

Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental

Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage

Red de Atención Psicosocial: evaluación de la estructura y del proceso de coordinación del cuidado en salud mental

Mariá Lanzotti Sampaio ¹
José Patrício Bispo Júnior ¹

doi: 10.1590/0102-311X00042620

Resumo

Este estudo objetivou avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, tendo como foco os serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros dispositivos sociais e comunitários. Trata-se de estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, por meio da identificação da estrutura da RAPS e avaliação do processo articulação do cuidado em saúde mental em de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 33 participantes, entre gestores, profissionais e usuários, além de observação participante nos serviços da RAPS. Para os procedimentos analíticos, foi utilizada uma matriz de análise composta por três dimensões: estrutura e composição da RAPS; organização e articulação da RAPS; e integralidade da atenção e articulação intersetorial. Os resultados evidenciaram que, apesar do cenário de expansão da RAPS, os serviços se mostraram insuficientes em face da demanda, com dificuldades de acesso dos usuários. A articulação entre os serviços evidenciou a conformação de uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com a atenção primária e a rede de emergência. Evidenciou-se a inexistência de fluxos instituídos, o que gerou fragilidades na coordenação do cuidado. O desenvolvimento de ações intersetoriais, embora presentes, mostrou-se limitado e restrito a alguns setores. A estrutura insuficiente e a segmentação da RAPS constituíram-se em limitantes para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal em saúde mental.

Desinstitucionalização; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde

Correspondência

M. L. Sampaio
Rua D, Quadra A, Morada do Parque 206, Vitória da Conquista, BA 45026-110, Brasil.
mariah_lanzotti@hotmail.com

¹ Instituto de Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.



Introdução

Os movimentos de reforma psiquiátrica que se desenvolveram em diversos países no pós-Segunda Guerra Mundial questionaram as práticas manicomialistas destinadas aos sujeitos em sofrimento mental e buscaram incentivar a reorientação do cuidado ofertado nos sistemas de saúde ¹. No cenário internacional, recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) ² e da Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável ³ evocam os países a desenvolver uma rede integrada e territorializada de atenção em saúde mental, em substituição ao modelo manicomial e asilar. Recomendam ainda o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o fortalecimento de políticas públicas que promovam o cuidado em rede e em liberdade, garantindo a prerrogativa de saúde mental enquanto direito humano.

A experiência brasileira de implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental objetivou ofertar um novo lugar social para o sofrimento mental, orientado pelo paradigma psicossocial, que toma como centralidade o sujeito em suas diversas dimensões, dentro de um contexto sociocomunitário ⁴. Assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira buscou estabelecer novas relações entre sociedade, sofrimento mental e instituições com o propósito de desconstrução do modelo manicomial e de desenvolvimento de uma prática de cuidado em meio aberto, em que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção ^{5,6}. A Reforma Psiquiátrica brasileira foi impulsionada por desenvolver-se em conjunto com os processos de democratização e participação social, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização da política de saúde e a luta por equidade e justiça social ⁷.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país ⁸. Esta objetivou a integração do cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS ^{9,10}. Considerou a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos como elemento capaz de influenciar nos padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados e de promover fluxos contínuos de cuidado nos espaços tecnológicos adequados ¹¹.

A implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental no Brasil tem demonstrado substanciais avanços e reconhecimentos. A inversão do gasto em saúde mental, com estímulo financeiro aos serviços substitutivos ¹²; o fechamento de leitos psiquiátricos dos hospitais monovalentes e a expansão dos serviços comunitários ⁹; o desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras ^{7,13}; e a participação ativa dos usuários e a reivindicação por direitos ¹⁴ são algumas das transformações alcançadas.

Mesmo diante dos avanços transformadores, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades em curso, podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços ⁹, o subfinanciamento ¹⁵, a fragilidade na articulação intra e intersetorial ¹⁶, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social ^{12,17}.

Como agravante, desde 2016 tem ocorrido significativa redução do financiamento e do ritmo de implantação dos novos serviços, decorrente da crise financeira e dos novos rumos da política nacional ⁶, de cunho neoliberal e conservador. A incorporação de ações e políticas de saúde mental não embasadas em evidências científicas e em consensos internacionais incluíram os hospitais psiquiátricos e ambulatoriais especializados à RAPS, aumentaram financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas e incentivaram dispositivos de internação de crianças e adolescentes. A nova realidade aponta para a desconfiguração das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira e o risco de sucateamento dos serviços de base comunitária ⁷.

Apesar dos esforços, o desconhecimento acerca da atual situação do funcionamento da RAPS no país ainda é uma realidade. Mesmo com o avanço das publicações na área, existe ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção ^{9,16}, visto que a disponibilidade e (des)articulação dos serviços impactam negativamente na atenção em saúde mental ¹⁷.

Nesse sentido, este artigo objetivou avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, tendo como foco os serviços integrantes da RAPS e outros dispositivos sociais e comunitários.

Métodos

Este é um estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, por meio da identificação da estrutura da RAPS e avaliação do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Adota-se a concepção de pesquisa avaliativa desenvolvida por Contandriopoulos et al.¹⁸, na qual busca-se entender as relações existentes entre os diversos componentes de uma ação e o contexto em que estão situados. De acordo com Donabedian¹⁹, uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo de produção do cuidado aumenta a probabilidade de bons resultados. Ao considerar as mudanças desencadeadas a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, avaliar a estrutura e o processo da atenção em saúde mental é elemento essencial para o fortalecimento da RAPS e da política de desinstitucionalização.

O estudo foi conduzido em Vitória da Conquista, terceira maior cidade do Estado da Bahia, com população estimada de 338.885 habitantes. O PIB *per capita* é de R\$ 18.589,99 e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,678, o que a situa na faixa de médio desenvolvimento humano (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>, acessado em 30/Jun/2020). Consiste em importante centro educacional e polo de referência na prestação de serviços de saúde para a região centro-sul da Bahia e norte de Minas Gerais. O município é sede da região de saúde e agrega a quase totalidade da oferta de atenção especializada e hospitalar da região²⁰.

Desde 2017, vivencia a reestruturação da rede de cuidados em saúde mental, desencadeada, principalmente, após o fechamento do hospital psiquiátrico estadual que funcionava na cidade desde a década de 1960. Com isso, foram criados novos dispositivos de cuidado, a exemplo de ambulatórios de saúde mental e leitos psiquiátricos no hospital geral, e buscou-se a reorganização dos modelos de cuidado desenvolvidos.

O cenário estudado tem a peculiaridade de promover o fechamento do hospital psiquiátrico e a reorganização da rede no contexto de alterações na Política Nacional de Saúde Mental⁷ e de retrocessos normativos frente aos ideários da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, a avaliação empreendida poderá contribuir para reflexões sobre os desafios e as possibilidades de reorganização do cuidado ante a nova realidade.

As técnicas utilizadas para a obtenção do material empírico foram entrevista semiestruturada e observação participante, durante os meses de julho a dezembro de 2019. Também foram utilizados dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e e-gestor Atenção Básica. O roteiro das entrevistas contemplou questões relacionadas à articulação entre os serviços da RAPS e articulação intersetorial. A observação foi realizada nos principais serviços que prestam cuidado à saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad III), três Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes de saúde da família vinculadas a esses NASF-AB, equipe de Consultório na Rua e enfermaria de saúde mental do Hospital Geral.

Conforme a Tabela 1, as entrevistas foram realizadas com três grupos de participantes gestores, profissionais e usuários, totalizando 33 entrevistados. A seleção dos participantes foi definida por conveniência, na qual se buscou contemplar informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços que compõem a RAPS.

Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais foram estabelecidos conforme a posição que os participantes ocupavam na RAPS. Quanto aos gestores, foram incluídos os que exerciam funções de gestão municipal de saúde e das coordenações dos CAPS e hospital. Entre os profissionais, foram considerados os que prestavam atendimento contínuo aos usuários, objetivando-se contemplar as diferentes categorias. Os critérios de exclusão foram tempo de atuação inferior a seis meses para os profissionais e três meses para gestores. Para os usuários, os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos, estar lúcido e orientado no momento da entrevista e frequentar a instituição há pelo menos três meses. Os critérios de exclusão foram ter parentesco com profissionais ou com gestores da instituição.

Os materiais obtidos nas entrevistas e na observação participante foram transcritos, categorizados e codificados conforme técnica proposta por Strauss & Corbin²¹. Envolveram comparações cons-

Tabela 1

Participantes do estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019.

Grupo/Serviço	Quantidade de participantes	Total
Gestores		
Coordenação de Saúde Mental do município	1 coordenadora	1
Direção da atenção básica do município	1 diretora	1
CAPS II	1 coordenador	1
CAPSad III	1 coordenador	1
CAPSia	1 coordenador	1
Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	1 diretor	1
Hospital Crescêncio Silveira	1 coordenador do Hospital Crescêncio Silveira	1
Profissionais		
CAPS II	1 enfermeiro; 1 psicólogo; 1 assistente social	3
CAPSad III	1 enfermeiro; 1 psicólogo; 1 assistente social; 1 psiquiatra	4
CAPSia	1 psicólogo; 1 psiquiatra	2
NASF-AB da zona urbana	1 psicólogo de cada NASF-AB	3
Estratégia Saúde da Família	1 enfermeiro apoiado por cada NASF-AB da zona urbana	3
Consultório na Rua	1 psicólogo; 1 assistente social	2
Hospital Crescêncio Silveira	1 enfermeiro; 1 psicólogo; 1 assistente social; 1 psiquiatra	4
Usuários		
CAPS II	1 usuário	1
CAPSad III	2 usuários	2
Estratégia Saúde da Família/NASF-AB	1 usuário	1
Hospital Crescêncio Silveira	1 usuário	1
Total		33

CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial II; CAPSad III: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas; CAPSia: Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência; NASF-AB: Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

tantes entre categorias, conceitos e fenômenos, a partir de codificações abertas e axiais. As categorias emergentes foram aglutinadas por critérios semânticos de conteúdo.

Para os procedimentos de análise, foi desenvolvida e utilizada uma matriz analítica composta por três dimensões: estrutura e composição da RAPS; organização e articulação da RAPS; e integralidade da atenção e articulação intersetorial. Tais dimensões foram definidas e sistematizadas a partir da revisão da literatura especializada que aborda as principais características da Reforma Psiquiátrica brasileira e da política de saúde mental no Brasil^{3,5,7,12,14,22}. Buscou-se sistematizar a estruturação da RAPS, com identificação dos pontos de atenção em saúde mental e o estabelecimento de fluxos de cuidado, para a garantia da atenção integral, continuada e intersetorial. As variáveis e indicadores que compõem cada dimensão estão dispostos no Quadro 1.

A dimensão estrutura e composição da RAPS considerou a disponibilidade e suficiência dos serviços de saúde com atendimento aos usuários de saúde mental. Para a variável suficiência, foi calculado o número de CAPS de todos os tipos por 100 mil habitantes, com a utilização da fórmula: $[(n^{\circ} \text{ CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{ CAPS II}) + (n^{\circ} \text{ CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ} \text{ CAPSia}) + (n^{\circ} \text{ CAPSad}) / \text{população}] \times 100.000$ habitantes²³. De acordo com os parâmetros ministeriais, é considerado adequado 0,7 CAPS de todos os tipos/100 mil habitantes. Para os leitos especializados em saúde mental, o preconizado é um leito/23 mil habitantes⁸. Desse modo, foi calculada a quantidade de leitos/23 mil habitantes. Os dados da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram consultados no e-gestor Atenção Básica, com base no período da pesquisa. A análise dos recursos humanos dos CAPS baseou-se nas recomendações da Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde²⁴.

A dimensão organização e articulação da RAPS teve por interesse a identificação de fluxos assistenciais e análise da articulação do cuidado entre os diversos serviços integrantes da rede. Adotou-se, no estudo, a definição de articulação do cuidado como ação de organizar o trabalho conjunto entre

Quadro 1

Matriz de análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dimensão/Variável	Indicador
Estrutura e composição da RAPS	
Composição da RAPS	Cobertura da atenção primária à saúde
	Atenção psicossocial especializada (CAPS)
	Atenção residencial de caráter transitório
	Atenção hospitalar (leitos do Hospital Geral)
	Estratégias de desinstitucionalização (serviço residencial terapêutico)
Suficiência de serviços especializados e de leitos especializados em saúde mental	Número de CAPS/100 mil habitantes
	Número de leitos especializados em saúde mental/100 mil habitantes
Recursos humanos	Composição das equipes de CAPS (categoria profissional e carga horária)
Organização e articulação da RAPS	
Fluxo assistencial em saúde mental	Existência de fluxo assistencial em saúde mental definido
	Encaminhamentos e comunicação entre os pontos de atenção
Articulação da RAPS	Integração entre CAPS
	Integração entre CAPS e atenção primária à saúde
	Integração CAPS e serviços de urgência
Integralidade da atenção e articulação intersetorial	
Articulação intersetorial da RAPS	Inserção/Reinserção dos usuários em atividades laborais
	Integração da RAPS com serviços de assistência social
	Integração da RAPS com a área educacional
	Integração da RAPS com setores jurídicos
	Inserção dos usuários em atividades culturais

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial.

diferentes pontos de atenção ²⁵, a fim de promover a interlocução entre os serviços, a corresponsabilidade pela gestão-execução do cuidado e o desenvolvimento de intervenções coordenadas ²⁶. Assim, considerou as relações estabelecidas entre a atenção primária à saúde e os CAPS, entre os tipos de CAPS e entre os CAPS e a rede de urgência e emergência. O processo analítico dessa dimensão tomou como referência os mecanismos de comunicação estabelecidos e a integração entre os diversos pontos de atenção.

A dimensão integralidade da atenção e articulação intersetorial explorou o desenvolvimento de ações e estratégias para o cuidado ampliado às pessoas em sofrimento mental. A integralidade foi entendida como dimensão que compreende o sujeito em sua totalidade, com base nos aspectos sociais, políticos e econômicos, bem como na relação com a família, comunidade e sociedade ²⁷. Trata-se da garantia do cuidado não só na perspectiva assistencial, englobando também outras dimensões da vida ²⁸. Nesse sentido, considerou a articulação dos serviços da RAPS com outros setores, na perspectiva de atuação sobre os condicionantes da saúde dos usuários. Incluiu possíveis inserções em iniciativas de geração de renda e artístico-culturais, assim como a inter-relação com os setores da assistência social, jurídico e educacional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 3.374.680. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados estão apresentados em três seções conforme as dimensões da matriz analítica utilizada. O Quadro 2 dispõe de excertos das falas que sintetizam os principais aspectos dos resultados.

Estrutura e composição da RAPS

Na Tabela 2, são apresentados os serviços que compõem a RAPS no município. A atenção primária à saúde esteve composta por sete unidades básicas tradicionais, 45 equipes de saúde da família, cinco NASF-AB e uma equipe de Consultório na Rua. A cobertura da ESF foi de 47,8%. A assistência especializada em saúde mental contou com três CAPS em funcionamento (um CAPS II, um CAPSad III e um CAPSia) e com dois ambulatórios especializados. A atenção de urgência e emergência foi composta por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e três hospitais que atendem ao SUS. Sobre a atenção hospitalar, contactou-se uma enfermaria especializada em saúde mental. Aponta-se ainda para existência de uma comunidade terapêutica.

Com o fechamento do hospital psiquiátrico estadual e a descentralização do cuidado para os novos dispositivos de cuidado, houve resistência de profissionais, usuários e setores organizados da sociedade sob argumento de desassistência. Protestou-se quanto à incorporação destes sujeitos ao hospital geral, alegando periculosidade dos mesmos e inconformidade estrutural desta instituição.

Fortaleceu-se, assim, a ideia de necessidade do hospital psiquiátrico, ou de que a internação ocorresse em local isolado dos demais pacientes do hospital geral, conforme evidenciado na Entrevista 25 (Quadro 2). Como solução, foi implantado o serviço de enfermaria especializada em saúde mental, em instituição localizada a dois quilômetros da sede do hospital geral, incorporada como anexo deste. Foi ainda implantado um ambulatório especializado para o atendimento da demanda por psicotrópicos e assistência psiquiátrica individual. Os resultados demonstraram o caráter medicamentoso e médico centrado do ambulatório em saúde mental e fragilidades no estabelecimento de ações multiprofissionais neste serviço.

Quanto à suficiência dos serviços, a média de CAPS de todos os tipos foi de 1,03 CAPS/100 mil habitantes. Com relação aos leitos especializados em saúde mental, o município possui 21 leitos para atender as 19 cidades da Região de Saúde, o que implica média de 0,76 leitos/23 mil habitantes, quantidade aquém do preconizado que é de 1/23 mil habitantes. Não obstante os índices encontrados, as entrevistadas 19 e 21 ressaltaram a insuficiência dos serviços existentes.

Com relação aos recursos humanos, foi constatado que todos os CAPS contavam com psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos. Conforme apresentado na Figura 1, havia oito médicos, com uma média de 1,7 psiquiatras, 0,7 homeopata e 0,3 neurologista por serviço. Foram evidenciadas dificuldades relacionadas à manutenção do quadro de psiquiatras. Quanto aos outros profissionais de nível superior, havia 40 profissionais, em média 5,3 psicólogos, 3,7 enfermeiros, 1,7 assistente social, 1 farmacêutico, 0,7 educador físico, 0,3 nutricionista, 0,3 terapeuta ocupacional e 0,3 pedagogo por serviço. Atuam também nos CAPS, 37 profissionais de nível médio, com uma média de 7,3 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 2,7 auxiliares administrativos, 0,7 artesão, 0,7 agente de ação e 1 apoio/serviço.

Os resultados demonstraram que, apesar dos índices positivos, a quantidade de profissionais de saúde mental é insuficiente para o atendimento da demanda, situação destacada na Entrevista 4 (Quadro 2). Como consequência, evidenciou-se a sobrecarga dos CAPS e a existência de longas filas de espera. A ausência de CAPS III revelou-se como dificultador para o acompanhamento comunitário de situações mais complexas.

Organização e articulação da RAPS

No tocante à organização e articulação da RAPS, evidenciaram-se importantes iniciativas de articulação entre os serviços, com estudos de caso em conjunto, reuniões sistemáticas intersetoriais, atendimentos compartilhados e ações pontuais de apoio matricial. Entretanto, a efetiva integração da RAPS foi concebida ainda como desafio e aduziu à necessidade de aprimoramento do fazer em saúde

Quadro 2

Avaliação dos informantes-chave sobre estrutura e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019.

Dimensão/Variável	Excertos enunciados
Estrutura e composição da RAPS	
Composição da RAPS	<p><i>“Crescer o número de equipes de NASF. Conquista tem uma cobertura muito baixa na atenção básica, menos de 50%. (...) Talvez a gente evitasse o nível de adoecimento tão agravados”</i> (Entrevista 19 – Gestor)</p> <p><i>“Quando o estado queria tirar os pacientes do hospital psiquiátrico e botar nos leitos da enfermaria do Hospital de Base, eu fiz um parecer técnico do porquê não podia, de jeito nenhum. Aí teve a ideia de reativar esse hospital pra colocar nossos pacientes aqui. (...) Nossos pacientes não tinha condição de ficar naquela emergência. Primeiro que ele ia quebrar tudo, ele ia agredir os outros pacientes”</i> (Entrevista 26 – Profissional)</p>
Suficiência de serviços especializados e de leitos especializados em saúde mental	<p><i>“Eu acho que a prioridade é ampliar o número de CAPS pra que a gente tenha uma melhor qualidade na assistência que é prestada. Aí eu tenho que vir pra o meu lado de gestão, administrativo e ver que, pela população, Conquista tá com um número muito aquém, minimamente de CAPS”</i> (Entrevista 19- Gestor)</p> <p><i>“E é uma região muito grande, muito grande. Falta (vaga para internamento), sempre, sempre. Há pouco tempo, acho que foi um rapaz ou uma moça, não lembro, que chegou por tentativa de suicídio e foi medicado, mas não tinha vaga, foi pra casa e aí se matou”</i> (Entrevista 21 – Profissional)</p>
Recursos humanos	<p><i>“Tem vezes que você vai ter que esperar 15 dias pra ser atendido, aí já passou o que se precisava, né? (...). Mas, porque não tem profissional suficiente, uma demanda muito grande, né?”</i> (Entrevista 4 – Profissional)</p>
Organização e articulação da RAPS	
Fluxo assistencial em saúde mental	<p><i>“Às vezes a gente tá ali como se fosse uma ilha. Eu só sei o que acontece aqui nesse CAPS, só sei o que trata aqui nesse CAPS e não entendo o fluxo, a forma, porque (...). Ainda não se tem aquele fluxo definido”</i> (Entrevista 6 – Profissional)</p> <p><i>“Minha impressão é que dá certo quando eu conheço alguém de um outro serviço, que é meio que meu colega e tenho afinidade, simpatia com você, não é pelo entendimento do profissional, né?”</i> (Entrevista 4 – Profissional)</p>
Articulação da RAPS	<p><i>“Nós [os CAPS] somos primos, né? Deveríamos ser primos. Mas a gente não é primo de muito amor. Na verdade nunca fomos, né? (...) O ideal era compartilhar o caso. Mas a ideia de compartilhar, ninguém sabe o compartilhar direito nessa rede”</i> (Entrevista 4 – Profissional)</p> <p><i>“Aí temos um paciente com 22 anos e uso abusivo de Cannabis, com transtorno bipolar ou com traço psicótico, assim (...) É [paciente] de onde? É do CAPSad ou do CAPS II? E a briga agora tá instalada”</i> (Entrevista 3 – Profissional)</p> <p><i>“Se você me perguntar assim: ‘Se tiver um paciente aqui que você perceba que a necessidade dele não está aqui no momento, você encaminha para onde?’. Eu não sei. Eu não sei nem onde é o CAPS, eu não sei”</i> (Entrevista 27 – Profissional)</p> <p><i>“A gente tem, às vezes, algumas questões com SAMU 192 e UPA. A gente tem uma certa dificuldade com eles em alguns momentos. O SAMU nunca se nega a vir. Mas, às vezes, eles querem exigir a presença de um profissional para ir junto”</i> (Entrevista 2 – Gestor)</p> <p><i>“Fico com medo de devolver para a atenção básica. (...) Porque da mesma forma que a atenção básica ainda não consegue fazer o cuidado por lá, para depois chegar aqui, eu tenho a sensação que se a gente mandar, também não vai ser cuidado ainda”</i> (Entrevista 13 – Gestor)</p>

(continua)

Quadro 2 (continuação)

Dimensão/Variável	Excertos enunciados
Integralidade da atenção e articulação intersetorial	
Articulação intersetorial da RAPS	<p>"Tem o Centro POP criança e adolescente, tem o Centro POP adulto, tem as casas de acolhimento (...). Aí como tem situações que demandam, além do Consultório na Rua, uma questão da saúde do CAPS II, do CAPSad, e aí é compartilhado junto com o CRAS do território daquele usuário, com o CREAS (...) pra que todos tenham o conhecimento e tenha intervenções que vai ter uma efetividade naquele caso" (Entrevista 17 – Profissional)</p> <p>"Não tem assim um projeto de vida firmado. Às vezes a gente não consegue inseri-lo no mercado de trabalho. (...) A prefeitura ainda não tem um projeto firmado nesse sentido" (Entrevista 16 – Profissional)</p> <p>"A gente tem uma criança aqui que, por conta do transtorno, a escola fez um abaixo-assinado e expulsou ele" (Entrevista 9 – Gestor)</p> <p>"As escolas não têm mais paciência para lidar com um mínimo de desvio de uma tal de normalidade que eu não consigo delinear. (...) Aí o menino apresentou algum outro comportamento: 'Não sabemos lidar, manda pro CAPS'" (Entrevista 19 – Gestor)</p> <p>"Eu tô com três casos aqui de internação compulsória, que a defensoria mandou uma e a promotoria mandou dois. Não tem vaga e eles mandam pra internar até que se resolva o problema da família" (Entrevista 26 – Profissional)</p> <p>"Também pergunta sobre o que a gente quer fazer. Sabe, eu fiz também várias oficinas. Escolhe uma peça, alguma coisa que a gente quer e vai fazer. Teve um teatro, um ano novo, alguns anos atrás, eu imitei Cazuza, né?" (Entrevista 15 – Usuário)</p>

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial II; CAPSad III: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas; Centro POP: Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; NASF: Núcleos Ampliados de Saúde da Família; SAMU: Serviço de Assistência Móvel de Urgência; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

mental. A dificuldade de articulação entre os serviços demonstrou limitar a garantia da continuidade do cuidado e contribuiu para a fragmentação da rede.

Encontrava-se em processo de finalização a construção dos fluxos assistenciais da RAPS. Entre os profissionais, predominou significativo desconhecimento dos fluxos e dos componentes da rede, como revelou a Entrevista 6 (Quadro 2). Tal desconhecimento inviabilizou a inclusão de alguns serviços como potenciais pontos de atenção e impactou negativamente no ordenamento do cuidado.

A comunicação entre os pontos de atenção ocorreu de díspares modos, com diferenças entre os serviços e entre os profissionais. Observaram-se relações de compartilhamentos de casos que tomaram como eixo estruturante as necessidades dos sujeitos; contudo, como exemplificado na Entrevista 4 (Quadro 2), predominou a comunicação de caráter pessoal mediada por vínculos de amizade. Também se mostraram recorrentes os encaminhamentos apenas em caráter formal e burocrático, situação que demonstrou pouco contribuir para a articulação entre os serviços e favoreceu a desresponsabilização da equipe pelos usuários.

Tal como relatado na Entrevista 3 (Quadro 2), a relação entre os CAPS operou com pontos de tensão e foi considerado como significante entrave para o estabelecimento do fluxo de cuidado no nível especializado. Evidenciaram-se ainda dificuldades na definição de critérios de atendimentos para cada serviço, situação exemplificada na Entrevista 3 (Quadro 2). As dificuldades de aprendizagem e os transtornos leves eram sempre encaminhados por todos os serviços para o CAPSia, o que gerou sobrecarga no mesmo com demandas que não condizem com o perfil dessa instituição.

Com relação à articulação com a APS, foi possível observar as seguintes ações: alguns casos de matriciamento entre NASF-AB, CAPS e equipes de saúde da família; estratégias preventivas e promocionais, como realização de grupos de tabagismo e de bem-estar; e acompanhamento longitudinal de casos pelas equipes de saúde da família, com o suporte do CAPS. No entanto, foram evidenciadas

Tabela 2

Serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019.

Serviço	Disponíveis no município
Atenção primária	
Unidades básicas tradicionais	7
Equipes de saúde da família	45
NASF-AB	5
Consultório na Rua	1
Atenção psicossocial especializada	
CAPS	1 CAPS II; 1 CAPSia; 1 CAPSad III; 1 CAPSad regional (em construção)
Unidades ambulatoriais especializadas	1 ambulatório estadual; 1 ambulatório municipal
Atenção de urgência e emergência	
SAMU	1
UPA 24 horas	1
Portas hospitalares	3
Atenção residencial de caráter transitório	
Unidade de acolhimento	1 unidade adulto (em construção); 1 unidade infantil (em construção)
Atenção hospitalar	
Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental	1 anexo do Hospital Geral
Estratégias de desinstitucionalização	
Serviços residenciais terapêuticos	1 (em implantação)

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; CAPSad III: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas; CAPSia: Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

dificuldades das equipes de saúde da família em acolher as demandas em decorrência de pré-conceitos com os usuários da saúde mental, sobrecarga assistencial, frágil formação profissional e ausência de fluxos e protocolos, conforme demonstra profissional de APS (Entrevista 27, Quadro 2).

Quanto à articulação com a rede de urgência, constataram-se dificuldades no reconhecimento destes serviços como constituintes da RAPS. Como revelado na Entrevista 2 (Quadro 2), ainda que o cuidado fosse prestado por serviços como UPA e SAMU, a não legitimação, por parte de alguns profissionais, dos casos de crise em saúde mental e a desresponsabilização produziram lacunas no cuidado ofertado. Apontou-se, ainda, para a resistência de parte dos serviços hospitalares na absorção dos casos de sofrimento mental ou uso de substâncias psicoativas.

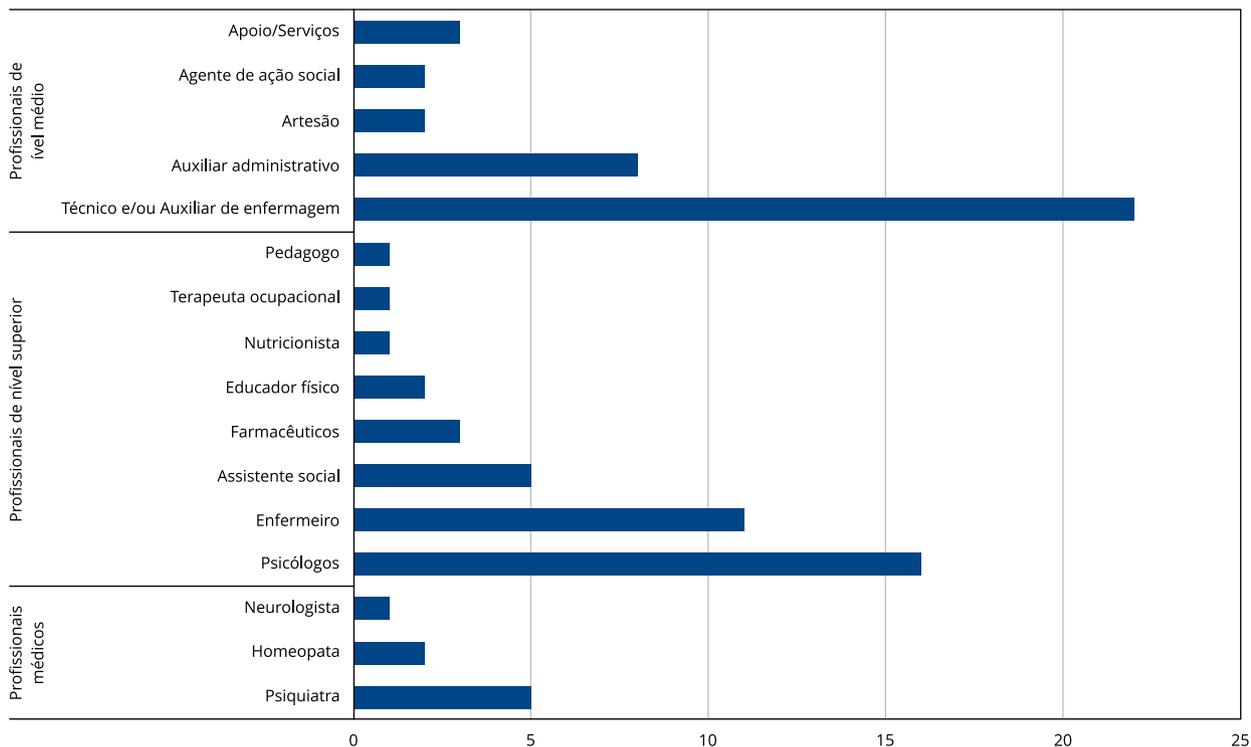
Desse modo, a fragilidade na integração entre a saúde mental e os demais serviços da rede e a sobrecarga de alguns serviços propiciaram a centralização do cuidado nos CAPS e na enfermaria especializada no hospital geral. Como consequência, ocorreu a absorção de demandas que não condizem com o perfil destas instituições e a manutenção dos usuários no serviço por longos períodos de tempo. Identificou-se também a resistência dos usuários e, por vezes, dos próprios profissionais dos CAPS, quanto aos processos de alta, o que favoreceu a ideia de dependência do serviço, consoante demonstrado na Entrevista 13 (Quadro 2).

Integralidade da atenção e articulação intersetorial

O desenvolvimento de ações e atividades com outros setores demonstrou que o cuidado prestado não se restringiu aos serviços assistenciais, o que denota iniciativas em direção à integralidade. A Entrevista 17 (Quadro 2) destaca a existência de articulação intersetorial como estratégia para responder à singularidade e à complexidade da demanda relacionada à saúde mental. Todavia, tais articulações foram tidas como limitadas e insuficientes e oscilaram de acordo com o perfil dos profissionais envolvidos.

Figura 1

Profissionais integrantes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019.



Constataram-se limitações nas políticas públicas inclusivas destinadas à garantia e ao estímulo dos processos de escolarização, geração de renda e integração social. Os resultados demonstraram a necessidade de priorização de estratégias inclusivas, com alcance em outras dimensões da vida, que garantam a efetiva desinstitucionalização, para além dos muros das instituições.

As iniciativas para inserção ou reinserção dos usuários nas atividades laborais mostraram-se tímidas (Entrevista 16, Quadro 2). Não se identificou um processo de articulação interinstitucional ou mesmo iniciativas direcionadas aos usuários a fim de motivar ou prover a ocupação trabalhista destes sujeitos.

No que concerne à relação com a assistência social, ainda que ocorressem ações conjuntas para reconhecimento do território e suporte em casos de direitos violados, o desenvolvimento de uma articulação sistematizada se mostrou necessário. O grande número de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e a sobrecarga nos serviços de assistência social mostraram limitar a resolutividade das situações e dificultar os encaminhamentos.

Em relação às articulações com o setor da educação, destacaram-se as ações do Programa Saúde da Escola (PSE) e atendimentos conjuntos de profissionais de saúde mental com educadores. Contudo, observou-se um processo de transferência da responsabilidade do contexto escolar para o âmbito assistencial. As Entrevistas 9 e 19 salientam a patologização do comportamento desviante, sustentado por uma compreensão binária e rígida da normalidade, o que desencadeou expressivo aumento dos encaminhamentos para o CAPS, além de favorecer a marginalização e expulsão de crianças e adolescentes dos ambientes escolares.

Sobre a articulação com o setor jurídico, evidenciou-se que o Ministério Público, por um lado, promoveu garantias legais; por outro, manteve atuações verticalizadas e com frequentes solicitações de internamento hospitalar, em contrariedade às recomendações das equipes de saúde. Conforme exemplificado na Entrevista 26 (Quadro 2), a internação compulsória, por vezes, atuou como depositário dos sujeitos em sofrimento mental, justificada por incômodos ou dificuldades no espaço sociofamiliar. Em diversos momentos, ocorreram imposições jurídicas de prolongamento de internamentos, mesmo sem indicação clínica que os justificassem, sob alegação de impossibilidade da família receber esses usuários ou até que se resolvessem questões outras expressas pelos órgãos jurídicos.

Por fim, houve participação dos sujeitos em eventos culturais, como sarais poéticos, teatros e shows (Entrevista 15, Quadro 2). Porém, por vezes, o rótulo de usuário de serviço de saúde mental carregou a ideia de periculosidade e necessidade da tutela de outrem para garantia de segurança e manutenção da ordem, dificultando a participação desses sujeitos nestes espaços sociais.

Discussão

As três dimensões analisadas demonstraram avanços na atenção em saúde mental e, ao mesmo tempo, limitações que comprometem a integralidade do cuidado e o processo de desinstitucionalização. O contexto evidenciado se coaduna, por um lado, com o cenário nacional de significativos progressos relacionados à implantação de serviços em meio aberto e, por outro, com a manutenção de desafios para assegurar o desenvolvimento do modelo de atenção com foco no cuidado comunitário e integral, na produção de autonomia e nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira ⁷.

Aproxima-se também da conjuntura internacional evidenciada pelo *Atlas de Saúde Mental 2017* da OMS ²⁹. De acordo com esse documento, persistem, na maior parte dos países, dificuldades como: insuficiência na expansão e no financiamento dos serviços de base comunitária; diminuta capacitação profissional; fragilidades no desenvolvimento de políticas alinhadas às necessidades da população e às convenções de direitos humanos; limitada participação social; e tímidas estratégias de promoção e prevenção.

No que tange à estrutura da rede, foi possível constatar a expansão e um novo ordenamento da RAPS do município. Entretanto, a rede assistencial mostrou-se insuficiente para atendimento da demanda em saúde mental, desencadeando sobrecarga dos serviços existentes, filas de espera e dificuldades de acesso.

O fechamento do hospital psiquiátrico e a implantação de leitos de saúde mental em serviço anexo ao hospital geral fomentaram o processo de descentralização dos casos atendidos pela antiga instituição. Em que pese a necessidade de ampliação e aprimoramento na estruturação da rede, este movimento consiste em significativo avanço, dadas as evidências do caráter ineficaz, iatrogênico e estigmatizante dos leitos psiquiátricos em hospitais monovalentes ¹⁶.

A construção de uma rede de atenção comunitária, que envolve o fechamento de hospitais psiquiátricos, está em conformidade com os objetivos do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da OMS ² e com os pressupostos da Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável ³. Estes relatórios destacam a importância da reordenação do cuidado para o meio aberto e comunitário, além das articulações intersetoriais como estratégias necessárias para melhoria do cuidado ofertado.

A desativação dos leitos e a redução dos atendimentos ambulatoriais do antigo hospital psiquiátrico desencadearam maior demanda aos demais serviços da RAPS. Todavia, apesar dos movimentos de expansão e articulação, os serviços disponíveis não se mostraram suficientes para abarcar as necessidades dos usuários. No que se refere à atenção primária à saúde, Vitória da Conquista possui a menor cobertura da sua Região de Saúde ²⁰, o que contribuiu para limitar o acompanhamento dos sujeitos com demandas de sofrimento mental. Restringe, também, mecanismos de responsabilização e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção com o alcance adequado.

Do ponto de vista especializado, o indicador provisão de CAPS denotou uma condição de suficiência ao considerar os parâmetros do Ministério da Saúde. Contudo, a sobrecarga de atendimento e as dificuldades no acesso demonstram que os serviços são exíguos para abarcar a demanda existente, o que revela a necessidade de análise crítica deste parâmetro.

A ausência de CAPS III demonstrou impactar negativamente na oferta do cuidado à crise, na medida em que obstaculiza a atenção mais intensiva e próxima ao próprio serviço. Como consequência, ocorreu a centralização do cuidado dessas situações nos leitos hospitalares. Nesse sentido, Macedo et al.⁹ referem que a insuficiência de CAPS III é uma realidade no contexto nacional e consiste em significativo entrave para atendimento à crise sem que haja complementariedade do recurso hospitalar.

Apesar de o ambulatório em saúde mental ter contribuído para a diminuição de sobrecarga dos CAPS, é importante refletir sobre o modelo de cuidado desse dispositivo. A atuação desarticulada do território e dos demais dispositivos da rede pode fomentar fragmentações e hierarquizações do sistema, além de rupturas na continuidade do cuidado. O olhar crítico deve estar centrado na compreensão das práticas produzidas⁷. Desta forma, o caráter predominantemente medicamentoso e a fragilidade da atuação multiprofissional apontam para o risco da manutenção de serviços hegemonicamente biomédicos e desarticulados.

O não reconhecimento dos fluxos de cuidado e as fragilidades dos mecanismos de comunicação institucionais obstaculizam o desenvolvimento do cuidado integral e continuado, comprometendo, ainda, a construção de uma linguagem coletiva e reconhecida pelos diversos profissionais e gestores. Esta realidade é corroborada por Bermudez & Siqueira-Batista¹³, ao refletirem sobre o não (re)conhecimento do outro enquanto produtor do cuidado, inviabilizando as conexões e corresponsabilizações necessárias para a tessitura do fazer em rede. Lima & Guimarães¹⁷ advertem sobre o risco de a alocação das relações apenas no plano pessoal, enquanto agenciadoras das conexões em saúde, tamponar as discussões e tensionamentos necessários para a constituição de uma rede fluida e coerente.

Os movimentos de articulações que foram evidenciados configuram-se como polos de potência e resistência para efetivação da RAPS¹⁷. No entanto, o cenário do estudo demonstra preponderância das fragilidades nas articulações entre os pontos de cuidado e destes com o território. Foi possível identificar que as ações conjuntas com a atenção primária à saúde e com a rede de urgências operam a partir da afinidade dos profissionais com a temática da saúde mental. Esta realidade fomenta e é fomentada por uma rede que se articula de maneira fragmentada e sem parâmetros claramente definidos. A esse respeito, Amorim & Dimenstein³⁰ referem que a desorganização das portas de entradas e a ausência de portas de saída e de fluxos de encaminhamentos definidos e reconhecidos contribuem para a fragilidade dos processos de descentralização e de conexão entre os pontos de atenção.

Sobre a relação entre os CAPS, ocorreram tensionamentos decorrentes da indefinição de atribuições e da dificuldade no desenvolvimento do cuidado compartilhado. Isso mostrou influenciar no endurecimento das relações de modo a impactar no trabalho desempenhado pelas equipes. Os conflitos existentes fortalecem a setorialização e burocratização do cuidado, o que produz fragmentação e lacunas na atenção ofertada. Bermudez & Siqueira-Batista¹³ apontam que, quando os conflitos e tensionamentos tornam-se elementos impeditivos do diálogo e da responsabilização compartilhada dos casos, inviabiliza-se a construção de parcerias pautadas no vínculo e cooperação e, portanto, de um cuidado corresponsabilizado que tenha como estrutura central a demanda do sujeito.

O cenário estudado demonstrou que as fragilidades da articulação em rede e as dificuldades de atendimento das demandas de saúde mental nos diversos dispositivos favoreceram a reclusão do CAPS em si mesmo. Desse modo, ocorreu a centralização do cuidado neste dispositivo e a manutenção do usuário por períodos de tempo superior ao necessário. Todavia, o mesmo serviço ora articulou-se para desenvolver ações extramuros nos espaços sociais, ora se apresentou de maneira tutelar e isolada dos demais dispositivos. Esta perspectiva dicotômica também foi identificada por Pandé & Amarante³¹. Para os autores, se, por um lado, os CAPS exaltam a cidadania e autonomia dos usuários, por outro, a concepção de que se deve protegê-los dos desafios da sociedade e da fragilidade da rede reproduz práticas tutelares e cronificantes.

Ainda com relação à articulação com o território, ocorreram mobilizações para tentativa de inserção dos usuários nos espaços sociais, de escolarização e geração de renda, além de participações ativas em espaços artísticos e culturais. A inserção nestes espaços possibilita novas expressões de vida, autonomia e sociabilidade, favorecendo a construção de um novo lugar social a estes sujeitos. Entretanto, as limitações e dificuldades para efetivação dessas ações evidenciam o longo percurso a se percorrer em face da perspectiva emancipatória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Quanto aos movimentos de patologização da infância, Galhardi & Matsukura³² destacam a tendência contemporânea em conceber o mau comportamento e a dificuldade de escolarização como

doenças. Ocorre assim, a tendência de terceirização do cuidado para os profissionais da saúde, com significativos casos de medicalização infantil e exclusão das crianças do âmbito escolar. A compreensão da situação unicamente pelo viés individual propicia a desconsideração das questões macrosociais, tais como o atravessamento da vulnerabilidade social e dos processos de exclusão decorrentes da experiência de sofrimento.

Diante dos avanços e dificuldades evidenciados na avaliação empreendida, não se pode deixar de considerar as ameaças à Reforma Psiquiátrica brasileira e à sustentabilidade do SUS em decorrência do quadro social, econômico e político vivenciado no Brasil nos últimos anos. Nesse sentido, Macedo et al.⁹ referem que as distorções nas políticas federais de saúde e saúde mental, iniciadas em 2016, conseqüentes de uma agenda ultraliberal, têm promovido hipervalorização do setor privado, subfinanciamento das políticas públicas e resgate de instituições asilares. De maneira mais ampla, há alterações na concepção do Estado e um deslocamento da proteção social para o consumo individual de serviços privados.

Como limitações do estudo, consideram-se dois aspectos principais. O primeiro foi a pequena quantidade de usuários entrevistados; o segundo diz respeito à não inclusão do SAMU 192 nos serviços estudados. Considera-se que a escuta dos usuários que vivenciam os cuidados produzidos pela RAPS e a observação e entrevistas com profissionais do SAMU 192 possibilitariam maior aprofundamento da avaliação empreendida. Por sua vez, os resultados do estudo apresentam importante potencial de reflexão sobre os rumos da RAPS e dos cuidados em saúde mental na atual conjuntura de fragilização nas políticas de saúde mental no Brasil.

À guisa de conclusão, foi possível constatar que há importantes avanços para o fortalecimento da articulação em rede que emergem em arenas de resistência, porém o estudo demonstrou uma rede fragmentada e conflituosa, com fragilidades na comunicação e centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados. Estas segmentações indicam limitações para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal. Em que pese a necessidade da mudança nos arranjos organizacionais para se avançar na qualidade dos cuidados desenvolvidos, estas, por si sós, são insuficientes para a atuação integrada e articulada em prol da autonomia dos usuários e da participação no seio social.

Faz-se necessário potencializar os polos de resistência observados e investir na construção de políticas que se tecam artesanalmente, tendo como eixo central as necessidades da população e o fazer territorial. Dessa forma, é fundamental fomentar ações de integração entre os serviços, bem como qualificação dos profissionais para que as conexões e fluxos estabelecidos possam operar na construção de linhas de cuidado efetivamente emancipatórias.

Colaboradores

M. L. Sampaio participou da concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final. J. P. Bispo Júnior colaborou na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final.

Informações adicionais

ORCID: Mariá Lanzotti Sampaio (0000-0002-2796-6257); José Patrício Bispo Júnior (0000-0003-4155-9612).

Referências

1. Micheli GA. Not just a one-man revolution: the multifaceted anti-asylum watershed in Italy. *Hist Psychiatry* 2019; 30:133-49.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392:1553-98.
4. Oliveira PRS, Tófoli LFF, Lima AF, Castro EMA. O modo psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. In: Lima AF, organizador. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. Curitiba: Appris; 2018. p. 163-84.
5. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
6. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst* 2018; 12:65.
7. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00129519.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 26 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. *Diário Oficial da União* 2011; 27 dez.
9. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc* 2017; 26:155-70.
10. Dimenstein M, Macedo JP, Gomes M, Silva TM, Abreu MM. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud Soc* 2018; 9:70-85.
11. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc* 2017; 26:462-74.
12. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00156119.
13. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. "Um monte de buracos amarrados com barbantes": o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc* 2017; 26:904-19.
14. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. *Rev Polis Psique* 2018; 8:173-90.
15. Garcia MLT, Oliveira EFA. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. *Soc Work Health Care* 2017; 56:169-88.

16. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:e113.
17. Lima DKRR, Guimaraes J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis (Rio J.)* 2019; 29:e290310.
18. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pinealut RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
19. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-48.
20. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00004119.
21. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
22. Rotelli F, Leornardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicário F, organizador. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec; 1990. p. 17-59.
23. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 2015; Ano 10, nº 12*.
24. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União* 2002; 20 fev.
25. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00049519.
26. Leite LS, Rocha KB, Santos LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trab Educ Saúde* 2018; 16:183-200.
27. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009. p. 43-68.
28. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:3069-78.
29. World Health Organization. *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018.
30. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico no Rio Grande do Norte. In: Lima AF, organizador. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris; 2018. p. 145-62.
31. Pandé MNR, Amarante PDC. A nova cronicidade em questão: desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos. In: Lima AF, organizador. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris; 2018. p. 59-74.
32. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00150816.

Abstract

This study aimed to assess the structure and process of linkage of mental healthcare, with a focus on services in the Network of Psychosocial Care (RAPS, in Portuguese) and other social and community devices. This was an evaluative study with a qualitative approach through the identification of the RAPS structure and the evaluation of the process of linking mental healthcare in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil. Semi-structured interviews were held with 33 participants including administrators, professionals, and patients and participant observation in RAPS services. Analytical procedures featured a matrix with three dimensions: structure and composition of RAPS; organization and linkage of RAPS; and comprehensiveness of care and inter-sector linkage. The results showed that despite the expansion of RAPS, the services proved insufficient for meeting the demand, with difficulties in access by users. The linkage between services showed the shaping of a fragmented network, with centralization of specialized services and difficulties in communication with primary care and the emergency care network. The study found a lack of established flows, which left weaknesses in the coordination of care. The development of inter-sector actions, although present, proved to be limited to some sectors. The insufficient structure and segmentation of RAPS were limiting factors for the development of comprehensive and longitudinal mental healthcare.

Deinstitutionalization; Mental Health Services; Mental Health; Unified Health System

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la estructura y el proceso de coordinación del cuidado en salud mental, centrándose en los servicios integrantes de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y otros servicios sociales y comunitarios. Se trata de un estudio evaluativo, de enfoque cualitativo, mediante la identificación de la estructura de la RAPS y evaluación del proceso articulación del cuidado en salud mental en Vitória da Conquista, Bahía, Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 33 participantes entre gestores, profesionales y usuarios, así como observación participante en los servicios de la RAPS. Para los procedimientos analíticos, se utilizó una matriz de análisis compuesta por tres dimensiones: estructura y composición de la RAPS; organización y articulación de la RAPS; e integralidad de la atención y coordinación intersectorial. Los resultados evidenciaron que, a pesar el escenario de expansión de la RAPS, los servicios se mostraron insuficientes frente a la demanda, con dificultades de acceso para los usuarios. La coordinación entre los servicios evidenció la conformación de una red fragmentada, con centralización en los servicios especializados y dificultades de comunicación con la atención primaria y la red de emergencia. Se hizo evidente la inexistencia de flujos instituidos, lo que generó fragilidades en la coordinación del cuidado. El desarrollo de acciones intersectoriales, aunque presentes, se mostraron limitadas y restringidas a algunos sectores. La estructura insuficiente y la segmentación de la RAPS fueron limitadores del desarrollado del cuidado integral y longitudinal en salud mental.

Desinstitutionalización; Servicios de Salud Mental; Salud Mental; Sistema Único de Salud

Recebido em 05/Mar/2020

Versão final reapresentada em 15/Jul/2020

Aprovado em 05/Ago/2020