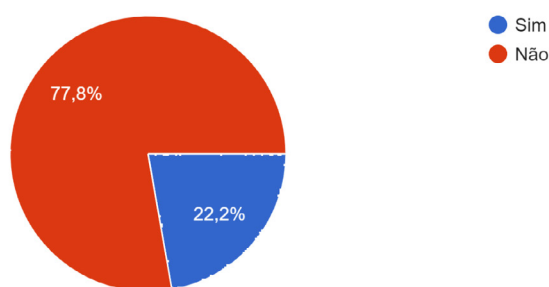


Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

Sobre aspectos de preservação e manutenção predial, chama a atenção que somente 22,2% das unidades passem por reformas e manutenções frequentes, conforme demonstra o Gráfico 5 a seguir. Os demais 77,8% dos CAPS não possuem manutenção predial frequente, nem sequer para prevenção de acidentes. Ou seja, além dos problemas de infraestrutura encontrados (quantidade insuficiente de salas para atendimento, espaços sem as condições adequadas para desenvolvimento das atividades, falta de sinalização do serviço), as edificações em que os CAPS se encontram também passam por processos de envelhecimento, intempéries do clima e demais ações ambientais e do uso continuado sem a execução de manutenções e de reparos necessários.

Gráfico 5 - Manutenção predial

O prédio passa por manutenções/reformas de modo continuado?
18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

Em diversas visitas técnicas, esta foi uma reclamação comum: pequenos serviços como pintura, instalações, consertos de portas/janelas e maçanetas são feitos diretamente pelos próprios trabalhadores das unidades, por pessoas contratadas por eles e/ou por meio de parcerias com a comunidade. Entretanto, isso não é suficiente para garantir o pleno funcionamento predial, como, por exemplo, das instalações hidráulicas e elétricas, que provavelmente precisam de revisões frequentes para garantir funcionamento diante da quantidade de pessoas que circulam nos locais diariamente.

Os dados demonstram que a precarização do espaço físico é a marca das unidades de saúde mental e há, portanto, lacuna de atuação do Governo do Distrito Federal no que diz respeito ao suprimento de recursos suficientes para o funcionamento básico das unidades. Os relatos dos próprios profissionais demonstraram que a estrutura física do espaço produz um ambiente insalubre devido ao calor e a não circulação de ar, além de não garantir o sigilo das consultas nem o conforto de pacientes e profissionais.

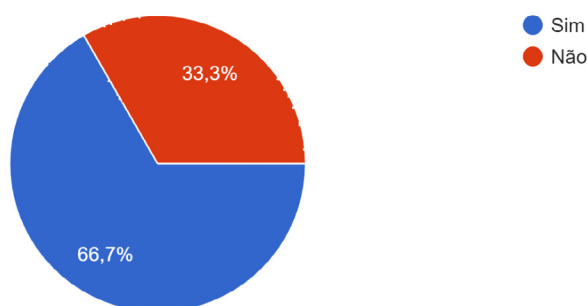
A falta de cuidado predial gera espaços indisponíveis para o uso, o que pode dificultar o bom funcionamento do serviço. Em alguns casos, a qualidade de vida dos trabalhadores e dos pacientes pode ser negativamente impactada diante de necessidades básicas não atendidas. Em outros, há espaços considerados insalubres. Por fim, há locais em que há sério risco à segurança pessoal de todos devido ao contato com materiais inadequados usados nas unidades.

- Nossa demanda de atendimento não comporta o número de salas; estrutura precária (falta de banheiro), atualmente a unidade passou por uma reforma emergencial, porém não foram sanados problemas estruturais. Por ex.: banheiro dos pacientes está interdito pois não fizeram os devidos reparos na rede de esgoto.
- Elevador antigo com problemas frequentes. Portão eletrônico da garagem de servidores sem manutenção. Repouso inadequado para servidores e terceirizados. Fachada depredada e o material é inadequado (VIDRO), sendo utilizado como arma pelos usuários de SPAs. As grades de proteção da fachada apresentam-se enferrujadas e empenadas. Infestação de pombos e insetos (baratas e mosquitos) nos forros e fossos de ventilação.
- A área externa do CAPS, local de acesso dos usuários (seja por transporte particular ou a pé), é totalmente imprópria, visto que o terreno ao redor do CAPS se divide em duas partes: uma com calçamento, que está quebrado, com vários buracos e valas, e outra parte terrosa com desníveis e buracos; ambos que podem levar qualquer um de nós a sofrer um acidente. Quando o paciente chega em cadeira de rodas, o mesmo precisa parar na porta de acesso do CAPS, caso contrário, não conseguirá chegar ao seu atendimento.
- Funcionamos no subsolo da UBS e por conta disso temos diversos problemas estruturais como, por exemplo, infiltrações.
- Possuímos 4 salas de atendimento para atender usuários de 8 RAs (nossa área de abrangência) mais usuários vindos do entorno, com uma população total estimada em mais de 1.000.000 de habitantes. Os banheiros são compartilhados com a UBS, sendo 2 para servidores e para os usuários é disponibilizado 1 único banheiro sem acessibilidade alguma e de difícil acesso (Respostas ao questionário Acompanhamento dos serviços de saúde mental, vinculado ao projeto “MPDFT pela Saúde Mental”)

O Gráfico 6 demonstra que há uma possível sobrecarga de trabalho nos CAPS, pois 66,7% dos serviços atendem a população que reside fora de sua área de abrangência. É importante indicar que os problemas referentes à infraestrutura e manutenção predial podem ser agravados diante da alta demanda aos CAPS no DF. A quantidade de demanda pode ser aumentada em virtude de contextos externos - como indicam estudos sobre a pandemia de COVID 19 - mas também por necessidades da população que não está completamente coberta por estratégias de prevenção e promoção de saúde mental.

Gráfico 6 - Atendimento fora da área de abrangência

O CAPS atende pessoas de outros locais fora da área de abrangência?
18 respostas

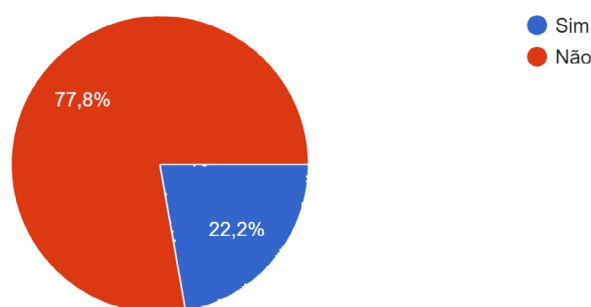


Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

Frisa-se que os CAPS no DF atendem a um alto contingente populacional dentro de suas áreas de abrangência, o que as equipes da CEPS/MPDFT já mostraram ao longo da pesquisa. E, além disso, as unidades também atendem às pessoas de fora das áreas definidas como território de referência. A relação entre demanda e quantidade adequada de salas de atendimento é relevante para avaliar ampliações e reformas nas unidades de saúde mental. Destaca-se que somente 22,2% dos gestores consideram adequada a quantidade de salas disponíveis, em contraposição a 77,8% das unidades que não possuem espaços adequados para o atendimento.

Gráfico 7 - Adequação de salas aos atendimentos realizados

A quantidade de salas disponíveis é adequada aos atendimentos?
18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

2.2. Acessibilidade

Um dos principais questionamentos aos gestores sobre infraestrutura foi sobre a adequação dos espaços para o recebimento de pessoas com baixa mobilidade e pessoas com deficiência. Acessibilidade é um conceito fundamental para que os governos possam planejar ações em saúde que, de fato, atendam à população em suas necessidades. Segundo o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, acessibilidade refere-se à

condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004)².

E as barreiras são

qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras nas edificações: as existentes no entorno e interior das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos serviços de transportes; e

d) barreiras nas comunicações e informações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos dispositivos, meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação (BRASIL, 2004).

Ou seja, há barreiras (arquitetônicas, de mobilidade, tecnológicas e comunicacionais) que podem impedir que as pessoas consigam: 1) chegar até o serviço - conhecimento do local, deslocamento, transporte; 2) adentrar o serviço e seus espaços com pouca dificuldade (rampas de acesso, sinalização correta, elevadores, sinais táteis/auditivos, etc.); 3) compreender as informações repassadas e participar das atividades (comunicação acessível e adaptada com o uso de recursos tecnológicos necessários para cada tipo de deficiência).

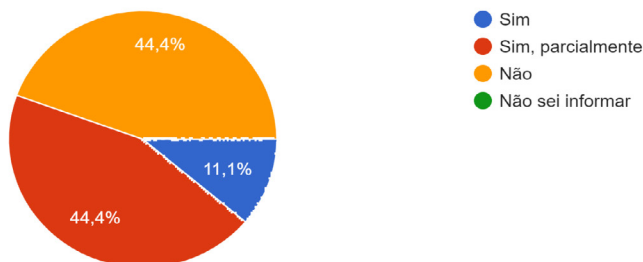
Como demonstram os gráficos 8 e 9 a seguir, quase metade dos CAPS do DF (44,4%) não estão adaptados para receber pessoas com deficiência ou baixa mobilidade conforme preconiza

² BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, que regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm

a legislação. Outros 44,4% possuem adaptações parciais para atendimento das normas sobre acessibilidade. Somente 2 CAPS (11,1%) estão localizados em edifícios de saúde com projetos arquitetônicos adequados às normas técnicas de acessibilidade.

Gráfico 8 - Adaptação para pessoas com deficiência - acessibilidade dos CAPS

O prédio está adaptado para pessoas com deficiência/dificuldade de mobilidade conforme legislações e normas de acessibilidade?
18 respostas

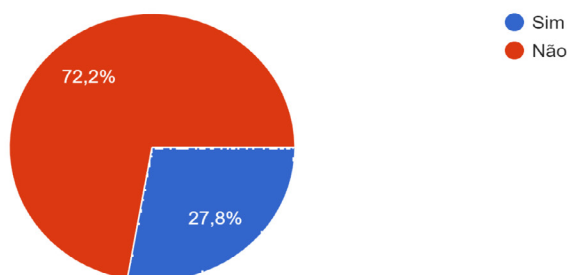


Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

O gráfico 9, abaixo, demonstra que o problema não parece ser somente da gestão interna das unidades, já que a maior parte dos equipamentos não conta com recursos humanos e auto-móvel para esta atividade fundamental. Isso porque cerca de 72% dos CAPS nunca passaram por avaliação predial que levasse em conta normas referentes à acessibilidade, com a tentativa de diminuir as barreiras e os impedimentos para acesso da população aos serviços.

Gráfico 9 - Inspeções referentes às normas de acessibilidade

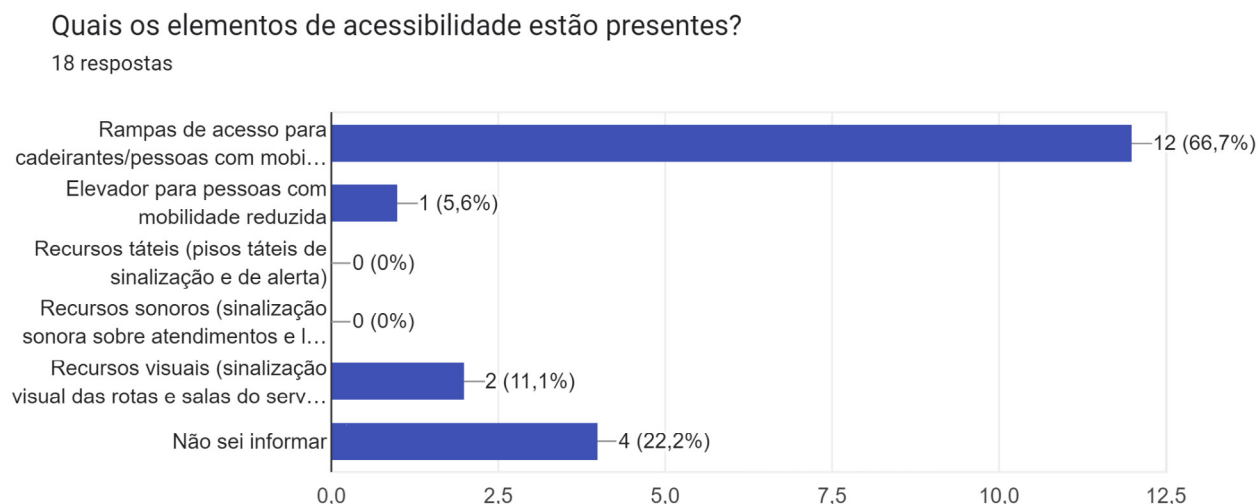
O prédio já passou por inspeção referente às normas de acessibilidade?
18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

O único elemento presente em 66,7% (12) dos prédios em que se localizam os CAPS é a rampa de acesso. Outros elementos fundamentais como sinalização de rotas, uso de recursos visuais, táteis e/ou sonoros, presença de elevadores e de rampas para acesso a todos os espaços dos CAPS não estão presentes nos serviços, segundo os respondentes dos questionários.

Gráfico 10 - Elementos de acessibilidade existentes nos CAPS



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

A grande quantidade de unidades desprovidas de adaptação para o acesso de pessoas com deficiência pode inviabilizar que as pessoas da comunidade acessem os serviços e as atividades realizadas pelos CAPS. Os serviços de saúde mental, que já estão muito aquém das necessidades da população do DF, tornam-se ainda mais excludentes pela falta de infraestrutura adequada.

2.3. Mobiliários e equipamentos de tecnologia, serviços de telefonia e de internet

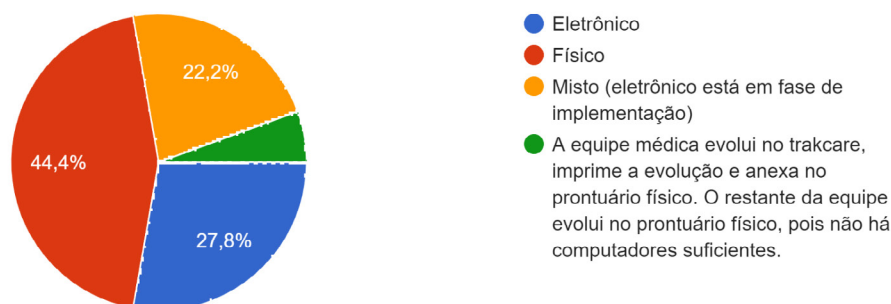
Para que os serviços de saúde funcionem com qualidade, em rede, dentro do sistema de referência e contrarreferência, é necessário que, no mínimo, se tenha aparatos básicos de insumos tecnológicos confiáveis. Por exemplo, é preciso que os CAPS possuam linhas e aparelhos telefônicos, bem como computadores e sistemas de registro e compartilhamento de informações sobre profissionais e usuários do serviço. Entretanto, a realidade encontrada é muito distante do elementar.

Em primeiro lugar, aponta-se que o sistema de prontuário eletrônico ainda está em implantação nas unidades de saúde mental. Como demonstra o gráfico 11 a seguir, cerca de 45% dos CAPS no Distrito Federal ainda trabalham exclusivamente com dossiês físicos sobre os pacientes, o que pode implicar dificuldades de compartilhamento dos dados e informações entre os serviços de saúde que acompanham concomitantemente às pessoas atendidas. Em algumas situações, há registros em sistemas mistos: uma parcela da equipe consegue acessar sistema eletrônico e outra parcela utiliza dossiês físicos. Há casos em que o sistema eletrônico está em fase de implementação e os registros estão sendo migrados de uma forma para a outra.

Gráfico 11 - Tipos de prontuários nos CAPS/DF

O registro de prontuários é:

18 respostas



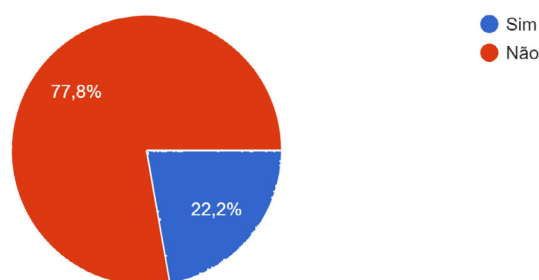
Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

O registro e o compartilhamento eletrônico de informações, com uso de novas ferramentas tecnológicas, têm a potencialidade de facilitar o cotidiano dos serviços de saúde. Porém, para que isso se concretize, tais tecnologias: 1) precisam estar disponíveis no nível estrutural: existência de computadores e periféricos adequados, em quantidade suficiente e com manutenção preventiva frequente; 2) precisam estar conectados à internet com provisão de qualidade do sinal; 3) precisam estar disponíveis em diferentes serviços que possam precisar acessar tais dados e informações, ou seja, que os sistemas eletrônicos usados no Sistema Único de Saúde sejam uniformizados. Nenhuma dessas 3 condições estão presentes nos CAPS atualmente.

Gráfico 12 - Compartilhamento de informações entre CAPS

As informações do prontuário eletrônico são facilmente compartilhadas com outros Caps/unidades de saúde mental?

18 respostas



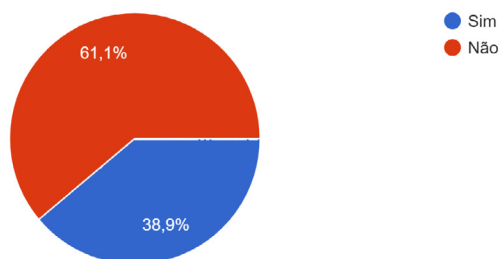
Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

O primeiro problema a ser destacado é que os profissionais dos CAPS não conseguem fácil acesso às informações dos pacientes que porventura já sejam atendidos em outra unidade de saúde mental do mesmo tipo. Essa dificuldade ocorre porque, como indicado, o sistema de prontuários eletrônicos não foi implementado em todas as unidades. Durante as visitas técnicas realizadas em 2022, tal realidade ainda não havia mudado. A estratégia mais comum para superar este desafio é o encaminhamento do usuário do serviço com um relatório técnico (normalmente impresso) sobre o caso.

Gráfico 13 - Compartilhamento de informações entre diferentes unidades de saúde

As informações do prontuário eletrônico são facilmente compartilhadas com outras unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde?

18 respostas



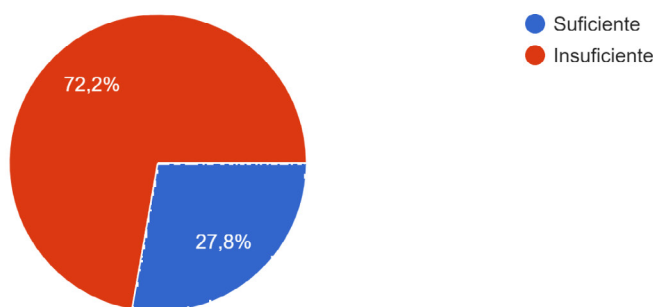
Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

O compartilhamento de informação entre CAPS e outras unidades de saúde também é dificultado pela incompatibilidade de sistemas de prontuário eletrônico, conforme demonstra o gráfico 13. As unidades básicas de saúde (UBS), cujo atendimento é direcionado à atenção primária à saúde, utilizam um sistema chamado *e-SUS APS*. Já as unidades de saúde mental, consideradas de atenção secundária, utilizam um sistema chamado *trakcare*. Ou seja, o acesso a cada sistema é restrito à respectiva unidade que o utiliza dentro da organização do Sistema Único de Saúde. Para diminuir impactos negativos da falta de uniformização de sistemas informatizados de prontuários, gestores dos CAPS indicaram realizar encaminhamentos, com relatórios, via sistema eletrônico de recebimento de documentação oficial, chamado Sistema Eletrônico de Informações – SEI/DF.

Entretanto, há uma barreira ainda mais grave que a incompatibilidade e a variedade de sistemas eletrônicos utilizados dentro da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A falta de infraestrutura tecnológica é uma realidade com a qual os serviços de saúde mental precisam lidar no dia a dia. O gráfico 14 demonstra que somente 4 CAPS indicaram que a quantidade de computadores é suficiente para as demandas cotidianas, enquanto 14, isto é, cerca de 72% dos serviços, não possuem máquinas em quantidade e/ou qualidade adequada para o funcionamento da unidade. Ou seja, há falta de equipamentos que funcionem bem para uso de profissionais para registro e compartilhamento de informações essenciais de pacientes. A falta de computadores dificulta também o acompanhamento das atividades existentes, assim como prestação de contas e demais atividades administrativas e de almoxarifado, essenciais ao funcionamento dos serviços.

Gráfico 14 - Quantidade de computadores disponíveis nos CAPS

A quantidade de computadores para uso na unidade é
18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto "MPDFT pela Saúde Mental".

As respostas descritivas de gestores auxiliam na compreensão da dimensão do problema:

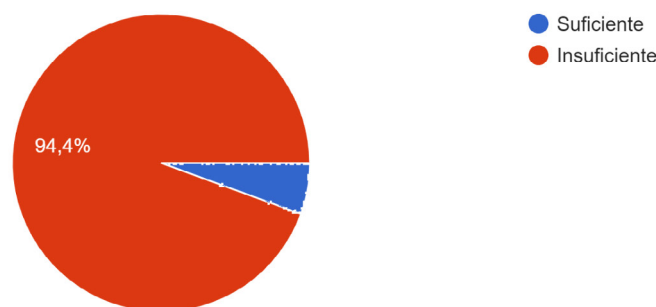
- Computadores antigos, dois sem funcionamento (sem manutenção).
- A quantidade é insuficiente para os servidores, pois trabalhamos com prontuários eletrônicos, além de demandas de relatórios, uso do sei (sistema de informação), lançamento de produtividade individual, faturamento.
- Não possuímos número adequado, as máquinas existentes são extremamente lentas, não possuímos espaço suficiente para uso de computadores.
- Existem somente 3 salas de atendimento e apenas 1 delas conta com computador.
- Recentemente, recebemos computadores para todas as salas de atendimento individuais, mas como utilizamos outros espaços para atendimentos, o número de computadores fica insuficiente para os registros.
- Computadores antigos, poucos para quantidade de servidores.
- Insuficiência de hardware para todos os atendimentos.
- Número inadequado de computadores e rede inexistente nos espaços.
- Computadores antigos.
- Computadores antigos demais que travam toda hora.
- Não há quantidade necessária.

O problema é ainda pior quando os serviços de telefonia e internet são avaliados. Segundo gestores dos CAPS, somente 1 unidade possui serviço suficiente de telefonia. E na avaliação de 94,4% dos gestores, o serviço é insuficiente, como demonstra o gráfico 15, a seguir.

Gráfico 15 – Serviço de telefonia nos CAPS/DF

O serviço de telefonia da unidade é:

18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto “MPDFT pela Saúde Mental”.

Nas descrições, gestores exemplificam os impactos negativos de tal provisão ruim:

- A unidade possui apenas um telefone fixo que necessita de recarga constante de crédito, que dura por poucas chamadas. Necessitamos de um outro telefone na área da recepção.
- O VoIP (*Voice Over Internet Protocol*, Voz sobre protocolo de Internet) não funciona. A equipe comprou um celular e utilizamos para mantermos contato com familiares e pacientes.
- Temos um celular, que demanda muito e é insuficiente para atendermos a área de abrangência, teve aumento da utilização desse recurso na época da pandemia.
- Só há uma linha telefônica em um prédio de 4 andares.
- Está sempre indisponível, com problemas nas linhas telefônicas. Os usuários e familiares relatam queixas frequentes quanto ao telefone.
- Usamos o VoIP (que quase nunca está funcionando).
- Utilizamos o serviço VoIP de telefonia que depende da velocidade de internet, volume baixo, dificuldades de retorno da voz etc. e é comum ficar off-line.
- Frequentemente o telefone da unidade não funciona. Problemas na linha e não no aparelho. Isso inviabiliza a remarcação de consultas e demais atendimentos, realização de busca ativa, contato com outras unidades, que frequentemente é feito através do telefone pessoal e não institucional.
- Utilizamos linha via internet (VoIP), que por vezes temos problemas de sinal, então o telefone fica indisponível. Temos um único aparelho telefônico, que fica na recepção, e como a unidade se distribui em três pisos, a comunicação com todo o serviço fica comprometida.
- Alguns VoIPs apresentam problemas.
- Temos um único aparelho.

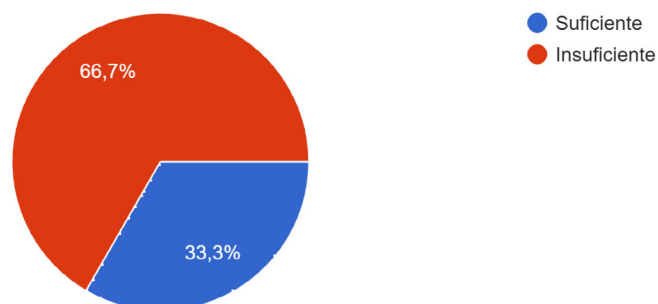
- Só temos um ramal.
- A instabilidade na internet dificulta o uso.
- O sistema VoIP cai muito.
- Todo tempo sem serviço.
- Necessitam de manutenção.

A precariedade do sistema de telefonia representa a dificuldade de agendar atividades e de fazer uma busca ativa do paciente vinculado ao CAPS, por exemplo. Esse aspecto do serviço é indispensável devido ao perfil dos usuários atendidos nas unidades, os quais nem sempre possuem autonomia plena e proatividade na busca pelos atendimentos. Além disso, durante a pandemia, vários atendimentos ocorreram de maneira remota por meio do uso desses dispositivos, e a má qualidade da telefonia foi um aspecto totalmente impeditivo a esse atendimento.

Conforme o gráfico 16, o serviço de internet também é de baixa qualidade. Cerca de 33% dos gestores consideraram que a provisão de internet é suficiente para a unidade de saúde, e 66,7% consideraram que o serviço é insuficiente. Há problemas de cabeamento, de instabilidade do sinal, de falta de internet em alguns locais da unidade. Ressalta-se que, em um caso, os próprios profissionais contrataram serviço de internet diante da falta de provisão por parte do GDF.

Gráfico 16 - Serviço de internet nos CAPS

O serviço de internet é
18 respostas



Fonte: Acompanhamento dos serviços de saúde mental, projeto "MPDFT pela Saúde Mental".

Novamente, a resposta qualitativa de gestores auxilia na compreensão das dificuldades enfrentadas no que se refere aos serviços de internet:

- Internet lenta e inconstante.
- A rede é VPN e região quando chove ocorre muita queda de energia e curto-circuito.
- A rede disponível não comporta mais de 5 pontos de internet.

- Internet lenta e não podemos usar Wi-Fi (rede sem fio).
- Estamos com problemas na distribuição de rede de internet, havendo troca de dados através do compartilhamento de IPs com a UBS e laboratório que estão na mesma estrutura física. Necessitamos com urgência de adaptação da rede física de cabeamento para separação entre serviços.
- Não tem internet nos locais que precisam.
- Cabeamento não chega em todas as salas de atendimento.
- Aqui pagamos a Internet para trabalhar.
- O sinal cai com frequência.
- O serviço de internet é péssimo.
- Fraca e sempre sem acesso.
- Necessita de manutenção, em momentos de chuva não temos conexão.

Além dos equipamentos e serviços tecnológicos inadequados, durante as visitas técnicas para realização de grupos focais com trabalhadores, também foi percebido que o mobiliário dos CAPS é antigo e, muitas vezes, inadequado e insuficiente. Muitas mesas e cadeiras estão quebradas e passam por manutenções financiadas pelos próprios trabalhadores. Além disso, a maior parte dos móveis foi adquirida por meio de doações e/ou bazares realizados nas próprias unidades de saúde. Tal cenário demonstra a precarização dos serviços de saúde mental e o descaso do Governo do Distrito Federal com a política de saúde mental. A falta de mobiliário e de equipamentos de tecnologia, assim como a falta de suporte de telefonia e de internet de qualidade, dificulta as seguintes tarefas: a) a realização de atividades dentro de parâmetros de ergonomia e bem-estar; b) elaboração de documentos que indiquem a evolução terapêutica; c) a emissão de relatórios e pareceres; d) a comunicação entre serviços.

3. Considerações Finais

O objetivo deste capítulo foi apresentar uma análise crítica dos dados sobre a infraestrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, visando ressaltar as principais vulnerabilidades na prestação do atendimento a partir das características físico-estruturais e da necessidade de equipamentos de tecnologia. Os CAPS são serviços da atenção secundária de atendimento à saúde mental e baseiam-se na convivência comunitária, na inserção social e no desenvolvimento da autonomia das pessoas com transtornos mentais graves.

O modelo de atenção proposto pelos CAPS, apesar de baixa necessidade tecnológica quando comparado às ações da atenção terciária ou de alta complexidade, também necessita

de investimentos importantes para que a qualidade do serviço seja melhorada. Esse trabalho é realizado com especial ênfase nos recursos humanos disponíveis e na interação entre profissionais, usuários do serviço e comunidade.

Entretanto, para que as atividades diversas sejam realizadas (consultas, grupos familiares e terapêuticos, ações de terapia ocupacional, entre muitas outras), infraestrutura mínima é necessária, com ambientes adequados tanto em quantidade de salas quanto em tamanho e adaptação ao tipo de atendimento prestado, de maneira que comporte as ações previstas e proporcione conforto acústico, conforto térmico, sigilo e privacidade das informações debatidas. É necessário, ainda, equipamentos de tecnologia (computadores, celulares, telefones, provisão de internet) que garantam que as atividades administrativas e que o compartilhamento de dados e de informações aconteçam de modo célere e seguro.

Em primeiro lugar, os dados da pesquisa realizada demonstram que os espaços físicos são inadequados, não passam por manutenção frequente e, em alguns casos, podem impactar negativamente na saúde de profissionais e de usuários dos serviços, já que alguns CAPS estão em condições insalubres para o funcionamento (com mobiliário estragado e que pode causar acidentes, não possuem ventilação adequada, possuem infiltrações, problemas no encanamento e sistema de esgoto, espaços sem ventilação, até infestação de insetos etc.). A maior parte das unidades não possui quaisquer adequações referentes à acessibilidade para pessoas com deficiência e com baixa mobilidade.

Em segundo lugar, destaca-se que o mobiliário e os equipamentos de tecnologia são insuficientes para o atendimento das demandas da população. A maior parte das unidades não possui computadores em quantidade suficiente e em funcionamento adequado para registro de informações do serviço, o que impede o devido acompanhamento das atividades desenvolvidas e o registro das informações referentes à evolução terapêutica dos usuários dos serviços.

Em terceiro lugar, há urgência de melhorias na provisão de telefonia e de internet. Esses serviços também estão aquém do necessário para atendimento da população do Distrito Federal, e a instabilidade de sinal é uma das maiores reclamações de profissionais das unidades de saúde mental. A falta de serviços de telefonia e de internet dificulta a marcação de atendimentos e a organização de agenda de profissionais, além de criar barreiras para a realização de busca ativa de usuários do serviço que porventura não consigam comparecer de modo autônomo ao CAPS.

Capítulo VII

A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial I/CEPS/MPDFT

Cristina Aguiar Lara Brasil e Rosângela de Fátima Baia Ferreira¹

¹ Agradecimentos aos estagiários de Serviço Social da APAPP/CERP I/CEPS: Misael Júnior Souza Magalhães e Isadora de Araújo Nascimento

Sumário

1. Introdução

2. Análises

2.1. BLOCO I: FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS CAPS

2.2. BLOCO II: Recursos Humanos e Gestão de Pessoas

2.3. BLOCO III: Articulação em Rede

2.4. BLOCO IV. Pandemia de COVID-19

3. Considerações Finais

4. Referências Bibliográficas

1. Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar resultados referentes à etapa qualitativa da pesquisa. O foco do presente texto são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na área de abrangência da equipe de pesquisa vinculada à Assessoria de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP I) do Centro Regional I (CERP/CEPS/MPDFT). Os resultados aqui apresentados em conjunto referem-se às seguintes unidades: CAPS Álcool e Outras Drogas II Guará; CAPS II Brasília; CAPS i Infantil Brasília; CAPS III Álcool e Outras Drogas Brasília e CAPS II Riacho Fundo.

Para coleta de dados, foram realizados grupos focais com trabalhadores dos CAPS sobre o serviço ofertado, bem como sobre as potencialidades e desafios das atividades desenvolvidas pelos CAPS. O objetivo geral dos grupos focais era de conhecer a realidade do funcionamento de cada Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal e os objetivos específicos foram os seguintes: identificar os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS; apreender a percepção dos participantes sobre a rede de atenção à saúde mental no DF; conhecer as dificuldades enfrentadas por profissionais para atuação nos CAPS; e conhecer as atividades desenvolvidas por profissionais nos CAPS.

Foram realizados os seguintes procedimentos técnicos:

- a) 18/8/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS AD Guará;
- b) 30/8/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS II Brasília;
- c) 13/9/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS i Brasília;
- d) 22/9/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS AD III Brasília/Candango;
- e) 28/9/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS II Riacho Fundo/ISM.

Os dados apresentados a seguir se referem à sistematização das informações coletadas nos grupos focais realizados pela Assessoria Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP I), que executa o projeto nas regiões da área de abrangência do CERP I (Estrutural/SCIA; Varjão; Riacho Fundo I; Núcleo Bandeirante; Riacho Fundo II; Candangolândia; Lago Norte; Guará; Jardim Botânico; Park Way; Plano Piloto; Lago Sul; SIA; Cruzeiro e Sudoeste/Octogonal). Foram reunidos os registros relativos a CAPS de diferentes modalidades (AD II, AD III, i e II) existentes na região, sem prejuízo do detalhamento das informações relativas a cada uma das unidades, contido em estudos específicos da APAPP I.

Os dados foram coletados a partir de roteiro previamente elaborado pela equipe da AGIP e das APAPPs para a condução do grupo junto aos profissionais das unidades. As análises são apresentadas por bloco, sem diferenciação por cada CAPS de modo a manter o anonimato das pessoas participantes. Os blocos seguiram o instrumental, que versou sobre os seguintes aspectos dos serviços:

Bloco I: funcionamento do serviço;

Bloco II: recursos humanos;

Bloco III: articulação em rede;

Bloco IV: impactos da pandemia de COVID 19.

Os grupos focais foram gravados em quatro dos cinco CAPS realizados, pois, em uma das unidades, os profissionais aceitaram participar do grupo focal, mas não autorizaram a gravação. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os áudios foram transcritos pela equipe da APAPP I e utilizados no presente capítulo, garantindo-se a não identificação dos participantes. Seguem as análises dos dados, conforme as dimensões mencionadas acima.

2. Análises

2.1. Bloco I: Funcionamento e Organização dos CAPS

O primeiro eixo abordado nos grupos focais tratava da organização e funcionamento dos serviços e tinha como proposta discutir as principais dificuldades do serviço acerca de: significado e desafios de um serviço de portas abertas; atividades desenvolvidas no CAPS; problemas para o atendimento multidisciplinar; adequação do espaço para o trabalho a ser executado; registro e compartilhamento de informações sobre os usuários do serviço.

Com relação ao significado de o CAPS ser um serviço de portas abertas, foi referido pela maioria dos servidores que ser um Serviço de “Portas Abertas” é escutar, ouvir, receber, acolher, tentar dar algum encaminhamento e orientar; ser acessado diretamente sem precisar passar por outro equipamento; estar aberto para receber os usuários; ser acolhimento que não tem nenhum agendamento; não necessitar de regulação; não precisar passar por uma etapa anterior; não ter restrição de horário; conseguir atender a população com o mínimo de barreiras possível; ter garantia de acolhimento no momento que chega à instituição, o que é a base do SUS, universalidade de acesso, entre outros significados relacionados.

Mencionou-se que essa questão (ser um serviço de portas abertas) é a base fundamental para orientar todas as ações dos CAPS e isso é muito importante porque o trabalho é feito em situações de crises, situações complexas e graves. É necessário que o serviço seja de portas abertas, para que a população consiga chegar aos Centros de Atenção Psicossocial. Não é possível trabalhar com agenda totalmente preenchida, porque todos da equipe precisam estar alinhados à necessidade de atender essas crises que chegam sem aviso prévio. O atendimento realizado por todas as categorias profissionais disponíveis nos CAPS assim como todos os procedimentos que

fazem não requerem fila de espera nem tempo de espera. Sempre o usuário consegue acessar esse tipo de serviço. Acreditam ser diferentes de outras instituições, em que é preciso agendar, marcar previamente, de modo que, às vezes, o atendimento da demanda de saúde do paciente fica mais distanciada e os problemas podem se agravar. Conseguem “pelo menos” fazer uma acolhida inicial do usuário. Alguns profissionais avaliam que o bom de ser portas abertas é não ter a burocracia que muitos serviços têm de condicionar o atendimento ao paciente passar por uma UBS para referenciar a outra unidade e esperar por uma vaga.

Para os servidores, os desafios de ser um serviço de portas abertas são muitos. Alguns profissionais acreditam que o sistema de regulação atrapalha o serviço de atendimento, porque regular algo que é emergencial é muito complicado. A condição de portas abertas demanda tempo e profissionais. Não é possível prestar um serviço de qualidade que necessita de uma diversidade de profissionais e estes não estarem disponíveis na instituição para situações emergenciais, em especial, a especialidade de psiquiatria, que, por não ter a quantidade necessária de profissionais nas unidades, não se costuma ter agenda aberta para atendimentos emergenciais.

Relataram que atendem pacientes que não são da área de abrangência quando necessário, no entanto, esbarram em questões, como, por exemplo, não ser possível garantir alimentação, número suficiente de profissionais e espaço adequado. Referiram que o portas abertas traz mais atribuições do que simplesmente “fazer encaminhamento” e que os atendimentos são realizados “dentro do possível”.

Outros servidores acreditam não haver uma definição clara ou estabelecida sobre o que é ser um serviço de portas abertas e que, com isso, várias possibilidades podem ocorrer. O tema é objeto de discussão nas equipes, gerando muitas polêmicas, seja na rede de saúde mental, seja nas reuniões com a DISSAM, seja nas reuniões de serviço para a equipe se organizar. Alguns profissionais destacaram a diversidade de lógicas/paradigmas em saúde mental que perpassam e coexistem tanto na rede de saúde externa (especialmente hospitais gerais) quanto nos próprios serviços de saúde mental, inclusive nos CAPS. Essas lógicas foram explicitadas como uma delas centrada na medicina e outra centrada na multidisciplinaridade.

Alguns referiram que faltam mais reflexões acerca desse assunto com os profissionais, pois essa questão das portas abertas é uma discussão importante dentro do próprio serviço. Acreditam que, com a supervisão externa prevista em lei, poderiam refletir de forma mais qualificada sobre o tema, pois é difícil falar e “se localizar” diante dos desafios. Contudo, foi informado que, até o momento em que os grupos focais foram realizados, as equipes não tinham a supervisão externa, o que dificultava a reflexão da equipe acerca de questões importantes para o serviço.

Foi mencionada a necessidade da existência de fluxos de trabalho, protocolos, definições e critérios, a serem normatizados e estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal para, de fato, fazer funcionar as portas abertas. Da maneira como está, cada um faz de um jeito e de acordo com as suas próprias crenças. Além disso, há sensação de que estão sendo realizados apenas acolhimentos o tempo todo nos CAPS. Não há reflexão sobre se dentro da rede de saúde

mental não existem outros equipamentos para cada caso. É importante que as equipes da rede de Saúde Mental estejam alinhadas (*“falem a mesma língua”*). Há de se ter cuidados importantes (critérios e avaliações) nos acolhimentos, os quais por vezes não são observados pelas equipes.

No acolhimento dos pacientes, referiu-se à articulação em rede como uma das principais e necessárias ações realizadas. Afirmou-se que, mesmo na saúde e no próprio CAPS, além de os serviços estarem muito precarizados – não só pelo sucateamento físico e de recursos humanos –, também há o fato de cada instituição e profissional entender a saúde mental de um jeito, às vezes de forma “ideológica” (ser contra toda internação de pacientes em crise, por exemplo). Exemplificou-se com casos em que o profissional do CAPS, durante acolhimento de paciente, avalia ser caso de internação, mas o médico do hospital ou do SAMU não avaliam da mesma forma e, com isso, o paciente acaba voltando para o CAPS ou para casa sem resolução. Às vezes, há necessidade de orientação ao paciente sobre o que é importante referir ao médico no hospital para poder garantir seu atendimento de forma mais adequada às suas necessidades.

Foi mencionado que há conexão entre a fila de espera para consulta médica psiquiátrica e a fluidez de como é conduzida essa articulação. Quanto mais fluida a articulação, menor será a fila de espera por atendimento. Nesse sentido, foi sugerida a normatização de critérios/regras/fluxos por meio de portarias devido aos casos de emergências e de risco de vida. Quando se consegue alinhar esses critérios, é muito bom acompanhar as mudanças no quadro do paciente.

Foi explicado pelos profissionais que em alguns CAPS há demanda e fila de espera para atendimento médico psiquiátrico, mas que na realidade há déficit em outras especialidades também. Existe a crença, por parte dos pacientes e familiares, de que somente o atendimento médico é importante, de maneira que já chegam pedindo este atendimento.

Quanto aos tópicos acolhimento, acompanhamento e demanda reprimida, foi referido que não trabalham com demanda reprimida. Explicitaram que sabem que são portas abertas e qual o seu papel, mas que nesse procedimento chegam demandas que não são para o CAPS e, por não ter disponibilidade do equipamento público correto, a pessoa muitas vezes fica utilizando o dispositivo, que não seria o mais adequado, e, posteriormente, isso gera ineficiência do serviço por estar sobrecarregado. Por exemplo, o paciente precisa de leitos no Hospital Geral, que estão previstos, mas não conseguem e o paciente tem muitas vezes que ficar no CAPS porque no hospital geral não tem vaga. E, muitas vezes, quem acaba mediando essa situação não é a Saúde e, sim, a Justiça.

Segundo relatos, os profissionais têm a sensação de que o CAPS é o único serviço que as pessoas conseguem acessar na Rede, por isso há uma demanda espontânea “gigante”. Avaliam que isso acontece porque os serviços como a UBS, por exemplo, não conseguem dar vazão às demandas. Foi relatado que a demanda espontânea no CAPS é de 60 a 70% de todos os acolhimentos realizados, o que indica que é um serviço que não depende de encaminhamento para a população ter acesso, sendo este um fator importante e positivo acerca do serviço. Todas as unidades em que foram realizados grupos focais pela APAPP I realmente atuam como um serviço de portas abertas e a maior demanda dos serviços é espontânea.

Alguns profissionais acreditam que as pessoas têm um acesso fácil ao CAPS, principalmente, aos que ficam em regiões mais centrais e possuem uma certa estrutura de recursos humanos (que ao longo do tempo vem se desfazendo). Há algum tipo de assistência, às vezes uma assistência de alta complexidade, até no primeiro dia. O paciente tem acolhimento, escuta, nem que seja breve. Tem acesso a profissionais da Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, entre outras. Refletem que essa é a questão: “será que o serviço de portas abertas tem realmente essa disponibilidade?”. Nesse serviço, encontram-se casos de alta complexidade e de baixa também. “E é assim que o SUS ainda se sustenta”.

Quanto às atividades desenvolvidas nos CAPS, foi referido que por ser um serviço de atenção continuada, ele não tem o objetivo de fazer atendimentos ambulatoriais, focados em agenda, em que se fazem atendimentos pontuais e que trabalho assim estaria finalizado. Em um dos CAPS, foi mencionado que há um processo de acompanhamento para reabilitação psicossocial, chamada também de atenção continuada. Sendo assim, percebe-se que o indivíduo, ao ser atendido no CAPS, pode ter atendimentos diários, passar o dia inteiro na unidade ou ir de forma mais esporádica, de acordo com o plano terapêutico individual.

Os fluxos internos dos CAPS variam conforme sua modalidade, mas todos têm em comum acolhimento, atividades grupais e atendimentos individuais. Seus fluxos internos iniciam com acolhimento, que é a escuta das primeiras necessidades.

Foi explicado pelos profissionais que a Clínica da Saúde Mental é uma clínica cujo atendimento se baseia na ideia de direitos humanos voltada para a garantia da cidadania. Essa é uma das grandes angústias de quem trabalha no CAPS, pois não conseguem compartilhar, com outros setores da sociedade civil e do estado, direitos que estão garantidos legalmente, mas que não são verdadeiramente usufruídos. Foi referido que o acolhimento realizado pelos profissionais tenta potencializar a cidadania no país, historicamente negador de direito. São atendidas pessoas de outros países e refugiados, o que demonstra que o acesso é realmente universal. E isso vai de encontro a uma sociedade extremamente decadente no aspecto humanista, uma sociedade que não recebe, não acolhe e não pensa nas pessoas com sofrimento psíquico. Muitas vezes não conseguem favorecer a autonomia desse usuário, o direito de experimentar a própria vida. “É muito amarrado, é angustiante nesse sentido”. Abrem as portas do CAPS, da Saúde Mental, mas o restante da rede não tem a mesma disponibilidade. Então, tem essa contradição, esse conflito, que é muito forte.

Dentro das suas capacidades e do que se dispõem a fazer, os atendimentos são realizados. Mas entendem que ser portas abertas não significa que vão conseguir atender tudo, muito menos resolver. No entanto, o que acontece é que muitas vezes as pessoas confundem as portas abertas com a resolução. O paciente acredita que vai entrar lá e vai sair com a demanda atendida. E, quando isso não acontece, essa questão se converte em um problema, principalmente para quem está na linha de frente no CAPS.

Alguns avaliaram que, do acolhimento até conseguir agendar o primeiro atendimento, demora muito, até para incluir nos grupos. E demora muito mais a primeira consulta com a psiquiatria. Dois, três, quatro meses. Mas, após o acolhimento, marcam um retorno com o profissional que fez o acolhimento ou com a equipe que acompanhará aquele paciente. Dali para frente, o acompanhamento não demora tanto porque a equipe multidisciplinar tem profissionais suficientes. Às vezes, já conseguem marcar na semana seguinte ou, no máximo, dali a duas semanas.

A dificuldade maior é porque os usuários procuram somente psiquiatra ou psicólogo, mais psiquiatra, mas quando os profissionais tentam inserir os usuários nos grupos, eles têm resistência. Há, ainda, dificuldade financeira para eles se deslocarem até o CAPS. Os pacientes e familiares podem ter, por esse motivo, resistência para trazer o paciente para o grupo, mas, se tiver a disponibilidade de ir, de imediato já pode entrar naquela mesma semana, a depender do dia da semana.

Alguns serviços são divididos em três grupos de referência – o que fortalece o Portas Abertas – e o paciente é atendido em qualquer circunstância. Entendem que portas abertas exigem que tenham uma rede como retaguarda. Porque nem sempre tudo é resolvido na unidade, precisam do Hospital Geral, precisam das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), precisam de ambulância – que muitas vezes não chega; precisam de Bombeiros – que muitas vezes não chegam; precisam do SAMU. O atendimento adequado pressupõe toda uma rede de apoio, que não funciona, e os CAPS não vão funcionar, conforme previsto, se não tiverem retaguarda.

Os usuários depositam uma grande expectativa na ideia de que tudo possa ser resolvido no CAPS. Querem resolver questões até sobre documentação, porque não se sentem acolhidos nos outros serviços, são maltratados, humilhados, deixados para serem atendidos por último, porque são dependentes químicos ou pessoas em situação de rua. Os profissionais mencionaram que, quando os acolhem no CAPS mesmo não tendo indicação, depois é mais difícil encaminhá-los ao equipamento adequado. Os usuários não querem se desvincular porque conseguir psiquiatria na rede de atendimento comum é muito difícil.

No caso da dependência química, o paciente tem que ser atendido logo; se ele sentir que precisa de cuidado, precisa ser atendido naquele momento. Por isso a importância do Portas Aberta e de os profissionais terem um local mais adequado para que esse acolhimento ocorra. O único caso que chega ao CAPS e para ele não vai ter um atendimento imediato e efetivo é o do usuário que chega em crise. Nesse caso, o CAPS depende de outros aparatos. Essas pessoas serão levadas para o hospital e atendidas. Portanto, quando uma pessoa chega ao CAPS sem estar em estado de crise, será atendida, ouvida e inserida num fluxo de tratamento, num esquema de tratamento.

Avaliam que a maior vantagem desse serviço é não ter demanda reprimida como os outros serviços de saúde têm. Quando se pensa em um hospital como o de Base, por exemplo, ele tem uma demanda reprimida imensa. E o CAPS não tem essa demanda reprimida, pode funcionar com efetivo pessoal pequeno. Os profissionais ficam no CAPS “meio comprimidos”, mas o paciente que chega é ouvido.

Alguns CAPS são destinados para atender pessoas com problemas específicos, por exemplo, uso de álcool e drogas, e essa especialização reduz o público atendido. Profissionais de CAPS AD (álcool e drogas) mencionaram que estão mais atentos a diferenciar os casos de “transtorno, crise e uso de substância”, como consequência do não tratamento. Se identificarem ser um caso de dependência química ou de um paciente que precisa nesse momento interromper o uso imediatamente, é necessário estabilizar o quadro psiquiátrico dele, e só depois ser encaminhado a outros serviços.

Algumas equipes avaliaram que o “Portas Abertas” acaba fazendo com que o CAPS assuma atribuições que não são suas. Afirmam que a política de saúde “*não vai dar conta de tudo*”. Às vezes a demanda é de assistência social, de habitação, de outras políticas e não no CAPS; mas como este se coloca como sendo a única instituição pública que acolhe a todos, vai acumulando questões que extrapolam sua competência. Para eles o único serviço que os usuários conseguem acessar imediatamente é o CAPS.

Alguns profissionais acreditam que o CAPS não deveria ter essa demanda espontânea tão grande. Ela é oriunda das lacunas deixadas pelas UBS e pelos hospitais gerais, pois os CAPS muitas vezes não encaminham as demandas para essas instâncias porque a rede geral está fragilizada. Muitas vezes, nem o próprio usuário quer ir porque sabe que será mal atendido ou sequer será atendido. Avaliam que os serviços da Rede são péssimos, por isso os pacientes não querem ir. Acreditam que o CAPS é um lugar de fluxo, não é um lugar para o paciente ficar. Mas acaba virando um serviço que “*tem que colocar as pessoas para dentro porque elas não têm para onde ir*”.

O CAPS que funciona 24 horas tem fluxo interno bem articulado entre os profissionais. Acolhem os pacientes em duplas nos turnos da manhã e da tarde. À noite não tem acolhimento. A equipe de enfermagem fica à noite e faz a escuta, se chegar paciente com tal demanda, mas é muito raro no período noturno. A partir do acolhimento, fazem a escuta das primeiras necessidades. Fazem a construção com os pacientes. Às vezes, o paciente chega intoxicado, ficam em observação por um dia. E então a equipe orienta a pessoa a retornar no serviço ambulatorial e avaliam se é preciso atendimento por uma categoria profissional específica ou não. Se vai para atividade coletiva, dependerá de cada situação.

Os profissionais verificam se o paciente é elegível ou não para ser incluído nos atendimentos. Obrigatoriamente, se ele tiver condições psiquiátricas de frequentar e ir ao grupo, ele é agendado para o grupo de boas-vindas e, a depender dos sintomas, pode entrar na agenda de crise do médico e na nossa agenda de crise. Em geral, o que caracteriza uma crise é ideação suicida e surto psicótico. Referiram que, depois do grupo de boas-vindas, o paciente é direcionado a um grupo de iniciantes, ou seja, ele já está inserido no tratamento. Relataram que remodelaram o tratamento, na tentativa que tivesse início meio e fim, o que antes não tinha.

A alta é feita, tanto por documento impresso quanto pelo Sistema SEI, para a unidade a que o paciente está sendo encaminhado. Se o paciente está há um ano em acompanhamento no CAPS, sem ingerir substâncias, estável em relação a algum transtorno que ele tenha, encaminham-no

para a UBS de referência para dar seguimento. Caso ele tenha uma recaída, piore, se desestabilize, a UBS o devolve ao CAPS. A UBS deve fazer esta avaliação: se encaminha o paciente para um ambulatório de psiquiatria ou para um CAPS.

Alguns CAPS referiram que as atividades em grupo estão sendo retomadas aos poucos. Estão realizando grupos de caminhada, automassagem, artesanato, convivência, música e grupo terapêutico. Também existem os atendimentos multiprofissionais, com várias categorias, que acontecem em tempos definidos de acordo com as necessidades dos pacientes. Há, ainda, os atendimentos psiquiátricos e os acolhimentos, que acontecem todos os dias.

Referem que todos os profissionais podem realizar os grupos, todos da equipe participam, todas as categorias profissionais. Participam em duplas, há um grupo específico em que o profissional está sozinho, mas a maioria está em duplas. Quando tem alguma falta, o outro substitui. A Psiquiatria, devido à demanda reprimida, só faz atendimento individual. A psiquiatra até tem propostas de montar grupos, mas não consegue realizá-las porque sua agenda dessa profissional está sempre lotada. Faltam psiquiatras em toda a rede de saúde.

A maioria dos CAPS referiram que as equipes estão alinhadas e têm uma boa relação para a realização de atividades, condutas, ações, diagnósticos e escolhas de encaminhamentos. Não veem problemas em relação a isso.

Acreditam que os próprios profissionais da saúde mental devem informar aos pacientes sobre os critérios, o perfil dos pacientes para cada tipo de local que se atende: emergência, internação, ambulatório e CAPS. Porque essa divisão de atendimento é confusa e eles não são orientados. Avaliam que o que falta na equipe é que todos os profissionais mostrem para o usuário o que é o CAPS, que existe muita demanda, que o tratamento é voltado para a saúde integral, pois não é somente a medicação que promove melhoras na saúde mental. Por isso não podem querer atendimentos específicos só com psiquiatra ou psicólogos. Deve ser explicado que a equipe é multiprofissional, que ele será assistido como um todo. Mas sabem que ressignificar essa crença dos pacientes é muito difícil, porque por mais que expliquem durante o acolhimento como funciona, passado um tempo, os pacientes falam que querem falar só com o psicólogo. Quando descobrem que não é assim que funciona, ficam agressivos com os profissionais.

A maioria dos CAPS estende o atendimento também aos familiares dos pacientes. Um dos CAPS informou que, durante e após a pandemia, não conseguiram desenvolver grupos com familiares dos usuários, mas acreditam que voltarão com os novos grupos cujas atividades estão recomeçando, e provavelmente terá adesão das famílias. Antes da pandemia, grande parte dos familiares aderiam aos grupos. Muitos são incluídos nos grupos com o próprio paciente, em atividades como: caminhada, academia – a mãe vem, o irmão vem, para apoiar e acompanhar. Tem grupos, no entanto, em que não é interessante a participação da família, até no sentido de o usuário se sentir mais tranquilo, e a equipe conseguir trabalhar. Mas tem alguns grupos em que a presença das famílias é bem-vinda e importante. Assim como os atendimentos individuais com as famílias.

Quanto ao atendimento multidisciplinar, os problemas enfrentados se dão, sobretudo, pela carência de determinadas categorias profissionais. Em um dos CAPS foram relatados mais problemas para efetivar o trabalho multidisciplinar, mas os profissionais acreditam que, de maneira geral, ele é bem conduzido. Às vezes tem um parecer, um diagnóstico de um caso que a equipe considera que seja necessário um atendimento médico com certa urgência e o médico avalia que não é o caso, situação que, às vezes, gera desconforto da equipe em relação ao médico. Isso acontece quanto à avaliação do que seria uma crise grave e dos níveis de gravidade do caso do paciente.

Avaliam que é muito bom o atendimento ser multidisciplinar. Entendem que os profissionais de outras categorias, que não da Medicina, precisam entender a sua importância. Ainda estão no modelo médico e priorizam esse atendimento, considerando-o como o mais importante, e, por vezes, não é. Essas categorias precisam entender que a sua escuta/acolhimento é muito importante, os grupos têm bons resultados. Foi mencionado que alguns profissionais do CAPS entendem que o paciente em crise deve receber intervenção médica. Essa situação é complicada, porque a equipe se desorganiza, especialmente quando está sem a retaguarda do médico que discorda do parecer do restante da equipe.

Nesse sentido, avaliam também que precisam de treinamento continuado, de suporte para entender o que podem fazer nesses momentos de crise do paciente, qual é o papel de cada profissional, e de se fortalecerem como equipe. Porque ainda existe a crença de que somente o médico dá conta das crises. E é difícil para os médicos terem essa responsabilidade como somente deles. Os médicos querem o apoio da equipe de alguma forma e muitas vezes a equipe não consegue. Existem dificuldades pessoais de alguns profissionais, principalmente com paciente que está mais agressivo, muito desorganizado mentalmente.

Acreditam que se houvesse treinamento, condução da equipe por supervisores, se tivessem isso, diminuiria as dificuldades de relacionamento entre si. Porque, às vezes, um profissional fica com raiva do outro, alegando que a pessoa não ajudou o suficiente, que o outro fez errado etc.

Por isso, nos casos em que o paciente está em crise, o profissional que o atendeu primeiro, entra junto. Em um dos CAPS, foi mencionado que o sentido de equipe funciona da mesma maneira que funciona em todos os serviços de saúde: “existe uma classe, que é a classe médica, e os demais são outra classe”. É um modelo ainda muito centrado na figura do médico. Acreditam que o modelo vigente ainda é esse. Tem isso de a própria equipe acreditar que o médico tem uma varinha mágica que vai resolver o assunto e não é bem assim. Sabem que existem inúmeros outros fatores na situação. Isso ficou muito claro na pandemia quando os grupos foram suspensos, e os médicos falavam para a equipe de como é importante ter grupos e que essa atividade estava fazendo falta. Sentiram diretamente o impacto. A equipe multidisciplinar ainda está muito no papel e não na prática, como os serviços deveriam ser.

A Secretaria de Saúde tem atitudes que reforçam essa divisão da equipe quando, por exemplo, um profissional da equipe, não médico, faz um encaminhamento para o hospital, de um paciente que esse profissional avaliou junto com enfermeiro, durante o acolhimento. Chegando no hospital,

se o carimbo não for de um médico, eles não atendem o paciente. Então “*que reforma psiquiátrica é essa?*” Quando os profissionais do CAPS telefonam para o SAMU ou para os bombeiros, estes já perguntam se o médico está na unidade.

Sobre os espaços físicos, foi possível identificar que há unidades na região abrangida pela APAPP I que funcionam dentro de outras unidades de saúde, como UBS, e não possuem identificação acessível do serviço. O compartilhamento de espaço do CAPS com outros serviços gera diversas dificuldades, principalmente em relação aos espaços restritos para o desenvolvimento das atividades, em que as entradas de serviço ficam mais difíceis de serem visualizadas – seja por não ter a devida identificação, seja por compartilhar a mesma entrada do serviço –, além da dificuldade de espaço para a guarda de materiais. As salas são compartilhadas e dividem um corredor com outras unidades de saúde. No mesmo corredor circulam pacientes do CAPS e da UBS; paciente em crise e criança recém-nascida aguardando para ser vacinada. Os processos de compra de materiais e insumos nesses CAPS não são independentes das demais unidades com as quais compartilham espaço, o que os deixa dependentes dos outros serviços. Até o momento da realização dos grupos focais, os profissionais não tinham conhecimento de nenhum planejamento para mudança dos CAPS para outro local.

Em parte das unidades, as salas utilizadas pelos CAPS não têm ventilação. “*Não tem uma janela sequer, são todas fechadas, o espaço é insalubre, nós estamos acampados, nos fundos de um centro de saúde*”. Também foi relatado que não há bebedouros nas unidades de saúde e, por isso, em algumas unidades os profissionais compraram filtros de água com o próprio dinheiro para que eles e os usuários tivessem água potável para beber.

Em mais de uma unidade, são utilizadas tendas para a realização das atividades em grupos, por não ter salas suficientes para os atendimentos, ou por ter salas com pouca ventilação e iluminação. Em uma das unidades, a tenda estava rasgada, impossibilitando seu uso na chuva ou nos dias muito quentes. As tendas foram adquiridas por meio de parcerias, como as realizadas com a Fiocruz ou com o CEMA/MPDFT. São estruturas precárias, muito suscetíveis ao clima, são pouco duráveis e não oferecem o sigilo necessário. Algumas unidades passaram a utilizar as tendas para grupos após a pandemia de covid-19, para que pudessem ficar em um local mais ventilado e aberto.

A privacidade ficou totalmente comprometida, praticamente inexistente, mas é como conseguiram trabalhar e retomar os grupos. As pessoas que estão no local transitam durante os grupos. Pessoas que vêm para o atendimento na outra unidade de saúde passam e fazem perguntas para as pessoas que estão na tenda. Escolheram outro horário de grupo para ver se tinha menos trânsito de pessoas, mesmo assim não possuem o sigilo adequado.

Alguns CAPS referiram ter muita dificuldade com os grupos porque não têm materiais para o desenvolvimento dessa atividade, tendo que pagar do próprio bolso, adquirir por conta própria. É o que acontece com o grupo de artesanato, por exemplo. E, dependendo do grupo, às vezes o custo é alto para manter. Tem que fazer bazar e apresentar projetos para a parceria firmada com

o CEMA/MPDFT para comprar materiais educativos, cadeiras para a recepção, filtros de água, entre outros. Tiveram que fazer coleta de dinheiro com profissionais para o banheiro funcionar e conseguirem usar a descarga, reformaram o banheiro com recursos próprios.

As salas não possuem isolamento acústico. Os profissionais ouvem todos os atendimentos dos colegas. Em um dos CAPS, os trabalhadores referiram que não dispõem de carro e motorista para realizarem atividades fora do prédio, como visitas domiciliares, matriciamento, articulações de rede, entre outras atividades. Outro CAPS mencionou a necessidade de um sistema único de informação para a rede de saúde.

A maioria das unidades acompanhadas pela APAPP I não apresentam todos os espaços previstos, minimamente, para um CAPS. Não tem o número necessário de salas, compartilham banheiro com outras unidades de saúde, não tem espaço apropriado para a recepção nem refeitório, entre outros espaços que os profissionais consideram importantes como espaços de convivência. Quando o paciente está em crise e precisa de um manejo ou precisa frequentar mais vezes o serviço, não tem onde realizar os procedimentos necessários.

Os profissionais relataram que essa questão da estrutura do CAPS inviabiliza muitas possibilidades de intervenção. No caso de um dos CAPS, em que não existe sala para atividades lúdicas, por exemplo. Utilizam a ciclovia para fazer caminhada pela manhã com os usuários, mas, quando chove, não dá para fazer. E os espaços disponíveis para os grupos é a tenda e a parte externa da unidade. Quando não tinha a tenda, iam para debaixo da árvore.

Esses profissionais destacaram que as condições dificultam muito o atendimento. Há situações em que o espaço é tão pequeno que têm poucas atividades e, quando começam as chuvas, reduzem ainda mais. Há planos de outros grupos, mas é inviável por conta do espaço. Como o CAPS é um serviço de convivência acima de tudo, “*o grande remédio que o CAPS oferece é a convivência*”. Nesse sentido, há um prejuízo imenso para os pacientes do CAPS, e a própria equipe se desmotiva.

Em relação aos equipamentos, avaliam que precisam de um computador para cada sala, mas não possuem. Somente a gerência, os técnicos administrativos e a sala da Psiquiatria têm computadores à disposição; o restante da equipe precisa fazer rodízio para o uso do computador ou os profissionais utilizam o próprio aparelho. Relataram que os serviços passaram a usar os sistemas fornecidos pela SED/DF, mas é muito complicado, pois tanto o sistema quanto o computador travam com frequência, ocasionando demora no atendimento. Em algumas unidades, há compartilhamento da internet com outros serviços, o que deixa o sinal ainda pior. Os profissionais contam com um telefone celular para o serviço, mas tiveram que comprar uma webcam, a qual dividem para poder fazer o atendimento virtual.

Quanto ao transporte, não há veículos na maior parte dos CAPS da região analisada e, por isso, ficam dependentes do empréstimo de veículos do HRAN, do Conselho Tutelar ou de outras instituições que possam “emprestar” o serviço. Não há transporte, quando precisam se deslocar

para fazer reuniões com outros serviços, realizar visita domiciliar etc., utilizam o *TáxiGov*, mas este serviço que, muitas vezes, deixa os profissionais no local e não há como prestar serviço de voltar para buscá-los.

Em geral, os registros ainda são feitos em prontuários físicos, somente a Psiquiatria utiliza o Trak Care, por terem computador na sala que realizam os atendimentos. Avaliam ter retrabalho porque fazem o prontuário físico e o eletrônico. Acerca do compartilhamento de informações sobre o usuário do serviço, foi relatado que as equipes do CAPS utilizam o TrakCare e o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS, mas as UPAs utilizam outro sistema e eles não se comunicam. Segundo os profissionais, o sistema é eficiente onde funciona, no entanto, a rede utiliza sistemas diferentes, o que compromete a comunicação. O IGES usa um sistema diferente e o mesmo ocorre na Atenção Básica e não há como compartilhar os prontuários. Também não conseguem ter uma comunicação eficaz com os CAPS que ainda não estão informatizados. Referiram que a Atenção Básica usa o Sistema e-SUS, embora eles tenham acesso ao TrakCare, mas o CAPS não tem acesso ao e-SUS.

Foi informado ainda que o RAAS é utilizado mais fins de faturamento, de estatística, informação sobre a produção da equipe, mas é um sistema arcaico em que perdem muitos dados, segundo os profissionais. Esse sistema depende do computador, pois as informações não ficam salvas em uma rede. Se o computador for formatado, perdem-se todas as informações.

Avaliam que o Sistema TrakCare “trouxe saúde física e mental” para os profissionais, porque muitas vezes a equipe inteira tinha que procurar um prontuário. E são muitos prontuários. Ler relatório, entender a letra de outro profissional no relatório. Embora os antigos prontuários ainda não estejam digitalizados.

Sobre essas faltas de material e a necessidade de uma nova estrutura, já falaram com a gerência, mas, devido às constantes mudanças de gestão, o diálogo começa, interrompe, começa, interrompe. Não sabem por que as gerências mudam tanto. Sobre o espaço físico, a DISSAM diz que a Secretaria sempre abre edital, mas ninguém quer alugar para o governo. Tem um edital aberto, mas não conseguem alugar. O edital já foi embargado em diferentes momentos.

Referem que a estrutura do CAPS deve ser como a de uma casa, para o paciente sentir-se à vontade, confortável. Isso é importante para trabalhar a autonomia dos pacientes, pois não querem institucionalizá-los. Mas as unidades visitadas não apresentavam essas características. Os profissionais destacaram que as estruturas de CAPS no DF não atendem às premissas previstas pelo Ministério da Saúde, muitos foram instalados em locais que apresentam problemas na estrutura, como goteiras, encanamentos antigos, salas sem isolamento acústico. Os CAPS em outros Estados têm plano, projeto; costumam ser casas – com janelas grandes, bem ventiladas - integrados à comunidade, o que não ocorre no DF. Os profissionais relataram que a estrutura da cidade é diferente, tem suas particularidades, mas, ainda assim, não justifica o descaso com a saúde mental. Avaliam que “*é um provisório que é para sempre*”. Estão muitas vezes, há mais de uma década, provisoriamente no mesmo local e nas mesmas condições.

2.2. Bloco II - Recursos Humanos e Gestão de Pessoas

No Bloco II foram abordadas questões acerca dos recursos humanos em cada unidade, com os seguintes questionamentos:

- 1) Como se dá o diálogo com a Secretaria de Saúde para resolução de problemas referentes aos recursos humanos?
- 2) Como avaliam o Manual de Parâmetros Mínimos para o dimensionamento da força de trabalho?
- 3) As equipes são ou foram consultadas para a construção do Manual de Parâmetros Mínimos?
- 4) Pela experiência de vocês, qual seria a equipe ideal para atender à área de abrangência?
- 5) A SES/DF oferece programas de capacitação continuada para a equipe?
- 6) Qual a avaliação da equipe sobre as capacitações disponibilizadas?
- 7) Há programas de apoio/cuidado à saúde mental dos servidores do CAPS?

Em relação aos recursos humanos considerados como ideal para atender as demandas, a equipe demonstrou dificuldades com a capacidade de atendimento. Foi relatado que uma das unidades tem uma equipe maior do que a mínima de um CAPS de sua modalidade, por atender uma área de cobertura equivalente à de um CAPS de maior porte. Ou seja, a equipe é muito pequena para atender um território tão grande. Foram relatadas também dificuldades na composição das equipes de outro CAPS. Faltam assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, entre outras áreas. Um servidor se pronunciou, dizendo que acredita que a falta de recursos humanos não é só por déficit de profissionais, mas também por má distribuição dos profissionais existentes.

Como proposta acerca de recursos humanos, foi destacada a necessidade de implementação de mais CAPS, especialmente em regiões que têm vulnerabilidade social muito alta. Diante dos desafios de atendimento à cobertura, uma unidade de CAPS faz o papel de CAPS I, II e III.

Um dos CAPS referiu que precisa de cobertura e integralidade, ampliação do seu efetivo e da criação de novos CAPS, idealmente em todas as regiões administrativas do Distrito Federal; mas com prioridade para locais de difícil acesso, já que são essas as regiões descritas pelos servidores como de difícil acesso dos pacientes tanto pela questão geográfica quanto pela de mobilidade, o que acaba gerando abandono de tratamento pelos pacientes.

Em relação ao Manual de Parâmetros Mínimos do Distrito Federal, muitos profissionais relataram desconhecimento do documento, outros informaram que foram comunicados de que teria um manual, mas não foram consultados para elaboração dele. Diante das respostas dos grupos focais, foi possível identificar que a Secretaria de Saúde elaborou o Manual sem a participação

dos profissionais que atuam nos CAPS e, somente depois, enviou para as unidades. Mesmo após a existência do Manual, muitos profissionais ainda o desconhecem. Algumas equipes que não sabiam do manual e/ou só ouviram falar sem ter acesso ao documento. Foi relatado que a Secretaria de Saúde passou somente um dimensionamento de pessoal, mas considerando somente o mínimo necessário para o funcionamento.

Alguns profissionais mencionaram que até há divulgação dos materiais produzidos pela Secretaria, como o Manual de Dimensionamento de Recursos Humanos, mas não percebem que haja espaço para os profissionais opinarem. Avaliam que quem está fazendo esses manuais são profissionais técnicos, que têm feito um bom trabalho. No entanto, avaliam que a construção não é democrática.

Sobre as capacitações, foi perguntado aos servidores sobre a realização de capacitações continuadas, tendo respostas negativas. Relataram que houve um projeto de matriciamento no ano de 2021, mas que não foram convidados para participar, ficaram sabendo só depois que já tinha ocorrido, e que essa e outras experiências faz com que sintam que não são oportunizados com esse tipo de treinamento e/ou capacitação. Também disseram que esse processo de capacitação fica a cargo do próprio servidor, que precisa se atualizar e se capacitar sozinho. Ao serem questionados sobre quais temas de capacitação seriam interessantes para a equipe foram citados: avaliação do risco de suicídio, atendimento de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas e todo o processo de educação permanente.

Ainda sobre as capacitações, outras equipes informaram que não tem oferta. Foi relatado que, em alguns períodos, tinham disponibilidade para capacitação, mestrado, mas hoje nada é feito. Segundo os trabalhadores, falta vontade política para implementação dessas capacitações. A Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS ofertou cursos, mas há muito tempo. Foi relatado também que não existe capacitação continuada para atender determinadas situações. Quando ocorreu a extinção dos CAPS ADI para crianças e adolescentes no Distrito Federal, quem tinha mais de 16 anos e fazia uso de substâncias psicoativas foi remanejado para atendimento nos CAPS AD, mas não houve treinamento e capacitação para os trabalhadores dessas unidades. Os profissionais não receberam treinamento para atender aquele público “*do nada, da noite pro dia resolveram, sem consultar servidor, sem consultar ninguém*”. Receberam apenas orientações básicas em uma tarde. Esse processo acarretou diversas dificuldades, os adolescentes não aderem ao tratamento e a estrutura é muito precária. Foi ressaltado pelos profissionais que as demandas dos adolescentes são distintas e eles necessitam de um atendimento qualificado e separado dos demais usuários da unidade, mas os CAPS mas não possuem espaço físico e recursos humanos adequados para realizarem esse atendimento. Entendem que esse público necessita de um olhar mais específico. No formato atual, poucos adolescentes aderem ao serviço.

Em relação à saúde mental dos trabalhadores do CAPS, não há atendimento e/ou suporte por parte da SES/DF. Foi relatada a falta de qualquer programa do tipo e enfatizado que a rotina e a dinâmica do serviço da realidade em que atuam potencializam o adoecimento dos trabalhadores.

Eles apresentaram expectativa de que esta realidade se transforme um pouco com a presença da supervisão externa. Existem iniciativas internas, entre os trabalhadores, com práticas integrativas para o cuidado da saúde mental. Em um dos CAPS da região existe um programa interno chamado “cuidando do cuidador”, que tem várias atividades para os trabalhadores do CAPS. No entanto, a pandemia afetou o desenvolvimento do programa. Abaixo segue uma fala dos profissionais que demonstra a expectativa que possuem em relação à supervisão externa da equipe:

Eu entendo que nossa equipe é muito comprometida, muito mesmo. É claro que isso tem um preço, né. A gente tem uma sobrecarga muito grande porque a gente atende uma área de cobertura muito grande e são casos muito graves, né. CAPS é isso, é atender casos graves e persistentes e eu acho que agora que vai vir a supervisão, né. Vai nos dar um alento muito grande. Eu acho que a supervisão é fundamental para que a gente consiga respirar um pouco para que a gente consiga ter um pouco de harmonia.

Uma das profissionais relata que teve crise e recebeu orientações de uma antiga supervisora de “como sobreviver” na unidade, como conviver nesse ambiente, que, por vezes, é hostil. Ter orientação estruturada para lidar com as dificuldades no trabalho facilita, mas os profissionais referem que não têm suporte para trabalhar com saúde mental como deveriam, e isso contribui para que os próprios profissionais entrem em “crise”. Acreditam que se tivessem supervisão externa, seriam evitados desgaste e adoecimento da equipe. Avaliam que a falta de organização institucional também provoca adoecimento.

Um dos profissionais avaliou a gestão como um “peso”. Acreditam que a realidade institucional potencializa o adoecimento do próprio servidor. A dinâmica, a rotina é adoecedora. Avaliam que nesse momento é que entraria a supervisão técnica. “Poxa, a equipe não tem uma supervisão para discussão de caso, para supervisão de situações que venham”, porque a saúde mental do profissional é afetada, e a supervisão é necessária. Mas isso não é falado, não é levantado. “Cada um que corra atrás”. Têm que se cuidar por conta própria.

As equipes informaram que estão ansiosas para começarem a receber supervisão técnica, na tentativa de gerenciar o sofrimento. A maioria dos profissionais custeia a própria terapia, pois sentem necessidade e não existe nenhum trabalho institucional voltado para o cuidado com o servidor. Avaliam que, internamente, tentam se ajudar. No sentido que participam de práticas integrativas entre si, como auriculoterapia, Reiki, Laya Yoga. Mas é uma iniciativa dos próprios profissionais, a Secretaria de Saúde não tem programas de saúde do servidor.

Avaliam que o CAPS não tem atrativos para o servidor, especialmente no sentido de estrutura, equipamento, rede, gratificação. De forma que as unidades não conseguem profissionais. Como não existe gratificação para quem trabalha com saúde mental, é mais atrativo para o profissional atuar na Atenção Primária, que tem um aumento de, pelo menos, 40% na remuneração. Outra questão que precisa ser discutida com a SES/DF é o não recebimento do adicional de insalubridade,

pois profissionais da área administrativa não recebem. Isso impacta bastante no serviço.

Profissionais que têm problemas em outros serviços, assim como funcionários que apresentam alguma comorbidade ou “alguma situação que interfira no trabalho”, costumam ser encaminhados para o CAPS, como esse fosse o lugar para os servidores problemáticos. Os profissionais dos CAPS acreditam que a gestão de pessoas da SES manda para o CAPS esses funcionários porque imaginam que o CAPS, além de atender os pacientes de fora, cuidaria, também, desses servidores que apresentam demandas de saúde mental, o que é um equívoco.

Uma das equipes disse que grande parte deles tem dezesseis anos de CAPS. Quando iniciaram, a grande maioria já vinha direto do concurso e talvez, por isso, desconheçam a vivência e a experiência na atenção primária ou no hospital. Se conhecessem, talvez nem estivessem no CAPS e a ausência da gratificação no serviço é um importante fator para que muitos servidores não queiram trabalhar com saúde mental. Mencionaram que a falta de profissionais em quantidade e tempo disponível gera sofrimento na equipe. A solução da SES foi ampliar a carga horária para reduzir as demandas reprimidas, o que também sobrecarrega a equipe.

Alguns profissionais informaram ter muitos anos de SES e que, por isso, conseguem ter uma avaliação mais profunda e ampla do serviço, assumindo uma posição junto aos gestores, e isso, o fato de opinar não quer dizer que esteja desafiando o gestor. No entanto, muitos gestores não conseguem aceitar essas contribuições. Essas contribuições estão relacionadas ao fato de os profissionais gostarem do trabalho e desejarem melhorar o serviço, mas, muitas vezes, esses questionamentos/contribuições são vistos como afronta à gestão ou crença de que quem está opinando quer assumir o cargo de chefe.

Por fim, referiram que não se sentem reconhecidos. Acreditam que a saúde mental é considerada “inferior” e deixada de lado pelo governo, em relação às outras demandas. A questão da saúde mental só fica visível quando tem «*um paciente que morreu no Hospital São Vicente*” e a imprensa critica os serviços de saúde mental. Ou quando “*o usuário de crack faz algo reprovável pela sociedade*” e tem alguma reclamação de vizinhos com relação à quantidade de usuários em determinada região. Só assim que aparece. Não entendem que os serviços que atendem essas pessoas precisam estar mais bem distribuídos nas regiões para que se tenha um maior acesso.

2.3. Bloco III - Articulação em Rede

O terceiro bloco de questões abordado nos grupos focais foi acerca da articulação em rede dos CAPS com os demais serviços. Foram realizadas as seguintes perguntas para os grupos:

- Quais são os desafios enfrentados para a implementação da RAPS?
- Como se dá a articulação com a rede de saúde? (UBS, hospitais regionais e especializado de saúde mental, consultório na rua, comunidades terapêuticas, problemas da falta de residências terapêuticas).

- Como se dá o matriciamento? Quais são os desafios dessa atividade?
- Como se dá a relação com a comunidade e com as famílias dos usuários do serviço?

Em relação às dificuldades para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, foram relatadas dificuldades em relação à estrutura que os CAPS possuem para realizar o trabalho de construção e implementação das RAPS e aos encaminhamentos realizados pela atenção primária, devido a uma dificuldade de entendimento na Rede acerca do perfil de usuário que é atendido no CAPS (sofrimento mental persistente). A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, e republicada em maio de 2013. Ela cria, amplia e articula pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil. Esta rede é fundamental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e sintetizado no trecho abaixo por PERES, et. al. (2018):

A implantação da RAPS veio consolidar e potencializar a rede de saúde e a intersetorialidade, contribuindo dessa forma para o contínuo processo de construção da reforma psiquiátrica no Brasil. Percebe-se que a RAPS é construída pelo modelo psicossocial, uma vez que é um passo importante para o caminho da reforma psiquiátrica e ela reforça a corresponsabilização entre os serviços, a clínica ampliada e a integralidade. No entanto, faz parte dela serviços que estão capacitados pela lógica biomédica como o SAMU, as comunidades terapêuticas.¹

Neste ano completa 10 anos que foi regulamentada a implementação das RAPS no Brasil. Contudo, nos grupos focais realizados, foi possível identificar que houve um avanço na constituição dessa rede entre algumas unidades de saúde, mas ainda não foi possível consolidar a RAPS de uma maneira mais ampla no Distrito Federal.

Foi enfatizado que não há o investimento necessário para a implementação das RAPS no Distrito Federal, pela falta de estrutura mínima, como carro, sistema eletrônico, profissionais e sensibilização dos gestores. Foi relatado pelos profissionais que ainda há resistência de algumas unidades para o estabelecimento de reuniões de matriciamento e há dificuldade por parte dos CAPS em se dirigirem para as demais unidades. Seguem algumas falas que evidenciam as dificuldades relatadas acima:

Uma das questões fundamentais é que o CAPS, nessa perspectiva de cuidado, ele tem que trabalhar em rede. Então assim, o investimento na rede, por exemplo agora, ele tá completamente sucateado. Devido à falta de profissionais, o matriciamento não é uma atividade fácil de se realizar, pois nos dias em que se realiza o matriciamento a equipe fica desfalcada.

¹ PERES, Girlane Mayara; CREPALDI, Maria Aparecida; MOTTA, Cibele Cunha Lima da; GRIGOLO, Tania Maris. Limites e Desafios da Rede de Atenção Psicossocial na Perspectiva dos Trabalhadores de Saúde Mental. In Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.34-52, 2018

A falta de recursos humanos e materiais para o deslocamento implica na impossibilidade de deslocamento para ações fora dos espaços dos CAPS. Isso significa que a rede de atenção à saúde também precisaria de organização para a realização de tal atividade (como liberação das equipes, marcação de datas e horários específicos para matriciamento):

... uma outra questão é esse suporte de rede do qual a gente possa trabalhar tanto atendendo uma certa demanda que precisa de um cuidado aqui interno, mas fundamentalmente como que o CAPS não pode sair do CAPS, para atuar fora do CAPS. E aí é rede. Então, tanto a articulação de rede quanto a existência da rede, eu acho que ela está altamente sucateada.

As equipes dos CAPS relataram que a saúde mental ainda é vista como algo à parte, um serviço isolado do restante da rede de saúde, decorrente de concepções que os profissionais possuem sobre saúde mental, o que gera diversos equívocos, como: dificuldade de aproximação entre as unidades de saúde; a baixa implementação da RAPS e do atendimento integral dos usuários; dificuldade de acesso dos usuários aos serviços; estigmatização dos usuários e dos serviços. Seguem abaixo algumas falas dos grupos focais realizados sobre a percepção das equipes de saúde mental pelos demais serviços da rede.

Há desconhecimento acerca do trabalho do CAPS por parte da rede. A rede não tem conhecimentos básicos em Saúde Mental, o que impactam o grande número de usuários que chegam no CAPS, sendo que poderiam ser atendidos em outros serviços. Acontece também muitos encaminhamentos errados, ou seja, quando não há uso abusivo de drogas.

Há dificuldades relacionadas à falta de fluxo estabelecido entre os serviços, com definições claras de atribuição para cada tipo de unidade de saúde, como indica a fala abaixo:

Então assim, para você ver como é difícil esse trabalho em rede, porque o paciente chega na atenção básica ele não consegue atendimento porque o médico que tá lá, a equipe que tá lá acha que aquele paciente não é de lá, entendendo como “o paciente é do CAPS.” E a gente sabe que o paciente é da rede, ele vai transitar por toda a rede em algum momento, né. Então, muitas vezes ele pode estar aqui conosco e pode estar na atenção básica, né. Mas tem uma dificuldade muito grande de entendimento dos profissionais sobre qual a importância da atenção básica de ter esse conhecimento básico de saúde mental, né.

A fala a seguir também explicita a necessidade de construção de um fluxo formal entre os serviços de saúde:

Sempre venho batendo na tecla pra tá colocando no papel os fluxos, as portarias que definem as coisas, porque ainda vivemos no pessoal dependente, então se tem um servidor de boa vontade, que gosta da saúde mental, a coisa vai andar, se tem uma gerência que não gosta desse tipo de paciente, não vai fazer com que eles gostem. Então cada vez mais, quando a gente puder estabelecer o matriciamento, o matriciamento é uma necessidade dentro da saúde mental, cada serviço, uma vez por semana, tal...quando tudo for regulamentado não tem pessoa que necessite da dependência de ninguém. É uma regra né. Enquanto viver no achismo, a gente tem que colocar as coisas em regras. E fortalecer a saúde mental em todas as atenções. Têm muito preconceito, muita resistência, a psicofobia em relação a saúde mental, então se a gente não coloca isso de cima para baixo dentro de uma organização, de uma coisa institucional, é o organograma da Secretaria, de cada setor, a coisa não funciona, vai sempre tá dando murro em ponto de faca, suando para conseguir trabalhar...deixa eu trabalhar, deixa eu atender, é meio desgastante.

De modo geral, a falta de conhecimento sobre a política de saúde mental e sobre as atividades desenvolvidas nos CAPS foram elencadas como as maiores dificuldades para manutenção do sistema de referência e contrarreferência.

E outros serviços também, é uma falta de conhecimento mesmo. Qual é o paciente que é para o CAPS? Acho que de toda rede da saúde, fora também. Às vezes a Defensoria Pública se confunde um pouco com o que a gente recebe aqui, os encaminhamentos. Então acho que é uma falta de conhecimento mesmo, de qual é o paciente perfil do CAPS.

Foi possível identificar que, devido a alguns profissionais e unidades da rede de saúde terem o entendimento equivocado de que todas as demandas de pessoas com sofrimento mental deveriam ser atendidas nos serviços de saúde mental, especialmente, para quem faz uso abusivo de álcool e outras drogas, ainda há dificuldade de acesso aos serviços por usuários com questões de saúde mental. Foram relatadas dificuldades também em relação ao atendimento, pois os pacientes encaminhados não são devidamente atendidos. Também podemos verificar as dificuldades de acesso nas falas a seguir:

Também em relação ao HSVP [Hospital São Vicente de Paulo], que às vezes a gente recebe uns encaminhamentos deles também, que eu acho que eles fazem assim “faz uso de álcool ou outras drogas? Ah você vai pro CAPS AD”. Então, às vezes, é um paciente que fazia uso bem esporádico, que não é um paciente daqui, mas encaminham pra cá.

Foi dito que o CAPS acaba sendo o ponto final desse usuário e não era para ser assim. Avaliam que o CAPS se tornou ponto inicial e final. Final quando está tudo “fechado, acabou, ponto final”. Referiram que a rede tinha que contar com mais unidades de acolhimento e residências terapêuticas. Os profissionais não dispõem dos demais equipamentos públicos necessários para a efetivação da Política de Saúde Mental, como pode ser visto nesta fala de um profissional da área:

E aí como é que fica, sabe? Então, parece que eles também não entendem o que a gente quer. Que a gente acolheu, que a gente ouviu e que a gente gostaria que eles dessem continuidade. Então, há uma resistência também por parte dos outros profissionais dentro da própria rede, sim. O acolhimento com atenção primária é outro problema, porque às vezes a gente manda entendendo que não é nosso paciente, mas a gente vê que atenção primária não consegue manejar esse paciente também. Então, ele fica ali, ó, vagando e sofrendo.

Nos grupos foram citadas situações em que usuários que deveriam passar pelo atendimento ambulatorial nas UBS são encaminhados para os CAPS. Situações em que procuram atendimento da psiquiatria na unidade para realização de consulta e são, imediatamente, encaminhados para o CAPS, independentemente da demanda do usuário. Quando acontecem encaminhamentos assim e o usuário não tem sofrimento mental persistente, os CAPS encaminham de volta para a regulação da rede ambulatorial. Tal contexto acaba gerando dificuldade de acesso ao atendimento para os usuários e eles ficam sendo encaminhados de uma unidade para a outra, além de indicar dificuldade e/ou ausência de comunicação e de fluxos estabelecidos entre as unidades de saúde.

Houve ainda muitos relatos de que por ser “portas abertas” e devido à dificuldade de acessar as unidades básicas de saúde em algumas regiões, muitos usuários acabam se vinculando aos CAPS e querem ser atendidos somente neste serviço. Tem resistência em buscar atendimento na atenção primária, devido às dificuldades encontradas nas experiências anteriores, o que acaba sobrecarregando os CAPS.

O contexto relatado acima pode indicar que carência de profissionais, unidades de saúde e ausência de fluxos nos demais níveis de atenção também geram impactos negativos na implementação das RAPS e sobrecarregam os serviços de saúde mental no Distrito Federal. As equipes reforçaram que o CAPS não é ambulatório, e sim um importante ponto de ligação entre os demais serviços da rede, e precisa que a rede trabalhe em torno dessa ideia, recebendo encaminhamentos corretos da instituição.

Referiram que estão tentando aumentar a relação com a atenção primária de forma que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF tenha mais envolvimento nesses casos. Destacaram que alguns NASFs se localizam em regiões de difícil acesso para o CAPS de referência e para os profissionais dos CAPS. Houve avaliação de que a gestão da DISSAM é bem precária. Antes tinha uma vinculação próxima com os CAPS; depois da regionalização, a gestão ficou mais por conta das Superintendências Regionais de Saúde. Foi enfatizado que a DISSAM e a Diretoria de

Atenção Secundária não conversam entre si. A Gerência do CAPS está subordinada tecnicamente à DISAM e administrativamente à DIRASE, o que gera muitos impasses na comunicação e na gestão dos serviços com as gerências.

A questão do amplo território atendido pelos CAPS no DF também foi pautada pelos profissionais nos grupos como uma das dificuldades para a implementação da RAPS e foi enfatizada a necessidade de o serviço atender aos territórios mais próximos, tanto para que o serviço consiga construir a RAPS com as demais unidades de saúde, quanto para que a população consiga, de fato, acessar e aderir ao serviço, como podemos identificar nos trechos a seguir

E quantidade de CAPS. Tem toda a matemática da portaria da quantidade de unidade por população. A gente tá muito aquém disso, a quantidade de CAPS. A gente dá conta de quê? A gente é mais que o dobro do que deveria ser. Eu acho que não tem nem noção do território. Não tem, é amplo. E território é uma questão fundamental na lógica de tratamento do CAPS.

As falas abaixo indicam a necessidade de ampliação da quantidade de CAPS no DF e também uma melhor distribuição dos equipamentos dentro das regiões de saúde

Outra dificuldade é que esses territórios vão sendo dados por critérios muito amplos. O território aqui é muito grande, já tem poucos CAPS. Aí a gente pensa 'vamos tentar articular ações no território tal', que esse é território da gente, depois esse não é mais território da gente. E aí quando você começa a criar referência com as pessoas, com os locais, agora você não é mais referência por uma questão administrativa e o serviço não é consultado. Ninguém entende que esses serviços precisam estar melhor distribuídos nas regiões para que a gente tenha um maior acesso. Então, eu acho que uma pessoa que sai de muito longe para procurar um serviço de saúde isso já dificulta. Porque muitas vezes não tem dinheiro, muitos pacientes precisam vir a pé, de bicicleta ou a pé porque não tem dinheiro para condução. Muitas vezes aqui a gente precisa fazer vaquinha, nós servidores para pagar passagem do paciente porque ele não tem né. Às vezes a refeição que ele tem é um único lanche do grupo, é a única coisa que ele come durante o dia inteiro.

Cabe ressaltar que as regiões de saúde abrangidas pelo CERP I (Centro-Sul e Central) atendem a uma área territorial bastante ampla, são regiões administrativas com distância significativa entre si e com pouco transporte público disponível, conforme identificado no capítulo anterior. Além disso, os CAPS da Região Central atendem a expressiva demanda de pessoas em situação de rua e de outros territórios, o que complexifica o atendimento nestas unidades. Este contexto dificulta ainda mais o trabalho baseado no território que seria necessário para a implementação da RAPS e do atendimento previsto nos CAPS

Então a gente tem essa situação. A gente atende uma população muito grande em situação de rua. Por conta do território, o lugar onde a gente ocupa. O território não é definido, atende aquela comunidade, ele é um território de passagem. Principalmente, dessa população em situação de rua. Esse CAPS tem essa particularidade. Primeiro que a divisão de território, eles fazem uma divisão geográfica. Como colocou hoje, a gente atende o território x, amanhã tem mais um ou menos um, o que não deveria ser essa divisão geográfica, mas a gente tem essa delimitação geográfica, mas esse local aqui onde a gente está instalado é um centro urbano, né? Então, ele é um local onde as pessoas trabalham, onde as pessoas transitam, onde circula o comércio e o dinheiro. Tem uma população grande de pessoas em situação de rua. Essa característica também tem que ser considerada, por que a demanda espontânea é diferente, eu percebo que ela é de outros CAPS também, né? De quando está inserido em uma comunidade que é um local de moradia.

Ainda sobre a implementação das RAPS e sobre a relação com os demais serviços dos territórios, relatou-se o impacto da ausência de residências terapêuticas, equipes de consultório de rua, leitos para internação em hospitais gerais e leitos para acolhimento nos CAPS III na lógica pensada para que as RAPS fossem, de fato, efetivadas. Como podemos observar nas falas a seguir

A questão da problemática das residências terapêuticas, que acabam sendo importantes nos casos de pacientes que não têm família ou condições de viver de maneira totalmente autônoma. Não são um luxo ou capricho, mas sim uma necessidade.

Pelo menos para mim, a dificuldade é que a gente precisa de outros dispositivos e que a gente não tem. A gente precisa de unidade de acolhimento, a gente precisa de residência terapêutica, a gente precisa de outras coisas que são previstas há muito tempo e que a gente não tem e você não consegue fazer esse tipo de encaminhamento. E a pessoa muitas vezes fica utilizando o dispositivo que não seria o mais adequado e aí lá na frente a gente fica numa situação às vezes até de ineficiência do serviço. Mas espera aí, como é que isso aqui tá sendo tratado no CAPS? Mas não tem para onde ir. E assim a saúde não vai dar conta de tudo, às vezes é demanda da Assistência Social, da habitação de outras coisas que não são para o CAPS e que se coloca como sendo a única demanda do CAPS. E assim, vai acumulando né. Fica difícil.

As equipes dos CAPS também identificam a necessidade de melhorarem os fluxos e o conhecimento acerca da saúde mental com instituições de outras políticas públicas e relatam que a articulação firmada entre as instituições nas redes sociais no Distrito Federal auxilia esse trabalho;

contudo, é preciso construir fluxos mais consolidados entre as esferas de gestão dos diferentes órgãos do Distrito Federal. Nos grupos focais, foi abordada, principalmente, a necessidade de construção e ajustes de fluxo com o Corpo de Bombeiros, SAMU e a Política de Assistência Social, em especial acerca das situações que envolvem pessoas em situação de rua que necessitam de acolhimento, ou seja, fluxos com os serviços de alta complexidade.

Cada caso que às vezes a gente não sabe o que fazer porque, como ela falou, a gente faz parte dessa rede que se os outros pontos de atenção dessa rede não estão funcionando a gente não tem como salvar. Uma vez atendi um rapaz com múltiplas tentativas de autoextermínio sequenciais quase diárias porque ele não tava conseguindo trabalhar estava no episódio depressivo grave tinha feito múltiplas tentativas e aí volta naquele ponto das necessidades básicas. Uma estratégia que a gente usa para que a gente consiga olhar as mais diversas necessidades do paciente é a estratégia da reunião de rede, né.

Durante os grupos focais, os participantes avaliaram que ter a sensação de que outros serviços, além dos de saúde, também parecem não compreender a política de saúde mental como fundamental para a garantia do direito à saúde. Os estereótipos negativos sobre a população que padece de transtornos mentais parecem influenciar a violência institucional e policial:

Voltando pra RAPS, outra instituição que os pacientes nos reportam as dificuldades têm sido os Bombeiros. Que não dão atendimento às chamadas pros casos de crise. Tem sido muito recorrente, muito. E infelizmente, nossos pacientes não se entendem como sujeitos de direito. Então eles não têm voz, eles não acreditam na Justiça. Então, para um paciente desse fazer uma ouvidoria. O que acontece: o paciente que surta, enquanto ele não tiver atendimento, enquanto ele não for internado, o paciente vai surtar todos os dias. Infelizmente, não tem o que fazer. Então assim, tem tido muito esses relatos, principalmente com bombeiros. ‘Ah, não vou porque é drogado, não vou, não adianta de nada.’ É muito na Estrutural. As pessoas por já serem mais vulneráveis, aí elas não têm voz mesmo. Sofrem violência institucional de todas as instituições. A gente tem recebido muito esses relatos. A violência policial lá é enorme.

Um dos CAPS referiu que a maioria dos casos tem relação direta com o não atendimento das necessidades básicas do paciente (emprego, alimentação, moradia etc.), especialmente em casos de autoextermínio. Uma estratégia que utilizam para que consigam visualizar as mais diversas necessidades do paciente é a estratégia da reunião com a Rede. Quando participam da reunião de rede com outros equipamentos da educação – CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Ministério Público –, conseguem ampliar esse olhar. Esse encontro é enriquecedor, e o maior beneficiado é o paciente. Avaliam que o paciente se vincula muito ao serviço porque ele vai participar de grupos terapêuticos semanalmente, e acredita que vai resolver tudo no CAPS.

Alguns pacientes chegam ao CAPS com restrição da Assistência Social (pessoas que não podem entrar nos abrigos por terem desrespeitado alguma regra estabelecida). E, devido a isso, acabam ficando no acolhimento de 14 dias do CAPS, o que não é o procedimento adequado. Nesses casos, as portas estão literalmente fechadas na Rede para esse usuário. A seguir seguem as falas que tratam das dificuldades elencadas e dos fluxos que os profissionais identificam necessidade de construir com essas instituições:

O paciente chega aqui com restrição da Assistência Social que é uma coisa terrível. E aí não pode ficar em nenhum abrigo porque ele tem restrição em todos os abrigos e acabou aqui no acolhimento de 14 dias. Então assim, tá todas as portas fechadas nesta parte da rede. Como que os serviços da assistência, de abrigo, que é alta complexidade fecha as portas para o sujeito, né? Então, a gente vê que ele vai ter os direitos negados em todos os espaços e a gente também não consegue dar conta da complexidade da vida como um todo. Então, assim, eu sinto muito essa limitação mesmo. Eu acho que é o que a equipe traz que todo mundo sente isso de alguma forma. Muitas vezes o próprio usuário não quer ir, né. Porque ele já disse não lá. “Eu não vou, porque lá são péssimos, eu não vou.

Em relação ao matriciamento, as equipes trouxeram muitas dificuldades. A primeira questão foi a dificuldade de realizá-lo com a equipe do CAPS estando tão reduzida. Foram relatadas as dificuldades com algumas unidades básicas de saúde que não entendem e não reconhecem a nota técnica da Diretoria de Saúde Mental - DISSAM para encaminhamentos para a rede secundária. Segundo as equipes, falta informação sobre o trabalho do CAPS e da própria rede, o que afeta o funcionamento da rede como um todo e resulta em encaminhamentos equivocados. É preciso ampliar o entendimento dos gestores e dos profissionais de saúde sobre a importância do matriciamento e sobre os benefícios desta proposta de trabalho para os serviços e para os próprios profissionais. Por outro lado, foram enfatizados exemplos positivos de boas articulações firmadas entre o CAPS e as UBS e policlínicas mais dispostas a construir fluxos na rede de saúde. Os trabalhadores do CAPS enxergam o matriciamento como uma ferramenta muito importante e um espaço de troca, compartilhamento e difusão de capacidade de atendimento, como pode ser percebido nas falas a seguir

Eu queria entrar no assunto de matriciamento. Acho que é uma ferramenta fundamental, né. O matriciamento, no entanto, aqui no DF ainda não há um entendimento por parte dos profissionais da atenção básica de que isso é uma coisa que veio para ajudar e não para sobrecarregar, né. Então, a gente tem muito pouca procura por matriciamento. Houve época que a gente oferecia o nosso serviço, digamos assim, batendo de porta em porta “quer matriciamento? Quer matriciamento?” Ainda é assim, mas pelo menos algumas unidades já nos procuram, né.

Outra pessoa afirmou

Determinados centros de saúde, (...) o pessoal do centro de saúde tem um entendimento muito melhor em relação a acolher esse paciente, acompanhar, a gente tem um grupo com eles que eles tiram dúvidas, perguntam o caminho, dão o encaminhamento para a gente. Então a gente tem essa troca com eles, tem reunião de matriciamento, e quando é de lá a gente fica mais tranquila, até quando a gente recebe um paciente que é de lá, porque quando vem de lá, eles já tentaram e mandaram pra gente aqui. Fora isso, nos outros centros de saúde, a pessoa já vem de lá, não quer vir, por conta do primeiro contato, entendeu.

Em todos os grupos focais realizados foram relatadas dificuldades de comunicação e construção de fluxos com as unidades de saúde que são geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES, como o Hospital de Base e as UPAS. O Hospital de Base é o único hospital do DF com leitos na ala psiquiátrica, mas não atende pacientes encaminhados pelo CAPS. No fluxo da rede, o Hospital São Vicente de Paulo tem leitos psiquiátricos, mas não atende pacientes com comorbidades clínicas, adolescentes e idosos. Esses usuários só podem ser internados no Hospital de Base, mas há relatos de usuários de dificuldades de acesso a este serviço e os profissionais relataram que não conseguem encaminhar pacientes idosos com comorbidades que não tenham prontuário prévio na Psiquiatria do Hospital de Base. Dessa forma, o CAPS não tem para onde encaminhar os usuários mais graves para internação. O HUB passou recentemente a atender esses pacientes, mas o CAPS também não consegue encaminhá-los. Por outro lado, houve relatos, nos grupos focais, que o Hospital de Base encaminhou pacientes em estado grave, sem prescrição, para o CAPS. A fala a seguir exemplifica situações que demonstram os prejuízos da ausência de fluxos entre as unidades referidas e os CAPS:

O que acontece, na teoria, no fluxo da rede, o São Vicente é destinado aos pacientes em crises, desde que eles não tenham comorbidades clínicas, não sejam menores de idade nem maiores de 60. Esse grupo seria atendido pelo Base e agora mais recentemente o HUB também abriu para a regulação e para receber esses pacientes, mas isso está fora da nossa governança. A gente não tem poder para definir isso e a gente tem passado muitos episódios de pacientes que por exemplo, eu recebi, tem umas 2 semanas, um paciente de uma tentativa de autoextermínio grave, ficou no Base vinte e poucos dias de UTI, mas não sei quanto tempo de internação, deram alta para ele numa sexta-feira sem prescrição, sem nada, paciente ficou quase 2 meses internado, paciente grave, numa depressão grave, com voz de comando... “Procure o CAPS.” Ele chegou aqui na segunda-feira, não tinha médico, estava de férias e assim, não é um caso, são muitos. A gente tenta encaminhar um paciente que tem indicação de internação, e esse paciente não é sequer atendido, mesmo com documento. Lembrei de um caso, o paciente de 70 anos, cheio de comorbidade, não consegue interromper o uso de bebida

alcoólica, não tem na rede outra instituição apta a recebê-lo e o Hospital de Base disse que ele não tem indicação de internação. Então, esse tem sido um grande desafio para RAPS, tem sido trazer essa instituição para dentro da rede para atuar em conformidade com a rede. Porque aí não adianta a gente não ter para onde mandar essas pessoas.

Por fim, ainda foi falado sobre a dificuldade que muitos pacientes enfrentam para reportar as dificuldades de atendimento na Ouvidoria do GDF, principalmente para pessoas que têm dificuldade de acesso à internet e não possuem correio eletrônico e para quem tem receio de retaliação e gostaria de fazer uma denúncia anônima. É o que demonstra o trecho abaixo:

E não sei se vocês sabem, mas existe um empecilho gigante pra Ouvidoria do GDF que precisa ter um e-mail. Ou seja, você tem que se identificar. Não tem como fazer anonimamente. Até tem, se você fizer um e-mail que não se identifique, né. Mas enfim, eles exigem um e-mail inclusive para denúncias por telefone. A gente só descobriu isso porque, eu realmente fiquei perplexa com isso, porque eu fui ajudar o paciente que está há quase um ano esperando uma cirurgia de urgência, enfim, e me deparei com esse absurdo. E a gente tem orientado muito os pacientes, nesses episódios de recusa de atendimento, a acionar a ouvidoria, porque não tem o que fazer.

Quando foi questionado o papel da DISSAM diante dessas problemáticas em relação à articulação com os demais serviços, foi relatado que se tem uma diretoria pequena, “sem muita força interna”. Houve falas de que a diretoria está bem precária e não tem articulações com outras diretorias da própria Secretaria de Saúde; mas alguns profissionais também avaliaram que, apesar de ser pequena, a DISSAM tem uma boa equipe técnica e tem se esforçado para escrever notas técnicas e melhorar a articulação interna na Secretaria de Saúde.

Para a articulação com as famílias e comunidades, foi informado que os CAPS realizam assembleias e grupos semanais com os familiares, encontros que deveriam ocorrer uma vez por mês, porém são realizados de forma esporádica devido à atual capacidade das equipes. Em alguns grupos focais foi enfatizada a dificuldade de a comunidade aceitar a implementação do CAPS em determinado local, principalmente, em relação às unidades que tratam de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal comportamento demonstra o preconceito ainda vigente na sociedade e a necessidade de campanhas informativas sobre os serviços e os impactos positivos para a sociedade como um todo. Foi relatado ainda que, em algumas situações, existe resistência de profissionais de saúde que atuam em unidades de saúde que dividem o espaço físico com o CAPS, como podemos observar nas falas a seguir:

Aqui não teve nenhuma dificuldade em relação a comunidade não, (...). Aqui já é um serviço de saúde, tá mais isolado, as casas estão mais distantes, então não

chama atenção. A dificuldade maior foi com os próprios colegas, né? Esse sim (risos). E o medo? A própria equipe da saúde tem isso. imagina a comunidade, né! que tá mais distante ainda dessa realidade. Até hoje a gente assim, quer perguntar alguma coisa, eu fico muito, tem algumas pessoas aqui que são mais próximas, até chegar lá, encontrar um profissional. Às vezes, a gente tá com um paciente, atendendo ali, que é da região que eles atendem também, a gente precisaria às vezes conversar com eles, mas eu não sou da equipe, mas tem outra equipe que tem esse matriciamento com o centro de saúde ou então já tem mais esse acesso. E eu não tenho, me sinto, “o que vou fazer ali dentro”, a gente fica muito pisando em ovos.

2.4. Bloco IV - Pandemia de Covid-19

Foi referido que, com a pandemia, o número de crises e de casos graves atendidos pelas equipes dos CAPS aumentou consideravelmente. Houve uma grande necessidade de readaptação de todo o trabalho, que costumava ser realizado totalmente presencial e com atividades em grupo. O trabalho em grupo é um dos pilares do trabalho no CAPS e foi um dos serviços de saúde que mais precisou se reestruturar durante a pandemia. Muitos profissionais pertenciam a grupo de risco e ficaram trabalhando remotamente; outros participaram da campanha de vacinação do covid-19. O atendimento “portas abertas” foi mantido, principalmente para os casos graves. Foi informado que o número de crianças e adolescentes atendidos aumentou rapidamente. Os casos graves de depressão entre adolescentes aumentaram de forma muito expressiva, tornando mais importante o matriciamento e a articulação com as redes, principalmente com as escolas.

Foram feitos muitos atendimentos pelo telefone, como busca ativa, para saber como estavam os pacientes. Também foram realizadas visitas domiciliares, foi mantido o Programa De Volta para Casa (PVC) e foram realizados atendimentos em grupo. Inicialmente, os grupos foram totalmente remotos e, posteriormente, retomaram os atendimentos presenciais; contudo, avaliam que após a experiência dos grupos remotos, muitos usuários estão com mais dificuldade de retomarem aos atendimentos presenciais por preferirem o atendimento remoto. Os profissionais avaliam que seria interessante manter os dois formatos de atendimento para ampliar a adesão ao serviço; todavia, foi relatado que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal emitiu orientação de que todos os atendimentos deveriam retomar ao formato presencial.

Essa organização foi feita na pandemia pelos profissionais, sem suporte da SES/DF, sem muitas orientações técnicas para a reorganização dos CAPS e sem o fornecimento dos materiais necessários. Em cada CAPS, os profissionais foram tentando construir formas de manter o atendimento durante a pandemia. Os profissionais compararam fones de ouvido, webcam, usaram os próprios computadores e celulares para a realização dos grupos remotos. Somente mais recentemente que foram disponibilizados telefones celulares com internet para algumas unidades – facilitando a comunicação com os usuários, via o aplicativo WhatsApp –, pois os telefones da

Secretaria de Saúde ficam inoperantes alguns momentos ao longo do dia. Houve relatos, nos grupos focais, sobre a necessidade de a SES/DF incluir as inovações nos formatos de atendimentos que surgiram ao longo da pandemia e de ouvir mais os usuários, seus interesses, suas sugestões, antes de emitir determinações contrárias às manifestações dos usuários e dos profissionais.

E aí o grupo de família, a gente começou a fazer virtualmente também, essa questão familiar, essa questão da pandemia explica bastante o nosso cenário atual e a diferença que a gente teve na pandemia foi muito positivo nessa reorganização, muito por conta dos serviços, sem esse respaldo da Secretaria. Que na verdade, na minha visão, tinha que ser totalmente ao contrário, porque se você tem experiência de inovação, de conseguir justamente driblar os problemas de uma outra forma, essa discussão veio de fato na conferência, mas não tá chegando essa discussão na Secretaria. Eu até lembro muito claramente, eu fiquei admirada, que a capacidade de adaptação da equipe, a essa nova realidade, a criação dessas alternativas de assistência foram as coisas que a pandemia trouxe pra gente, que ficaram na maioria dos cenários, mas aqui, a Secretaria fez o contrário, colocou como se tivesse, “a agora tem que ser presencial”, de uma hora pra outra baixaram uma norma que tinha que ser presencial.

Outra pessoa indicou

Até porque não tá igual e não vai ser nunca mais igual. Eu acho que foi um momento também da gente refletir sobre o que a gente quer daqui pra frente, um momento da gente fazer um balanço do que funcionou, do que não funcionou, de como será daqui para frente. Eu penso que a gente precisa ouvir mais o paciente, o que ele quer. Acho que a gente ainda tá muito nessa coisa que a gente meio que decide tudo né. Sobre formato de grupo, do tema de grupo. Acho que a gente precisa trazer mais o paciente para a gente tomar essas decisões em assembleias, nessas conversas com familiares, no intuito de melhorar o serviço, essa integração com os pacientes.

Foi inibido. Saiu a determinação, inibindo, foi até desproporcional a disponibilidade que a equipe teve de criar alternativas, a gente fez sem suporte nem antes e nem depois. A gente por exemplo, meu grupo era de autocuidado feminino, então a gente conseguia trazer profissionais de fora, médicos, nutricionistas, sempre vinha gente que de onde eles tivessem, eles dariam uma palestra, dava alguma informação e de repente, acabou, assim como a gente já teve intercessão de crise de suicídio dentro do grupo virtualmente, então, olha quanta coisa a gente conseguiu, e de repente não teve mais.

Sobre atendimentos e grupos online, outro trabalhador indicou problemas como a fal-

ta de infraestrutura e de materiais (de trabalhadores e de pacientes) para realização das atividades na modalidade virtual:

Não tem como você não falar de inovação em pleno século 21, né. Inclusive, pela logística, da cidade, deslocamento, estresse do vai e volta. Às vezes tem lugares que tão fazendo rodízio de teletrabalho entre equipes, até pra ter essa variação. É uma proposta, né. Inicialmente, que continuasse fazendo os grupos daqui, mas também não oferece, aqui não tem estrutura. Essa estrutura fica a cargo do servidor, né. Seu aparelho, sua internet, tudo, tudo! Sem uma política direcionada para isso. São heróis mesmo.

Teve adesão, os pacientes aprendem a mexer, a usar uma estrutura, virtual, tecnológica que eles não sabiam, então, foi difícil, foi, mas todo mundo aprendeu com a pandemia né.

Os profissionais informaram que também foi possível identificar que muitos usuários ficaram desempregados e tiveram muitas dificuldades econômicas e sociais ao longo da pandemia da covid-19, que dificultavam o acompanhamento deles pelo serviço. Por isso, foram realizadas campanhas de arrecadação de alimentos, roupas etc. para atender às necessidades urgentes das famílias dos usuários dos CAPS. Também houve um aumento na demanda pelo CAPS decorrente da perda de renda das famílias, seja por atender pessoas que não tinham mais condições de pagar pelos planos de saúde seja pelo aumento de pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, devido ao contexto social e econômico, como retrata a fala de um usuário, transcrita abaixo

Teve muita gente, que com a crise econômica pós-pandemia, o poder aquisitivo caiu, muita gente teve que sair do convênio e veio para o CAPS. E como o CAPS é regional, então atendia muita gente do sudoeste, eu perdi o plano que não tenho mais condições de pagar e agora vou usar o SUS. Então a pandemia trouxe esse fato. Quem não estava acostumado a usar o serviço começou a usar. Pacientes que não faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, passaram a fazer nesse período. E aí juntou, de novo, com a questão social, perda de emprego, essas coisas todas. O que agravou bastante, né.

As equipes que participaram dos grupos focais avaliam que os serviços estão em período de transição das atividades, do formato remoto para o presencial, e ainda são vividos pela equipe os reflexos da pandemia, como evasão escolar, desemprego, aumento da depressão e ansiedade, automutilação, tentativa de suicídio e ideação suicida. A partir do início de 2022, começaram os atendimentos presenciais e foi quando também observaram um grande agravamento do adoecimento mental na população. Estão fazendo a reconstrução desses grupos e da convivência com a comunidade.

Uma avaliação positiva foi ter facilitado o acesso para o CAPS para as pessoas que moram em regiões mais distantes da unidade, principalmente nos CAPS que atendem uma ampla área territorial. Como podemos observar na fala abaixo:

A gente teve muito retorno com essa questão do deslocamento, você falou sobre a questão do território, (...). Então, por exemplo, esse tipo de questão você dribla com as atividades virtuais, é a questão do acesso para pessoa que não tá saindo de casa hoje, e a gente sabe que até chegar aqui ela venceu muitas etapas. A gente conseguia chegar nela em etapas anteriores, então vários cenários que a gente teve um ganho com as atividades virtuais, um ganho não foi mantido e agora a gente não tem esses recursos. Os usuários também, batalharam muito nessa época para manutenção dos grupos, justamente para essa questão de acesso. Então, foi uma coisa que os usuários bateram muito nessa tecla também. Até porque uma das atividades que a gente conseguiu fazer virtual era a assembleia, que a gente tava fazendo ela mensalmente, e agora ela tá interrompida justamente, pois a gente não retomou nem presencialmente e nem virtualmente.

Cabe ressaltar que os profissionais relataram um impacto significativo na saúde mental da própria equipe, decorrente do clima de tensão que viviam na pandemia, do aumento de situações de crise em que precisaram atuar e do aumento da complexidade dos atendimentos, gerando uma sobrecarga de trabalho ainda maior para os CAPS e necessidade de a equipe ter uma supervisão externa. Segue abaixo falas sobre o impacto nos profissionais:

Porque o que acontece, a gente tava falando isso semana passada, quando um paciente está em crise a equipe entra em crise junto. Porque a gente não parou, a gente vem da pandemia. Todos os serviços, sem ser saúde e segurança, estavam atendendo online, eu sei que isso também tem um preço, mas a gente não parou. Então, a gente vem de um momento muito estressante. A gente não teve nenhum tipo de supervisão, de cuidado, de suporte. Pelo contrário, a gente teve uma sobrecarga de trabalho. Entendendo claro que toda saúde teve, não só a saúde mental, mas toda a saúde teve uma sobrecarga de trabalho isso implica em muita coisa, né. Mas com relação a nossa equipe acho que a gente tem o que é o principal, que é sermos comprometidos, né. A grande maioria, eu acho que é muito comprometida com o trabalho, né. A gente discute muito caso, a gente procura um ao outro durante o atendimento, a gente pede ajuda e eu acho que isso enriquece muito o atendimento.

Outro profissional falou

Então a gente sofreu, a gente tem esse impacto ainda hoje, esse agravamento ainda persiste. E de novo, sem nenhum tipo de intervenção com o servidor, de

treinamento, de capacitação continuada, nada. E os atendimentos individuais sobrecarrega o serviço? Muito! Tem muito mais demanda.

Por fim, na fala de alguns profissionais, também foi enfatizado que é preciso construir fluxos de atendimento para a demanda de saúde mental decorrente do contexto da pandemia, pois casos leves de saúde mental não é perfil de demanda para o CAPS, como é possível identificar na fala abaixo:

Uma adesão boa, assim também como, do meu ponto de vista em relação a pandemia, veio muita gente que não tinha o padrão de CAPS adoecido mentalmente e que vinha procurar o serviço, essas pessoas não sei onde estão, porque não tem para onde mandar, a gente manda pra uma faculdade particular, ou para um serviço que vai cobrar menos, então eu acredito que fortalecer o ambulatório ou o serviço de psicologia dentro da rede é de suma importância, porque esses pacientes eles precisam ter um fluxo, já que não vão ficar aqui, é importante que eles tenham um destino. Ainda mais que a taxa de adoecimento mental durante pós pandemia, dizem, né, que a gente tá na quarta onda, né. Aumentou taxa de suicídio, aumentou depressão, aumentou crise de ansiedade. Então, era pra ser um movimento contrário de suporte para equipe.

3. Considerações Finais

A reforma psiquiátrica, amparada pela Lei 10.216/2001, propõe uma ampla mudança do atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Significa uma mudança do modelo de tratamento para sair do isolamento em instituições e promover o convívio na família e na comunidade. A política de saúde mental adotada no Brasil redireciona os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária, com a garantia dos direitos humanos e do cuidado integral à saúde mental e a problemas que envolvem álcool e outras drogas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) inclui os CAPS como o serviço estratégico e complexo para atender os casos mais graves de saúde mental. É previsto que o trabalho em saúde mental, e, em especial, nos CAPS, deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com os outros serviços de atenção à saúde e das demais redes. O tratamento é realizado, prioritariamente, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que envolve a equipe, o usuário e a família do usuário em construção. A ordenação do cuidado fica sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, dependendo do estado de saúde geral da pessoa, e garante permanente processo de cogestão, articulação em rede e acompanhamento da situação de saúde do usuário.

Por ser uma política baseada na construção de espaços coletivos e no reforço da necessidade do controle social como uma ferramenta importante para a construção da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, também se faz importante primar pela avaliação dos serviços tanto por parte dos gestores, quanto dos profissionais de saúde e dos usuários. O presente capítulo trata da análise dos grupos focais realizados com os trabalhadores de saúde que atuam nos CAPS localizados nos territórios abrangidos pela APAPP I. E complementa as análises anteriormente realizadas pela CEPS/MPDFT.

Para operacionalizar a política de saúde mental brasileira, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede dá suporte para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e foi instituída por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

A RAPS tem as seguintes diretrizes: atuação pautada no desenvolvimento de atividades que favorecem a inclusão social no respectivo território; promoção de autonomia e do exercício da cidadania, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; combate a estigmas e preconceitos; diversificação das estratégias de cuidado; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. E um dos objetivos gerais é garantir a articulação e a 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.

Cabe ressaltar que foi possível identificar que há experiências exitosas na articulação e construção da RAPS nos territórios acompanhados; contudo, ainda há muitas dificuldades encontradas pelos profissionais dos CAPS para a efetivação desta rede, tanto relacionadas a estrutura nas unidades para se dedicarem a este trabalho – como ausência de carro e déficit no quantitativo de profissionais – quanto a entaves com a gestão das demais unidades de saúde e sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da RAPS. Uma outra dificuldade encontrada, tanto na região Central quanto na região Centro Sul, são os territórios de abrangência de cada CAPS, o que dificulta a realização do trabalho de matriciamento e de construção de fluxos com as unidades que ficam em territórios distantes, algumas até em regiões de saúde diferentes do CAPS.

Além das dificuldades relatadas acima, outro ponto bastante ressaltado pelos profissionais é a ausência ou carência de muitos dispositivos importantes no Distrito Federal. Instituições que também compõem a RAPS, mas não existem nos territórios ou são insuficientes para a demanda existente, como equipes do Consultório na Rua, UPAs, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, entre outros. O que indica que a rede de saúde mental no DF é deficitária e sobrecarrega em demasia os CAPS existentes.

Há necessidade de fomentar o estabelecimento de fluxos de atendimento entre os serviços de saúde mental, principalmente com a atenção básica e com outras políticas públicas, como as políticas de habitação, de educação e de assistência social. Foram enfatizadas questões importantes

que envolvem o acolhimento das pessoas em situação de rua – cujo fluxo de atendimento entre os CAPS e a Proteção Social de Alta Complexidade também precisa ser construído. Identificou-se, ainda, a necessidade de construção de fluxos e uma melhor comunicação entre as unidades de saúde geridas pelo IGES e as unidades de saúde com gestão direta, especialmente, os CAPS.

Além do mais, ressalta-se a necessidade de ampliar os processos democráticos que promovem a participação dos usuários nos CAPS e o envolvimento do serviço com a comunidade, principalmente com a realização das assembleias mensais e uma maior participação dos usuários nos conselhos de saúde. Nos grupos focais realizados, foi possível identificar que há dificuldade em realizar as assembleias com periodicidade mensal e resistência por parte da população para aceitar a implementação de CAPS, principalmente voltados para pessoas usuárias de álcool e outras drogas em locais próximos às residências nos territórios.

Quanto ao serviço ser portas abertas e realizar trabalho multidisciplinar, as avaliações das equipes, no geral, foram positivas. Verificou-se que foi possível a realização do trabalho previsto nos CAPS; contudo, a maior dificuldade para a efetivação do serviço com esses pilares é o déficit de profissionais, pois nem sempre é possível realizar atendimento conjunto, devido à agenda de alguns profissionais estar bastante cheia de atendimentos individuais, como ocorre com frequência com os psiquiatras.

Nas regiões atendidas foi possível identificar que a grande maioria dos CAPS não possuem a estrutura necessária para a realização do trabalho, principalmente quando se refere a atendimentos e realização dos grupos com os usuários e dificuldade de acesso aos sistemas. Há unidades onde não há salas adequadas e os grupos e atendimentos são realizados em tendas no espaço aberto do terreno, independentemente do clima. Não há filtros de água, ventiladores ou ar-condicionado nas unidades, mesmo nas que não possuem sala com ventilação, e, quando têm, é porque os próprios servidores compraram. Além disso, alguns CAPS são localizados dentro de outras unidades de saúde e não possuem a devida identificação, dificultando o acesso da população por desconhecimento da disponibilidade do serviço naquela localidade. Nos grupos focais realizados, foi possível identificar, ainda, que alguns CAPS são cadastrados como III no Ministério da Saúde, mas possuem estrutura e funcionamento de CAPS II, sendo necessário ajustar a estrutura do CAPS para ser compatível com o cadastro realizado.

Foi amplamente relatado pelas equipes que sentem falta de capacitação por parte da Secretaria de Saúde, não tinham supervisão externa e não tinham ações voltadas para a saúde dos trabalhadores. São ações que necessitam de mais atenção e planejamento por parte da SES/DF. Foi identificado ainda que o atendimento para adolescentes de 16 a 18 anos nos CAPS ad necessita de uma maior atenção e de capacitação da equipe para atender esta demanda no Distrito Federal, que inicialmente seria atendida no CAPS ADI e, posteriormente, migrou para o CAPS AD sem que a equipe fosse tecnicamente capacitada para tal atendimento.

Em relação à pandemia, observou-se que não houve capacitação da equipe nem suporte por parte da SES/DF em relação à infraestrutura necessária. Os profissionais relatam que houve

aumento significativo da demanda e agravamento dos quadros de saúde mental dos usuários. Foi relatado que, desde o início do ano de 2022, a procura pelos CAPS continua em expansão, pois muitas pessoas que não apresentavam demanda antes da pandemia passaram a tê-la e procuram pelos serviços públicos de saúde para atendimento. Os profissionais relatam que se deparam com situações mais complexas, que necessitam de intervenções mais qualificadas e que este contexto pós-pandêmico também tem provocado um maior acometimento na saúde dos trabalhadores de saúde que atuam nos CAPS. Neste sentido, avalia-se que seria importante promover capacitação e suporte para a saúde dos servidores que atendessem o contexto atual dos serviços.

Ressalta-se ainda que tanto os usuários quanto os profissionais da equipe do CAPS avaliaram positivamente o impacto do uso de ferramentas digitais durante a pandemia, principalmente nas unidades que atendem territórios muito distantes. A realização de grupos remotos possibilitou a ampliação do acesso para muitas pessoas que tinham dificuldade de se deslocar para os CAPS. Por isso, em alguns CAPS da região atendida por esta APAPP, os usuários e profissionais avaliam que seria importante manter a realização de grupos remotos e presenciais para atender a um número maior de pessoas; contudo, a Secretaria de Saúde orientou o retorno de todas as atividades presenciais, sem a previsão da realização de atendimentos e grupos remotos.

Cabe salientar que o público do CAPS da região central do DF é composto em maior número por pessoas em situação de rua, o que suscita a necessidade de pensar em fluxos e atividades específicas de acordo com as realidades e demandas desses usuários. Em sua maioria, não são moradores desse território e esse é um marcador importante, porque os profissionais avaliam que, nesses casos, fica difícil pensar em território da mesma forma que os outros CAPS, pois se trata de um “território de passagem”. Esse território não é de habitação, e, sim, comercial, onde as pessoas trabalham.

4. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html. Acesso em: 9 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 7 fev. 2023.

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kFzCC9Dfbfv7WzPNQbJZVmF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

PERES, Girlane Mayara et al. Limites e desafios da Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 27, p. 34-52, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69033/41527>. Acesso em: 7 fev. 2023.

Capítulo VIII

A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial II/CEPS/MPDFT

Karolina Varjão, Max Meirelles Gonzaga, Anna Júlia Garcia

Sumário

1. Introdução:

2. Análises

2.1. BLOCO I – FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

2.2. BLOCO II – Recursos Humanos e Gestão de Pessoas

2.3. BLOCO III – Articulação em Rede

2.4. Bloco IV – Pandemia de COVID 19

3. Considerações finais

4. Referências Bibliográficas

1. Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar resultados referentes à etapa qualitativa da pesquisa. O foco do presente texto são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na área de abrangência da equipe de pesquisa vinculada à Assessoria de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP II) do Centro Regional II (CERP/CEPS/MPDFT).

Os resultados aqui apresentados em conjunto referem-se aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados nas Regiões Administrativas de Itapoã, Paranoá, Planaltina e Sobradinho. Os grupos focais dos quais o presente capítulo trata foram realizados junto às equipes dos CAPS que compõem a Região de Saúde Leste, a qual conta com dois equipamentos (um CAPS II e um CAPS AD) e a Região de Saúde Norte, que conta com três equipamentos (um CAPS II, um CAPS AD e um CAPS Infantojuvenil).

Para coleta de dados, foram realizados grupos focais com trabalhadores dos CAPS sobre o serviço ofertado, bem como sobre as potencialidades e os desafios das atividades desenvolvidas pelos CAPS. O objetivo geral dos grupos focais era de conhecer a realidade do funcionamento de cada Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal e os objetivos específicos foram os seguintes: identificar os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS; apreender a percepção dos participantes sobre a rede de atenção à saúde mental no DF; conhecer as dificuldades enfrentadas por profissionais para atuação nos CAPS; e conhecer as atividades desenvolvidas por profissionais nos CAPS.

As informações coletadas referem-se a aspectos do funcionamento e organização dos CAPS, seus recursos humanos, articulação com a rede e o impacto da pandemia no serviço prestado. Nesta etapa do processo investigatório, foram realizados como recursos metodológicos as visitas institucionais e os grupos focais com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivo de aprofundar qualitativamente as informações acerca da estrutura oferecida e coletar informações sobre o funcionamento e organização dos serviços, a articulação com a rede e os impactos da pandemia de covid – 19 no desenvolvimento das atividades.

O grupo focal, segundo Backes et al. (2011), é uma técnica de coleta de dados utilizada em pesquisas de natureza qualitativa que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Os dados foram coletados durante as visitas institucionais realizadas pela equipe da APAPP III e analisados conforme referencial teórico-metodológico descrito no Projeto de Pesquisa. O roteiro foi estruturado em quatro blocos de questões:

Bloco I – Funcionamento e Organização do Serviço;

Bloco II – Recursos Humanos;

Bloco III - Articulação em Rede; e

Bloco IV – Impactos da Pandemia no Funcionamento do Serviço.

Os grupos focais foram gravados com a anuência dos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os áudios foram transcritos pela equipe da APAPP III, garantindo-se a não identificação dos participantes.

Os seguintes procedimentos técnicos foram realizados:

6/7/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS II – Paranoá (Realizado por Izis Moraes e Paola Ludovice);

14/7/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS AD – Itapoã (Realizado por Paola Ludovice e Max Meirelles);

16/8/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS i – Sobradinho (Realizado por Izis Moraes e Paola Ludovice);

24/8/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS II – Planaltina (Realizado por Izis Moraes e Max Meirelles);

1º/9/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS AD – Sobradinho (Realizado por Paola Ludovice e Max Meirelles).

2. Análises

2.1. Bloco I: Funcionamento do Serviço

Um dos pontos que define a estruturação dos CAPS é o seu caráter “aberto e comunitário”¹. As equipes dos CAPS entrevistadas por esta assessoria concordam que um serviço de portas abertas deve oferecer acolhimento imediato aos usuários que o buscam, sem entraves burocráticos ou barreiras de acesso e sem necessidade de prévio agendamento. Tal acolhimento deve ser composto por um momento de escuta qualificada e outro de orientações ao usuário em questão - sobre seus direitos, sobre o funcionamento dos serviços do CAPS e o acompanhamento que ele receberá ou mesmo um encaminhamento para outros atores pertinentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)², quando for o caso. Há, porém, queixas quanto às dificuldades de oferta de um serviço de portas abertas, conforme o modelo proposto, com os recursos humanos disponíveis atualmente. Um dos CAPS pesquisados, alegando falta de servidores, chegou mesmo a adotar um modelo alternativo, nomeado de “porta semiaberta”, acolhendo três pessoas por turno (matutino/vespertino) e agendando os demais usuários para acolhimento em datas posteriores. Outra

¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>

² Os componentes da Rede de Atenção Psicossocial estão discriminados na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03 de 2017, Anexo V, Art. 5º. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Último acesso: 26/01/2023

queixa apresentada pelas equipes entrevistadas foi quanto à continuidade do acompanhamento: ainda que todos os usuários sejam acolhidos, há fragilidades de estrutura e escassez de recursos humanos para dar seguimento aos acompanhamentos em tempo hábil ou com a qualidade desejada pelos profissionais.

Acerca das potencialidades dos CAPS – seus pontos fortes –, segundo as próprias equipes, o atendimento de usuários em grupos figurou como a principal resposta. Entende-se que os grupos são espaços privilegiados de reinserção social, o que é de primordial importância não apenas para os usuários enquanto indivíduos – que, como pessoas em sofrimento psíquico, sofrem exclusão de numerosas instâncias do convívio social – mas também para a própria política de saúde mental, por seu potencial de cuidado do usuário enquanto membro da comunidade, em oposição ao modelo manicomial que outrora se impunha, modelo com o qual a RAPS e os CAPS representam rompimento³.

Outra potencialidade dos CAPS elencada pelas equipes entrevistadas foi o cuidado humanizado, multiprofissional e em rede com os usuários, em alto contraste com o modelo prévio, que “ambulatorizava” o cuidado ou o restringia aos hospitais psiquiátricos. O modelo dos CAPS proporciona, na visão dos entrevistados, um serviço de reabilitação psicossocial mais completo e humano em relação ao modelo hospitalocêntrico, além de representar um marco territorial importante dentro da comunidade – o CAPS, com seus grupos abertos à comunidade e cuidado integrado com a RAPS, contribui para que o local onde se insere se torne mais “tolerante à loucura”, para citar diretamente uma das equipes entrevistadas.

Em relação aos limites do serviço, conforme os profissionais entrevistados, a maior barreira identificada é a carência de servidores, em especial servidores qualificados em saúde mental e com interesse na temática. Todas as equipes entrevistadas se queixaram de deficiência de servidores e demonstraram interesse em mais profissionais.

A segunda queixa mais prevalente dentre as equipes entrevistadas está relacionada ao espaço físico onde os CAPS estão instalados. Os profissionais são unânimes em afirmar a inadequação dos espaços físicos - desde o número de salas até o isolamento acústico próprio para as salas de atendimento, o que viola, em tese, a privacidade dos usuários atendidos. Em um caso específico, há preocupação quanto à segurança dos profissionais, que ficam demasiadamente expostos aos usuários desde o atendimento inicial, devido à proximidade do balcão de recepção da entrada do edifício, sem rotas claras de saída para os servidores.

Logo após, as equipes citam a inadequação da RAPS em si: desde as “portas fechadas” dos demais serviços, até os encaminhamentos impertinentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Poder Judiciário, dos hospitais e demais serviços componentes da rede. Queixas são comuns sobre a inabilidade ou incapacidade das UBS em atender os transtornos que, em tese, não cabe aos CAPS atender (já que são destinados ao acompanhamento dos transtornos “severos e persis-

3 QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. Saúde e Sociedade, v. 19, n. Saude soc., 2010 19(3), jul. 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YLxhY9kJrPrzsKcjNqPRJj/?lang=pt>>. Último acesso: 26/01/2023.

tentes”⁴), e até mesmo sobre preconceitos nutridos por profissionais da rede primária, que, em alguns casos, se recusam terminantemente a atender pacientes de saúde mental. Cita-se, ainda, que os demais componentes da RAPS sequer compreendem o papel dos CAPS, encaminhando-lhes, de forma errática, os casos mais variados de sofrimento mental na expectativa de que os CAPS resolvam o problema. Há, também, uma preocupação dos profissionais quanto à baixa pulverização do serviço, que se encontra deveras centralizado na configuração atual – obrigando os usuários em potencial a se deslocar por grandes distâncias para ter acesso ao serviço, a despeito de claras limitações de renda.

Ainda sobre as limitações do serviço, outra queixa generalizada é a escassez de materiais variados para utilização nos grupos e espaços de terapias complementares: desde bolas de futebol e instrumentos musicais à tinta guache, a Secretaria de Saúde apresenta dificuldade para adquirir os insumos necessários ao desempenho destes trabalhos. As equipes em geral também pontuam obstáculos de transporte para realização de visitas domiciliares e condução de usuários ao serviço: os CAPS pesquisados nesta região variam entre a posse de uma viatura praticamente obsoleta, sem motorista – obrigando os profissionais de outras especialidades a se credenciar para conduzir o veículo em tela – à ausência total de meios de transporte.

Sem esgotar o tema, foi elencada uma dificuldade estrutural que se fez mais óbvia durante a pandemia de covid-19: a ausência de equipamentos de informática (computadores, *smartphones*, *tablets*) conforme a necessidade dos CAPS, o que levou as respectivas equipes a utilizar celulares e computadores particulares para a realização de atendimentos remotos enquanto perdurava a emergência sanitária.

Por fim, levantou-se o posicionamento das equipes quanto à utilização do sistema TrakCare® no âmbito dos CAPS. Várias foram as objeções apresentadas, em especial quanto ao fato de o referido sistema ser pensado para atendimento ambulatorial, o que simplesmente o torna inadequado para a utilização em um serviço como o CAPS. Certas especialidades (*e.g.* fisioterapeuta, farmacêutico) são impossibilitadas de registrar as evoluções no sistema; todos os atendimentos devem conter um código CID (Classificação Internacional de Doenças), o que também não é pertinente à realidade diária dos CAPS, dado que, durante o acolhimento e os grupos, não são realizados diagnósticos; ainda, a incompatibilidade do TrakCare® com os sistemas da atenção primária (e-SUS) e do Hospital de Base, administrado pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES), o que apresenta claros obstáculos ao atendimento dos usuários em rede.

2.2. Bloco II: Recursos Humanos

De acordo com o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para o Dimensionamento da Rede (2018), houve na Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) um esforço coletivo de discussão com diversos setores, fundamentado nas legislações vigentes e no mapeamento das

4 Art. 20, §1º, Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03 de 2017, Anexo V. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html >. Último acesso: 26/01/2023

distribuições de servidores, o que possibilitou identificar concentração e a escassez de profissionais, assim como as necessidades de cada região. O manual apresenta que

A garantia do direito à saúde e o cuidado de qualidade perpassa pela discussão aprofundada e adequação quantitativa e qualitativa da equipe de assistência. Dessa forma, o planejamento da força de trabalho é um dispositivo de gestão fundamental para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (p.4)

No entanto, de acordo com as informações obtidas com os grupos focais, os servidores dos CAPS não participaram da construção do referido manual. Alguns tampouco o conhecem. Aparentam que a construção foi centralizada na Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (DISSAM/SES-DF), em espaços de diálogo reduzidos, e que, mesmo se a equipe tivesse sido convidada a participar, dificuldades seriam enfrentadas devido à alta demanda assistencial e à quantidade reduzida de profissionais, o que obstaculiza a participação em espaços de gestão e cogestão. Além disso, a visão é de que o manual foi construído baseado somente nas legislações, sem considerar o que as equipes conhecem das realidades dos territórios, tendo sido citado como exemplo o fato de que, em determinados territórios mais empobrecidos, seriam necessárias mais assistentes sociais, informação que a análise normativa isolada da realidade não alcança. As equipes compreendem que o manual foi construído para o mínimo de recursos humanos e não para responder às necessidades da população.

O Manual de Parâmetros prevê que profissionais médicos e enfermeiros tenham experiência em saúde mental; entretanto, para outras categorias como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico bioquímico, técnicos em enfermagem e administração, não há requisito de formação ou experiência em saúde mental, o que impacta negativamente o serviço, considerando que a SES não oferta capacitação nessa temática. Mesmo os profissionais para os quais são solicitadas experiência ou formação em saúde mental, não se observa o cuidado da SES em lotá-los nos equipamentos especializados. Nos grupos focais houve a queixa de que a lotação dos servidores ocorre de maneira aleatória, sem considerar as preferências, experiências e especialidades dos profissionais. Como implicações, verifica-se que há insatisfações, esgotamentos e agravamentos na saúde mental dos profissionais, os quais pontuam a ausência de diálogo com a SES/DF para realização de permutas e falta de amparo e cuidado em saúde mental para os profissionais.

Os grupos focais destacam ainda a ausência de profissionais de outras categorias e especializações, não estritamente considerados profissionais de saúde, mas que propiciariam a execução de atividades artísticas, lúdicas, culturais e esportivas – dentro da proposta terapêutica do CAPS –, alcançando objetivos de reinserção e inclusão social. Educadores físicos, músicos, “horteiros”, arteterapeutas e musicoterapeutas são alguns dos profissionais que não compõem o quadro de recursos humanos da SES, mas que, de acordo com as equipes, auxiliariam na garantia de uma atenção psicossocial e multidisciplinar.

Diante do quadro reduzido e insuficiente de recursos humanos, sobretudo de profissionais com capacitação em saúde mental, foi ressaltada a utilização indevida dos estudantes provenientes do programa de residência da SES como substitutos de servidores efetivos do quadro profissional. Houve a compreensão, ao longo dos grupos focais, de que a residência traz qualificação para o serviço por ser uma formação em nível de pós-graduação; no entanto, esse aproveitamento da mão de obra dos residentes impede, de certa maneira, a pressão política para a contratação de profissionais efetivos. Segundo relatos, a Secretaria de Saúde do DF é regularmente notificada acerca da necessidade de recomposição das equipes, no entanto, as respostas aos pedidos são morosas e não acompanham a dinâmica dos serviços. Tal situação ocorreria porque a realização de concursos públicos e as nomeações de novos servidores não acontecem na medida das necessidades de atendimento à população.

Os grupos focais indicam que não há oferta de capacitação especializada para atuação em saúde mental, sobretudo na questão de álcool e outras drogas. A formação e atualização neste tema ocorre por iniciativa dos próprios servidores, individualmente. O mesmo acontece em relação aos cuidados da própria saúde, uma vez que a SES não oferece qualquer suporte de prevenção, promoção ou cuidado à saúde mental dos trabalhadores do CAPS. É comum que os servidores operem como suporte à saúde uns dos outros.

Por fim, outra queixa apresentada pelas equipes foi o fato de alguns servidores do CAPS receberem gratificação de insalubridade e outros não, mesmo que façam parte da mesma categoria profissional. Acredita-se que a criação de uma gratificação específica para os trabalhadores que atuam com a saúde mental seria o mais adequado, tendo em vista os desgastes próprios da natureza desse trabalho. Além de equalizar as condições de remuneração interna, a gratificação poderia atrair servidores para o serviço. Segundo relatos, as equipes dos CAPS são as únicas que não recebem nenhum tipo de gratificação na SES, o que desmotiva profissionais a optarem por trabalhar neste equipamento, dando preferência a outros locais em que serão mais bem remunerados.

2.3. Bloco III: Articulação em Rede

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e define Rede de Atenção à Saúde com um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular “pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, é a norma que atualmente rege as redes de atenção à saúde do SUS.

Dentre as diretrizes que norteiam o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, destacam-se, para fins da presente análise, a “promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde”, o “combate a estigmas e preconceitos”, a “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar” e a “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”.

Os objetivos gerais da RAPS, previstos no artigo 3º da referida portaria de consolidação, são os seguintes:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

III - garantir 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.

Ainda conforme a Portaria de Consolidação nº 3, os componentes que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são os seguintes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Cada um dos componentes dispõe de pontos de atenção específicos, os quais foram investidos de atribuições próprias.

Tabela 1 – Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO	
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde - UBS	Equipes de Atenção Básica
		Equipes de Atenção Básica para populações específicas: - Equipe de Consultório na Rua; - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
		Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF
	Centro de Convivência e Cultura	

Atenção Psicossocial	Centros de Atenção Psicossocial - CAPS
	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU
	Sala de Estabilização
	UPA 24H
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral
	Unidades Básicas de Saúde, entre outros
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral
	Hospital Psiquiátrico Especializado
	Hospital Dia
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: BRASIL, Portaria nº 3088/2011. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

Embora não esgote a compreensão de como a Rede de Atenção Psicossocial está estruturada, a tabela acima permite visualizar que o desenho da Política de Saúde Mental em rede procurou dar conta de uma série de necessidades da pessoa com sofrimento ou transtorno mental em momentos distintos de sua vida, permitindo a articulação de várias equipes com o fim de alcançar a atenção integral à saúde.

No entanto, não basta a previsão legal para que a RAPS se constitua enquanto tal. A existência dos equipamentos previstos ou mesmo a disponibilidade de recursos humanos, materiais e infraestrutura também não garantem que a pessoa com sofrimento ou transtorno mental desfrute da assistência idealizada na concepção da política pública. Além de todo o aparato tangível, a incorporação das diretrizes norteadoras do processo da Reforma Psiquiátrica⁵ e a apropriação do arcabouço teórico e prático dela decorrentes são condições indispensáveis para a implementação da política pública. O que a escuta dos profissionais da Atenção Psicossocial indica é que a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está mais próxima da mera previsão legal, distante do alcance dos outros condicionantes para sua concretização.

5 Entendido como um processo político e social complexo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu influência de movimentos nacionais e internacionais, os quais imprimiram a marca de suas reflexões em normativas que direcionaram a reorientação dos modelos de assistência à saúde mental. A Declaração de Caracas (1990) é um dos marcos normativos que expõem as diretrizes que nortearam esse processo no Brasil. Consta da declaração: 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação.

As falas dos servidores ouvidos ao longo dos grupos focais indicam o entendimento comum de que a RAPS não existe em seus territórios de atuação. Tal afirmação se sustenta em fatos observáveis no cotidiano de trabalho das equipes da Atenção Psicossocial, dentre os quais é possível destacar:

- inexistência de vários pontos de atenção previstos nas normativas;
- entre os pontos existentes, quantidade insuficiente de equipamentos;
- recursos humanos insuficientes e, por vezes, não capacitados para o atendimento dos usuários da Política de Saúde Mental;
- como consequência do item anterior, impossibilidade de atendimento ou atendimento ineficaz pelos níveis da Atenção Básica em Saúde, Atenção de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar.

Os fatos elencados acima criam uma série de barreiras para a implementação da Política de Saúde Mental, mas refletem de maneira particular sobre o CAPS. De acordo com a fala dos servidores, as demais equipes da rede não compreendem este serviço como um ponto de referência da RAPS, mas tão somente como o único equipamento capaz de dar respostas às demandas das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Nesse sentido, as falas também apontaram para a necessidade de esclarecer as demais equipes, tanto da RAPS quanto da rede intersetorial, acerca das atribuições do CAPS, localizando-o como mais um ponto da rede; ao mesmo tempo em que se faz necessário estimular que as demais equipes se reconheçam como importantes pontos de atenção e se apropriem de suas próprias atribuições no contexto do trabalho em rede.

O papel estratégico desempenhado pelo CAPS ao longo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituindo-se como o equipamento que possibilitou a organização da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, talvez tenha sido um dos motivos que consolidou a compreensão das demais equipes de saúde de que ele assumiria sozinho toda a assistência anteriormente prestada nos manicômios. No entanto, faz-se necessário destacar que os CAPS, por excelência, têm a função de organizar a rede de atenção, como articuladores estratégicos da rede e da Política de Saúde Mental num determinado território. Portanto, se ele articula a rede, não é o único ator com atribuições voltadas a dar respostas às demandas dos usuários dessa política pública, existindo uma série de necessidades que somente serão alcançadas por meio da atuação dos diversos equipamentos.

No que diz respeito à inexistência de pontos de atenção, foram citados os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Centros de Convivência e Cultura. Importante ressaltar que estes são os serviços que não estão disponíveis no Distrito Federal. Em cada uma das duas regiões de saúde, existem lacunas importantes como é o caso da inexistência de CAPSi no território da Região Leste de Saúde e de CAPS III nas duas regiões de saúde (Leste e Norte).

Principalmente nos CAPS AD foi referenciada a necessidade de retaguarda por CAPS III (não foi especificado se CAPS III ou CAPS AD III), tendo em vista a demanda recorrente por atendimento no período noturno e aos finais de semana em razão do perfil dos usuários desses serviços. A ausência deste equipamento leva as equipes a recorrerem ao encaminhamento de pacientes às comunidades terapêuticas⁶, mesmo que esta não fosse a escolha técnica dos profissionais. Foi observada uma crítica em relação à opção dos gestores da política em financiar esse tipo de equipamento em detrimento da instalação de serviços governamentais. Além disso, a existência de notícias de violações de direitos, supostamente vividas pelos usuários nesses espaços, preocupa os profissionais de saúde. Também foi mencionada a suposta falta de fiscalização do uso dos recursos financeiros repassados a esses equipamentos.

Entre os dispositivos em número insuficiente estão as Equipes de Consultório na Rua (Atenção Básica em Saúde), as Unidades Ambulatoriais Especializadas (Atenção Psicossocial) e as Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral, antes denominados “leitos de psiquiatria em hospital geral” (Atenção Hospitalar), incluindo os destinados à “desintoxicação”. Por ocasião da realização dos grupos focais, apenas a Região de Saúde Leste contava com uma Equipe de Consultório na Rua, embora algumas regiões administrativas dos territórios abordados neste texto tenham recebido equipamentos para acolhimento da população em situação de rua (Casas de Passagem) nos últimos anos. Já em relação aos leitos hospitalares, a informação recebida foi a de que os leitos de referência em uma das regiões de saúde haviam sido desativados.

Ainda no que diz respeito à insuficiência de pontos da RAPS, a fala mais recorrente entre as equipes está relacionada à existência de poucos CAPS (independentemente da modalidade) para cobertura de extensos territórios, alguns deles funcionando como referência para regiões rurais igualmente amplas. A consequência mais evidente desse vácuo de cobertura é a dificuldade ou a completa impossibilidade de atendimento dos usuários pelos serviços de saúde mental, ferindo os objetivos de ampliação do acesso à atenção psicossocial e de promoção do acesso aos pontos de atenção. Diante desse problema houve falas no sentido de que a recomposição das equipes existentes resolveria a questão da cobertura apenas parcialmente, tendo em vista que as pessoas continuariam a não ter acesso ao serviço em razão de suas condições socioeconômicas, sendo mais estratégico que os dispositivos fossem espalhados no território, mesmo que em equipamentos de menor porte.

Outro problema enfrentado para a implementação da RAPS é a atuação das equipes de pontos de atenção dos componentes da Atenção Básica em Saúde, da Atenção de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar. A relação entre CAPS e Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi a mais citada ao longo das falas, embora também haja referência à relação com outras equipes. Vários são os motivos identificados para que a assistência prestada pelas equipes das UBS não seja satisfatória, na opinião das equipes da Atenção Psicossocial.

6 Dentro da RAPS as comunidades terapêuticas fazem parte da Atenção Residencial de Caráter Transitório e são consideradas “Serviços de Atenção em Regime Residencial” (Inciso II, do Art. 9º da Portaria de Consolidação nº 03 do Ministério da Saúde).

Em primeiro lugar, é importante destacar o reconhecimento pelos servidores dos CAPS de que as equipes da Atenção Básica em Saúde se encontram sobrecarregadas, situação agravada pela pandemia. O déficit de recursos humanos previamente existente ficou mais evidente com o aumento da demanda durante o auge da crise sanitária e permaneceu no período de remissão da pandemia.

Feita a consideração anterior, as equipes do CAPS destacaram um aspecto relacionado a como as equipes da Atenção Básica compreendem a saúde mental e, conseqüentemente, como lidam com pacientes com quadros de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Não considerar tais quadros como adoecimentos reais, ou considerá-las com preconceito, estigmatização e dificuldades para lidar com o comportamento desses pacientes são alguns dos aspectos que dificultam o acesso ao atendimento pelas equipes das UBS. O mesmo se aplica às equipes dos serviços de urgência e emergência e hospitalares. Tais problemas, na opinião dos servidores dos CAPS, poderiam ser minimizados com a promoção de capacitação nos temas afetos à saúde mental, no entanto, como já foi abordado na subseção “Recursos Humanos”, a SES não tem promovido a devida formação de seu quadro de pessoal.

Um dos reflexos da desassistência ocorrida nos outros pontos de atenção, observado em mais de uma das equipes ouvidas, foi a resistência dos profissionais do CAPS em dar alta e encaminhar os pacientes que se encontram estáveis e em condições de dar continuidade ao tratamento junto às equipes da Atenção Básica em Saúde. Diante da experiência vivida, observa-se que os usuários não conseguem acessar outros pontos da rede porque, ao contrário do que acontece no CAPS, os outros equipamentos da RAPS não funcionam com a modalidade de acesso “porta aberta”. Outro aspecto observado é que, mesmo quando o usuário consegue acessar os outros pontos da rede de atenção, por motivos diversos, a assistência recebida não consegue proporcionar condições de manutenção de um quadro de estabilidade dos sintomas, o que leva a um novo agravamento do quadro de saúde e, como consequência, ao retorno do paciente ao CAPS.

A situação narrada acima se repete em relação ao primeiro acolhimento. Ou seja, os CAPS acabam assumindo pacientes que não corresponderiam ao seu perfil de atendimento com receio de que não sejam acolhidos em outros pontos da rede. Além disso, a inexistência de alguns equipamentos no território também pode ocasionar a inserção de usuários em alguma atividade no CAPS, mesmo que não sejam pacientes que correspondam ao perfil do serviço.

Fica evidente, portanto, que a RAPS não está constituída nos territórios das regiões de saúde Leste e Norte, seja pela inexistência de equipamentos, pela insuficiência de pontos de atenção, pela insuficiência de recursos humanos ou, ainda, pela inabilidade de algumas equipes em lidar com este perfil de usuário específico.

O reflexo de não haver uma rede estruturada em cada região é a sobrecarga e a descaracterização do perfil de pacientes atendidos nos CAPS. Enquanto a RAPS prevê que esse ponto da rede seria responsável pelo atendimento de transtornos graves e persistentes, as equipes acabam acolhendo casos leves e moderados pelo receio de que a pessoa fique sem assistência nos outros pontos.

A atenção em saúde mental não se restringe às intervenções dos equipamentos e serviços que compõem a RAPS,

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. (BRASIL, 2005)

Em relação à rede intersetorial, foi ressaltada, durante os grupos focais, a importância da articulação entre os diversos equipamentos com o fim de proporcionar a promoção da saúde em sua integralidade. No entanto, assim como ocorre com a RAPS, também foram apresentadas dificuldades, dentre as quais é possível citar a falta de compreensão sobre as atribuições e metodologia de trabalho do CAPS e a fragilidade dos serviços, tanto governamentais quanto não governamentais, do território. A compreensão equivocada acerca do trabalho desenvolvido no CAPS gera, por exemplo, encaminhamentos inadequados e impositivos, resultando em falsas expectativas nos usuários, retrabalho e demora no atendimento da demanda.

Destacam-se as dificuldades de articulação com os equipamentos da política de assistência social, em especial com os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), havendo o reconhecimento de que esses serviços já se encontravam precarizados e a situação se agravou com o advento da pandemia. As equipes ouvidas percebem que, em razão das especificidades do quadro de saúde, os pacientes do CAPS enfrentam dificuldades adicionais para acessar os serviços da política de assistência social. Portanto, seria necessária a criação de um fluxo específico para encaminhamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Também foram citadas dificuldades de articulação com os Conselhos Tutelares. Há relatos de que já houve casos em que esse equipamento foi acionado e não se fez qualquer intervenção na situação. Já a interlocução com as escolas ocorre com regularidade, quase sempre por iniciativa do próprio CAPS.

A interlocução com organizações não governamentais e com voluntários locais é uma constante nos equipamentos, sobretudo para dar respostas às necessidades dos serviços que não têm sido supridas por vias institucionais com a SES (realização de passeios, reformas de móveis, realização de eventos para angariar fundos, etc.). No entanto, assim como ocorre com os equipamentos públicos, as equipes têm percebido uma fragilidade nas instituições não governamentais, o que dificulta a atuação em rede.

Apesar de reconhecerem a importância da articulação do trabalho em rede, houve relatos de que essa atividade não tem sido priorizada em razão do excesso de atividades no CAPS.

A sobrecarga de trabalho também tem prejudicado a realização das ações matriciais, embora nesse caso seja possível observar um esforço adicional das equipes em destinar horas de trabalho específicas para esse fim. Esse empenho possivelmente se justifique pela função estratégica que o matriciamento cumpre, uma vez que foi recorrente nos grupos focais a afirmação de que essa atividade proporciona avanços no enfrentamento de alguns dos problemas vivenciados na implementação da Política de Saúde Mental.

Embora não haja uniformidade de entendimento acerca do que seja o matriciamento, algumas falas proferidas durante os grupos focais nos aproximam do significado dessa ação:

Cuidar junto.

Atribuir aos outros servidores que não são especialistas a capacidade de se envolver no cuidado do usuário ou daquela condição.

É ser capaz de, na ausência de algum serviço especializado, saber como conduzir aquela situação. E na presença do serviço especializado saber trabalhar junto com a equipe.

É compartilhamento do cuidado, cuidado integrado entre os serviços.

Além do compartilhamento do cuidado, o matriciamento abarca a educação.

Suporte especializado para áreas que não são especializadas em saúde mental, para subsidiar o atendimento ao paciente na atenção primária.

Suporte orientacional para que as equipes realizem os serviços que são atribuições delas da melhor forma possível.

Estratégia que pode acionar a rede como um todo, principalmente a rede de saúde. (Trabalhadores dos CAPS, grupos focais).

Um outro conjunto de falas remete o matriciamento a uma ação de mapeamento de fluxo, mediado por um formulário e centrado em “duplas matriciadoras” nas UBS.

Foi criado um grupo de trabalho para definir o fluxo do matriciamento, para ajustar a ordem e o sentido da ação, mas tem funcionando muito pouco e de

forma confusa. Está disfuncional. Foi criado um fluxo dificultoso, que piora com a falta de profissionais (Trabalhador do CAPS, grupo focal).

Para alguns servidores dos CAPS, se trata de “uma questão confusa, entendida de forma equivocada”:

Existe o entendimento equivocado de que matriciamento é fazer referência e contrarreferência. É encaminhar (Trabalhador do CAPS, grupo focal).

Nesse sentido seria importante, como destacado por alguns entrevistados durante grupos focais:

(...) fazer com que os outros entes da rede, setorial e intersetorial, compreendam que aquele paciente pertence a eles também e que não adianta despachá-lo (Trabalhador do CAPS, grupo focal).

O importante do matriciamento é estabelecer um plano de cuidado conjunto das unidades (Trabalhador do CAPS, grupo focal).

Ao tratar da inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, o Ministério da Saúde (2004)⁷ define o apoio matricial como “um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população”. Nesse arranjo deve haver um compartilhamento de casos, de maneira que se alcance uma corresponsabilização, por meio de discussões, intervenções e atendimentos conjuntos. Essa responsabilização compartilhada deve promover a superação da lógica do encaminhamento, uma vez que pretende aumentar a capacidade resolutiva da equipe da Atenção Básica.

Em consonância com essa proposta, servidores da Atenção Psicossocial destacaram a importância da realização do matriciamento junto às equipes da Atenção Básica em Saúde, mas destacaram algumas dificuldades relacionadas à adesão dos profissionais a essa estratégia, mesmo que haja divulgação e busca ativa por parte do CAPS. Incompreensão acerca do que é o apoio matricial, resistência em atuar de forma compartilhada e preferência pelo encaminhamento dos casos ao CAPS são alguns dos motivos que levam à baixa adesão a essa atividade.

Diante do quadro acima, foram apresentadas falas que defendiam que o sucesso dos processos de apoio matricial depende do comprometimento da gestão das unidades a serem matriciadas, de modo a garantir a participação dos servidores nesses momentos. De acordo com Iglesias e Avellar (2019)⁸, a prática do apoio matricial requer “uma garantia de sistematicidade e conti-

7 Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

8 IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(4), abr. 2019.

nuidade dos encontros entre a saúde mental e a Atenção Básica” e “necessita ser realimentado constantemente por espaços de reflexão e formação permanente, para que não se perca em uma prática hierarquizada e especializada baseada em procedimentos” (Figueiredo e Onocko-Campos, 2009 *apud* Iglesias e Avellar, 2019).

As autoras defendem que

(...) não basta implantar o matriciamento se certas garantias não acompanharem este trabalho, como aqueles encontros produtivos, regulares e longitudinais, que envolvam equipes de referência, matriciadores e gestores. Nisso os gestores têm uma grande responsabilidade, se afirmando como também imprescindíveis na consolidação do matriciamento. A partir daí é possível um processo de efetivação da proposta matricial de formação em serviço, construção de um trabalho interdisciplinar, descentralização da saúde mental e, conseqüentemente, de integração da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direito. (Iglesias e Avellar, 2019. Grifo nosso.)

Além das dificuldades de engajamento dos profissionais da Atenção Básica em Saúde, houve o reconhecimento de que os próprios CAPS enfrentam obstáculos para realizarem as ações matriciais, sendo recorrente que apenas um ou dois servidores se envolvam nessa estratégia, mesmo que considerem importante que todos os profissionais de nível superior atuem como equipe de referência matricial. As razões para essa realidade variam entre escassez de recursos humanos e resistência dos profissionais das equipes matriciadas em reconhecerem outras especialidades não médicas como referências para o debate.

Acrescenta-se que uma considerável parte da demanda pelo matriciamento aparece como uma necessidade dos médicos da Atenção Básica em manejar as medicações psiquiátricas. Foi ressaltado como um possível dificultador para a adaptação desses profissionais ao modelo de atenção proposto no âmbito da saúde mental o fato de não terem formação em saúde da família, uma vez que foram realocados de hospitais e ambulatórios em razão do projeto Converte APS⁹. Nesse contexto, avaliou-se que as UBS dividem a atenção em duas modalidades: terapia social e terapêutica medicamentosa, esta última ainda norteadada pelo paradigma biomédico, comumente observado nos ambientes hospitalares.

Se o alcance das ações matriciais já é limitado em relação à Atenção Básica, situação mais preocupante ocorre com os outros componentes da RAPS. Chegou-se mesmo a afirmar que “não há matriciamento com a atenção terciária”; no entanto, houve o reconhecimento de alguns profissionais de que há um certo “desinteresse” do próprio CAPS em procurar se aproximar das equipes das demais esferas de atenção. Nesse mesmo contexto de reflexão, houve o reconhecimento

9 A Portaria SES Nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, disciplinou o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

de que essa lacuna resulta em prejuízo para o paciente, o qual “deixa de receber o tratamento adequado dentro do hospital”. Houve ainda o entendimento de que apenas o médico do CAPS poderia matricular as equipes dos hospitais.

Um outro problema na oferta de atendimento em saúde mental que poderia ser minimizado por meio do matriciamento das equipes da Atenção Básica é a ausência de equipe especializada nas extensas regiões rurais. No entanto, foi relatado por mais de uma equipe que o próprio CAPS enfrenta dificuldades para acessar os equipamentos distantes de sua sede, principalmente por falta de transporte. Por esta razão, optou-se por priorizar o matriciamento de equipes territorialmente próximas ao CAPS ou daquelas que tomam a iniciativa de solicitar o apoio matricial.

Mesmo diante de tantas adversidades, algumas equipes percebem que têm alcançado avanços em relação às ações matriciais, uma vez que os bons resultados obtidos com equipes já matriciadas despertou o interesse de outras unidades em participar desse processo. O julgamento anterior de que o matriciamento trazia aumento de trabalho para a equipe matriciada foi substituído, em alguns casos, pela observação de que os profissionais adquirem habilidades para manejar situações que envolvem questões de saúde mental, aumentando a resolutividade da intervenção.

Por fim, cumpre ainda ressaltar brevemente dois aspectos sinalizados ao longo dos grupos focais: a continuidade do funcionamento do Hospital São Vicente de Paulo e a assistência farmacêutica da SES.

Foram pontuadas críticas à manutenção do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) pela Secretaria. A tese é de que este equipamento hospitalar, ao mesmo tempo em que mantém características asilares, em afronta às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, demanda uma grande quantidade de profissionais que poderiam ser realocados em outros pontos de atenção da rede.

A assistência farmacêutica também foi abordada como um dos pontos críticos de atenção aos usuários. Foi relatado que as unidades de fornecimento de medicamentos são insuficientes, demandando grandes deslocamentos, e que os servidores também não são capacitados para atender o público com sofrimento ou transtorno mental, resultando em falta de acesso às medicações. Além disso, foram feitas críticas à falta de atualização dos medicamentos disponibilizados pela SES. Embora existam fármacos mais modernos, estes não constam da lista da Secretaria para fornecimento aos pacientes.

2.4. Bloco IV: Pandemia de COVID-19

Assim como em todos os outros setores da sociedade, e principalmente no campo da atenção à saúde, a pandemia de covid-19 repercutiu de forma severa na rotina das pessoas que trabalham e são assistidas pelo CAPS. A realidade que se impôs abruptamente refletiu na demanda que se apresentou ao serviço, exigiu reorganização do trabalho e também expôs as condições de resposta disponíveis no equipamento.

Um dos impactos imediatos no funcionamento do serviço, comum a todos os dispositivos, foi a necessidade de redirecionar parte dos recursos humanos para a chamada “linha de frente” de combate à covid-19, principalmente nas ações de testagem e vacinação. Além desse redirecionamento de servidores, também houve redução da equipe pelo adoecimento dos profissionais pelo coronavírus.

Se num primeiro momento houve redução na demanda dos CAPS, logo em seguida ocorreu um aumento considerável, “um boom”, na procura por atendimento, porém, as equipes perceberam que a necessidade das pessoas era por escuta individualizada. Tratava-se de quadros de ansiedade, depressão, vivência de luto e consumo de substâncias psicoativas. Muitas dessas demandas eram casos novos. Também houve a observação de que parte desses novos pacientes não aderiu, de fato, ao tratamento.

Um outro grupo de usuários que deu início ao tratamento durante a pandemia permaneceu, a princípio, em atendimento individual, tendo em vista a impossibilidade de realização das ações terapêuticas coletivas. Por esta razão, a compreensão da metodologia de trabalho típica do CAPS por parte desses pacientes só está acontecendo agora e, em alguns casos, com dificuldade de adaptação.

O contrário aconteceu com as pessoas que já estavam sendo acompanhadas antes da pandemia. A suspensão dos grupos somada ao distanciamento social imposto pela crise sanitária repercutiram negativamente na socialização dos usuários e trouxeram prejuízos para os quadros de saúde. As falas dos servidores fazem referência a “pacientes descompensados” e a pacientes que se encontravam sem usar substâncias psicoativas há anos e que tiveram recaídas durante a pandemia. Alguns casos precisaram ser reinseridos ao serviço a partir de busca ativa e, dentre eles, alguns tratamentos precisaram “recomeçar do zero”.

Portanto, um impacto importante no funcionamento do serviço foi a descaracterização do trabalho ocorrida por causa da suspensão dos grupos, o que levou os CAPS a funcionarem mais próximos do trabalho ambulatorial. Esse prejuízo tem se estendido até o momento atual, uma vez que alguns serviços relataram dificuldade de retomar o modelo original de atuação. Um dos servidores avalia que “houve um retrocesso” na organização do serviço e que somente agora tem sido possível retomar a rotina de trabalho anterior à pandemia.

Essa descaracterização do trabalho constitui um aspecto importante a ser analisado, tendo em vista a importância do papel desempenhado por esse dispositivo durante o processo de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica, proporcionando o cuidado em liberdade. As ações terapêuticas coletivas realizadas pelo CAPS são um recurso fundamental para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais, por meio do fortalecimento de laços familiares e comunitários, e precisam ser resgatadas o quanto antes.

Mesmo antes da retomada das atividades individuais presenciais, as equipes se esforçaram para oferecer atendimentos em formato remoto. No entanto, em razão das dificuldades de acesso

pelos usuários, em muitos casos não foi possível viabilizar o acompanhamento. Dentre os fatores que dificultaram o atendimento remoto estão a falta de acesso à internet e a inabilidade para manuseio dos telefones celulares de forma adequada ao tipo de atendimento.

O desemprego e o empobrecimento da população prejudicaram e continuam prejudicando a retomada dos tratamentos, pois os usuários ainda precisam priorizar a própria subsistência. O agravamento das condições socioeconômicas da população fez com que demandas que a princípio seriam atendidas por outras políticas públicas ou por outras equipes de saúde tenham se apresentado com frequência para o CAPS, em especial nos acolhimentos iniciais. Dentre as demandas citadas estão os atendimentos médicos não relacionados à saúde mental e que deixaram de ser acompanhados durante a pandemia, situações de violência doméstica, negligência e abandono, falta de alimentação, dificuldades de acesso a transporte e educação, além de outras. Essa realidade também tem alterado a dinâmica de atendimentos no CAPS, uma vez que as equipes entendem que esses outros aspectos fazem parte de um conjunto de determinantes sociais da saúde, sendo necessário, portanto, reorientar a intervenção profissional para tentar responder a essas demandas.

Sobre o suporte fornecido pela Secretaria de Saúde durante a pandemia, não houve convergência nas informações referentes ao fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs). As falas apontaram para três situações distintas: 1) fornecimento suficiente de EPIs; 2) fornecimento insuficiente de EPIs, inclusive com falta de máscaras durante dois meses; e 3) fornecimento de EPIs além do necessário, o que possibilitou a distribuição de máscaras para os usuários e suas famílias.

Já em relação aos equipamentos e demais recursos para realização de atendimentos remotos (on-line), houve unanimidade de opiniões ao afirmarem que a SES não ofereceu nenhum suporte nesse sentido. Segundo relatos, “tudo foi providenciado pelos próprios servidores”. Mesmo antes da pandemia, parte dos recursos tecnológicos de algumas unidades foi adquirido por outras vias, que não o fornecimento via Secretaria (prêmio de concurso e doação de outros órgãos, por exemplo).

3. Considerações Finais

O presente capítulo se debruçou sobre a realidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que compõem as regiões de saúde Leste e Norte, as quais fazem parte da estrutura da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF).

De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, regiões de saúde se referem a espaços geográficos com recursos compartilhados e têm por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, as quais devem contar com componentes mínimos obrigatórios de serviços e ações, dentre os quais encontra-se a Atenção Psicossocial. Já a Rede de Atenção à Saúde é o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

As ações e serviços da Atenção Psicossocial são portas de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde, dentre as quais importa destacar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O CAPS se configura como uma importante porta de entrada no sistema de saúde e opera como um ator estratégico no território onde se localiza, uma vez que, além de acolher o usuário com sofrimento ou transtorno mental, define inicialmente o fluxo de atendimento na rede a partir de uma escuta especializada, articula a rede em sua região de abrangência e ainda figura como referência para as demais equipes que constituem a RAPS. Portanto, fica evidente a necessidade de que este dispositivo da Política de Saúde Mental esteja disponível nos territórios, com acesso fácil e em condições de ofertar o acompanhamento adequado. Não obstante sua importância para viabilizar o acesso ao direito à saúde, o que foi possível observar a partir da realização dos grupos focais foi uma fragilidade na oferta desse serviço.

Como importante porta de entrada à Rede de Atenção, ao CAPS foi atribuída a modalidade de funcionamento com “porta aberta”, a qual viabiliza o acesso do usuário sem entraves burocráticos (agendamentos, encaminhamentos, etc.). Embora seja reconhecida pelos profissionais como uma estratégia exitosa de acesso ao serviço, ficou evidente a preocupação de que as demandas acolhidas nem sempre podem ser, de fato, acompanhadas com a qualidade devida. Mesmo assim, verifica-se que a quase totalidade dos serviços opera de acordo com as recomendações de manutenção da “porta aberta”.

A dificuldade do atendimento à demanda que se apresenta ao CAPS não pode ser atribuída somente ao componente “porta aberta”, mas passa sobretudo pelas condições de funcionamento do equipamento. A seguir apresentamos uma síntese dos problemas identificados a partir dos grupos focais:

- Recursos humanos insuficientes e, em alguns casos, não capacitados para atuação em saúde mental.
- Servidores desmotivados, adoecidos e sem cuidado em saúde mental.

- Necessidade de uma equipe multiprofissional mais diversificada.
- Infraestrutura, recursos tecnológicos e materiais de consumo inadequados ao funcionamento do serviço.
- Impossibilidade de realização de ações de matriciamento e articulação de rede em razão da insuficiência de recursos humanos e dificuldade de transporte.

Além da fragilidade de funcionamento dos equipamentos em si, sua inserção em uma rede de atenção com falhas na oferta de pontos de atenção agrava suas condições de atendimento, uma vez que a impossibilidade de atendimento por outras equipes incide sobre sua demanda e pode causar descaracterização do serviço.

O fato de existirem poucos CAPS nas regiões de saúde dificulta ou impossibilita o acesso dos usuários espalhados por um extenso território de abrangência, com maiores entraves para os moradores das regiões rurais. Além disso, a ausência de suporte em razão da inexistência de alguns equipamentos no território (CAPS III, CAPS i, residências terapêuticas, leitos hospitalares, etc.) também incide negativamente na demanda do CAPS, além de inviabilizar a elaboração de estratégias de intervenção que transponham os limites de atuação desse dispositivo. As lacunas no atendimento dos outros componentes da atenção em saúde (Atenção Básica, Atenção de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar) são outro aspecto que impacta na rotina de trabalho do CAPS e têm relação com a falta de capacitação em saúde mental dos servidores dessas outras equipes e com a sobrecarga de trabalho deles.

Vale destacar que a pandemia de covid-19 trouxe impactos para o funcionamento do serviço e evidenciou a precariedade das condições de trabalho das equipes do CAPS. Ao mesmo tempo que agravou os quadros de saúde dos pacientes já acompanhados pelo serviço, a pandemia provocou adoecimentos em outras tantas pessoas que passaram a demandar atendimento da Política de Saúde Mental. A crise sanitária ainda impôs limites adicionais aos usuários que já enfrentavam dificuldades para alcançar os serviços públicos, uma vez que houve agravamento nas condições socioeconômicas de grande parte da população.

Diante do exposto, é possível concluir que a RAPS não está constituída nos territórios das regiões de saúde Leste e Norte, com graves repercussões para o funcionamento dos CAPS existentes, resultando em violação do direito de acesso à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. As informações levantadas durante os grupos focais deixam evidente as falhas ainda presentes na implementação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal, resultando em desassistência para a população. Portanto, pontua-se a necessidade urgente de fortalecimento dos CAPS e constituição da RAPS nos dois territórios.

VI - Sugestões

Durante a realização dos grupos focais, foram apresentadas sugestões de medidas para proporcionar melhorias à Política Pública de Saúde Mental, algumas expostas diretamente e outras indiretamente. São elas:

- Adequar a quantidade de recursos humanos de modo a atender às necessidades de oferta de serviços à população, tendo em vista a defasagem atual.
- Realizar concurso público específico para provimento de cargos para atuação em saúde mental, com exigência, no edital, de especialização e/ou experiência prévia.
- Inserir outras categorias, não estritamente elencadas como profissionais de saúde, no quadro de servidores da SES para atender às especificidades do trabalho realizado nos CAPS (ex.: educador físico, músico, artesão, etc.).
- Criar estratégias e estruturas de cuidado em saúde mental para os trabalhadores da SES.
- Construir política de alocação de servidores que leve em consideração formação, experiência e preferência de atuação em saúde mental.
- Construir política de capacitação continuada dos profissionais em temas relacionados à saúde mental.
- Criar gratificação de atividade em saúde mental e/ou criar alternativas para que os servidores do CAPS façam jus ao recebimento de outras compensações pecuniárias existentes.
- Criar novos CAPS de modo que a oferta de atendimento esteja mais bem distribuída nos territórios.
- Criar equipamentos de menor porte, se necessário, a fim de promover maior capilaridade à política pública.
- Promover adequações e melhorias nos espaços físicos dos CAPS de modo a atender às necessidades de funcionamento (privacidade, segurança, realização de grupos e outras atividades).
- Disponibilizar veículo e motorista exclusivos para realização dos trabalhos desenvolvidos nos CAPS.
- Prover os CAPS dos insumos tecnológicos necessários (computadores, telefones celulares, internet, etc.) em quantidade suficiente e com qualidade.
- Adequar ou substituir o sistema TrakCare® de modo a possibilitar a comunicação com os sistemas da atenção primária, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais, além de possibilitar o registro adequado das atividades realizadas no CAPS.

- Viabilizar a compra regular de insumos e materiais lúdicos, esportivos e artísticos, dentre outros, utilizados nas atividades terapêuticas desenvolvidas no CAPS.
- Construir estratégias que viabilizem efetivamente a realização das ações matriciais, principalmente com o envolvimento dos gestores das unidades a serem matriciadas.
- Criar fluxo entre Saúde Mental e Assistência Social para viabilizar o atendimento dos pacientes com sofrimento ou transtorno mental.

4. Referências Bibliográficas

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco003_03_10_2017.html#ANEXOVTITII. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 7 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). ISBN 85-334-0775-0.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, 2005, Brasília. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. [56] p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, 1990, Caracas. **Declaração de Caracas**. Caracas, Venezuela: OMS/OPAS, 1990.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: SES-DF, 2017. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/Portaria_78_14_02_2017.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares (org.). **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. São Luís: EDUFMA, 2018.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXXKf9mkPwx-fK9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx-8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YLxhY9k-JrPrzsKcjNqPRJJj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. Orientadora: Marlene Teixeira Rodrigues. 2010. 156 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7719/1/2010_JamilaZgiet.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

Capítulo IX

A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial III/CEPS/MPDFT

**Pâmela Rodrigues Araújo da Silva e Janaína Bezerra Nogueira, Vitória Maria
Belo do Amaral**

Sumário

1. Introdução:

2. Análises

2.1. BLOCO I – FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

2.2. BLOCO II – Recursos Humanos e Gestão de Pessoas

2.3. BLOCO III – Articulação em Rede

2.4. Bloco IV – Pandemia de covid-19

3. Considerações finais

4. Referências Bibliográficas

1. Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar resultados referentes à etapa qualitativa da pesquisa. O foco do presente texto são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na área de abrangência da equipe de pesquisa vinculada à Assessoria de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP III) do Centro Regional III (CERP/CEPS/MPDFT). Os resultados aqui apresentados em conjunto referem-se aos CAPS localizados nas Regiões Administrativas de Brazlândia, Ceilândia e Taguatinga

Para coleta de dados, foram realizados grupos focais sobre o serviço ofertado com trabalhadores dos CAPS, bem como sobre as potencialidades e desafios das atividades desenvolvidas pelos CAPS. O objetivo geral dos grupos focais era conhecer a realidade do funcionamento de cada Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal e os objetivos específicos foram os seguintes: identificar os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS; apreender a percepção dos participantes sobre a rede de atenção à saúde mental no DF; conhecer as dificuldades enfrentadas por profissionais para atuação nos CAPS; e conhecer as atividades desenvolvidas por profissionais nos CAPS.

As informações coletadas referem-se a aspectos do funcionamento e organização dos CAPS, seus recursos humanos, articulação com a rede e o impacto da pandemia no serviço prestado. Nesta etapa do processo investigatório, foram realizados como recursos metodológicos as visitas institucionais e os grupos focais com as equipes dos CAPS com o objetivo de detalhar qualitativamente as informações acerca da estrutura oferecida e coletar informações sobre o funcionamento e a organização dos serviços, articulação com a rede e impactos da pandemia de covid-19 no desenvolvimento das atividades.

O grupo focal, segundo Backes et al. (2011), é uma técnica de coleta de dados utilizada em pesquisas de natureza qualitativa que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Os dados utilizados neste relatório foram coletados durante as visitas institucionais realizadas pela equipe da APAPP III e analisados conforme referencial teórico-metodológico descrito no Projeto de Pesquisa.

A APAPP III realizou as visitas e os grupos focais no CAPS I de Brazlândia, CAPS I e II de Taguatinga e CAPS AD III de Ceilândia. Os grupos focais ocorreram durante o mês de agosto de 2022. Para a coleta de dados, esta equipe utilizou o roteiro de entrevista semiestruturada elaborada pela Assessoria de Gestão de Informações Psicossociais (AGIP) em conjunto com as APAPPs I, II, III e IV (anexo). O roteiro foi estruturado em quatro blocos de questões:

Bloco I – Funcionamento e Organização do Serviço:

Bloco II – Recursos Humanos;

Bloco III - Articulação em Rede; e

Bloco IV – Impactos da Pandemia no Funcionamento do Serviço.

Os grupos focais foram gravados com a anuência dos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os áudios foram transcritos pela equipe da APAPP III, garantindo-se a não identificação dos participantes.

Os seguintes procedimentos técnicos foram realizados:

18/08/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS ad de Ceilândia (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra);

23/08/2022: Grupo focal com a equipe do CAPS i de Taguatinga (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra);

24/08/2022: Grupo focal com a equipe do CAPS II de Taguatinga (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra);

30/08/2022: Grupo focal com CAPS I Brazlândia (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra)

2. Análise

2.1. Bloco I: Funcionamento e Organização do Serviço

No Bloco I sobre funcionamento e organização do serviço, direcionamos aos grupos focais questões como:

- O que significa ser um serviço de portas abertas, e quais os desafios trazidos por esta organização?
- Quais as atividades desenvolvidas pelo CAPS?
- Quais os problemas enfrentados no atendimento multidisciplinar?
- Quais são as condições materiais e de estrutura do espaço disponível para desenvolvimento das atividades?
- Como se dá o registro e compartilhamento das informações referentes aos usuários do serviço?

A seguir, buscou-se sintetizar as respostas dadas.

A questão inicial abordada foi quanto ao significado e a dinâmica de funcionamento enquanto um serviço de portas abertas. Questionadas a este respeito, as equipes foram unânimes em afirmar que se trata da disponibilidade do serviço receber demandas espontâneas dos usuá-

rios, seja para primeiro atendimento, seja para intervenções em crise. Uma análise em especial destacou que o funcionamento de portas abertas visa atender aos parâmetros da reforma psiquiátrica, aproximando-se da proposta do tratamento em liberdade, ao ficar disponível sempre que for necessário o acesso do paciente ao serviço. Outra avaliação apontou para a necessidade de o equipamento aproximar-se da configuração de um ambiente doméstico, portanto, de livre circulação, e também ser uma referência de convivência para os pacientes.

Foram apontados desafios para o funcionamento seguindo esta dinâmica. Em todas as respostas, a insuficiência de recursos humanos foi apontada como o principal desafio para o funcionamento do CAPS enquanto serviço de portas abertas. Ou seja, a demanda recebida é muito maior do que a capacidade de absorção das equipes existentes, gerando o represamento de casos a serem acompanhados no longo prazo.

Segundo os entrevistados, esta realidade impacta a capacidade de continuidade do acompanhamento após o acolhimento inicial, o que gera um hiato de tempo entre o acolhimento e a inserção dos pacientes nos demais atendimentos disponíveis no serviço. A construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) que realmente atenda às necessidades dos pacientes é impactada pelo número insuficiente de profissionais para realizar as demais atividades terapêuticas.

Apontou-se que as equipes não possuem profissionais suficientes para dar conta do atendimento célere dos usuários após o acolhimento. Esse contexto gera frustração nos pacientes, causando a impressão de que os CAPS não funcionam de modo adequado. Na avaliação dos participantes, esse cenário dificulta a adesão ao paradigma da reforma psiquiátrica e fortalece o discurso da abordagem biomédica – restrita a medicalização, e isolamento dos pacientes –, apontado como um retrocesso à perspectiva manicomial.

Outro desafio pontuado foi o de que o sucateamento dos CAPS reforça a demanda por tratamentos com perspectiva ambulatoriais e intervenções restritas à internação, à institucionalização e ao isolamento dos pacientes. A precarização dos serviços suscita nos usuários a falsa impressão de que a lógica biomédica e manicomial é mais eficaz, dificultando a legitimação e a aceitação por parte da população do modelo biopsicossocial de base comunitária.

Afirmou-se que há dificuldade de absorção de casos leves e moderados pela rede de atenção primária à saúde. Segundo os entrevistados, a falta de preparo e a insuficiência de recursos humanos na atenção primária para a abordagem de casos de saúde mental ocasionam um fluxo elevado de casos que não se configuram como público-alvo dos CAPS, que seriam os casos graves e persistentes. O que também representa uma falha na prevenção de cronificação de casos enquanto ainda são leves ou moderados.

Também se apontou que a inexistência de algumas categorias profissionais no quadro de funcionários, em especial motoristas e técnico administrativos, obriga as equipes a atuarem em múltiplas funções, reduzindo o seu tempo disponível para desenvolver atividades terapêuticas.

As atividades em comum mencionadas pelos participantes foram acolhimentos diários, atendimentos individuais, atendimentos médicos, grupos terapêuticos, atividades de matriciamento, busca ativa e construção do Plano Terapêutico Singular (PTS). Todos fizeram menção a existência de um grupo de apresentação do CAPS e adaptação dos usuários ao serviço, etapa pela qual os pacientes passam no início do atendimento.

Mais uma vez o número reduzido de recursos humanos foi apontado como um dificultador de uma atuação com maior diversidade de abordagens terapêuticas. Apontou-se que houve significativa diminuição da variedade nos grupos terapêuticos ofertados e o aumento do intervalo de participação dos usuários nos grupos, podendo chegar a dois meses. As ações de busca ativa são diretamente impactadas pela indisponibilidade de recursos humanos e materiais, como telefones e automóveis. A questão do atendimento multidisciplinar não foi alvo de reflexões aprofundadas pelos trabalhadores durante os grupos focais. A abordagem deste ponto se deu na perspectiva de salientar que a grande demanda e o número insuficiente de profissionais levam as equipes a priorizarem a realização de atendimentos/atividades (individuais, familiares, acolhimento, e condução de grupos) com a condução de apenas uma categoria profissional em detrimento de atendimentos compartilhados, multidisciplinares. Geralmente os profissionais não dispõem de horários livres para interlocuções multidisciplinares. Uma das unidades consegue organizar-se para garantir uma dupla de profissionais como referência de cada paciente. Nas demais, o paciente é referenciado para apenas um profissional. Em todos os CAPS, as discussões de caso de forma interdisciplinar ocorrem durante as reuniões semanais de equipe.

Sobre a infraestrutura, apontou-se em todos os equipamentos que a quantidade de salas é insuficiente para atender à crescente demanda. Outro problema apontado foi em relação aos computadores, que, em alguns lugares, são máquinas obsoletas ou sem acesso à internet, o que dificulta o registro dos atendimentos nos prontuários eletrônicos. Em alguns dos serviços, informou-se que a internet é custeada pelos próprios servidores seja por meio de pagamento pelo serviço, seja por meio da utilização da franquia de dados móveis dos próprios celulares para possibilitar atendimentos e contatos com a rede. Alguns dos CAPS não possuem celular funcional. Em relação a telefonia, foram comuns as reclamações de que o sistema VOIP, utilizado para os telefones fixos dos serviços, comumente fica fora do ar – pois depende da qualidade do sinal da internet –, inviabilizando o contato dos usuários com o serviço e dos profissionais com a rede. Em algumas unidades só existe um aparelho de telefone fixo.

A maior parte das unidades não possui veículo, e os que estão disponíveis não passam por manutenção regular e recorrentemente apresentam defeitos. Um dos serviços apontou que não possui mobiliário suficiente como, por exemplo, cadeiras, o que leva a necessidade de reduzir o tamanho dos grupos para adaptar-se ao número de cadeiras disponíveis. Também não há disponibilidade de materiais para realizar oficinas, como atividades que envolvam culinária ou arteterapia, e, quando ocorrem atividades desta natureza, os materiais precisam ser custeados pelos servidores.

Um dos equipamentos possui problemas estruturais graves, como vazamentos que atingem, inclusive, a rede elétrica do prédio. Também não dispõe de ventiladores ou ar condicionado para proporcionar conforto térmico. Além disso, ressaltou-se que os imóveis não possuem acessibilidade necessária para os usuários com deficiência.

A realidade de insuficiência de computadores e rede de internet com sinal fraco ou inexistente impacta no registro dos pacientes e no uso adequado dos prontuários eletrônicos. Alguns dos serviços ainda possuem somente prontuários físicos, o que interfere no tempo do atendimento aos usuários, pois os profissionais levam um longo tempo para localizar os arquivos dos pacientes. Uma outra questão ligada a não utilização do prontuário eletrônico diz respeito a falta de compartilhamento das informações dos usuários entre os serviços de saúde mental e/ou outros equipamentos de saúde.. Há, ainda, queixa a de que os profissionais não têm acesso aos prontuários da proteção básica, por exemplo.

2.2. Bloco II: Recursos Humanos

Sobre a temática de recursos humanos, buscou-se complementar as informações sistematizadas na Etapa 1 da pesquisa, coletando dados sobre o diálogo com o órgão gestor quanto a necessidade de recomposição das equipes, estratégias de capacitação e cuidado em saúde mental para os profissionais.

Sobre o diálogo com a Secretaria de Estado de Saúde (SES) quanto à resolução dos problemas referentes aos recursos humanos, afirmou-se que a interlocução não é resolutiva com o setor que gerencia a distribuição de carga horária. As equipes afirmaram que comunicam regularmente à SES sobre o déficit de carga horária nos equipamentos, mas não recebem respostas quanto à previsão de recomposição das equipes. Apontaram que a resposta recorrente é a de que é preciso aguardar as nomeações do concurso público vigente para a carreira de saúde do Distrito Federal.

Apontou-se que houve um estudo dimensionando a carga horária necessária aos equipamentos, realizado pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM), mas que, mesmo com a identificação das necessidades de recomposição das equipes, ainda não houve nenhuma providência neste sentido. Os trabalhadores sentem que a prioridade de recomposição das equipes é para os prontos-socorros dos hospitais regionais. Na ocasião dos grupos focais, apenas uma equipe apontou que recebeu novos profissionais recentemente, nas demais houve perda de recursos humanos.

Os equipamentos têm recebido profissionais da rede de saúde do Distrito Federal para cumprirem horas extras nos CAPS, fora de sua jornada formal de trabalho, o que é denominado como Trabalho em Período Definido (TPD)². No entanto, os servidores apontaram que os plantões disponibilizados não são suficientes para reduzir a demanda reprimida. Também avaliaram que esses profissionais, em geral, não atuam na saúde mental – portanto, não dominam as questões teóricas e práticas que envolvem a temática – e desconhecem a dinâmica dos CAPS, o que onera as equipes, pois elas precisam, além de executar suas atribuições, supervisioná-los.

Quanto ao manual de parâmetros mínimos para o dimensionamento da força de trabalho de 2018, as equipes ressaltaram não ter participado da elaboração dele. Os entrevistados acreditam que foram utilizados os parâmetros ministeriais para definir o manual, sem que houvesse avaliação das especificidades do Distrito Federal. Para as equipes, a divergência entre a cobertura territorial prevista e a efetivamente praticada torna os parâmetros insuficientes para a execução dos trabalhos. Apontaram que muitos serviços não possuem as equipes mínimas previstas no manual, além de atenderem um território muito maior do que determina as normativas nacionais vigentes. O manual de parâmetros serve como referência para que as equipes dimensionem a carga horária necessária para a solicitação de TPD, que não é ofertado na totalidade do que é solicitado. Foi problematizado que as equipes de CAPS I previstas são pequenas para a complexidade da atuação, pois devem atender todas as faixas etárias em todas as demandas de saúde mental, e possuem uma equipe menor e menos diversa do que todos os outros tipos de CAPS.

Os entrevistados apontaram que não existe oferta de capacitação continuada para os servidores dos CAPS. Informaram que recentemente foi feito levantamento das necessidades de capacitação com as equipes de saúde mental; no entanto, até o momento nenhuma proposta foi apresentada. Apontou-se que atividades pontuais de capacitação são procuradas individualmente ou articuladas pelas próprias equipes dos CAPS.

Ponderou-se que é importante que as iniciativas de capacitação sejam ampliadas para os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois o preparo de profissionais da atenção básica para intervenções preventivas e precoces em saúde mental, por exemplo, pode prevenir o agravamento do quadro de saúde e contribuir para a diminuição da demanda que chega aos CAPS.

Os participantes não apontaram a oferta de ação contínua de apoio ou cuidado à saúde mental dos servidores pela SES. As iniciativas de cuidado mencionadas foram organizadas e articuladas pelas equipes de gestão dos equipamentos. Durante todos os grupos focais, os entrevistados ressaltaram que é crescente a situação de sofrimento psíquico dos profissionais como impacto direto da grande demanda existente em contraposição à insuficiência de recursos humanos e à estrutura precária dos equipamentos. Afirmou-se que alguns servidores procuram atendimento individualizado para lidar com o sofrimento causado pelo trabalho. Também é comum os casos de trabalhadores que precisaram ser afastados de suas funções por questões de saúde mental decorrentes, entre outros fatores, da sobrecarga profissional.

2.3. Bloco III: Articulação Em Rede

Em relação ao Bloco Articulação em Rede, a pesquisa buscou levantar a percepção dos trabalhadores sobre a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na área de abrangência atendida pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esse bloco procurou responder às seguintes questões:

- Quais são os desafios enfrentados para a implementação da RAPS?
- Como se dá a articulação com a rede de saúde?
- Como se dá o matriciamento? Quais são os desafios dessa atividade?
- Como se dá a relação com a comunidade e com as famílias dos usuários do serviço?

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Considerando a organização da RAPS, os participantes apontaram os seguintes desafios para sua implementação:

I - Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura)

A falta de capacitação dos profissionais da atenção primária e o preconceito no atendimento às pessoas com transtorno mental foram apontados como fatores que dificultam a implementação de uma rede que garanta um atendimento integral e qualificado ao usuário. Nesse aspecto, ressaltaram a resistência dos profissionais e da gestão das UBS para aderirem às capacitações oferecidas pelos CAPS nas ações de matriciamento.

II - Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades)

O número insuficiente de equipamentos e serviços de saúde mental nas diferentes modalidades (CAPS I e II, CAPS Ad, Ad III e CAPS i) para atender a demanda, as instalações físicas precárias, telefone fixo que não funcionam, falta de veículos para realizar visitas domiciliares e institucionais, de computadores foram apontados pelos entrevistados como desafios para que a RAPS seja efetivada.

Ressaltaram que os CAPS atendem usuários de regiões administrativas que não estão dentro de sua região de saúde, o que dificulta, e, por vezes, inviabiliza, ações de matriciamento, já que estes equipamentos não dispõem de recursos humanos e de meios de transporte para promover a articulação entre os serviços e o acompanhamento integrado e compartilhado dos usuários com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas.

III - Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde)

No DF, a extinção do Núcleo de Saúde Mental que integrava o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) acarretou prejuízos ao atendimento dos usuários em crise psiquiátrica. Outra questão apontada é a falta de conhecimento sobre saúde mental por parte dos profissionais que integram esse serviço, que foi exemplificada pela inabilidade e pelo preconceito durante o atendimento de pessoas em crise e, ainda, pela negação de atendimento do usuário.

Os entrevistados ressaltaram a falta de clareza dos profissionais dos diferentes pontos de atenção sobre o fluxo de atendimento de pacientes em crise psiquiátrica. Segundo eles, não há uma padronização sobre os critérios para que esses pacientes sejam atendidos de forma emergencial nos domicílios ou na rua e levados às unidades de saúde. Pontuaram que os pontos de atenção de urgência e emergência (UPA e hospitais) recorrentemente se recusam a atender pacientes em crise psiquiátrica, alegando não terem leitos ou profissionais especializados para acolhê-los e manejar os sintomas. Existe um despreparo para abordar e lidar com o paciente em momentos de crise.

A SES estabeleceu um fluxo de atendimento para acolhimento de usuários em situação de crise, mas ele não foi discutido com os pontos de assistência nem avaliado após a normatização. Isso tem dificultado o acesso e os atendimentos desses usuários e exigido esforço individual dos profissionais dos CAPS para convencer sobre a necessidade de atendimento.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento (UA); Serviço de Atenção em Regime Residencial)

O número insuficiente de unidades de acolhimento para atender os usuários com perfil de acolhimento temporário ou com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas (no DF só existe uma) e a inexistência de UAs para pessoas com transtorno mental e de Residências Terapêuticas foram recorrentemente apontados pelos participantes. Além disso, a falta de integração da UA que existe com os Serviços de Atenção Psicossocial foram ressaltados como dificuldades no atendimento às demandas em saúde mental dos usuários. Os participantes apontaram não conseguir acolhimento para os usuários por falta de vagas.

V - Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas)

Os entrevistados destacaram a falta de leitos de atenção a usuários (crianças, adolescentes, adultos e idosos) com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos hospitais gerais e nas UPAS e o despreparo dos profissionais dessas unidades na avaliação e atendimento dos usuários com problemas de saúde mental.

Crianças, adolescentes, adultos e idosos enfrentam barreiras no acesso às unidades especializadas em saúde mental, as quais só os recebem depois de atendimento prévio em um hospital geral. Nele, os usuários com demandas em saúde mental, segundo um dos participantes do grupo focal, “precisam passar pela triagem e, se conseguirem atendimento, solicitar relatório do médico indicando, encaminhando para o hospital psiquiátrico de referência”.

Em seus relatos, os profissionais expressam dúvidas e discordância com o fluxo estabelecido para atendimento de usuários em situação de crise. Na avaliação deles, as portarias que estabelecem esse fluxo devem ser revistas, já que foram criadas num contexto que sofreu mudanças e, nesse momento, esse fluxo dificulta o atendimento, cria barreiras para o acesso em situações de emergência. Existem notas técnicas que regulamentam o atendimento desses usuários, mas as portarias não foram atualizadas e os profissionais que atuam nas unidades especializadas se recusam a atender com a justificativa de não haver previsão na portaria vigente.

Os profissionais referiram como desafio a aproximação com o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) por ser um dispositivo criticado pelo movimento de luta antimanicomial. O movimento tem sido de negação desse espaço como um equipamento que contribua efetivamente no tratamento dos pacientes em crise. As percepções sobre o HSVP são traduzidas com expressões “manicômio, ineficaz, acesso restrito e sem compromisso com as demandas do usuário, sem articulação e comunicação com a rede de atenção”.

VI - *Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT));*

Os participantes apontaram a inexistência, no Distrito Federal, de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como um dos desafios para o atendimento integral dos usuários que apresentam perfil para essa modalidade de serviço.

VII - *Estratégia de Reabilitação Psicossocial (iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais).*

As estratégias de geração de renda são promovidas pelos CAPS de forma individualizada a partir da criatividade dos servidores. Segundo os participantes, não há articulação/integração entre a política de saúde mental e as políticas relacionadas a trabalho e geração de renda.

Na composição da RAPS, os profissionais registraram a falta de serviços ambulatoriais que atendam os usuários de alta dos CAPS e que precisam fazer acompanhamento para manutenção e revisão de medicamentos. Relataram que os Centros de Atenção Psicossocial não conseguem desligar os pacientes mesmo quando eles não apresentam mais a demanda para o Serviço, o que se distancia do que está previsto nas diretrizes da Política de Saúde Mental.

Em relação à Rede, os profissionais observaram uma fragilização, tanto durante quanto após a pandemia, nos vínculos estabelecidos entre os diversos equipamentos que compõem a RAPS e os demais serviços que executam outras políticas públicas (assistência social, segurança, educação, direitos humanos). Alguns profissionais chegaram a expressar que tiveram que recomeçar “do zero” o processo de articulação. Apontaram as mudanças constantes nos processos de trabalho, nas gestões e a priorização da atuação nas situações que envolviam a covid-19 como fatores que enfraqueceram os vínculos institucionais.

Destacaram alguns desafios na atuação em rede intra e intersetorial:

a) pessoalidade nos encaminhamentos interinstitucionais uma vez que todos os serviços envolvendo as diversas políticas públicas estão atendendo a uma demanda superior à sua capacidade e com recursos humanos insuficientes para atendê-la. Nas situações graves e urgentes, utilizam-se de contatos pessoais para discutir as situações e sensibilizar o profissional da necessidade de priorização do atendimento. Destacaram que, pela inoperância dos telefones fixos na SES, os contatos, em sua maioria, são estabelecidos por meio dos telefones privados, interpondo uma barreira na comunicação.

b) Os encaminhamentos estão sendo realizados pelo sistema SEI, mas, em muitas situações, as respostas são tardias e não resolutivas.

c) Em todas as etapas do fluxo de atendimento do usuário de saúde mental (UBS, urgência e emergência, Caps), tem sido necessário o “jeitinho”, a “articulação nos bastidores”, a utilização de contatos pessoais para que o usuário seja atendido em suas demandas de saúde e socioassistenciais.

d) Falta de capacitação dos profissionais que atuam nos diversos equipamentos que compõem a RAPS, desde a atenção primária até a urgência e emergência.

e) Falta de compartilhamento das informações dos usuários entre os serviços, equipamentos, uma vez que a instalação dos prontuários eletrônicos ainda não foi concluída na rede de saúde mental. Na maioria dos CAPS, os prontuários são físicos e os profissionais não têm acesso aos prontuários da atenção primária nem da secundária.

Os participantes relataram não haver, nesse momento, na rede de saúde, lugar para atendimento de pessoas com sintomas de sofrimento psíquico que não evoluíram para um quadro de transtorno mental grave e persistente. O que se verifica, no cotidiano, é a existência de usuários que, pela falta de serviços que intervenham nos quadros iniciais de sofrimento mental, têm os sintomas agravados, sendo necessário buscar o CAPS como alternativa de tratamento.

Quanto ao matriciamento, os participantes apontaram como desafios para a concretização dessa ação: a) a resistência dos profissionais da atenção primária em aderir ao programa; b) nem todos os gerentes das UBS autorizam os servidores a se afastarem das unidades para participar de ações de matriciamento (capacitações e reuniões); c) trocas constantes de gestores das UBS; d) falta de recursos humanos nos CAPS para se dedicar a essa atividade; e) matriciar serviços que estão fora da Região de Saúde dos CAPS em razão da distância, da falta de conhecimento sobre a rede de atendimento nessas localidades e dificuldade de articulação mínima com os serviços.

Embora percebam resistência dos profissionais da atenção primária para aderir às ações de matriciamento, reconhecem que os serviços da atenção primária também sofrem com a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho.

Algumas unidades conseguiram realizar ações de matriciamento durante e pós-pandemia. Nesse aspecto, referiram que as escolas e algumas UBS demandaram intervenções, orientações e ações conjuntas em situações que envolviam saúde mental de crianças, adolescentes e adultos.

Os desafios enfrentados pelos serviços para a execução de suas atividades impactam na relação com a comunidade e a família dos usuários. Segundo os participantes, as barreiras de acesso dos usuários aos vários pontos de atendimento, a falta de recursos humanos, de infraestrutura, o tempo de deslocamento da casa do usuário ao equipamento, as vulnerabilidades econômicas dos pacientes para participar das atividades propostas no plano terapêutico geram tensões cotidianas na relação usuário-serviço. O sentimento de insatisfação, muitas vezes, é expresso pela desvalorização da atuação profissional e pelo descrédito no modelo antimanicomial.

2.4. Bloco IV: PANDEMIA

Em relação ao Bloco Pandemia, a pesquisa buscou levantar quais os impactos da pandemia de covid-19 nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse bloco procurou responder às seguintes questões:

- O que a SES fez para auxiliar os equipamentos durante a pandemia?
- Houve aumento ou diminuição de demanda?
- Quais foram os desafios para a adesão dos usuários ao serviço?
- Como o serviço precisou se reorganizar?

No que concerne aos impactos da pandemia de covid-19 nos Centros de Atenção Psicossocial, as respostas foram consonantes em todas as equipes. Ao se referirem ao apoio oferecido pela Secretaria de Saúde (SES), afirmaram que foi insuficiente diante dos impactos da crise sanitária instalada. Relataram que, nos primeiros meses, as diretorias responsáveis pelos equipamentos não estavam presentes e não apoiaram as equipes, sendo necessário que os próprios CAPS tomassem a iniciativa de estabelecer fluxos e se organizar internamente. Ressaltaram, ainda, que sofreram com a realocação de profissionais da equipe para a linha de frente de atendimento às pessoas com covid-19.

Ao retornarem às atividades presenciais, os servidores receberam, tardiamente, alguns equipamentos de proteção individual (EPI) e orientações sobre como utilizá-los. A SES se disponibilizou para fornecê-los sempre que fosse oportuno. Contudo, enfatizaram que as necessidades durante e após a pandemia iam além do fornecimento de EPIs, como disponibilização de aparelhos telefônicos e condições melhores de internet para viabilizar a realização do principal meio de intervenção, os grupos terapêuticos.

Outro tópico destacado foi o aumento da demanda, que aconteceu em todos os serviços de atenção à saúde mental visitados – de acordo com seus respectivos públicos-alvo. Nos serviços que atendiam pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, os profissionais perceberam o aumento das solicitações de internação compulsória, o que denominaram de judicialização da saúde mental.

Além disso, foi pontuada uma correlação entre a crise socioeconômica decursiva da pandemia e o aumento de pedidos de casos de internação que, para os profissionais, relacionava-se ao fato de que as famílias não dispunham de recursos para lidar com os usuários de álcool e outras drogas. Com a pandemia, esses pacientes tiveram recaídas ou apresentaram agravamento do quadro de dependência. Nesse contexto, elas recorriam aos CAPS no intuito de uma intervenção imediata, na expectativa de que a institucionalização resolvesse efetivamente o problema.

Já nos serviços que atendem o público infantojuvenil, as equipes perceberam que o aumento da demanda por atendimento estava atrelado à dificuldade de crianças e adolescentes se adaptarem ao ensino a distância durante a fase mais grave da pandemia. Também notaram casos de inadaptação à retomada do ensino presencial. Identificaram que o isolamento social desencadeou neste grupo agressividade e crises de ansiedade. Sobre isso, a equipe pontuou que as escolas passaram a acionar os CAPS para realizar palestras sobre saúde mental e oferecer apoio e orientação. Relataram o aumento de casos de crianças diagnosticadas com espectro autista, déficit de atenção, automutilação, dificuldades de socialização, assim como o aumento significativo de adolescentes com ideações suicidas, ansiedade, dificuldades de lidar com a frustração e depressão.

Os entrevistados informaram que a maioria dos equipamentos da rede de saúde referenciam os CAPS como serviço de atenção à saúde mental em todos os casos – incluindo casos de ansiedade e depressão leves –, não só naqueles com sintomas graves e persistentes, mas também em casos de ansiedade e depressão leves. Evidenciaram que a atenção primária é a responsável por prestar atendimentos em casos de transtornos leves de saúde mental, como também para atendimentos em que o paciente recebeu alta do CAPS, contudo, devido a insuficiência de profissionais, e encaminhado aos CAPS para atendimento, acolhimento ou orientação – o que ocasionava a sobrecarga no serviço.

Além dos entraves citados acima, outro desafio para execução do serviço durante a pandemia foi a adesão dos usuários aos atendimentos, pois, como os CAPS estavam funcionando de modo predominantemente remoto, os pacientes inseridos não compreendiam as dinâmicas do tratamento, enxergando o equipamento apenas como meio para atendimentos psiquiátricos e aquisição de medicamentos, ou seja, retomando uma ótica biomédica, aproximada a uma dinâmica ambulatorial.

Tal perspectiva, segundo os entrevistados, representou o retrocesso no entendimento da política de saúde mental. Remetendo a um momento em que as estratégias de intervenção disponíveis eram centradas no hospital psiquiátrico, por meio de intervenções pontuais e imediatistas. Paradigma que foi substituído pela adoção do modelo biopsicossocial de cuidado em liberdade, tendo como referência o CAPS como o equipamento de base comunitária.

O aumento de situações de vulnerabilidades econômicas e sociais também influenciou consideravelmente na adesão dos usuários aos CAPS durante a pandemia, pois muitos não possuíam acesso a internet, não sabiam como acessar os grupos online ou não dispunham de aparelho telefônico individual para participar dos grupos terapêuticos na modalidade remota. Também não

possuíam condições financeiras de arcar com as passagens em transporte público para deslocar-se até os equipamentos de saúde mental quando os atendimentos presenciais foram retomados.

Ademais, os profissionais entrevistados informaram que, no início da pandemia, precisaram criar fluxo de atendimento integral, dado que a Secretaria de Saúde priorizava somente os casos de covid-19. Nesse período, houve a redução dos recursos humanos presentes nos CAPS, afetando, conseqüentemente, a dinâmica do serviço que já contava com um número insuficiente de profissionais antes da pandemia.

Em alguns relatos das equipes, foi possível observar que, ao reorganizar os serviços com grupos terapêuticos de modo on-line, tiveram dificuldades de reconhecer o caráter informativo e educativo dessa atividade – que, antes da pandemia, era realizada presencialmente. Isto é, as equipes enfrentaram dificuldades para sensibilizar os pacientes quanto aos aspectos do adoecimento mental, tarefa que se mostrava mais orgânica nas atividades presenciais. Os usuários não aderiam aos grupos on-line, pois não os reconhecia como parte do tratamento. Em relação aos grupos familiares, houve adesão. Os serviços também tiveram que se adaptar aos casos de covid-19 e abrir uma pasta específica para eles, em razão da maioria das questões mentais apresentadas serem decorrentes da doença.

Outra reformulação do serviço foi em relação ao matriciamento, que também passou a ser realizado de forma on-line, utilizando como estratégia a abertura de editais para que as UBS interessadas buscassem apoio e capacitação do CAPS. Nesse formato, as capacitações eram realizadas de forma remota e por meio de grupos em aplicativos de mensagens, para que tanto as UBS quanto os CAPS não precisassem deixar de atender os pacientes para realizar o matriciamento. Contudo, mesmo buscando alternativas, o aumento da demanda nas UBS e nos CAPS, em detrimento da falta de recursos humanos, fragilizou o matriciamento, e as equipes ainda possuem dificuldades em realizá-lo, porque são impelidas a escolher entre atender os usuários ou matricular.

Cabe ressaltar que, mesmo não estando no roteiro perguntas relacionadas à saúde mental dos profissionais durante esse período, eles referiram que o sofrimento mental foi perceptível em toda a equipe. A sobrecarga de trabalho em razão do aumento da demanda e do número insuficiente de profissionais foi apontada como principal fator de adoecimento dos profissionais.

3. Considerações Finais

O Governo brasileiro, pautado nos princípios constitucionais de acesso universal, público e gratuito às ações de saúde; na integralidade das ações; na equidade; na descentralização dos recursos de saúde e controle social, e apoiado na Lei 10.216, de 2002, deve atuar na estruturação de um modelo de saúde mental de base comunitária e na proteção dos direitos humanos em substituição ao modelo hospitalocêntrico.

A importância de assegurar uma rede de serviços de saúde mental integrada aos serviços comunitários nos territórios em substituição ao modelo hospitalocêntrico é consenso em nível internacional e se constitui num dos quatro objetivos fundamentais do Plano Global de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ALMEIDA, 2019).

Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país e com o objetivo de ordenar o cuidado de forma integrada a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS. Nessa perspectiva, a intervenção nos casos de saúde mental é realizada de forma compartilhada e interdisciplinar por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS compreende os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Especializada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infantojuvenil – definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência; Estratégias de Desinstitucionalização, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e Reabilitação Psicossocial, através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011a)

No modelo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem um papel estratégico na articulação da RAPS e são considerados serviços substitutivos aos manicômios, sendo projetados para realizar prioritariamente atendimento às pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria/GM nº 336, de 2022, do Ministério da Saúde, os CAPS destinam-se ao atendimento de pacientes com sofrimento mental severo e persistente em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Esses equipamentos devem dispor de equipe multidisciplinar com diferentes categorias de profissionais de saúde e prestar atendimento aos usuários individualmente e por meio de grupos, atividades comunitárias, oficinas terapêuticas,

atendimentos familiares e visitas domiciliares, entre outras atividades, de acordo com a modalidade do serviço. Além do atendimento direto aos pacientes, eles são responsáveis pela organização da demanda, articulação da rede de saúde mental do território, supervisão e capacitação dos equipamentos de atenção primária, secundária e terciária que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2002).

Para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, os agentes públicos nas esferas federal, estadual, municipal e no Distrito Federal devem cumprir alguns objetivos, entre os quais:

- Reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade.
- Expandir e fortalecer a RAPS – composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs) e leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais).
- Incluir as ações da saúde mental na atenção básica.
- Implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas.

Apesar de reconhecer os progressos alcançados desde 1980, o que se verifica, no cenário atual, é retrocesso, omissão e lentidão na ampliação do acesso e na integração da saúde mental com a atenção primária e na articulação entre os vários componentes do sistema. No Distrito Federal, a expansão e o fortalecimento da RAPS ocorre de forma morosa, fragmentada e desarticulada. A saúde mental não é prioridade na agenda política local.

Os achados na primeira e segunda fases da presente pesquisa comprovaram a hipótese de que, no DF, o governo local não expandiu e fortaleceu a RAPS, especialmente no que se refere ao aumento no número de CAPS e à implementação do Serviços Residenciais Terapêuticos. Ademais, não conseguiu incluir ações de saúde mental na atenção básica.

Em que pese o avanço político e normativo trazido pela Reforma Psiquiátrica, ainda são latentes as dificuldades estruturais que atrasam a constituição da oferta da política de saúde mental de acordo com o paradigma da reforma psiquiátrica pleiteada pelo movimento de luta antimanicomial. Na realidade do DF, alguns dos grandes desafios a serem enfrentados são o número insuficiente de CAPS nas suas diferentes modalidades e de profissionais especializados em número adequado para atuarem na execução da Política de Saúde Mental.

Por meio dos grupos focais realizados com trabalhadores e gestores dos CAPS abrangidos pelo território da APAPP III, foi possível constatar como a deficiência de recursos humanos e de equipamentos de saúde mental impactam no cotidiano profissional e no atendimento dos usuários dos CAPS. Nesta etapa foi possível qualificar os desdobramentos dos dados identificados na etapa anterior da pesquisa.

Entre os resultados encontrados nesta fase do estudo, pode-se afirmar que os participantes dos grupos focais reconhecem a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

funcionarem como “portas abertas” por darem ao usuário a possibilidade de ter livre acesso ao serviço, sem necessidade de mediação ou regulação de outros equipamentos. Os profissionais compreendem esse equipamento como um espaço de acolhimento, de convivência e de reinserção social e o legitimam como lugar de referência na comunidade e na articulação com a rede de saúde mental e intersetorial.

No entanto, verificou-se que o contexto de precarização do serviço suscita nos profissionais questionamentos quanto a viabilidade de adotar essa dinâmica, já que os usuários acolhidos diariamente não são inseridos no acompanhamento sistemático num tempo razoável para atender de forma integral suas demandas em saúde mental. O espaço temporal entre o acolhimento e a inserção efetiva no serviço pode chegar a meses. Além do mais, em vários discursos foi ressaltada a necessidade de se fazer escolhas entre dispensar servidores para fazer o acolhimento ou tentar reduzir a demanda reprimida, realizando os atendimentos individuais ou em grupo. Nesse sentido, é necessário recompor as equipes em obediência ao que está estabelecido no Manual de Parâmetros para o Dimensionamento da Força de Trabalho de 2018, conforme apontado no capítulo 2 sobre dimensionamento de carga horária de profissionais.

No que se refere ao funcionamento dos CAPS, as deficiências estruturais apontadas pelos participantes dos grupos focais dificultam a implementação destes serviços de modo a atender plenamente os objetivos que estão instituídos nas normativas vigentes. Essa precarização tem sido objeto de investigação em trabalhos científicos realizados no DF.

Segundo estudo realizado com profissionais de CAPS de diferentes modalidades do Distrito Federal, conduzido por Lima, Gussi e Furegato (2018, p. 215):

os profissionais afirmam que os avanços só não são maiores devido às precárias condições prediais, materiais e econômicas dos CAPS e aos limites macroestruturais para melhor adequação e cumprimento das diretrizes Políticas Nacionais para a atenção integral à saúde mental, pois remetem a necessidade de criação e expansão dos equipamentos de saúde para a conformação dos pontos da rede de atenção psicossocial para cobertura das regiões de saúde, que estão no bojo dos problemas e embate político de afirmar o SUS para ampliação do acesso e a integralidade da atenção à saúde no conjunto das políticas sociais.

A precarização dos serviços reforça o apelo comunitário por intervenções voltadas à interação e ao isolamento dos usuários, o que se aproxima da perspectiva manicomial, em especial nos serviços que atendem pessoas com transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas, como os CAPS AD, CAPS i e CAPS I. Esse cenário pode favorecer o retorno a uma atuação ambulatorial, fragmentada e centrada no tratamento médico e medicamentoso na contramão da perspectiva biopsicossocial, interdisciplinar e comunitária.

A inexistência e insuficiência de equipes multiprofissionais e de estruturas adequadas para a concretização do projeto dos CAPS conforme o paradigma da reforma psiquiátrica desencadeia um movimento de afastamento dos usuários e seus familiares, que questionam a efetividade das intervenções. Segundo Santos (2016), os profissionais percebem a falta de compreensão e resistência de alguns familiares quanto a proposta terapêutica oferecida pelos CAPS e a valorização da dispensação de medicação, desconsiderando a sua responsabilidade em oferecer as condições necessárias para o acesso dos pacientes aos atendimentos propostos dentro do PTS. Nesse sentido, a falta de um suporte para a família a fim de acolher e acompanhar as pessoas com transtorno mental também contribui para que elas não reconheçam esse paradigma como sustentável em seu cotidiano

Quanto às atividades de assistência prestadas pela equipe, percebe-se um esforço para garantir as ações previstas pela Portaria/GM nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde. Apesar das dificuldades, os serviços mantêm os atendimentos individuais, os atendimentos em grupos, os atendimentos à família e as oficinas terapêuticas.

No entanto, algumas das atividades previstas, mesmo quando executadas, enfrentam barreiras significativas para a sua prestação de modo regular ou em modelo que atenda plenamente as necessidades dos usuários. Por exemplo, algumas unidades não possuem carro ou motoristas para realizar visitas domiciliares ou o automóvel existente, por falta de manutenção, apresenta defeitos frequentemente. Assim, atividades que dependem de transporte institucional como busca de usuários, ações de matriciamento, atendimento compartilhado sofrem prejuízos na sua execução.

As ações de caráter comunitário são realizadas pontualmente e são dificultadas pela extensa área de abrangência dos equipamentos. Os profissionais possuem dificuldade de mapear a rede e articular os serviços de todas as regiões administrativas para os quais são referência, e assim, atuar de forma compartilhada, integrada e articulada.

As oficinas e grupos terapêuticos não são providos de recursos materiais pela SES (material de papelaria e esportivo), obrigando os servidores a custeá-los a fim de garantir a sua das atividades.

A atuação multi e interdisciplinar tem sido prejudicada, já que os serviços, a fim de atender o maior número de usuários, priorizam os atendimentos realizados por apenas um profissional. Em algumas unidades, a troca de saberes e a discussão interdisciplinar dos casos acontecem apenas durante as reuniões de equipe realizadas semanalmente.

Esses problemas apontam para a necessidade de considerar as especificidades dos CAPS quanto às atividades ofertadas que demandam a utilização de recursos materiais (pedagógicos e esportivos) específicos. Portanto, faz-se necessário que o órgão gestor planeje e regulamente estratégias que possibilitem equipar os CAPS de acordo com suas necessidades para que seja prestado o atendimento de melhor qualidade e em acordo com as diretrizes nacionais da política de saúde mental. Dando especial atenção a disponibilização de carros, motoristas e materiais para as oficinas terapêuticas.

Quanto a infraestrutura, recurso material e tecnológico, foram inúmeros os problemas apontados: número insuficiente de salas; computadores obsoletos; inexistência de *wifi*; desempenho ruim do sinal de internet; indisponibilidade de celulares funcionais; mobiliário insuficiente; ausência de ventiladores e ar-condicionado; existência de vazamentos e infiltrações no imóvel e rede elétrica com problemas.

A manutenção predial oferecida pela SES não atende, em tempo hábil, a necessidade de consertos emergenciais nas unidades, exigindo, por vezes, o custeio do conserto de problemas na infraestrutura pelos servidores para que o serviço não interrompa os atendimentos.

Além disso, registrou-se inexistência de acessibilidade para pessoas com deficiência física em alguns equipamentos. As barreiras impostas podem representar a exclusão desses usuários do atendimento em saúde mental. Observa-se, nesse aspecto, que alguns CAPS foram implantados em espaços improvisados, alugados ou cedidos por outros órgãos.

Todos esses problemas apontam para a necessidade de que o órgão gestor apresente plano de manutenção periódica nos imóveis e ofereça os instrumentos e recursos necessários à execução do trabalho. Além disso, é preciso planejar a construção de equipamentos adequados para o funcionamento de acordo com cada modalidade, conforme os parâmetros arquitetônicos apresentados no documento “Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA” do Ministério da Saúde.

Durante o estudo identificou-se que alguns dos CAPS ainda não possuem acesso ao sistema informatizado de registro de informações dos pacientes – o prontuário eletrônico. O que gera prejuízos nos atendimentos ofertados, já que os servidores dispensam muito tempo para buscar informações sobre os usuários nos prontuários físicos. Em uma das unidades ainda não há equipamentos que possibilitem a utilização do prontuário eletrônico.

Mesmo nos serviços onde o prontuário eletrônico já é utilizado, houve queixas em relação a falta de acesso aos registros realizados nos prontuários de pacientes que são atendidos em outros níveis de atenção à saúde, dificultando a execução das estratégias de referência e contrarreferência. Outro entrave é a existência, na SES, de dois sistemas distintos de informação. Ademais, não há integração entre eles. Tais problemas exigem providências do órgão gestor para viabilizar a implantação de prontuários eletrônicos e a integração dos sistemas de informação existentes dentro da SES.

Em relação aos recursos humanos, não há resposta efetiva do órgão gestor para as solicitações das gerências quanto a recomposição de carga-horária dos profissionais nos CAPS e de quantitativo de profissionais condizente com a demanda dos equipamentos. Quanto à alternativa de realização de TPD por servidores da rede de saúde, os profissionais plantonistas trabalham de modo pontual e nem sempre possuem experiência na atuação em saúde mental. O que, portanto, não soluciona os graves problemas de demanda reprimida dos equipamentos e ainda impacta na qualidade dos serviços prestados, de modo que pode trazer prejuízos aos usuários pela falta de conhecimento sobre a temática e inabilidade na intervenção.

Nesse contexto de precarização dos CAPS, em todos os grupos focais, notou-se, no discurso dos trabalhadores e gestores, compromisso ético, político e afetivo com a reforma psiquiátrica e com uma atuação qualificada e acolhedora, pautada nos pressupostos do movimento antimani-comial. Essa postura impulsiona os profissionais a realizarem esforços (extra-oficiais) emocionais, financeiros e físicos para que os usuários sejam acolhidos em suas demandas biopsicossociais no âmbito da saúde mental. Da mesma forma, gera sofrimento e adoecimento pela falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido e de apoio institucional e governamental.

A autora Tatiana Remminger (2008), em estudo exploratório sobre a saúde do trabalhador da saúde mental, destacou que muitos estudos relacionam a precarização do trabalho ao adoeci-mento dos trabalhadores. Segundo Remminger (p. 65, 2008), “a exigência do trabalhador apto a resolver problemas complexos não é acompanhada do aumento dos necessários recursos teó-ricos, financeiros ou emocionais, em uma clara tendência à precarização do do trabalho, somada a expectativas cada vez maiores em relação ao trabalhador. “

Na contramão do empenho dos servidores, os profissionais evidenciaram o crescente nú-mero de afastamentos por licenças médicas decorrentes, entre outros fatores, da sobrecarga de trabalho e a falta de planejamento e oferta de ações de capacitação e de cuidado com a saúde mental dos trabalhadores.

A execução da política de saúde mental apresenta desafios complexos que exigem dos tra-balhadores habilidade e conhecimento técnico para o adequado manejo das situações vividas no cotidiano profissional. Conforme pesquisa conduzida pelos autores Lima, Gussi e Furegato (2018), a maioria dos profissionais dos CAPS do Distrito Federal entrevistados consideravam que a formação recebida na academia sobre saúde mental tinha sido insuficiente. Segundo os autores: “O paradigma psicossocial, como orientador da formação e atuação dos profissionais de saúde mental exige que aspectos teóricos e práticos sejam vivenciados para a composição de competências e habilidades requeridas para essa forma de organizar o cuidado em saúde.”

Mais uma vez, se reforça a necessidade de que o órgão gestor da política de saúde construa e execute estratégias de capacitação continuada para os profissionais que atuam em toda a RAPS, de modo a se garantir atendimento qualificado e eficiente aos usuários de saúde mental nos di-ferentes níveis de atenção e prevenir o adoecimento dessa classe trabalhadora.

Para a oferta da política de saúde mental de qualidade em consonância aos direitos funda-mentais das pessoas com transtorno mental é fundamental que as equipes sejam integradas por profissionais devidamente capacitados e compostas conforme o que é estabelecido pelo Manual de Parâmetros de Dimensionamento da Força de Trabalho de 2018, inclusive garantindo o per-centual de índice de segurança do trabalho (IST).

A infraestrutura precária, a falta de recursos humanos e materiais para executar as ações previstas e o número insuficiente de equipamentos para atender à demanda por atendimento em saúde mental exigem que as equipes dos CAPS priorizem a atuação no trabalho interno, ou seja,

nos atendimentos individuais e coletivos e na (re)definição constante dos processos de trabalho para adequar o número crescente de usuários e a escassa força de trabalho. Assim, a articulação da rede de saúde mental do território, a supervisão e a capacitação dos equipamentos de atenção primária, secundária e terciária ficam em segundo plano, dada a falta de apoio institucional e incapacidade das equipes para cumprirem plenamente as funções previstas na legislação.

Segundo Lima e Guimarães (p. 3, 2019), a

Deficiência estrutural de serviços comunitários, precarização dos vínculos profissionais, ausência de mecanismos de monitoramento e avaliação - da RAPS e da própria política pública de saúde mental -, disparidade entre a efetividade de serviços nos diversos contextos nacionais; critérios pouco claros de cobertura territorial efetiva, baixa densidade de articulação das ações intersetoriais, ausência de estratégias claras para enfrentar a vulnerabilidade social dos indivíduos, atenção à crise e centralização do CAPS como organizador do cuidado em território são alguns dos tensionamentos da rede evidenciados na literatura.

Em relação a RAPS, os grupos focais expuseram problemas relacionados ao desmonte de serviços dentro dos pontos de atenção, a exemplo da extinção do Núcleo de Saúde Mental do SAMU; da falta de clareza dos serviços em relação aos fluxos de atendimento dos usuários com sofrimento mental leve e moderado e aos casos de crise psiquiátrica; da inexistência de serviços que obrigatoriamente deveriam compor a RAPS, como as unidades de Serviço Residencial Terapêutico e Unidades de Acolhimento; da falta de leitos de atenção em hospitais gerais; da falta de integração e articulação entre os pontos de atenção da RAPS e de conhecimento específico dos profissionais que a integram.

De modo geral, todos os usuários com sofrimento mental leve e moderado são encaminhados para os CAPS que, embora estejam fora do perfil estabelecido, absorvem a demanda por não terem outra alternativa de encaminhamento. É importante lembrar que o CAPS se destina ao atendimento prioritário de casos de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes.

Maria Ester dos Santos, em estudo realizado em 2016 a partir de entrevistas com profissionais de um CAPS do Distrito Federal, mostrou que os casos de sofrimento mental leve não eram absorvidos pelos demais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial.

De acordo com Benevides e Rodrigues (p. 4, 2022), em estudo realizado a partir da experiência numa UBS do DF:

A Política Nacional de Saúde Mental define que o cuidado psiquiátrico também precisa ser realizado na Atenção Primária em Saúde (APS). Neste espaço é fundamental a organização de ações voltadas ao território dos pacientes e suas necessidades. Ao atendê-las é possível ampliar a Atenção Psicossocial por meio

de tecnologias de cuidado que valorizem o vínculo e a atenção aos transtornos mentais, promovendo o cuidado em uma perspectiva de integralidade.

Segundo Lima e Guimarães (2019, p. 09):

As dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção primária são tema recorrente na literatura da área. Encontram-se justificativas como despreparo e falta de capacitação, insegurança do profissional no manejo com a pessoa em sofrimento psíquico e a incipiência de ações de saúde mental na ESF (ANJOS et al., 2015) – aí já ponderamos que a própria dificuldade da equipe influencia também na incipiência de tais ações no contexto da ESF. Acrescentamos o preconceito fomentado por uma cultura manicomial ainda arraigada no imaginário de técnicos e da sociedade em geral, processos de trabalho que dificultam a realização de atividades que demandem tempo e sensibilidade, como é o caso do acolhimento. Some-se o fato de a ESF ainda trabalhar com foco em programas específicos, em consonância com políticas focalizadoras e que, por vezes, não se comunicam entre si.

Os grupos focais trouxeram, de forma recorrente, o preconceito e o despreparo dos profissionais dos diversos pontos de atenção, especialmente da Atenção Primária à Saúde (APS) e de urgência e emergência no atendimento dos usuários com problemas de saúde mental, dos leves aos graves.

Nesse sentido, Benevides e Rodrigues (2022) apontam em seu trabalho alguns desafios a enfrentar, com destaque para aqueles relativos à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção, dificuldades de articulação com outros dispositivos da rede de Atenção Psicossocial e realização de matriciamento com os CAPS, falta de qualificação da equipe para atuarem nos casos de saúde mental, contribuindo para a estigmatização e preconceito.

Além da atenção primária, os grupos focais expuseram problemas no fluxo de atendimentos a usuários em crise psiquiátrica, como preconceito, falta de preparo por parte dos profissionais no manejo com os usuários em crise, falta de leitos psiquiátricos, desconhecimento do fluxo estabelecido pela SES.

Isso evidencia que a gestão da saúde mental no DF é fragmentada e não integrada aos demais níveis de atenção à saúde e indica a necessidade de ações de capacitação e definição de fluxos de atendimento dialogados e pactuados com os componentes da RAPS, envolvendo a atenção primária, a secundária e a terciária.

Além disso, foi possível verificar que a RAPS do DF não está plenamente constituída, pois o atendimento integral dos usuários com sofrimento e transtorno mental é falho devido a inexis-

tência de serviços essenciais e estratégicos que garantam a reinserção social do paciente.

Nesse contexto, é urgente criar os pontos de atenção que não existem na RAPS do DF, ampliar e fortalecer os serviços existentes e instrumentalizar, capacitar e fortalecer toda a rede para que cada equipamento, nos diferentes níveis de atenção, atue para absorver a demanda de saúde mental segundo suas competências, ofertando aos pacientes com transtorno mental um atendimento qualificado e fundamentado na perspectiva dos direitos humanos

Destaca-se também, conforme evidenciado no Capítulo 3, a necessidade de a SES redefinir seu modelo de regionalização já que os CAPS respondem às demandas de mais de uma Região de Saúde e, portanto, a um contingente populacional superior ao estabelecido pela legislação vigente. O que se apresenta como um obstáculo tanto para articulação e integração da Rede de Atenção Psicossocial quanto para o acesso aos usuários devido à distância entre o local de moradia e o equipamento de saúde mental. Nesse aspecto, é urgente a criação de novos CAPS nas diferentes modalidades de atendimento para atender aos usuários com qualidade e eficiência.

Deste modo, observa-se que a pandemia desvelou os graves problemas nos CAPS e os desafios enfrentados pelos servidores e gestores para mantê-los em funcionamento num contexto marcado por pauperização da população, aumento nas taxas de problemas de saúde mental nos diversos segmentos (criança, adolescente, adulto e idoso) e precariedade ou inexistência de serviços voltados ao atendimento das demandas em saúde mental de forma integral e em diferentes níveis.

Restou evidente que o agente político não implementou a Política Nacional de Saúde Mental e, historicamente, não elegeu a saúde mental como prioridade na agenda política do DF. É nesse cenário de desmonte dos serviços de saúde mental que compõem a RAPS do Distrito Federal que o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios é chamado a atuar para que a política de saúde mental seja concretizada e os cidadãos tenham acesso a serviços de qualidade.

4. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Políticas de saúde mental no Brasil: o que está em jogonas mudanças em curso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

BENEVIDES, Nathalia Souza Viana; RODRIGUES, Alissandra Alves. Limites e potencialidades no acolhimento aos usuários em sofrimento mental na atenção primária do Distrito Federal: relato de experiência em uma unidade de saúde. **Health Residencies Journal**, v. 3, n. 15, p. 519–538, 2022. DOI: 10.51723/hrj.v3i15.394. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/394>. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 fev. 2023.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): 2º quadrimestre de 2022**. Brasília, DF: SES-DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/2%C2%BA+RDQA+2022.pdf/160b1a7c-2ed7-b7cb-5f24-9f1b932a628a?t=1670951103224>. Acesso em: 3 fev. 2023.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>. Acesso em: 13 nov. 2023.

LIMA, Maria da Glória; GUSSI, Maria Aparecida; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 197-220, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2487>. Acesso em: 13 nov. 2023.

RAMMINGER, Tatiana. Saúde do trabalhador de Saúde Mental: uma revisão dos estudos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 60-71, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773006>. Acesso em: 3 fev. 2023.

SANTOS, Maria Ester dos. O Centro de Atenção Psicossocial e a busca por uma atenção à saúde mental emancipatória: um estudo de caso no DF. **Revista Etcétera**, n. 2, p. 116-139, 2016.

Capítulo X

A situação dos Centros de Atenção Psicossocial da área de abrangência do Centro Regional Psicossocial IV/CEPS/MPDFT

**Laiane Vasconcelos Leão Velame, Fernanda Medeiros
Baldez, Maria Clara Arcoverde de França Pereira**

Sumário

1. Introdução:

2. Análises

2.1. BLOCO I – Funcionamento do Serviço

2.2. BLOCO II – Recursos Humanos e Gestão de Pessoas

2.3. BLOCO III – Articulação em Rede

2.4. Bloco IV – Pandemia de COVID 19

3. Considerações finais

4. Referências Bibliográficas

1. Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar resultados referentes à etapa qualitativa da pesquisa. O foco do presente texto são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na área de abrangência da equipe de pesquisa vinculada à Assessoria de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP IV) do Centro Regional IV (CERP/CEPS/MPDFT). Os resultados aqui apresentados em conjunto referem-se aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados nas Regiões Administrativas de Samambaia, Recanto das Emas, e Santa Maria.

Para coleta de dados, foram realizados grupos focais com trabalhadores dos CAPS sobre o serviço ofertado, bem como observadas as potencialidades e desafios das atividades desenvolvidas pelos CAPS. O objetivo geral dos grupos focais era de conhecer a realidade do funcionamento de cada Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal e os objetivos específicos foram os seguintes: identificar os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS; apreender a percepção dos participantes sobre a rede de atenção à saúde mental no DF; conhecer as dificuldades enfrentadas por profissionais para atuação nos CAPS; e conhecer as atividades desenvolvidas por profissionais nos CAPS.

Foram realizados os seguintes procedimentos técnicos:

4/8/2022 - Grupo focal com CAPS AD Santa Maria (realizado por Izis Morais e Laiane Velame);

9/8/2022 - Grupo focal com CAPS III Samambaia (realizado por Izis Morais, Laiane Velame e Fernanda Baldez);

16/8/2022 - Grupo focal com equipe do CAPS i Recanto das Emas (realizado por Laiane Velame e Fernanda Baldez);

15/9/2022 - Grupo focal com a equipe do CAPS AD III Samambaia (realizado por Laiane Velame, Fernanda Baldez e Izis Morais).

A etapa da pesquisa aqui apresentada focou na realização de grupos focais com os trabalhadores dos CAPS, com a finalidade de compreender as potencialidades e os desafios da atuação profissional deles nesses equipamentos.

Os grupos focais com os trabalhadores/as dos CAPS tiveram como objetivo geral conhecer a realidade do funcionamento de cada Centro de Atenção Psicossocial. Além disso, buscou-se identificar os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS e conhecer as dificuldades enfrentadas por profissionais para atuação profissional, por meio de um conjunto de reflexões propostas em quatro blocos temáticos:

Bloco I: FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO;

Bloco II: RECURSOS HUMANOS;

Bloco III: ARTICULAÇÃO EM REDE;

Bloco IV: IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19.

2. Análises

2.1. Bloco I – Funcionamento do Serviço

Os CAPS são equipamentos públicos que funcionam com “portas abertas”, questão que foi amplamente debatida nos grupos focais, suscitando muitas reflexões. Inicialmente é importante esclarecer a natureza desse serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar. (BRASIL, 2015, p. 9)

Nos CAPS, o primeiro atendimento é o acolhimento. O usuário pode acessar o serviço através de encaminhamento ou por iniciativa própria. Após o acolhimento, avalia-se a elegibilidade para o CAPS. Caso o usuário atenda aos critérios, é construído – conjuntamente entre equipe, usuário e família – um projeto terapêutico individual, que pode indicar a participação tanto do usuário quanto de sua família em oficinas, atendimentos individuais e/ou coletivos bem como consultas médicas, a depender da demanda dos usuários e dos seus familiares.

O CAPS III Samambaia possui serviço ininterrupto, que é o acolhimento integral. No acolhimento integral atende-se os pacientes 24 horas. Contudo, não são todas as demandas que são atendidas 24 horas.

Na perspectiva dos servidores dos CAPS abordados pela APAPP IV, ser porta aberta é garantir o acesso ao atendimento inicial no qual o usuário terá a oportunidade de expressar suas demandas e receber orientação sobre o funcionamento do serviço. Entretanto, não se pode confundir portas abertas com pronto atendimento.

Os profissionais pontuam sobre a importância da presença de mais especialistas e da equipe multiprofissional, pois essa carência inviabiliza o segmento do atendimento e a implementação das propostas individualizadas do plano terapêutico.

Segundo os servidores, o maior empecilho para implementar o atendimento “portas abertas” é a escassez de recursos humanos e a estrutura física inadequada, sendo necessário contratar mais especialistas, ampliar as cargas horárias dos servidores já existentes, reformar ou construir imóveis adequados à proposta dos CAPS. Além disso, os serviços não estão com o quadro de profissionais completo. Existe a necessidade de especialistas que não estão inclusos na lista mínima proposta para o CAPS, como, por exemplo, fisioterapeuta, educador físico, recepcionistas, copeiros, técnico administrativo.

O CAPS se caracteriza pela oferta do atendimento multidisciplinar, que compreende as etapas de acolhimento do usuário, planejamento de intervenção de forma individualizada e inserção em atividades de caráter individual e coletivo.

Conforme os parágrafos a seguir do artigo 7º da Portaria nº 3.088, de 2011, que Institui a Rede 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, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. (BRASIL, 2011, s.n.)

2.2. Bloco II – Recursos Humanos e Gestão de Pessoas

A realidade atual, com a falta de estrutura e de recursos humanos vem impactando a operacionalização do serviço de acordo com a proposta da Política de Saúde Mental. Devido à falta de recursos humanos, infraestrutura e materiais básicos, há dificuldade de conduzir o serviço da maneira como foi preconizado pelas normativas.

A comunicação entre um serviço e outro também é prejudicada pela falta de um sistema eletrônico integrado entre os equipamentos. Não há fluxo institucional de comunicação, assim, a comunicação depende basicamente de relações interpessoais, sobretudo, entre chefias. A fer-

ramenta de melhor comunicação é o sistema SEI e os e-mails. Os profissionais informaram que atualmente possuem os seguintes sistemas: o Track Care, o MV e o E-SUS. Foi pontuado que o sistema do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES-DF), o sistema Trackcare, e o da atenção primária possuem informações desconexas. Foi dada a sugestão de unificar as informações das redes de atenção à saúde, porque existem muitos sistemas, aos quais nem todas as instituições têm acesso e isso impede o fluxo dos encaminhamentos dos pacientes por meio do sistema. Por exemplo, as unidades não acessam o sistema de regulação da Secretaria de Saúde, dificultando o acompanhamento do paciente quando necessita de consultas pediátricas. A única pessoa que acessa é um médico da UBS.

A Secretaria de Saúde fornece uma linha de *VOIP (Voice Over Internet Protocol)*, que é um aparelho de telefone via internet, e muitas vezes ele não funciona por falta de internet nos serviços. Dessa forma foi justificada a dificuldade de entrar em contato com os equipamentos pelo telefone. Não há aparelhos funcionais disponíveis. Os telefones com WhatsApp são todos pessoais, dos próprios servidores.

Não há prontuário informatizado. O prontuário eletrônico Trakcare ainda não foi implementado em todas as unidades, mas está em processo. Quando está disponibilizado para o CAPS, no entanto, as unidades muitas vezes não possuem computadores para acessá-lo. Parte dos computadores, são doados e muito antigos, o que inviabiliza o uso de prontuários eletrônicos. A internet também não é de qualidade, como já foi mencionado. A equipe gasta muito tempo procurando o prontuário físico. Não há pessoas suficientes executando as atividades administrativas de recepção e arquivo, então é necessário deslocar os técnicos de enfermagem para poder ocupar executar tais atividades.

Não há recursos materiais mínimos, como caneta, papel, formulário, material de limpeza, sabonete para pacientes, itens de higiene pessoal, roupas. A equipe alega que a falta de estrutura e recursos afeta a continuidade e a qualidade do atendimento ao usuário.

A estrutura física das unidades é inadequada e irregular. Na maioria delas faltam salas adequadas, o que dificulta a realização de atividades coletivas. A escassez de espaços também prejudica os acolhimentos, a equipe precisa revezar o uso das poucas salas existentes, muitas vezes realizando os atendimentos nos arredores do prédio, o que não garante o sigilo das informações.

O CAPS i Recanto das Emas realiza oficinas com crianças e necessita de brinquedos para esse tipo de atividade, porém, faltam materiais e espaço adequado para realizar essas atividades. Nessa unidade também não há espaço de convivência ou para atividades coletivas nem banheiros adequados. Os servidores fazem as manutenções da unidade por iniciativa própria, sem suporte da SES. Há falta de carros e/ou motorista para realizar as visitas. Assim como nos outros CAPS, a equipe de recursos humanos também está desfalcada.

O prédio CAPS Ad Samambaia não possui infraestrutura de acessibilidade para pessoas com deficiência ou baixa mobilidade. Situação que se reproduz nas outras unidades dos CAPS abordados, exceto CAPS III de Samambaia.

2.3. Bloco III – Articulação em Rede

Destaca-se que o CAPS não abarca todas as demandas de saúde mental. Para um bom funcionamento é importante a integração deste serviço com outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, além de uma boa comunicação e da existência de fluxo de trabalho entre eles. Existe um fluxo que precisa ser continuado, mas, segundo informações colhidas nos grupos focais, ele acaba sendo interrompido por não haver continuidade em outros equipamentos. Também ocorrem situações em que os pacientes não são desligados do atendimento do CAPS, embora seja esta a recomendação, por não haver essa perspectiva de acompanhamento na Atenção Básica à Saúde.

O CAPS é ponto de atenção da RAPS na atenção psicossocial especializada, porém, deve atuar de forma articulada com os outros pontos de atenção na atenção básica à saúde, na atenção de urgência e emergência, na atenção residencial de caráter transitório e na atenção hospitalar. (BRASIL, 2011). Um dos objetivos gerais da RAPS é garantir a articulação e a 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. Para isso, torna-se necessário que cada equipamento tenha condições de trabalho para exercer seu papel dentro do fluxo de serviço. Torna-se necessário, portanto, habilitar e capacitar os profissionais para lidar com as demandas da saúde mental bem como oferecer estrutura de serviço para que o trabalho possa ser colocado em prática. Todos os CAPS abordados apontaram inexistência dessas condições, tanto de recursos humanos como de estrutura e fluxo dos serviços. Segundo informações colhidas, o serviço do CAPS está com muitos casos leves e os que são mais graves não são atendidos por dificuldade de acesso.

Em relação à articulação com os serviços da Rede de Saúde, isto é, com os hospitais e as unidades de saúde, foi relatado que não é muito claro o significado de CAPS para os outros serviços, pois muitos encaminhamentos não se enquadram nos critérios para acesso a esse equipamento.

O encaminhamento de pacientes do CAPS para os serviços da saúde também foi apontado como algo problemático. Os profissionais relataram que, embora tenham atendimento na modalidade 24 horas, não há médicos de plantão. Informaram que o contato e o encaminhamento dos usuários para outros serviços de saúde ficam condicionados ao contexto de se conhecer alguém para que haja facilitação nesse processo, o que reflete a distorção das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Com o número de acolhimento elevado, não tem sido possível dar continuidade ao tratamento dos usuários, pois a quantidade de especialistas é inferior ao que se necessita para a população abrangida pelo CAPS, o que ficou evidente nos primeiros resultados dessa pesquisa. Assim, existem dificuldades de desenvolver as atividades de forma multidisciplinar. Todos os acolhimentos são realizados, mas quando o paciente que tem a necessidade de atendimento com especialista (como um psiquiatra, por exemplo) tem dificuldade de acesso, precisa esperar um tempo considerável por causa da demanda reprimida para esse tipo de atendimento. Muitas vezes também faltam vagas para encaminhar para o grupo de referência.

Devido a defasagem no número de profissionais, muitas vezes as atividades propostas no plano terapêutico de cada paciente – como visitas domiciliares, atendimentos médicos, busca ativa, atividades em grupo, reuniões com as famílias, além do matriciamento das equipes – deixam de ser desenvolvidas.

Um desafio apontado foi manter o funcionamento do CAPS alinhado com os outros serviços e com cada serviço exercendo sua competência. Em geral, os trabalhadores relataram a dificuldade de sair do serviço para realizar o matriciamento. O matriciamento é realizado de forma muito pontual, pois não há equipe suficiente para realizá-lo, principalmente pela falta de especialistas no serviço. Não é possível priorizar o matriciamento diante de outras demandas “mais urgentes”. Ainda sobre o matriciamento, a rotatividade dos gestores dos equipamentos matriciados implica a descontinuidade desse trabalho.

Considerando que há um déficit significativo no número de servidores, os profissionais estão cada vez mais sobrecarregados e expostos ao adoecimento. Além de todas as atividades próprias de suas competências, ainda precisam desempenhar também atividades administrativas.

A situação se agrava, porque não há uma política de cuidado com o servidor da saúde mental no DF e os adoecimentos são muito frequentes na rotina das unidades. No aspecto da participação nas decisões da política, a partir das informações colhidas nos grupos focais, chamou a atenção o fato de a maioria dos trabalhadores não conhecerem o antigo manual de parâmetro mínimo de dimensionamento da rede e de não terem sido consultados durante a construção do manual atual.

Não há oferta de cursos de capacitação continuada para os profissionais. Os cursos são disponibilizados na plataforma e-GOV. Há cursos de SAMU, de atenção a desastres, mas não existe nenhuma equipe ou algum programa de educação continuada que ofereça aos CAPS capacitações mais específicas relacionadas ao contexto da saúde mental. Os cursos não atendem as necessidades da equipe do CAPS, a exemplo de temas como: álcool e drogas, suicídio, desordens mentais, etc. Além disso, há a dificuldade de conseguir vagas em alguns cursos, como o de primeiros-socorros, que não tem vagas destinadas para os profissionais.

Há muitas queixas em relação à integração dos CAPS com a Política de Assistência Social, em relação aos serviços de abrigo, pois existem várias restrições burocráticas para se conseguir uma vaga. Muitas vezes os pacientes são encaminhados para comunidades terapêuticas, contrariando a política da luta antimanicomial. Há uma unidade de acolhimento, que fica em Samambaia, mas existe uma grande dificuldade de inserir o usuário, porque a unidade abrange todo o DF. Os profissionais se queixaram ainda do fato de inexistirem residências terapêuticas. Quanto ao CRAS e ao CREAS, percebem que esses equipamentos também têm dificuldades de absorver a grande demanda. Em relação ao fluxo com os serviços da política de Assistência Social, o contato é através do SEI.

Nos grupos focais foi trazida a questão da estigmatização dos usuários dos equipamentos de saúde mental, especialmente o usuário dependente químico e os moradores de rua. Relataram que

eles muitas vezes são mal atendidos e sofrem preconceito e, em decorrência disso, não conseguem acessar seus direitos e dar continuidade ao projeto terapêutico. Foi destacado pelos servidores que a dependência química ainda é muito mal vista, tida como “vadiagem”, o que compromete o acolhimento de recaídas e a real compreensão sobre esse problema de saúde grave que acomete grande parte da população. Atualmente, os profissionais não podem atuar com a comunidade como gostariam, principalmente devido à grande demanda e falta de tempo para realizar atividades externas, realizando apenas aproximações esporádicas com a comunidade local.

Nesse aspecto de relação com a comunidade, foi relatado que os moradores da região ainda têm muitos preconceitos com pacientes da saúde mental ou dependentes químicos, principalmente os usuários de álcool e outras drogas. Esporadicamente recebem reclamações e, recentemente, via ouvidoria, uma moradora pediu para retirar o CAPS do local próximo a sua residência, com a alegação de que “tem gente drogada e perigosa”. Parte da comunidade entende e apoia o serviço, o restante reproduz preconceitos.

Destaca-se que os outros serviços, tanto da assistência como da saúde, também estão sobrecarregados e não conseguem atender a demanda de encaminhamentos. Uma das grandes dificuldades trazidas relaciona-se à rede de urgência e emergência. Quando surgem pacientes com demandas mais complexas, existe uma dificuldade muito grande em encaminhar para a emergência. A UPA possui um prazo de internação, e não é possível transferir o paciente para o local adequado para receber os devidos tratamentos.

2.4. Bloco IV – Pandemia de COVID-19

Quanto ao contexto da pandemia, houve dificuldade na aquisição de equipamentos de proteção individual (EPIs). O compartilhamento de horas impactou muito, pois a equipe teve que deslocar uma parte da sua carga horária para os hospitais, acarretando prejuízo à saúde mental dos servidores.

Dentro desse contexto, o serviço foi subutilizado e não houve escuta do servidor nesse processo de decisão. Situação que prejudicou o funcionamento do CAPS em um momento em que a demanda por cuidados em saúde mental crescia rapidamente. Os atendimentos virtuais ficaram limitados devido a pouca estrutura do serviço para promovê-los, a exemplo de computadores, celulares e internet de qualidade. Dificuldade que também foi enfrentada pelos usuários. À medida que a pandemia foi sendo enfrentada, a realização dos grupos foi gradualmente sendo retomada, primeiramente com seis pessoas, depois com doze.

Destaca-se que, na pandemia, a equipe não se sentiu apoiada pela Secretaria de Saúde (SES) com relação a insumos, equipamentos de proteção individual e organização do serviço.

Atualmente, acreditam que o número crescente de usuários é reflexo do contexto pandêmico, muitos dos servidores acreditam que dobrou o número de pacientes ativos. A falta de estrutura, tanto física quanto de pessoal, impacta bastante na oferta dos serviços para os usuários.

3. Considerações Finais

De acordo Zgiet (2013), o movimento pela modificação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil teve início com a participação dos trabalhadores da área. Embora o movimento tenha sido impulsionado por denúncias feitas por jovens médicos, atualmente parte deles é contra o movimento, tendo em vista que buscam manter o status da sua categoria como protagonistas no tratamento. Sendo assim, não se pode perder de vista que a implantação da Política de Saúde Mental revela disputa de poder.

A Reforma Psiquiátrica tem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o pilar central de atendimento em saúde mental comunitário, visando oferecer atendimento com a intencionalidade de reabilitação e reinserção social de pessoas com transtorno mental ou usuária de álcool e outras drogas. Representa um lugar de referência e de cuidado, que pretende garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e seus familiares (Bessa et al., p.90)

Conforme informação de Zgiet (2013, p. 314), o Distrito Federal aparece com uma cobertura de 0,21 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para cada 100 mil habitantes, quantitativo abaixo de todas as outras unidades da federação. Nesse contexto, é considerada a UF mais atrasada na substituição de serviços manicomial por CAPS e outros equipamentos preconizados pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Em visita aos CAPS foi notório o comprometimento dos profissionais, que buscam, mesmo sem o Estado proporcionar o mínimo de condições de trabalho para operacionalização da política antimanicomial, exercer a prática pautada no modelo não hospitalocêntrico. Assim como no estudo de Zgiet (2013), foi possível também observar, nas narrativas dos profissionais, compromisso ético, político e afetivo com a reforma psiquiátrica.

Segundo Trape & Campos (2017), a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, e as portarias subsequentes sobre esta temática impuseram um valor legal para as mudanças que vinham ocorrendo no Brasil e permitiram impulsioná-las por meio de financiamento e abertura de novos serviços. Desde sua promulgação, houve crescimento do financiamento federal à saúde mental, principalmente nas áreas destinadas à abertura de novos serviços comunitários, além de redução gradativa das taxas de juros de financiamento para leitos hospitalares. Contudo, na última gestão governamental, houve cortes significativos nesse financiamento.

Hoje os CAPS do DF sofrem com falta de uma estrutura física adequada, de recursos humanos, de integração entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes e de outros equipamentos de apoio à Rede de Atenção Psicossocial (a exemplo das Residências Terapêuticas).

Ações alicerçadas no acolhimento, estímulo à convivência social, quebra de estigmas e valorização das potencialidades são mecanismos essenciais para substituição do modelo asilar, constituindo uma nova filosofia de trabalho em todos os serviços substitutivos, especialmente nos CAPS (Bessa et al., p.95).

As dificuldades estruturais supramencionadas dificultam a realização de intervenções dos CAPS junto às famílias e à comunidade, porque a demanda de trabalho não permite que essas atividades sejam realizadas de forma regular e elas são colocadas em segundo plano. Assim como são muito restritas as possibilidades de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e o matriciamento, que têm potencial para gerar alinhamentos indispensáveis à execução da Política de Saúde Mental nos territórios.

A dificuldade na articulação e no diálogo entre CAPS e atenção básica, serviços de urgência/emergência sinaliza a importância da capacitação dos profissionais no contexto da saúde mental, pois persistem algumas práticas e discursos manicomiais.

Os profissionais têm se esforçado para, dentro das suas realidades, atuar de forma interdisciplinar, mesmo que suas equipes estejam desfalcadas. Trata-se, portanto, de equipes comprometidas com a implementação da Política de Saúde Mental, mas expostas a condições de trabalho precarizadas. Exemplo disso é que não há investimento por parte da gestão na saúde mental desses trabalhadores nem na capacitação continuada e especializada deles.

Segundo Bessa et al. (ano da obra, p.94),

A utilização de oficinas terapêuticas é um excelente instrumento para alcançar diversos fins, e como proposta artística coletiva, estimula a autonomia e o protagonismo social, incentivando o reconhecimento do seu papel no grupo, desenvolvimento da autoestima e aspectos relativos à reinserção e cidadania dos usuários.

Todavia, no contexto atual da SES/DF, a falta de estrutura física, de recursos materiais e humanos dificulta a realização desse tipo de atividade nas demandas de saúde mental.

Sendo assim, conclui-se que não houve a plena implementação da Rede de Atenção Psicossocial no DF. O número de equipamentos instalados é muito insuficiente para atender o contingente populacional das regiões do DF, e esses poucos equipamentos funcionam de forma muito precária, principalmente em termos de estrutura física e de recursos humanos e materiais. Essa situação impacta sobremaneira a forma como os serviços são ofertados, uma vez que, primeiro, não é possível dar seguimento ao acompanhamento de grande parte do público acolhido; segundo, as atividades se restringem ao espaço da unidade do CAPS. Portanto, em boa parte dos CAPS perde-se a natureza territorial e comunitária desse serviço, além disso, são muito limitadas as

possibilidades de oferecer atividades de natureza coletiva em ambientes pequenos, inadequados e muitas vezes insalubres, o que, inclusive, suscita a necessidade de uma avaliação mais detalhada da estrutura física dos CAPS por profissionais competentes.

Ante o exposto, evidencia-se a necessidade urgente de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, com a construção de outros equipamentos, como Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, bem como maior capacitação dos profissionais da saúde, com ênfase nos profissionais da atenção básica à saúde.

Em paralelo, também é urgente estruturar os serviços existentes, conforme preveem as orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2015). Todos os CAPS abordados apontaram problemas no espaço físico, muitas vezes pela sua inadequação para a oferta do serviço – devido à falta de espaço individuais, coletivos e de convivência, à falta de privacidade e às instalações precárias.

É fundamental que os projetos arquitetônicos e de ambiência propostos promovam relações e processos de trabalho em consonância com as diretrizes e os objetivos da RAPS caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária/ territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas. (BRASIL, 2015, p. 6)

É necessário adequar os Centros de Atenção Psicossocial para promover condições de acolhimento, conforto e segurança aos trabalhadores e usuários e favorecer a realização de atividades coletivas e de caráter comunitário.

Ressalta-se que nos grupos focais foram destacados com o grupo de trabalhadores os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na sua atuação. Não se pode deixar de considerar que existem aspectos específicos de cada CAPS, que não foram tratados neste capítulo.

4. Referências Bibliográficas

BESSA, Mônica Silva de *et al.* Avaliação de Resultados da Assistência em Saúde Mental por Usuários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 89-96, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. [41] p. ISBN 978-85-334-2292-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 nov. 2023.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 19, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3sXhdXkTM7m47WTDHBL-FPyS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ZGIET, Jamila. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NmrYnCQbwcG8bJ9yBrZ4hPw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Capítulo XI

Resultados Gerais e Considerações Finais

Izis Moraes Lopes dos Reis e Mariana Benigno

Sumário

1. Introdução

2. Análises

2.1. Precarização do Serviço Público

2.2. Violações de Direitos Fundamentais

2.3. Baixa implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

3. Referências Bibliográficas

4. Roteiro para grupos focais

1. Introdução

Ao longo de 2021 e 2022, as equipes das Assessorias de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPPs) e da Assessoria de Gestão de Informações Psicossociais e Políticas Públicas (AGIP), vinculadas à Coordenadoria Executiva Psicossocial (CEPS/MPDFT), realizaram a pesquisa “Análise de Implementação da Política de Saúde Mental no DF: os Centros de Atenção Psicossocial”. A pesquisa faz parte do projeto institucional “MPDFT pela Saúde Mental”, gerido por promotores de justiça das Promotorias de Justiça Regionais de Defesa dos Direitos Difusos (Proreg) e coordenado pela Coordenadoria Executiva Psicossocial (Ceps). O objetivo deste capítulo final é sistematizar os resultados gerais da etapa qualitativa da pesquisa sobre a implementação dos serviços de saúde mental no DF, a partir das análises regionalmente produzidas pelas equipes de pesquisa.

Os dados apontam o descaso do Governo do Distrito Federal com a temática específica da saúde mental. Desde 2013, quando o GDF foi condenado pela Vara de Fazenda Pública/TJ-DFT a realizar melhorias consideráveis na rede de atenção à saúde mental (processo judicial nº 2010.01.1.067203-4), houve apenas um pequeno avanço na garantia do direito à saúde mental da população com pouca atenção à implantação e ao pleno funcionamento de unidades de atendimento e/ou cuidado. É importante lembrar que o acesso aos serviços de saúde mental — com atuação de equipes multidisciplinares pautada no respeito aos direitos humanos — é essencial para prevenção ao suicídio e para os cuidados aos agravos psicossociais decorrentes de eventos e/ou de contextos de violências que, geralmente, levam ao acionamento das instituições do sistema de justiça.

No referido processo judicial, por exemplo, o GDF teria até o mês de dezembro de 2017 para implementação de 25 residências terapêuticas — equipamentos de saúde mental em que residem as pessoas que não possuem vínculos familiares e/ou laços que permitam retorno à vida familiar e comunitária de origem. Até o corrente ano (2023), o Distrito Federal ainda não possui residências terapêuticas, embora existam procedimentos públicos específicos em andamento para iniciar o cumprimento da decisão sobre esse tópico, que foge do escopo da pesquisa aqui apresentada.

No modelo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados serviços substitutivos aos manicômios, tendo sido projetados para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. Em relação aos CAPS, o GDF foi condenado, no mesmo processo judicial, a implantar dezenove unidades que ofereçam atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Decorridos 10 anos da decisão original, o DF conta com dezoito CAPS, dentre unidades para atendimento de crianças e adolescentes (CAPS i), para atendimento de adultos e idosos (CAPS II e III) e para adolescentes a partir de 16 anos, adultos e idosos usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD II e III). Apesar de os números sugerirem que a sentença esteja sendo cumprida quase

em sua totalidade, outros aspectos precisam ser analisados para afirmar que o direito à saúde mental da população do DF esteja sendo assegurado. Em primeiro lugar, há defasagem entre o número de habitantes, as necessidades da população e a quantidade de unidades de cuidado disponíveis. Depois, é preciso conhecer quais as dificuldades de acesso, de adesão e de permanência no serviço para o acompanhamento sistemático das pessoas que necessitam de suporte à saúde mental.

A proposta de análise, monitoramento e avaliação de políticas públicas feita pelas equipes vinculadas à Coordenadoria Executiva Psicossocial (CEPS) é a de que as evidências científicas devem ser levadas em consideração nas decisões sobre a alocação de recursos financeiros pelo Estado. Isso significa que estudos sobre as necessidades da população, os benefícios e malefícios de determinadas ações, os contextos sociais, culturais e regionais, e sobre a disponibilidade de recursos (financeiros e humanos) devem ser componentes das decisões políticas (o que fazer e como fazer). Ainda, há preocupação ético-política nas metodologias propostas: o direcionamento pela garantia constitucional e pela expansão de direitos sociais e coletivos.

As políticas sociais, entre as quais está a política de saúde, são tipos específicos de políticas públicas que têm “como norte a satisfação de necessidades sociais, e não a rentabilidade econômica privada, fato que, sob o capitalismo, revelou-se altamente contraditório” (SOARES, 2009). Compreende-se que esse tipo de política se refere aos ganhos da sociedade frente ao acirramento da miséria e da exploração da força de trabalho no modo de produção capitalista. Ou seja, há ações concretas, principalmente de caráter estatal, para que as necessidades básicas das pessoas sejam garantidas, ainda que não satisfeitas no mercado capitalista (MACHADO; KYOSEN, 2000, p. 62).

Pelo menos desde o ano 2000, há o compromisso de analisar as políticas sociais com interesse não só de saber como se delineiam e se implementam ações estatais eficazes, mas também de induzir, fomentar e produzir condições de transformação das estruturas sociais e econômicas do país, “algo que se justificaria quase que exclusivamente frente ao histórico e à contemporaneidade das heterogeneidades, desigualdades e injustiças – em várias de suas dimensões – que ainda marcam a nação brasileira” (POCHMANN, 2010).

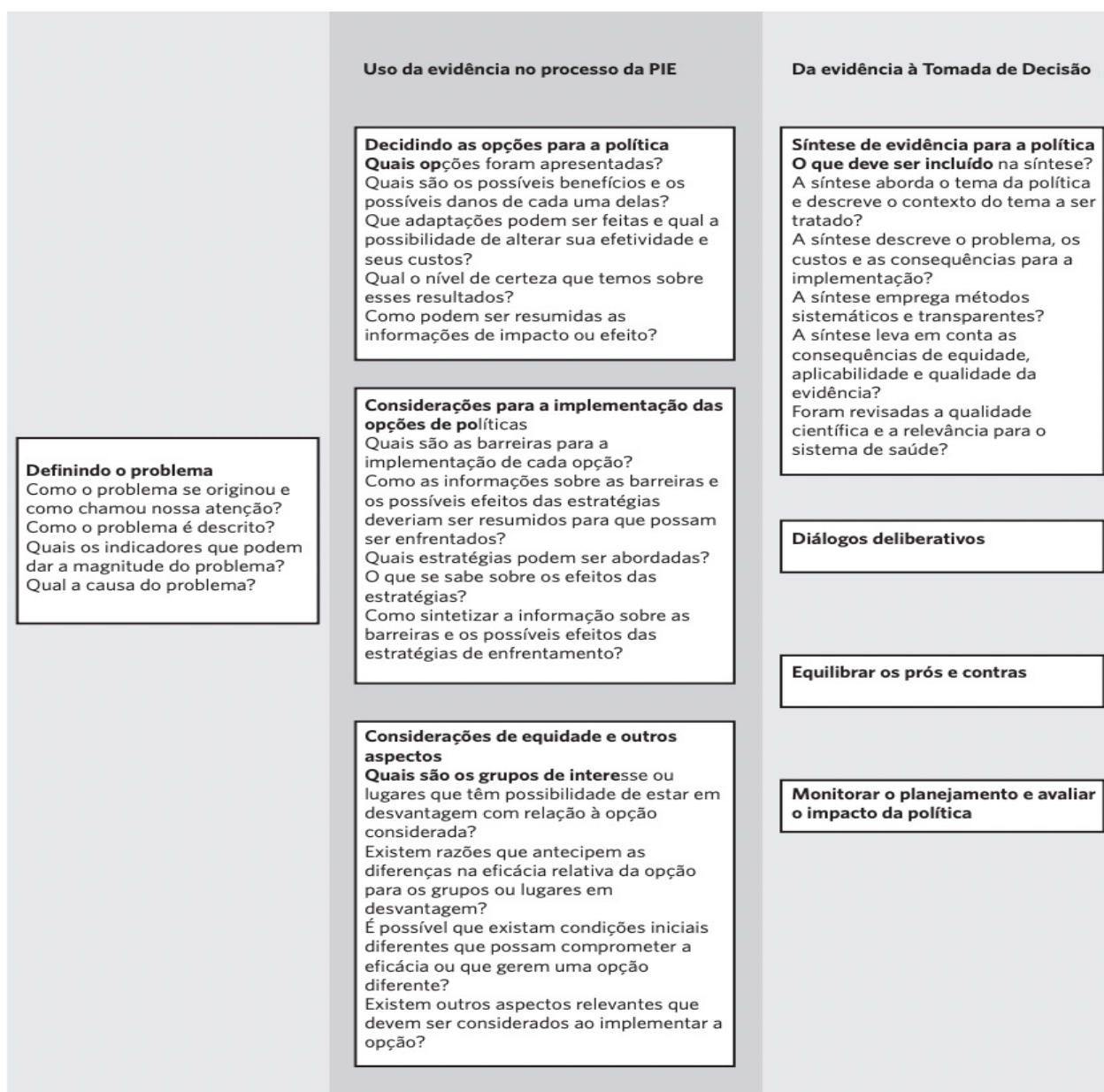
Para atingir tais objetivos, visões abrangentes sobre os problemas enfrentados devem ser buscadas. A pluralidade e a diversidade de sujeitos envolvidos nos processos de construção e implementação de políticas sociais justificam o fortalecimento das relações entre sociedade civil e Estado. Ou seja, há, nas últimas décadas, o reconhecimento de que a ampliação dos mecanismos de participação social é uma via relevante para que os anseios das mais diversas parcelas populacionais sejam inseridos nas preocupações de políticos e gestores públicos no combate das desigualdades sociais (*ibidem*).

Em face desse conjunto de preocupações, as equipes de acompanhamento e análise de políticas públicas da CEPS/MPDFT escolheram metodologia mista para avaliação da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de provisão do serviço de saúde mental, no Distrito Federal. Na primeira etapa da pesquisa, inicialmente, foram realizados levantamentos

quantitativos por meio de dados estatísticos secundários sobre cobertura populacional ofertada por cada CAPS diante da capacidade operacional estabelecida pelas normativas do Ministério da Saúde e por análise documental para avaliar o déficit de profissionais alocados nestes serviços. Em um segundo momento, em cada CAPS, foram realizados levantamentos de dados primários quantitativos e qualitativos sobre os seguintes temas: infraestrutura, acesso por meio de transporte coletivo, atividades desenvolvidas e necessidades mais urgentes.

Na segunda etapa da pesquisa, foram aplicadas técnicas qualitativas de coleta de dados e de informações com profissionais que atuam nos CAPS, bem como a população foi ativamente ouvida por meio das Pré-Conferências e da Conferência de Saúde Mental do DF (fomento da participação social). Enfatiza-se que as técnicas qualitativas propiciam descrições aprofundadas dos contextos em que usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental se encontram, além de potencializar a compreensão dos desafios diretamente enfrentados por essas pessoas. Ainda, foi possível coletar e analisar as potencialidades dos serviços de saúde mental já implementados (investigação propositiva).

Quadro 1 – Exemplo de Passo a Passo para o uso da Política Informada por Evidência



Fonte: Ramos, Maíra Catharina e Silva, Everton Nunes da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. 116 [Acessado 26 Agosto 2021], pp. 296-306

Na construção de políticas públicas informadas por evidências, o quadro acima funciona como um guia com sugestões de perguntas a serem feitas para a realidade local, de modo a analisar processos, resultados e/ou impactos de implementação de uma determinada política. Percebe-se que a tomada de decisão não poderá se restringir às evidências, e um profundo diálogo entre agentes interessados é fundamental. Entretanto, as evidências podem responder a questões como: a política implementada promove equidade e igualdade?; a política tem como potencial

promover a democracia e o Estado democrático de Direito?; a política leva em consideração os determinantes e condicionantes sociais de saúde?; se sim, como? Essas perguntas, hipotéticas, auxiliam na compreensão teórico-metodológica deste projeto de pesquisa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a falta de investimento em saúde mental parece generalizada: “em muitos países, há muito pouco apoio disponível para pessoas com transtornos de saúde mental. Mesmo em países de alta renda, quase 50% das pessoas com depressão não recebem tratamento. Em média, apenas 3% dos orçamentos de saúde de governos são investidos em saúde mental, variando de menos de 1% em países de baixa renda a 5% em países de alta renda” (FIOCRUZ, 2017). A mesma organização apontou que o investimento em serviços de saúde mental é essencial para o desenvolvimento econômico, já que

baixos níveis de reconhecimento e de acesso aos cuidados para a depressão e outro transtorno mental comum, a ansiedade, resultam em uma perda econômica global de um trilhão de dólares americanos a cada ano. As perdas são incorridas pelas famílias, empregadores e governos. Os dados apresentados sobre saúde mental global são alarmantes: quase sete em cada 10 pessoas com depressão não recebem o tratamento de que necessitam (ONU/OMS, 2017).

Sobre a segunda etapa de pesquisa, este capítulo debruça-se sobre os dados qualitativos coletados com profissionais dos CAPS ao longo do segundo semestre de 2022. A técnica escolhida foi a realização de grupos focais com as equipes dos dezoito CAPS existentes no Distrito Federal. O grupo focal como técnica de pesquisa é um tipo de entrevista em grupo, direcionado para tópicos estabelecidos por pesquisadores. A técnica foi selecionada por ser um recurso metodológico capaz de ressaltar “como determinados grupos verbalizam seus valores, experiências, crenças, formas de comunicação e de interação” (SOUZA, 2020).

Como explicitado, os grupos focais foram utilizados em complemento a outras técnicas de pesquisa. Se num momento inicial foi possível acessar um mapeamento dos problemas que seriam encontrados em cada CAPS (por meio de aplicação de questionários aos gestores), os grupos focais permitiram conhecer os serviços *in loco*, assim como ampliar o debate com a maior parte dos profissionais que fazem com que os serviços funcionem.

Para a realização dos grupos focais, sistematização e análise dos dados, utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada (anexado) com os temas abordados em quatro blocos acerca dos seguintes aspectos dos serviços:

Bloco I – Funcionamento e Organização do Serviço;

Bloco II – Recursos Humanos;

Bloco III - Articulação em Rede; e

Bloco IV – Impactos da Pandemia no Funcionamento do Serviço.

A pesquisa e seus objetivos foram explicados oralmente antes do início de cada grupo focal e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os grupos focais foram gravados em áudio na maior parte dos CAPS para facilitar a análise de dados e foram descartados após a gravação. Como parte dos compromissos éticos da pesquisa, as falas foram anonimizadas e as análises foram realizadas por bloco de questões/aspectos e não há relatos individualizados nos capítulos, como informado anteriormente.

Cada Assessoria de Perícia e Acompanhamento de Políticas Públicas (APAPP/CEPS/MP-DFT) analisou dados da região correspondente à sua área de abrangência. Ou seja, as análises serão apresentadas por região e bloco de questões, dificultando assim a identificação das pessoas entrevistadas e não há análises sobre cada CAPS especificamente. Os dados são apresentados coletivamente, seja por região de abrangência de cada APAPP, seja no âmbito distrital, conforme este capítulo final. Entretanto, importante informar que as equipes também enviaram às Promotorias de Justiça tabelas descritivas com indicadores de resultados sobre cada CAPS existente no Distrito Federal. Deste modo, indica-se a leitura conjunta da pesquisa disposta nesta publicação, para a melhor compreensão da política de saúde mental no DF.

Foram realizados grupos focais em todos os CAPS do Distrito Federal, conforme cronograma a seguir:

6/7/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS II – Paranoá (Realizado por Izis Morais e Paola Ludovice);

14/7/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS AD – Itapoã (Realizado por Paola Ludovice e Max Meirelles);

4/8/2022 - Grupo focal com CAPS AD Santa Maria (realizado por Izis Morais e Laiane Velame);

9/8/2022 - Grupo focal com CAPS III Samambaia (realizado por Izis Morais, Laiane Velame e Fernanda Baldez);

16/8/2022 - Grupo focal com equipe do CAPS i Recanto das Emas (realizado por Laiane Velame e Fernanda Baldez);

16/8/2022 – Grupo focal com equipe do CAPS i – Sobradinho (realizado por Izis Morais e Paola Ludovice);

18/8/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS AD Guarά (realizado por Cristina Brasil);

18/8/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS ad de Ceilândia (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra);

23/8/2022: Grupo focal com a equipe do CAPS i de Taguatinga (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra);

24/8/2022: Grupo focal com equipe do CAPS II – Planaltina (Realizado por Izis Moraes e Max Meirelles);

24/8/2022: Grupo focal com a equipe do CAPS II de Taguatinga (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra);

30/8/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS II Brasília (realizado por Rosângela Ferreira);

30/8/2022: Grupo focal com CAPS I Brazlândia (realizado por Pâmela Rodrigues e Janaína Bezerra)

1º/9/2022: Grupo focal com equipe do CAPS AD – Sobradinho (Realizado por Paola Ludovice e Max Meirelles);

13/9/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS i Brasília (realizado por Cristina Brasil);

15/9/2022: Grupo focal com a equipe do CAPS AD III Samambaia (realizado por Laiane Velame, Fernanda Baldez e Izis Moraes)

22/9/2022: Grupo Focal com profissionais do CAPS AD III Brasília/Candango (realizado por Rosângela Ferreira)

28/9/2022: Grupo focal com CAPS II Riacho Fundo (realizado por Izis Moraes).

2. Análises

De modo geral, a pesquisa confirmou a continuidade do descaso com que o Governo do Distrito Federal tem tratado o tema da saúde mental nas últimas décadas. Como resultados, apontam-se os seguintes aspectos:

2.1. Precarização do serviço público:

Há precarização dos equipamentos já existentes, os quais apresentam déficit no número de profissionais, desvalorização das equipes, infraestruturas inseguras, falta de manutenção predial, falta de insumos básicos para a realização das atividades previstas nas normativas. Também

há baixa implementação dos Centros de Atenção Psicossocial. Atualmente, há quantidade de unidades muito inferior ao necessário para o atendimento da população do DF, o que dificulta a implementação do modelo antimanicomial de atenção à saúde mental e causa prejuízos às atividades de base comunitária e territorial. A baixa cobertura por tais serviços no DF é perene e se manteve na última década.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, no Brasil, o Distrito Federal é o território com a pior cobertura por CAPS habilitados a cada 100 mil habitantes. Por exemplo, em 2010, a taxa de cobertura por serviços habilitados era de 0,21 por cada 100 mil habitantes, conforme tabela 1 a seguir. De acordo com os dados de 2022, do mesmo Ministério, o DF melhorou sua cobertura em termos de CAPS, mas, ainda assim, permanece como uma das piores unidades federativas no que diz respeito à oferta deste tipo de equipamento habilitado de saúde mental.

Tabela 1 – Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e UF. Brasil (2002-2010)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,37	0,40
Acre	0,00	0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,28
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,49	0,45
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,40	0,43
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,67	0,70
Roraima	0,00	0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,51	0,47
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,73	0,81
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,82	0,88
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,72	0,81
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,86	0,92
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,12	1,22
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,46	0,55
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,66	0,82
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,71	0,83
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,03	1,11
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,34	0,36	0,43	0,46	0,49
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,22	0,21
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,38	0,42
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,54	0,60	0,63	0,66	0,69	0,69
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,53	0,57
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,45	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,52	0,56
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,80	0,87
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,68	0,72
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,91	1,01
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,80	0,87
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A tabela 2 abaixo demonstra que a taxa de cobertura atual é de 0,42 por 100 mil habitantes:

Tabela 2 - Indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes em 2022, por UF

Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por indicador de CAPS/100 mil habitantes											
Região	UF	População Estimada (IBGE 2021)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS infanto-juvenil	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total	Relação de CAPS por 100 mil hab.
Centro-Oeste	Distrito Federal	3.094.325	1	3		2	4	3	-	13	0,42
Centro-Oeste	Goiás	7.206.589	50	15	3	3	7	3	-	81	1,12
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.839.188	17	6	3	2	3		1	32	1,13
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.567.234	32	3		3	5		-	43	1,21
Centro-Oeste		16.707.336	100	27	6	10	19	6	1	169	1,01
Nordeste	Alagoas	3.365.351	55	7		1	2	1	-	66	1,96
Nordeste	Bahia	14.985.284	192	35	5	11	17	6	-	266	1,78
Nordeste	Ceará	9.240.580	79	30	4	11	23	5	-	152	1,64
Nordeste	Maranhão	7.153.262	55	17	4	3	7		-	86	1,20
Nordeste	Paraíba	4.059.905	71	8	5	12	6	11	-	113	2,78
Nordeste	Pernambuco	9.674.793	78	25	6	13	12	7	-	141	1,46
Nordeste	Piauí	3.289.290	43	11	1	2	7	2	-	66	2,01
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.560.903	20	11	1	3	6	4	-	45	1,26
Nordeste	Sergipe	2.338.474	29	5	3	2	2	3	-	44	1,88
Nordeste		57.667.842	622	149	29	58	82	39	-	979	1,70
Norte	Acre	906.876	6	1				1	-	8	0,88
Norte	Amapá	877.613	2			1	1	1	-	5	0,57
Norte	Amazonas	4.269.995	16	4	2	1	1	1	-	25	0,59
Norte	Pará	8.777.124	60	17	5	4	7	1	-	94	1,07
Norte	Rondônia	1.815.278	14	5		1	1		-	21	1,16
Norte	Roraima	652.713	7	1	1	-	-	1	-	10	1,53
Norte	Tocantins	1.607.363	10	5	-	-	1	4	-	20	1,24
Norte		18.906.962	115	33	8	7	11	9	-	183	0,97
Sudeste	Espírito Santo	4.108.508	13	9	1	4	5	1	-	33	0,80
Sudeste	Minas Gerais	21.411.923	189	64	20	41	40	24	1	379	1,77
Sudeste	Rio de Janeiro	17.463.349	49	52	6	32	23	7	-	169	0,97
Sudeste	São Paulo	46.649.132	123	110	46	79	83	21	-	462	0,99
Sudeste		89.632.912	374	235	73	156	151	53	1	1.043	1,16
Sul	Paraná	11.597.484	71	26	6	14	25	11	-	153	1,32
Sul	Rio Grande do Sul	11.466.630	81	42	2	30	30	15	1	201	1,75
Sul	Santa Catarina	7.338.473	66	15	2	10	13	2	-	108	1,47
Sul		30.402.587	218	83	10	54	68	28	1	462	1,52
BRASIL		213.317.639	1.429	527	126	285	331	135	3	2.836	1,33

Fonte: Ministério da Saúde. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS

Embora a cobertura da população no DF não se refira somente às treze unidades habilitadas de CAPS, já que existem dezoito equipamentos deste tipo, há algumas ponderações necessárias. Em primeiro lugar, a habilitação de um serviço junto ao Ministério da Saúde representa mais do que simples formalização. Há contrapartida de financiamento público para as unidades da federação a cada equipamento habilitado. Ou seja, o Governo do Distrito Federal, ao não garantir as características mínimas¹ para as unidades de saúde instaladas, perde recursos federais que poderiam ser utilizados na melhoria dos serviços prestados.

Em segundo lugar, é possível afirmar que a dificuldade de habilitação dos CAPS junto ao Ministério da Saúde traz prejuízos à população do DF. A habilitação depende do cumprimento de normas técnicas relativas à infraestrutura e à composição das equipes. O que pode significar que as unidades não habilitadas funcionem em desacordo com as normativas do Ministério da Saúde. Esse é o caso do DF: a maior parte dos CAPS está em estado precário de conservação, com problemas de infraestrutura, sem materiais pedagógicos, lúdicos etc. para oficinas. Ademais, nem todos os CAPS contam com equipamentos e tecnologias básicas para o pleno funcionamento do serviço. Faltam carros e motoristas para a realização de visitas domiciliares e de reuniões fora dos CAPS, matriciamento e atividades comunitárias e de base territorial.

O Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) do Distrito Federal referente aos anos de 2020 a 2023 indicou o planejamento de habilitação de 3 CAPS no período. Entretanto, tal plano não foi cumprido até a presente data. A tabela a seguir aponta que, para que a habilitação ocorra, são

1 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto615_15_04_2013.html

necessárias ampliações e ajustes de infraestrutura e de recursos humanos, o que coincide com os resultados da pesquisa aqui apresentada.

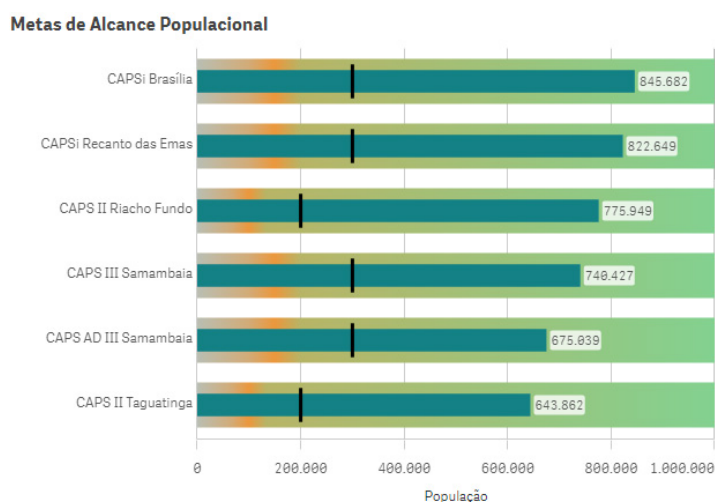
Tabela 3 – Plano Diretor de Saúde Mental 2020-2023

2	Habilitar os CAPS I Brazlândia (depende de RH); CAPS II Planaltina (depende de ampliação – sala multiuso) e o CAPS II Brasília (depende de RH e estrutura física)	03 CAPS habilitados junto ao MS	2.1	Realizar a adequação de RH e estrutura física do CAPS I Brazlândia para habilitação junto ao MS	01/01/23	01/12/23	SINFRA SUGEP DICS DISSAM	<p>Serviço não habilitado em função de déficit de recursos humanos. Necessária lotação de um profissional médico para compor a equipe mínima. A demanda já foi encaminhada para os setores competentes para conhecimento e providências - Superintendência Oeste (00080-00159699/2021-32) e SUGEP (00080-00087209/2021-99).</p> <p>Processo 00080-00425540/2020-31 encontra-se na CEIC/SUAG para elaboração de Termo de Referência para contratação de projetos de arquitetura e engenharia, entretanto, carga horária da Comissão é insuficiente para manter a elaboração dos instrumentos dentro dos prazos previstos no manual de contratações.</p> <p>Em andamento processo (00080-00153987/2021-83) para destinação de terrenos para construção de CAPS na região Central (SGAN 905 e SGAS 612), incluindo proposta para o CAPS III Brasília.</p>
			2.2	Realizar a ampliação da sala multiuso do CAPS II Planaltina para habilitação junto ao MS	01/01/23	01/12/23	SINFRA DICS DISSAM	
			2.3	Realizar a adequação de RH e estrutura física do CAPS II Brasília para habilitação junto ao MS	01/01/23	01/12/23	SINFRA SUGEP DICS DISSAM	

Fonte: Relatório Saúde Mental em Dados, Secretaria de Saúde do DF, 2022

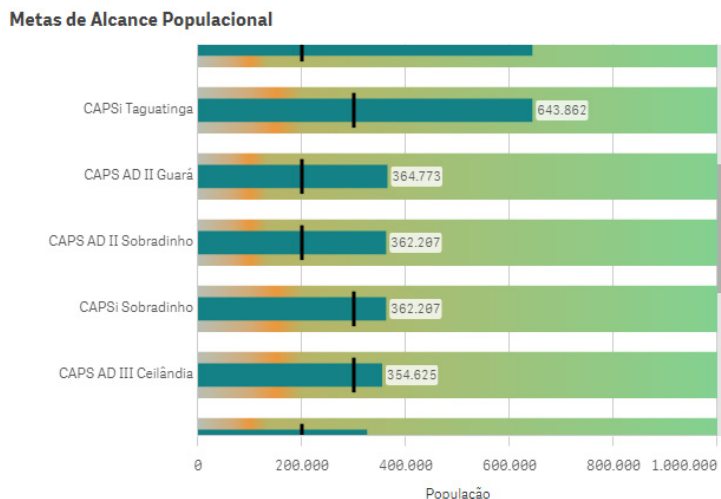
Os gráficos a seguir demonstram que os CAPS do DF operam com atendimento a parcelas populacionais muito superiores à capacidade técnica que dispõem. Por exemplo, o CAPS infantojuvenil de Brasília e o do Recanto das Emas possuem área de abrangência com população de mais de 850.000 (oitocentos e cinquenta mil) pessoas, enquanto o previsto pela normativa é de 200.000 (duzentos mil) habitantes (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria de Consolidação 3/2017). O único CAPS que opera dentro da capacidade operacional estabelecida é a unidade localizada em Brazlândia, com cobertura populacional de cerca de 65 mil pessoas (o previsto é 70 mil habitantes).

Gráfico 1 - Metas de Alcance Populacional por CAPS - DF



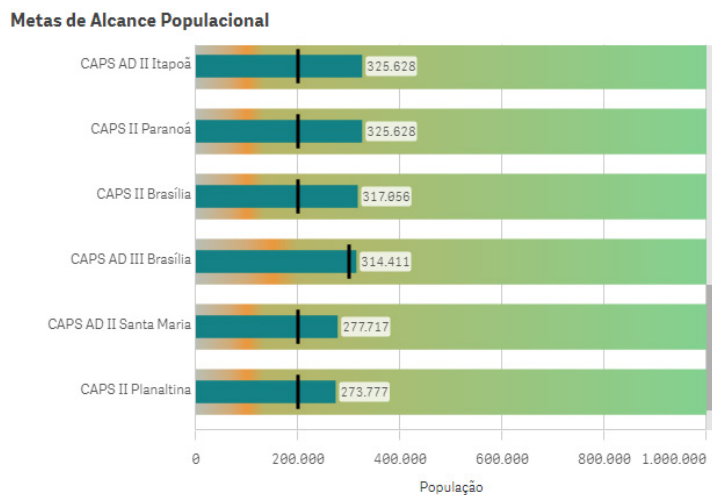
Fonte: MPDFT, Mapa Social da Saúde Mental, 2021.

Gráfico 2 - Metas de Alcance Populacional por CAPS - DF



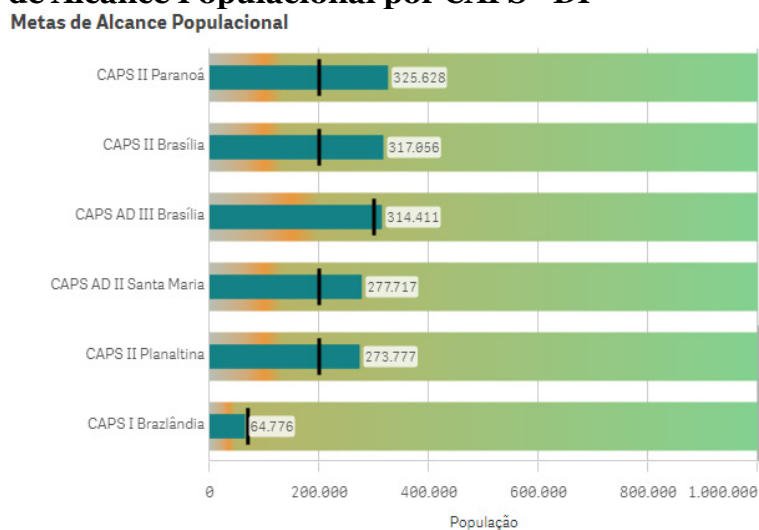
Fonte: MPDFT, Mapa Social da Saúde Mental, 2021.

Gráfico 3 - Metas de Alcance Populacional por CAPS - DF



Fonte: MPDFT, Mapa Social da Saúde Mental, 2021.

Gráfico 4 - Metas de Alcance Populacional por CAPS - DF



Fonte: MPDFT, Mapa Social da Saúde Mental, 2021.

Além da pouca quantidade de CAPS em comparação ao quantitativo populacional do DF, outro problema encontrado – e relacionado – é a divisão das áreas de abrangência dos serviços, os quais sempre englobam mais de uma região administrativa (exceto o localizado em Brazlândia). Destaca-se que cada RA pode ter características diversas relativas ao perfil epidemiológico da população, além de contextos sociais, culturais e políticos diferentes. Desse modo, há prejuízos na condução de atividades territoriais e comunitárias pelos CAPS, como previsto na normativa

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º)

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IX).

Importa compreender o significado da territorialização em saúde. De acordo com o verbete elaborado por Grácia Gondim e Maurício Monken, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, s/d), o território, no planejamento de saúde, representa uma divisão socioespacial e uma metodologia de trabalho. Tal metodologia desenvolveu-se a partir da compreensão de que o espaço geográfico é constituído pelas relações sociais que se materializam na divisão social do trabalho no modo de produção capitalista, na produção e reprodução sociofamiliar, nos produtos culturais, nas relações de poder. Portanto, deve-se compreender território como a articulação de pessoas, de instituições e dos cenários nos quais são desenvolvidas as vidas cotidianas dos usuários dos serviços e seus familiares.

O reconhecimento da complexidade do território implica, para o planejamento e a implementação dos serviços de saúde, processos que são estruturados em vários momentos: definição de áreas de abrangência de cada serviço, cadastramento de famílias por riscos/avaliações socio-sanitárias, vinculação das famílias às Unidades Básicas de Saúde (atenção primária), estabelecimento de fluxos entre níveis de assistência à saúde, identificação de subpopulações conforme fatores de riscos sanitários, identificação de subpopulações com condições específicas de saúde (MENDES, 2008), como é o caso da saúde mental.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), os espaços dos CAPS devem representar a substituição do modelo asilar por:

- a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;
- espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas

com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;

- a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015).

Para que a organização dos serviços e das atividades estejam de acordo com esse formato de portas abertas, antiasilar, de base comunitária e territorial, é necessário que os serviços estejam bem estruturados. As unidades precisam estar bem distribuídas conforme os critérios referentes à capacidade técnica, com equipes completas e adequadas formadas por profissionais especializados, com a disponibilidade de tecnologias de informação, equipamentos, materiais e veículos em quantidade e qualidade para o atendimento das demandas.

A realidade dos CAPS no Distrito Federal está distante disso. Por exemplo, atualmente as atividades acabam restritas aos espaços dos CAPS, com baixa capilaridade nos territórios. Isto porque as equipes são reduzidas, os serviços estão estrangulados, com alta demanda reprimida e há falta generalizada de veículos e de motoristas para deslocamento nos territórios. De acordo com os gestores e demais profissionais entrevistados, há dificuldades de executar ações de matriciamento, grupos comunitários, atendimentos e visitas domiciliares e institucionais, bem como de participar de reuniões com a rede de saúde e a rede de serviços socioassistenciais. Além disso, como já analisado, os CAPS no Distrito Federal possuem áreas de abrangência extensas, o que dificulta a produção de conhecimento e o direcionamento de ações em cada território.

2.2. Violações de Direitos Fundamentais

Há um conjunto de violações de direitos que impactam negativamente a saúde mental da população do Distrito Federal. A saúde, de modo geral, é influenciada pelo contexto social e a história individual e coletiva (ZANARDO; VENTURA & CONSULE, 2021). Durante a pesquisa qualitativa, foi apontada pelos profissionais a dificuldade de adesão das pessoas aos acompanhamentos propostos por causa da vulnerabilidade social.

A relação entre saúde mental e vulnerabilidade social é complexa. Por um lado, a falta de emprego e de renda, a fome e a insegurança alimentar, a situação de rua, o estigma, o preconceito, os conflitos familiares, as violências etc. são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. Por outro lado, esses fatores interagem entre si podendo levar à marginalização e à piora na saúde das pessoas já afetadas pelo sofrimento psíquico (VENTURA, 2017). Assim, as diretrizes do cuidado de saúde mental extramuros estabelecem como fundamentais a participação na sociedade, o acesso aos serviços de saúde e de educação, a inserção em atividades de geração de renda e a ampliação de direitos civis e políticos.

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

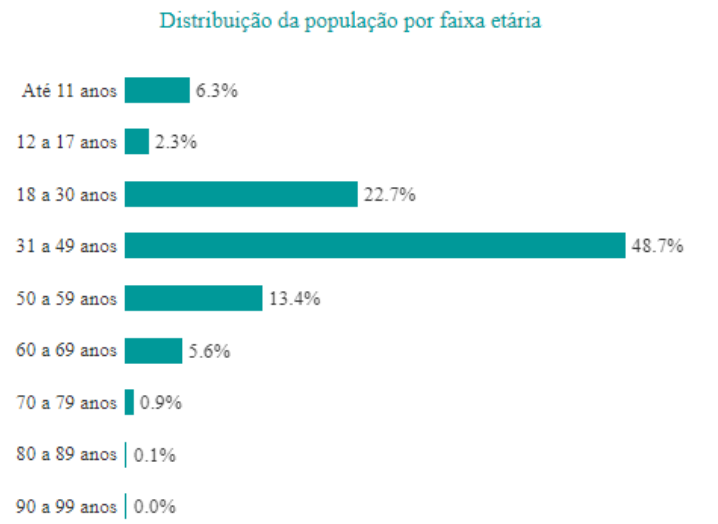
- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.

- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações inter-setoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, S/D).

Tais diretrizes reconhecem que um dos maiores desafios no cuidado à saúde mental é o de criar estratégias para que as pessoas tenham apoio social e garantia de cidadania plena. Os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, culturais, étnico-raciais e de gênero que podem influenciar no aparecimento (e no prognóstico) de adoecimentos. Em saúde mental, é relevante lembrar que a falta de oportunidades, o estigma e a discriminação podem gerar baixa autoestima, motivação reduzida e desesperança quanto ao futuro (ZANARDO; VENTURA & CONSULE, 2021). Adicionalmente, há estudos que demonstram a associação entre a pobreza infantil e os transtornos externalizantes (ZIEBOLD et al., 2021) – aqueles caracterizados pelo desafio, pela impulsividade, pela agressividade, pela hiperatividade, e que favorecem os conflitos com o ambiente (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO & MATURANI, 2016).

O empobrecimento da população brasileira, nos últimos anos, pode ser atestado pelos censos de população em situação de rua, por exemplo. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2022, o país atingiu a triste marca de mais de 280 mil pessoas em situação de rua (IPEA, 2022). No DF, a quantidade de pessoas que vivem nas ruas também cresceu: entre 2011, ano do primeiro censo relativo a tal parcela populacional, e 2022, data do último estudo, houve aumento de 27% no número de pessoas em absoluto contexto de vulnerabilidade social (CODEPLAN, 2022). Aponta-se que 8,3% dessa parcela populacional é formada por crianças e adolescentes, ou seja, meninos e meninas que deveriam ser alvo prioritário de ações de proteção social, inserção escolar, cuidados de saúde, entre outros.

Imagem 1 - Distribuição da população em situação de rua do DF por faixa etária

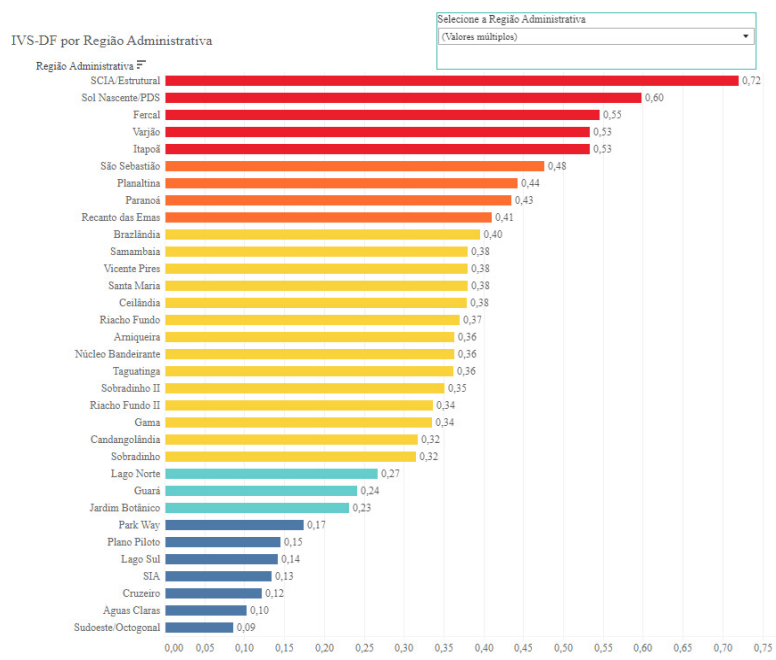


Fonte: CODEPLAN. Perfil da População em Situação de Rua no DF. Brasília, 2022

Importante destacar que a desigualdade social é uma característica do Distrito Federal e que, embora uma parcela populacional tenha boa qualidade de vida, a maior parte da população reside em locais em que a vulnerabilidade social é alta. De acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), elaborado pela CODEPLAN, há 5 regiões administrativas (RAs) com altíssimo nível de vulnerabilidade social; 4 RAs com índice considerado alto; catorze RAs (a maior parte) com índice de vulnerabilidade social médio; e somente 10 RAs possuem índices baixo e muito baixo. O gráfico a seguir indica quais as regiões administrativas que necessitam, com maior urgência, de investimentos públicos para melhoria da qualidade de vida da população. Adiciona-se que a população do DF é, em sua maioria, dependente do SUS (cerca de 70%)², o que indica a importância dos investimentos em saúde – e em saúde mental – para melhoria das condições de vida no DF.

2 <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Bras%C3%ADlia-em-Debate-17.pdf>

Imagem 2 - Índice de Vulnerabilidade Social no DF, por Região Administrativa



Fonte: CODEPLAN. InfoCodeplan. IVS-DF, 2020.

Há consistência nos estudos que indicam que fatores socioeconômicos são fundamentais para medir a qualidade de vida e a relação entre saúde e doença das populações. Esta relação também é verdadeira no que diz respeito à saúde mental. A estabilidade ou a ascensão econômica estão relacionadas a um menor risco de transtornos psiquiátricos, assim como o decaimento está diretamente vinculado a riscos mais elevados de desenvolvimento de transtornos mentais, inclusive pelo fato de, conforme os estudos, haver uma tendência ao estresse crônico se, ao longo da vida, pertencer a uma baixa classe social baixa.

Para os serviços de saúde mental, a análise de determinantes e condicionantes sociais de saúde significa reconhecer a necessidade de organizar “ações intersetoriais e formação de redes de atenção que integrem a área da saúde com outras áreas relacionadas à saúde do sujeito” (VENTURA, 2017). Ofertar serviços de saúde mental em perspectiva antimanicomial em territórios marcados pela desigualdade social e pelas violações de direitos fundamentais (moradia, transporte, segurança alimentar etc.) exige a articulação entre os serviços de saúde de diferentes complexidades (primária, secundária e terciária) e entre os serviços de saúde e as demais políticas sociais, como os equipamentos de proteção social básica e especial. Há, portanto, desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como preconizado pelo Ministério da Saúde, ponto que será trabalhado a seguir.

2.3. Baixa implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Não há implementação adequada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), já que há dificuldades de diálogo entre os serviços de diferentes complexidades dentro da Secretaria de Saúde.

Os fluxos de atendimento não estão bem estabelecidos e, atualmente, os serviços não conseguem manter em funcionamento o sistema de referência e contrarreferência. Isso se deve a uma variada gama de motivos.

Em primeiro lugar, como apontado, há poucos equipamentos de saúde mental do tipo CAPS, o que faz com que as Unidades Básicas de Saúde tenham dificuldade de realizar os encaminhamentos necessários dos casos de pessoas com transtornos mentais moderados e graves. Em segundo lugar, todos os serviços de saúde padecem da precarização apontada nos tópicos anteriores, com equipes incompletas ou sem formação específica em Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), vinculados à Atenção Primária de Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE, 2022)³, em hospitais regionais, dentre outros. Em terceiro lugar, a RAPS não está completa no DF. Segundo o Ministério da Saúde, tal rede deve ser formada por Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Centros de Convivência e Cultura, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento e leitos de atenção integral em hospitais regionais e CAPS do tipo III. A tabela a seguir demonstra os serviços que devem compor a RAPS:

Imagem 3 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica em Saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Equipes de Atenção Básica • Consultório na Rua • Apoio aos Serviços do Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório • Núcleo Ampliado de Saúde da Família • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) • Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro em Hospital Geral • Unidades Básicas de Saúde (UBS)
Atenção Residencial de Caráter Provisório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital dia
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) • Programa de Volta para Casa (PVC)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal. DISSAM. Saúde Mental em Dados. Brasília, 2022.

No Distrito Federal, há falhas na provisão de tais serviços. Por exemplo, não há qualquer Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o que impede cuidado especializado de pessoas que estejam em internações de longo prazo (estratégia de desinstitucionalização) e/ou que não contem com rede social primária (família, amigos próximos etc.) para acolhimento e suporte. As iniciativas de atendimento domiciliar também são falhas, o que dificulta a própria construção de modelo de atenção não asilar preconizado na Reforma Psiquiátrica e na legislação brasileira.

3 SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. DISSAM. Saúde Mental em Dados. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/o/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b-5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>

Só há 3 equipes de Consultório na Rua, o que permite atendimentos localizados e não a cobertura do Distrito Federal como um todo. Os serviços ambulatoriais especializados, como Adolescente, Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP), ambulatórios especializados do Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital de Base do Distrito Federal e ambulatórios com linha de cuidado em saúde mental também não são suficientes para o atendimento da demanda do DF. Especialmente os serviços para crianças e adolescentes são falhos e com altíssima demanda, já que há baixa cobertura de CAPS i e o COMPP é um dos poucos serviços públicos que realiza avaliações neuropsicológicas necessárias para o diagnóstico e o tratamento de distúrbios de linguagem, transtorno de espectro autista e demais questões neurotípicas/atípicas, por exemplo.

Neste tópico, cabe considerar também as dificuldades que os CAPS possuem de dar continuidade no acompanhamento dos indivíduos e famílias que precisam de vinculação ao serviço. Há preocupação de todas as equipes em manter o que se chama “serviço de portas abertas”, ou seja, local que esteja aberto durante o horário de atendimento para acolhimento de pessoas com diferentes demandas sem a necessidade de agendamento prévio. Embora tal acolhimento ocorra em todos os CAPS do DF, a falta de infraestrutura e equipes adequadas faz com que exista uma longa demora entre o primeiro atendimento e os demais acompanhamentos necessários, como marcação de consultas médicas, atendimentos especializados com diferentes profissionais e vinculação em grupos terapêuticos e/ou operativos.

A baixa implementação da RAPS desfavorece o cuidado pela saúde pública de pessoas com transtornos mentais. Sem a estruturação de tal rede, pode-se dizer que há incentivo estatal à privatização e à mercantilização do cuidado à saúde, já que, diante da demora no atendimento, as pessoas podem precisar recorrer às consultas privadas e à compra de medicamentos, por exemplo. E, como já destacado, com 70% da população do DF sendo dependente do SUS, a busca por serviços privados pode gerar impactos negativos nas famílias do DF, além de aumentar as situações de risco de adoecimento mental.

Também há perspectiva contrária à desinstitucionalização, já que a desestruturação da RAPS pode sobrecarregar as famílias no que tange aos cuidados com as pessoas com transtornos mentais. Sem a adequada orientação nem o suporte dos serviços de saúde, familiares cuidadores podem não saber como agir em momentos de crises e acionar serviços de emergência ou hospitalares que não seriam necessários se os serviços já estivessem adequadamente implementados. Destaca-se que os CAPS e as UBS, por exemplo, são serviços essenciais de baixa tecnologia, portanto, com baixo custo, se comparados com serviços de atenção terciária, como é o caso das internações psiquiátricas e institucionalizações.

A pesquisa aqui encerrada demonstra a necessidade urgente de: melhoria nos fluxos entre UBS, CAPS, hospitais regionais e especializados, inclusive com a uniformização de sistemas de informatização (prontuários eletrônicos); composição urgente de equipes mínimas nos CAPS existentes, que operam com déficit de profissionais segundo as normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde (SES) do DF; construção imediata de novas unidades de CAPS – com

a respectiva composição de equipes –, conforme levantamento de necessidades da Diretoria de Atenção à Saúde Mental da SES/DF⁴; implementação urgente dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); ampliação das Unidades de Acolhimento (UA), pois o DF tem apenas uma UA para usuários de álcool e outras drogas e as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ficam desassistidas; melhorias na implementação de outras políticas sociais que devem ser articuladas com a política de saúde, como transporte coletivo, moradia, assistência social, proteção à infância e juventude, entre outras.

Por fim, pode-se afirmar que a precarização dos serviços públicos de saúde, a desproteção social da população do DF e a não implementação correta da Rede de Atenção Psicossocial configuram-se como violações do direito à saúde em geral e, mais especificamente, do direito à saúde mental das pessoas que vivem no Distrito Federal.

3. Referências Bibliográficas

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina; MARTURANO, Edna Maria. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 111-120, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. [41] p. ISBN 978-85-334-2292-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVTITII. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados: 2003-2010 – governo Lula**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano vi, n. 8, jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ciclos da Vida. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

4 Ver em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Estudo_da_Necessidade_e_Priorizacao_de_CAPS_no_DF_Versao_Final_.pdf/ee081399-067e-a12b-33a4-928eb828a6c8?t=1663176724925

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF)**. Brasília, DF: Codeplan, 2020. Disponível em: <https://infodf.ipe.df.gov.br/ivs-df/ivs-df-por-ra-e-dimensoes/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Perfil da população em situação de rua no DF**. Brasília, DF: Codeplan, 2022. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/SE_perfil-da-Populacao-em-Situacao-de-Rua-no-Distrito-Federal.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde mental do DF em dados**: relatório. Brasília, DF: SES-DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/o/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b-5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>. Acesso em: 13 nov. 2023.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 13 nov. 2023.

MACHADO, Ednéia; KYOSEN, Renato. Política e Política Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 1, p.61-68, jul./dez. 2000. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/ssrevista/n1v3.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, p. 3-11, 2008. Suplemento 4. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1262>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). **07/4**: Dia Mundial da Saúde 2017: Depressão. [Brasília, DF]: ONU/OMS, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/07-4-dia-mundial-da-saude-2017-depressao/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

POCHMANN, Márcio. Introdução. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas: volume III. Brasília, DF: Ipea, 2010. 270 p. (Brasil: o Estado de uma Nação). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3806/1/Livro_Brasil_em_desenvolvimento_2010_v_3.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

RAMOS, Maíra Catharina; SILVA, Everton Nunes da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cqW4QSyxNcKGPrz9vtGjPwb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2021.

SOARES, Ricardo Pereira. Política social e Welfare State: uma perspectiva histórico-dialética. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 160-164, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SOUZA, Luciana Karine de. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 52-66, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>. Acesso em: 13 nov. 2023.

VENTURA, Carla Aparecida Arena. Saúde mental e vulnerabilidade: desafios e potencialidades na utilização do referencial dos direitos humanos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 174-175, out./dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000400001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2023.

ZANARDO, Ana Beatriz Rizzo; VENTURA, Carla Aparecida Arena; CONSULE, Rita de Cassia. Vulnerabilidade social e transtornos mentais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-31, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/38616>. Acesso em: 16 maio 2023.

ZIEBOLD, Carolina *et al.* Childhood poverty and mental health disorders in early adulthood: evidence from a Brazilian cohort study. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 32, p. 903–914, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01923-2>. Acesso em: 13 nov. 2023.

4. Roteiro para Grupos Focais

1. Objetivo geral

- Conhecer a realidade do funcionamento de cada Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal.

1.1 Objetivos específicos

- Identificar os problemas relativos ao funcionamento dos CAPS.
- Apreender a percepção dos participantes sobre a rede de atenção à saúde mental no DF.
- Conhecer as dificuldades enfrentadas por profissionais para atuação nos CAPS.
- Conhecer as atividades desenvolvidas por profissionais nos CAPS.

Roteiro

Boas-vindas e agradecimentos, duração: 2 horas

- Apresentação da pesquisa:

As equipes da Coordenadoria Executiva Psicossocial, responsável pela análise de implementação de políticas públicas no DF, iniciam a segunda etapa da pesquisa “Análise de implementação da política de saúde mental: os Centros de Atenção Psicossocial”. A primeira etapa referiu-se à análise de dados quantitativos. Esta segunda etapa busca compreender as potencialidades e os desafios de acordo com trabalhadores e trabalhadoras dos CAPS. Posteriormente, faremos uma etapa com usuários dos serviços.

- Orientações gerais:

O Grupo Focal é composto por 4 blocos de questões e tem previsão de 2 horas de duração. Propõe-se que cada bloco tenha discussões entre 20 e 30 minutos.

Pedimos a autorização de vocês para gravar a discussão. Tal gravação facilitará o registro fidedigno dos dados aqui coletados. Para que a gravação fique com boa qualidade sonora, os participantes devem evitar falar simultaneamente, e cada participante deve falar, de preferência, quando o gravador estiver em sua frente.

Garantimos o anonimato dessas informações.

Após a degravação, os arquivos de áudio serão apagados de quaisquer locais físicos e virtuais de armazenamento de dados.

Buscaremos, ao máximo, garantir o anonimato e comprometemo-nos a nunca relacionarmos informações pessoais às respostas dadas por vocês ao debate.

Caso alguém não se sinta confortável com a gravação, pedimos que se manifeste para que possamos dialogar sobre a melhor forma de proceder com o grupo.

Bloco 1: Funcionamento e organização do serviço - até 30 minutos

* Discutir as principais dificuldades relativas ao funcionamento do serviço:

- O que significa ser um serviço de portas abertas?
- Desafios de ser um serviço de portas abertas? Pensar a tríade: acolhimento (atendimento inicial), acompanhamento (atendimentos posteriores); demanda reprimida.
- Quais são atividades desenvolvidas no CAPS? Pensar potencialidades e limites: atendimentos médicos, psicológicos, sociais, terapia ocupacional, entre outros.
- Problemas enfrentados para atendimento multidisciplinar.
- Adequação do espaço para o trabalho a ser executado - quantidade e tamanho das salas de atendimento, salubridade e condições de trabalho, inclusive materiais necessários.
- Como se dá o registro e o compartilhamento de informações sobre usuários do serviço? Quais as dificuldades trazidas pela falta de prontuário eletrônico?

Bloco 2: Recursos Humanos - até 30 minutos

* Discutir principais problemas referentes aos recursos humanos do CAPS em questão:

- Sabemos que há falta de profissionais. Nos interessa: como se dá o diálogo com a Secretaria de Saúde para resolução de problemas referentes aos recursos humanos?
- Como avaliam o último manual de parâmetros mínimos para dimensionamento da força de trabalho, de 2018?

- As equipes são ou foram consultadas para a construção do Manual de Parâmetros Mínimos de RH? Pela experiência de vocês, qual seria a equipe ideal para atender à área de abrangência?

- A SES/DF oferece programas de capacitação continuada para a equipe? Se sim, quais? Qual a avaliação da equipe sobre as capacitações disponibilizadas?

- Há programas de apoio/cuidado à saúde mental dos servidores do CAPS? Quais?

Bloco 3: Articulação em rede - até 30 minutos

* Discutir as principais questões relativas à articulação em rede:

- Quais são os desafios enfrentados para a implementação da RAPS?

- Como se dá a articulação com a rede de saúde? (lembrar de perguntar sobre UBS, hospitais regionais e especializado de saúde mental, consultório na rua, comunidades terapêuticas, problemas da falta de residências terapêuticas).

- Como se dá o matriciamento? Quais são os desafios dessa atividade?

- Como se dá a relação com a comunidade e com as famílias dos usuários do serviço?

Bloco 4: Pandemia - até 30 minutos

* Quais os impactos da pandemia na organização do Serviço?

- O que a SES fez para auxiliar os equipamentos durante a pandemia?

- Houve aumento ou diminuição de demanda?

- Quais foram os desafios para a adesão dos usuários ao serviço?

- Como o serviço precisou se reorganizar? Citar em atendimentos virtuais, atendimentos domiciliares...

Finalização:

- Há algo que não abordamos e que seja importante para vocês, que queiram sinalizar?

- Agradecimentos

- Repasse de contatos institucionais.



Ministério Público
do Distrito Federal
e Territórios

Missão do MPDFT

Promover a justiça, a democracia,
a cidadania e a dignidade humana,
atuando para transformar em
realidade os direitos da
sociedade.



127

www.mpdft.mp.br/ouvidoria

Eixo Monumental, Praça do Buriti, Lote 2,
Sede do MPDFT, Brasília-DF, CEP 70.091-900
Telefone: (61) 3343-9500 | www.mpdft.mp.br

 [mpdftoficial](#)  [mpdftoficial](#)  [mpdft](#)  [mpdftoficial](#)

ISBN: 978-65-89246-16-9

