

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Karine Lucero Carvalho

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS E REGIONALIZAÇÃO**

Santa Maria, RS
2019

Karine Lucero Carvalho

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS E REGIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientadora: Prof^aDr^a Liane Beatriz Righi
Coorientadora: Prof^aDr^a Daiana Foggiato de Siqueira

Santa Maria, RS
2019

CARVALHO, KARINE LUCERO

Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
e regionalização / KARINE LUCERO CARVALHO.- 2019.
43 p.; 30 cm

Orientadora: Liane Beatriz Righi

Coorientadora: Daiana Foggiato de Siqueira

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2019

1. Saúde Mental 2. Serviços de Saúde Mental 3.
Regionalização I. Righi, Liane Beatriz II. Siqueira ,
Daiana Foggiato de III. Título.

Karine Lucero Carvalho

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS E REGIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Aprovado em 22 de agosto de 2019

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientadora)

Daiana Foggiato de Siqueira, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Maria Carolina Meirelles, Dra. (SES)
(Examinadora)

Ana Luiza Ferrer, Dra. (UFSM)
(Examinadora)

Cristiane Trivisio Arnemann Silva, Dra. (UFSM)
(Examinadora Suplente)

Santa Maria, RS, 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a quem sempre esteve ao meu lado
em vida e depois dela
avó Dejanira Andrade Lucero

AGRADECIMENTOS

“Gratidão à vida, pelas oportunidades que me foram postas e as dificuldades que me fizeram crescer como pessoa e profissional.

À minha família, que mesmo que não estejamos perto como gostaríamos, representam minha base.

Ao meu companheiro de vida, Ricardo, pela compreensão às horas abdicadas da sua companhia para a realização deste sonho, ao qual seu apoio foi essencial!

Sou grata à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, nos professores e técnicos administrativos que oferecem todo aprendizado e suporte durante a caminhada.

Em especial a minha orientadora Professora Dra. Liane Beatriz Righi, que me proporcionou a realização deste sonho. Gratidão por deixar “fazer este caminho” de superação e aprendizagem ao seu lado.

À minha coorientadora Professora Dra. Daiana Foggiano de Siqueira pelo aceite em dividir comigo mais um trabalho e por alimentar minha esperança quando dizia “vai dar tudo certo”!

À Política de Saúde Mental da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, na pessoa do Coordenador Psic. Me. Diogo Costa que me proporcionou o campo para realização deste estudo e apostou neste estudo.

À Prezada Assistente Social Bernadete Pereira Ex-Coordenadora da Política de Saúde Mental na 4ª Coord. Regional de Saúde que idealizou a implantação do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari; À Terapeuta Ocupacional Cláudia Melo trabalhadora da primeira equipe do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari; À atual Secretária de Saúde de Nova Palma Eleni Dalla Nora, demais trabalhadores e usuários do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari por me permitirem refazer a caminhada percorrida por vocês da implantação até os dias atuais e descrever a relevância do serviço prestado na região.

À minha banca, nas pessoas da Professora Dra. Maria Carolina Meireles, Professora Dra. Ana Luiza Ferrer e Professora Dra. Cristiane Trivisio Silva pelo aceite e alegria a que se dispuseram em contribuir com o estudo.

E de todo caminho percorrido, gratidão à “Mão Superior” que me guiou até aqui.

*"Para navegar contra a corrente
são necessárias condições raras:
espírito de aventura, coragem,
perseverança e paixão"
Nise da Silveira*

RESUMO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E REGIONALIZAÇÃO

AUTORA: Karine Lucero Carvalho
ORIENTADORA: Prof^aDr^a Liane Beatriz Righi
COORIENTADORA: Prof^aDr^a Daiana Foggiato de Siqueira

Inspirada na reforma psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia, no Brasil o movimento ganhou força no final da década 70, sobre a liderança de psiquiatras e demais profissionais que trabalhavam nos manicômios naquele período, mais tarde somando à luta se agregaram familiares e pacientes desinstitucionalizados. O movimento ganha força, em vista que no país havia outras duas grandes frentes acontecendo: a da reforma sanitária e a aprovação da nova constituição federal. A culminância se deu em 2001 com a aprovação da lei 10.216/2001 conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica que tinha como objetivo reformular o cuidado às pessoas com transtorno mental garantindo a cidadania destas e tinha como meta o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e direcionar o cuidado para o território. Para tal foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS - Portaria 336/2002) com o fim de ordenar o cuidado em território, e que também inclui formas de tratamento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais derivados do uso de álcool e outras drogas. Desde então muitos avanços ocorreram nas últimas 4 décadas, além de estudos sobre a temática e fomento de conhecimento a legislação avançou com deferimento de portarias, notas técnicas, manuais entre outros no sentido de legitimar a reforma psiquiátrica, inclusive com o fechamento de hospitais psiquiátricos desinstitucionalizando centenas de pessoas. Porém o que se vê nos dias atuais é a descrédibilidade dos princípios e metas do movimento nas esferas de governo, como foi possível perceber na última nota técnica aprovada no primeiro semestre de 2019, que legitima o retorno à rede de atenção psicossocial dos extintos hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental, além de incluir as comunidades terapêuticas como forma de tratamento, todos com financiamento público. Neste cenário há que se fortalecer os serviços especializados (CAPS) e trazer à reflexão sua relevância no cuidado em território. Em um contexto que existem hoje no país habilitados aproximadamente mais de dois mil dispositivos, no Rio Grande do Sul, 189 e destes 29 na configuração regional. Torando este estudo pertinente quando traz para reflexão a regionalização de um serviço territorial na perspectiva de um cuidado não manicomial. O objetivo do presente estudo foi avaliar um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) regional a partir das potencialidades e os obstáculos identificados pelos diferentes grupos de interesse. Estudo de cunho qualitativo com utilização da Avaliação de Quarta Geração. O período da coleta foi entre maio e novembro de 2018 por meio de pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Realizou-se seleção por grupos de interesse para definir os participantes: gestores, trabalhadores e usuários. Emergiram para avaliação os núcleos temáticos: a configuração regional; a intersetorialidade e o matriciamento. A conclusão foi que a regionalização, utilizada como estratégia de gestão, necessita de repactuações regulares entre os gestores do municípios e as demais esferas de governo, a fim de assegurar o seu funcionamento e à assistência com qualidade ao tratamento dos usuários; a intersetorialidade e o matriciamento são facilitadores de um cuidado ampliado, mas tem na distância um dos maiores obstáculos pela não garantia do transporte e o desafio de definir papéis entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e apesar da relevância da prestação do serviço na região ainda há a necessidade de ampliar a discussão e desmistificar a temática sobre drogas.

Palavras chaves: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Regionalização;

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL CARE CENTER ALCOHOL AND OTHER DRUGS AND REGIONALIZATION

AUTHOR: Karine Lucero Carvalho

ADVISOR: Prof^aDr^a Liane Beatriz Righi

COORIENTATOR: Prof^aDr^a Daiana Foggiato de Siqueira

Inspired by the Italian psychiatric reform, led by Franco Basaglia, in Brazil the movement gained strength in the late 1970s, under the leadership of psychiatrists and other professionals that worked in mental hospitals in that period, later added to the fight, family and deinstitutionalized patients joined. The movement gains strength, given that in the country there were two other major fronts taking place: the health reform and the approval of the new federal constitution. The culmination occurred in 2001 with the approval of the law 10.216 / 2001 known as the Psychiatric Reform Law which aimed to reformulate the care of people with mental disorders ensuring their citizenship and to gradually close the psychiatric hospitals and direct the care for the territory. To this end, the Psychosocial Care Centers (CAPS - Ordinance 336/2002) were created with the purpose of ordering care in the territory, which also includes forms of treatment for people with mental and behavioral disorders derived from the use of alcohol and other drugs. Since then, many advances have been made in the last 4 decades. In addition to studies on the theme and knowledge development, the law has advanced with the approval of ordinances, technical notes, manuals, among others, in order to legitimize psychiatric reform, including the closing of psychiatric hospitals deinstitutionalizing hundreds of people. However what can be seen nowadays is the disbelief of the principles and goals of the movement in the spheres of government, as it was possible to realize in the last technical note approved in the first semester of 2019, which legitimizes the return to the psychosocial care network of the extinct psychiatric hospitals and mental health outpatient clinics, besides include therapeutic communities as a form of treatment, all with public funding. In this scenario it is necessary to strengthen the specialized services (CAPS) and bring to reflection their relevance in the care in the territory. In a context that currently exists in the country more than two thousand enabled devices, in Rio Grande do Sul, 189 and of these 29 in the regional configuration. This study becomes pertinent when it brings to reflection the regionalization of a territorial service from the perspective of non-asylum care. The aim of the present study was to evaluate the regional Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs (CAPS AD) from the potentialities and obstacles identified by the different interest groups. It is a qualitative study using the Fourth Generation Evaluation. The period of collection was between May and November 2018 through documentary research, semi-structured interviews and focus groups. The selection by interest groups was performed to define the participants: managers, workers and users. Emerged to evaluation the thematic nuclei: the regional configuration; intersectoriality and matrixing. The conclusion was that regionalization, used as a management strategy, needs regular renegotiations between municipal managers and other spheres of government, in order to ensure its operation and quality assistance to the users' treatment; intersectoriality and matrixing are facilitators of expanded care, but it has in the distance one of the biggest obstacles for not guaranteeing transportation and the challenge of defining roles between the services of the Psychosocial Care Network (RAPS) and despite the relevance of providing the service in the region there is still a need to broaden the discussion and demystify the drug issue.

Keywords: Mental Health; Mental health services; Regionalization;

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Normas da Revista que o manuscrito será submetido.....	37
Anexo B – Parecer favorável do Comitê de Ética	39

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro da entrevista semiestruturada	43
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RP	Reforma Psiquiátrica
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
Pe. Otávio Ferrari	Padre Otávio Ferrari
4ª CRS	4ª Coordenadoria Regional de Saúde
FORMSUS	Formulário do Sistema Único de Saúde
PI	Projetos Institucionais
GF	Grupos focais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SERAISM-AD	Serviço Regional de Atenção à Saúde Mental álcool e outras drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
APS	Atenção Primária da Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
ESF	Estratégias Saúde da Família
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
AA	Alcoólicos Anônimos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 MANUSCRITO: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E REGIONALIZAÇÃO.....	14
3 CONCLUSÃO.....	35
ANEXO A – Normas da Revista que o manuscrito será submetido	37
ANEXO B – Parecer favorável do Comitê de Ética	39
APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada	43

APRESENTAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Este Trabalho de Dissertação foi elaborado em formato de artigo a ser submetido para possível publicação na Revista Trabalho, Educação e Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. Esta revista possui *qualis* CAPES B2. A escolha se deu em vista que a revista abrange entre as temáticas o trabalho e a atenção à saúde, temas deste estudo. Em anexo estão as normas da mesma, ao qual o trabalho foi estruturado (ANEXO 1).

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E REGIONALIZAÇÃO

Resumo: O dispositivo que ordena o cuidado em território preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica são os Centros de Atenção Psicossocial. Em quatro décadas do início do movimento antimanicomial muitos avanços ocorreram, porém hoje se percebe a incredulidade com a Política de Saúde Mental nas esferas de governo, retrocedendo nas formas de tratamento. Tal cenário potencializa este estudo que tem por objetivo avaliar um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas regional a partir das potencialidades e os obstáculos identificados pelos diferentes grupos de interesse. De cunho qualitativo se utilizou a Avaliação de Quarta Geração. O período da coleta foi entre maio e novembro de 2018 por meio de pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Realizou-se seleção por grupos de interesse para definir os participantes: gestores, trabalhadores e usuários. Os núcleos temáticos foram: a configuração regional, a intersetorialidade e o matriciamento. A conclusão foi que a regionalização, utilizada como estratégia de gestão, necessita de repactuações regulares entre os gestores para assegurar o funcionamento e a assistência ao tratamento; a intersetorialidade e o matriciamento, facilitadores de um cuidado ampliado, têm na distância e na definição de papéis dos serviços da rede seus maiores obstáculos.

Palavras chaves: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Regionalização;

PSYCHOSOCIAL CARE CENTER ALCOHOL AND OTHER DRUGS AND REGIONALIZATION

Abstract: The device that organize the care in proposed territory by the Psychiatric Reform Law are the Psychosocial Attention Center. In the four decades since the beginning of the antimanicomial movement, many advances have been made, however today it can be noticed the disbelief with the Mental Health Policy in the spheres of government, retreating the forms of treatment. This scenario enhances this study that aims to evaluate a regional Psychosocial Care Center alcohol and other drugs from the potentialities and obstacles identified by different interest groups. Qualitative in nature, the Fourth Generation Evaluation was used. The period of collection was between May and November 2018 through documentary research, semi-structured interviews and focus groups. Selection by interest groups was performed to define the participants: managers, workers and users. The thematic nuclei were the regional configuration, the intersectoriality and the matrixing. The conclusion was that regionalization, used as a management strategy, needs regular renegotiations between managers to ensure operation and treatment assistance; the intersectoriality and matrixing, facilitators of expanded care, have the greatest obstacles in defining distance and role of network services.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Regionalization;

Introdução

O ano de 2019 é uma data importante para a Política de Saúde Mental brasileira, pois além de demarcar 41 anos do início do movimento antimanicomial no país e os 18 anos da Lei 10.216/06.04.2001 conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica é o ano em que é deferido pelo governo federal uma nota técnica que legitima a volta dos hospitais psiquiátricos, dos ambulatórios de saúde mental e insere as comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial (Brasil 2001a; Brasil, 2019).

Desde o início do movimento antimanicomial liderado por psiquiatras e demais

profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos no final da década de 70 no Brasil, se buscava o fechamento gradual destes locais de tratamentos “desumanos” e redirecionar o tratamento de pessoas com transtornos mentais para o território. Nas décadas seguintes o movimento ganha força e impulsiona à Reforma Psiquiátrica (RP) Brasileira (Amarante, 2010).

Nos últimos anos muitos avanços ocorreram na política de saúde mental brasileira: diminuição de leitos psiquiátricos (80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014); investimento em serviços de atenção psicossocial (mais de 2000 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - em 2014 com cobertura de 0,86 serviços por 100 mil/habitantes), contenção dos gastos com hospitais (de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013), em contrapartida com a atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% até 2014; há registro de 610 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's com 2.031 moradores beneficiados; o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008 ações (Brasil, 2002; 2011; 2003; Amarante e Nunes , 2018).

E apesar do progresso há um desafio atual que se impõe à reforma psiquiátrica, seus princípios e ideais não vêm sendo acolhidas como prioridade nos governos das três esferas (federal, estadual e municipal) nos últimos anos. O que culmina na falta de incentivo dificultando a execução de serviços promotores de vida (Souza e Jorge, 2019). Para Amarante e Nunes (2018) não havia como negar o perigo de retrocessos em todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP, diante destes governos, o que acarretou com o resgate do modelo manicomial.

Diante deste cenário este estudo se torna pertinente ao reafirmar para a sociedade a relevância dos serviços especializados (CAPS) como forma de cuidado na rede. Principalmente por apresentar um serviço que tem a premissa de regionalização de um serviço territorial na perspectiva de um cuidado não manicomial, logo no momento em que é deferido

o retorno do cuidado ambulatorial por equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, deslegitimando o apoio matricial e o trabalho intersetorial dos CAPS com os serviços de saúde e socioassistenciais (Brasil, 2019).

Sendo que atualmente estão habilitados e em funcionamento no Brasil, aproximadamente 2.209 CAPS, destes 189 CAPS se encontram no Rio Grande do Sul, e deste conjunto, 29 na configuração regional (Brasil, 2015; Rio Grande do Sul, 2016). Frente ao descaso com o cuidado realizado em rede e ao retrocesso posto, há que se fortalecer tais serviços e trazer à reflexão: quais são as potencialidades e os obstáculos apresentados pelo CAPS regional para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial? e a partir deste interesse, buscou-se avaliar um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas regional a partir das potencialidades e os obstáculos identificados pelos diferentes grupos de interesse.

Percurso metodológico

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem da avaliação de quarta geração. Por sua característica responsiva e construtivista a Avaliação de Quarta Geração é a metodologia pertinente a este estudo por permitir que os envolvidos compartilhem reflexões, opiniões, trabalhem os conflitos, partilhem decisões e que contribuam para o empoderamento destes (Guba e Lincoln, 2011; Righi e Gonçalves, 2018). Metodologia que favorece um delineamento teórico-metodológico sistemático, estruturado em passos que se desenham com base na lógica dialética e da interpretação hermenêutica (Kantorski et al., 2009; Kantorski et al., 2011)

A coleta ocorreu de maio a novembro de 2018 a partir da realização de pesquisa documental, grupos focais (GF) e entrevistas semiestruturada. Os cenários do estudo foram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) e o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas regional Padre Otávio Ferrari (CAPS AD Pe. Otávio Ferrari), sendo que no

primeiro espaço se deu uma das entrevistas semiestruturadas e uma parte da pesquisa documental, as demais entrevistas, os GFs e a continuidade da pesquisa documental foram no segundo campo.

Dos 19 documentos avaliados (relatórios de atividades, ofícios, memorandos, relatório de visitas institucionais, formulário do Sistema Único de Saúde (FORMSUS) e atas) dois foram os documentos principais que embasaram o estudo, pela sua relevância no cenário: Projetos Institucionais (PI) do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari de 2003 (implantação) (PI 2003) e uma atualização de 2016 (PI 2016). A seleção dos participantes foi sustentada pelo conceito de grupos de interesse. Grupos de interesse são aqueles que, por definição, têm algum interesse no sujeito-objeto da avaliação (Righi e Gonçalves, 2018).

Nesse caso da avaliação do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari, os grupos de interesses identificados foram: gestores, trabalhadores e usuários. O grupo de interesses gestores foi representado pela Secretária municipal de saúde, a Coordenadora da Política de Saúde Mental da 4ª CRS (época da implantação) e a Coordenadora do serviço, e realizou-se a coleta por meio de entrevistas semiestruturada com a utilização de um roteiro com cinco questões norteadoras. Já os Grupos de interesses dos trabalhadores e usuários se deu a partir de Grupo Focais organizados em GF dos trabalhadores e GF dos usuários, com um encontro de cada grupo com aproximadamente uma hora de duração.

Entende-se por grupo focal, técnica que possibilita a análise de dados obtidos numa situação de interação grupal, verificando de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno do seu próprio ponto de vista (Westphal, 1996, Figueiredo e Onocko, 2009). Neste caso como avaliam o CAPS AD Regional Pe. Otávio Ferrari.

Ao todo participaram 19 pessoas (03 da gestão, 05 trabalhadores e 11 usuários)

identificadas pelas letras que correspondem ao seu grupo de interesse: Gestores (G); Trabalhadores (T) e Usuários (U) seguidos de um número arábico (exemplo: Trabalhador 1 - T1, Trabalhador – T2...). Foram utilizados recursos de áudio para gravação das falas dos participantes após autorização dos mesmos. Salienta-se que os vícios de linguagem foram corrigidos durante a transcrição.

Para o delineamento dos núcleos temáticos foi utilizado o método do círculo hermenêutico dialético. Hermenêutico porque é interpretativo e dialético porque representa a comparação e o contraste das visões divergentes com a visão para a realização de um alto nível de síntese (Guba e Lincoln, 2011). Tarjetas foram utilizadas como disparadoras do círculo, ou seja, das transcrições das entrevistas semiestruturadas do primeiro grupo de interesse formado pelos gestores se elaborou tarjetas com palavras chaves para serem disparadores de discussão no grupo subsequente e assim por diante com os grupos focais dos trabalhadores e usuários.

Por fim, a avaliação se deu a partir da discussão dos núcleos temáticos que correspondem ao objetivo do estudo referente às potencialidades e os obstáculos identificados pelos diferentes grupos de interesse. Os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de modo a proteger os direitos dos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da instituição sob o número 2.711.187 e CAAE: 90751518.1.0000.534.

Resultados e discussão

Foram avaliados três núcleos temáticos de forma a nortear a discussão: a configuração regional; a intersetorialidade e o matriciamento.

A configuração regional

Referente a configuração regional, primeiramente faz-se necessário caracterizar a região e o município sede do serviço. Nova Palma, cidade onde está localizado o CAPS AD Pe. Otávio Ferrari, foi fundada em 29 de julho de 1960 na região central do estado, tem uma população aproximada de 6.342 habitantes (IBGE, 2010).

A cidade faz parte da microrregião da Quarta colônia, juntamente com os municípios: Faxinal do Soturno, Agudo, Dona Francisca, Pinhal Grande, Restinga Seca, São João do Polêsine, Silveira Martins, Ivorá e Paraíso do Sul (Saad et al., 2012). A agropecuária, o comércio e a indústria são as principais atividades econômicas do município (Nova Palma, 2019).

Em janeiro de 2003 com o intuito de instituir um serviço de internação para tratamento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais derivado do uso de álcool e outras drogas, é implantado na região central do estado, o Serviço Regional de Atenção à Saúde Mental – álcool e outras drogas (SERAISM-AD) no Hospital Nossa Senhora da Piedade de Nova Palma, com 13 leitos para internação (Nova Palma, 2003; Bertoldo, 2016).

No mesmo ano, para qualificar o tratamento iniciado na internação, é instaurado o CAPS AD Pe. Otávio Ferrari. Conforme o PI 2016: “o CAPS AD foi criado em 2003 em conjunto com o SERAISM-AD, onde havia uma equipe multiprofissional atendendo os mesmos usuários, ou seja, nos turnos diurnos permaneciam nos CAPS AD, enquanto que à noite ficavam sob o olhar da equipe de enfermagem do SERAISM-AD” (Bertoldo, 2016, p. 01). Ou seja, durante o dia os usuários internados no SERAISM-AD davam continuidade ao tratamento no CAPS AD Pe. Otávio Ferrari.

Segundo uma participante do grupo gestores, o SERAISM-AD foi a primeira unidade de saúde mental para internação de pessoas com transtornos mentais e comportamentais derivados do uso de álcool e outras drogas da região central do estado, havendo em outras cidades somente leitos para internação de pessoas com transtornos mentais e

comportamentais.

“havia uma demanda muito grande de pacientes alcoolistas e dependentes químicos e não tinha leito para internação. A proposta em termos de região, da regionalização dentro de 4ª CRS foi de se criar um serviço em hospitais gerais, pra questão da dependência química, dependentes químicos e alcoolismo e o hospital que foi habilitado, e a gestão municipal que apresentou um interesse foi a gestão de Nova Palma” (G1).

Tal proposição vai ao encontro do que está exposto no PI 2003: “com o objetivo de avançar, criando novas modalidades de atenção que deem conta das diferentes e complexas demandas da população atendida neste serviço. Faz-se urgente a implantação do CAPS AD” (Nova Palma, 2003). Assim compreende-se que o CAPS AD Pe. Otávio Ferrari é implantado concomitante a criação dos leitos no hospital geral de Nova Palma, conforme:

“essa foi uma proposta bem interessante, ela começou com uma proposta de um serviço multiprofissional dentro de um Hospital, só que faltou financiamento do Estado. Então a proposta que a gente encontrou junto ao Ministério foi fazer isso, o hospital passou a ter os leitos de retaguarda para o CAPS....,.... tanto que ele foi o primeiro CAPS, e já nasceu regional e AD porque nós precisávamos atender essa população. Tinha uma demanda, era assustadora, a gente não tinha aonde, começou mais com alcoolismo depois entrou as drogas, e a gente não tinha leito e a gente precisava um suporte de internação” (G1).

O PI 2003 apresenta uma forma de organização que se dava o cuidado: “os usuários internados participarão das atividades no SERAISM-AD, ora no CAPS AD, já que este último propiciará um processo de transição para ala hospitalar, vinculando os usuários do CAPS AD para que ocorra a manutenção do tratamento” (Nova Palma, 2003, p.03). Confirmado na fala do GF dos trabalhadores: “o CAPS AD foi estruturado para dar suporte à internação, então durante o dia passavam no CAPS AD, pra almoçar, tomavam medicação e dormiam no hospital, a equipe do CAPS era responsável pela alta” (T 1).

Nota-se que a implantação do SERAISM-AD e de um CAPS AD foi impulsionado pela demanda crescente do uso dessas substâncias na região, naquele período. Tal evento é citado no PI 2003 como um dos três fatores que motivaram à implantação dos dois serviços: o fenômeno do êxodo rural ocasionado pela crise do modelo exportador e a mecanização da agricultura na região, o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pelos índices elevados de transtornos depressivos e de ansiedade da população; além da cultura do consumo de álcool,

principalmente o vinho, por tratar-se de uma região descendentes de italianos (Nova Palma 2003).

Assim, vinculado ao SERAISM – AD, o CAPS AD inicia suas atividades à mesma área de abrangência do hospital, em vista que se tratava dos mesmos usuários provindos dos 29 municípios que faziam parte da 4ª CRS. Existem no estado 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, que realizam a gestão e assessoria em saúde de 30 regiões (Rio Grande do Sul, 2012). A regionalização está assegurada na forma de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), disposto no Decreto Nº 7508/2011 que ainda dispõe sobre a forma de planejamento da saúde, da assistência à saúde, da articulação interfederativa, além de outras providências (Brasil, 2011b).

O decreto define dois parâmetros importantes para justificar a forma de organização regional: Região de Saúde (espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde) e redes de atenção à saúde (RAS) (conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde) (Brasil, 2011b).

Observa-se que o decreto no estado foi deferido em 2012, porém em 2003 a região da quarta colônia já se articulava à uma configuração que correspondesse às necessidades do cuidado em saúde mental deste território, mobilizando os recursos disponíveis para um mesmo fim. Isto se deve aos avanços da descentralização do SUS na década de 90 (séc. XX), onde por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) criaram-se as condições para que os municípios se constituíssem como os principais executores das ações e serviços de saúde (Teixeira, 2002).

Tal prática, no entanto, evidenciou que nenhum nível de forma isolada apresenta condições de realizar assistência em saúde em todas as suas complexidades, sendo o de maior complexidade inatingível, por não estar presente em todos os municípios. E em 2001 a NOB 96 é substituída pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001 que vem enfatizar a cooperação e recupera a noção de economia de escala como fundamento para a racionalização (e a reconcentração) de recursos, resgatando a possibilidade de se construir sistemas de serviços de saúde que ultrapassem os limites territoriais dos municípios, em sua maioria de pequeno porte (Brasil 2001b; Teixeira, 2002).

Organizada por microrregiões, pode corresponder a apenas um município ou incluir vários outros de pequeno porte, cuja capacidade instalada tomada em conjunto corresponda ao nível de resolutividade, contemplando desde a atenção primária a alta complexidade (Brasil, 2001b). Desta forma, a regionalização tornou-se o meio para a construção de um sistema que contempla os serviços, conhecimentos e tecnologias para qualificar e garantir o acesso à atenção à saúde, buscando uma perspectiva concreta de ampliação e organização da rede, indo ao encontro da necessidade da população da região (Teixeira, 2002).

Nesse caso, a atenção psicossocial da região se organiza de forma regional para contemplar os serviços da atenção primária à alta complexidade, ou seja, da atenção básica, passando pelo serviço especializado (CAPS AD) e as internações na alta complexidade. A habilitação pelo Ministério da Saúde do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari foi em 05 de julho de 2005 e oficialmente em 2011, as equipes se desmembram e cada serviço passa a se organizar com equipes multiprofissionais e funções próprias.

Em 2011 passa a ser constituído de forma microrregional, em vista que sua área de abrangência se delimita aos nove municípios que fazem parte da Quarta Colônia, não mais a toda área da 4ª CRS (Bertoldo, 2016, p. 02). Cabe ressaltar, porém que o nome fantasia “Regional” permanece até hoje pela sua história e como culturalmente é conhecido na região.

Esta nova configuração microrregional, tem a premissa de corresponder ao que cada município isoladamente não conseguiria, conforme a fala da entrevista do grupo de interesse Gestores: “naquela época se trabalhava muito com a ideia de microrregiões de saúde” (G1).

Uma característica apontada em ambos os PIs 2003 e 2016, sobre os municípios da microrregião da Quarta Colônia dizem que: “a maioria são de pequeno porte, com predominância de minifúndio, as quais organizam suas atividades com base no binômio soja e fumo” (Nova Palma, 2003 p. 01; Bertoldo, 2016 p. 01). Desta forma com características similares, se unem, para o direcionamento da assistência em saúde às pessoas com uso de álcool e outras drogas, mas também se fez necessário burocraticamente para atingir o número de habitantes mínimos necessários para abertura do serviço que era de 20 mil habitantes para CAPS AD (Brasil, 2002).

Constatado na fala do grupo gestores: “a configuração em nível regional na época, se dá porque tinha que ter uma determinada quantidade de população e aí só Nova Palma não tinha, e é por isso que foi feito a nível de regional pra chegar a quantidade de população” (G1). A regionalização ao mesmo tempo que é estratégia de um cuidado integral que visa suprir demandas em comum de cidades de pequeno porte, apresenta também adversidades para a efetivação do seu objetivo: a distância e a garantia do meio de transporte.

O meio de transporte ao mesmo tempo que é um instrumento de trabalho que vem potencializar o cuidado, a não garantia se torna um dificultador, cita a participante do grupo gestores: “Os municípios não garantem o transporte para os usuários participarem dos grupos no serviço ou consultas, mesmo que solicitado, se houver outro pedido de viagem, o pedido do CAPS AD é cancelado” (G2).

Nota-se que a regionalização tem na distância do município sede, um dificultador da assistência em saúde e na efetivação de um trabalho em rede com os municípios mais longe. A eficácia do matriciamento também é prejudicado e muitas vezes a equipe busca a estratégia

de realizá-lo mesmo que por via telefônica a fim que não se perca o vínculo construído com as diversas equipes da rede de cuidado. “É, a gente procura estar em constante contato com os municípios, isso através do matriciamento, mas muito mais por telefone, porque tem as dificuldades do município de transporte tanto da gente quanto dos municípios do pessoal vir aqui” (G3).

Em compensação os municípios mais próximos são os mais presentes no compartilhamento de casos, conforme afirmação “quando dá, a equipe vai, das cidades, algumas vem, algumas até procuram mais, em função da proximidade, Faxinal tem um bom contato e Dona Francisca”(G3). Mas outro ponto que chama a atenção são os municípios com extensão territorial que dificulta o acesso do usuário à zona urbana: “a gente tem mais dificuldade com os mais longe mesmo, tem municípios que a extensão territorial é grande, e tem usuários que tem que percorrer vinte quilômetros para chegar na cidade para pegar o transporte, então a gente acaba perdendo esses casos, pela dificuldade de deslocamento”. (G3)

O que denota a falta de uma logística, uma organização, uma contrapartida/compromisso dos municípios com o tratamento do seu usuário. Observa-se a importância da atenção primária em saúde cumprir com seu papel no território, garantindo o tratamento medicamentoso e terapêutico, tanto quanto como moderador e organizador do cuidado, referenciando ao CAPS AD somente em necessidade de nova consulta, além de ter na equipe do CAPS AD um serviço apoio e assessoria.

Conforme a fala de uma das participantes do grupo gestor: “E é aí a importância da ESF lá, para ele continuar o cuidado lá, para que às vezes ele não precise vir, pode pegar receita na ESF e esta acompanhar ele, sempre em comunicação” (G2). O que identifica também a relevância da efetivação do matriciamento para sensibilizar as equipes do seu papel no cuidado, fazendo com que o usuário busque tratamento na sua cidade.

O cuidado para tratamento do uso de álcool e outras drogas na região da quarta colônia

tem na forma regional uma estratégia de garantia de direitos e acesso ao serviço especializado. Mas como programas e prestadores de serviços necessita de avaliações periódicas e nesse caso novas contratualizações, saindo do aparato burocrático, alcançando às necessidades reais dos seus usuários.

A partir da configuração regional, duas ações realizadas pelo CAPS AD regional Pe. Otávio Ferrari merecem destaque por que fundamentam a sua implantação na região da quarta colônia: a intersetorialidade e o matriciamento. Tais ações estão presentes nos objetivos dos dois projetos institucionais do serviço.

Os objetivos de ambos projetos institucionais de 2003 e 2016 reiteram como referências para o desenvolvimento de suas ações e atividades as leis e diretrizes do Sistema Único da Saúde (SUS – Lei nº 8080/1990) e da Reforma psiquiátrica. Como destaque, cita-se apenas o objetivo geral do projeto em vigência já que as finalidades em ambos se igualam:

“Atender os usuários e seus familiares da rede pública dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana que necessitem de cuidados na área da saúde mental relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, no momento de crise, no pós-alta, ou para manutenção, buscando atender de uma forma abrangente suas necessidades, dentro de uma política de atenção integral à saúde mental, orientadas pelas leis e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, revertendo o modelo assistencial vigente, pela viabilização de estruturas não manicomiais” (Bertoldo, 2016, p. 03).

Dos objetivos específicos, os projetos institucionais de 2003 e 2016 não se diferenciam, apresentando os mesmos itens, que são:

“Promover o atendimento integral aos usuários e seus familiares; Promover atividades de capacitação profissional em alcoolismo e drogadição; - Criar mecanismos de vigilância para que sejam identificados os fatores de risco que propiciem o uso abusivo de álcool e outras drogas; Incentivar a inclusão dos usuários no seu contexto social, como trabalho, família e comunidade; Reduzir o índice de alcoolismo e drogadição na região; Fazer integração com a rede de atendimento dos municípios” (Bertoldo, 2016:03).

Observa-se entre os objetivos a proposta de matriciamento, quando cita a promoção de atividade de capacitação profissional e de intersetorialidade quando propõe integração com a rede de atendimento dos municípios. Entre os objetivos citados, dar-se-á ênfase para discussão esses dois itens, que além de citados nas falas dos grupos de interesse do estudo, os demais são comuns às atividades e ações dos CAPS de outras modalidades.

Intersetorialidade

Entre todos os dispositivos da RAPS, o CAPS é considerado como o principal articulador entre os demais serviços, além de estratégico na organização da rede de atenção em saúde mental. Devendo permanecer articulado com a rede de atenção à saúde e com as demais redes sociais que os circundam, de modo a responderem à demanda de assistência no espaço comunitário e de reinserção social (Fidelis, 2018). Essa articulação promove a intersectorialidade, presente como processo de trabalho do CAPS AD Pe. Otávio Ferrari desde a implantação conforme ressaltado no grupo focal dos trabalhadores: “a equipe do CAPS era responsável pela alta” (T3), assim nota-se que o serviço era o responsável pelo contato com a rede de cuidado do município de origem do usuário.

Tal relato vai ao encontro da fala das entrevistas com os gestores: “essa foi a proposta de se criar um serviço que pudesse atender as pessoas e fazer a vinculação com os municípios, tentar as pessoas que se internassem e então tinha uma equipe que fazia todo esse contato com a referência que contrarreferência com os municípios” (G1). Assim a intersectorialidade é um dos objetivos propostos para implantação do serviço de forma a articular a rede de cuidado do usuário.

A noção de intersectorialidade parte de um entendimento de saúde que considera as pessoas em sua totalidade, e com o fim de demonstrar ações resolutivas faz-se necessário parcerias entre diversos setores, estratégia complexa que busca superar a fragmentação das diversas políticas e das diferentes áreas em que são executadas (Brasil, 2009; Leal e Antoni, 2013). Contempla a construção de interfaces e diálogos entre setores, as quais suas intenções e ações, visem o enfrentamento de problemas sociais complexos, além de superarem a capacidade das políticas públicas enfrentarem de forma solitária, como uma alternativa ou como impulsionador para que se garanta a promoção e prevenção em saúde (Hoff, 2016).

O documento PI 2016 cita como serviços da rede de cuidado em saúde mental: a

atenção primária da saúde (APS) formadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias Saúde da Família (ESF); o Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental – SERAISM-AD; os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); os Conselhos tutelares; Escolas municipais e estaduais; Delegacia da Polícia Civil; Brigada Militar; Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) e os serviços de Alcoólicos Anônimos (AA). Serviços estes da rede de atenção em saúde e rede socioassistencial que caracterizam um cuidado intersetorial.

Apesar de citados no PI 2016, serviços de saúde e socioassistenciais, nas falas o trabalho intersetorial mais efetivo ocorre entre a Política de Assistência Social, Saúde e Educação. Neste sentido a articulação entre os serviços de saúde e os demais da rede de cuidado da área de abrangência da quarta colônia, visa buscar além de ofertar um cuidado resolutivo e humanizado que trate o sujeito na sua totalidade, promover a prevenção e promoção da saúde na rede regional.

“O AA foi a primeira oportunidade que eu tive na minha vida. E na recaída eu busquei o CAPS...recaí depois de 20 anos, perdi tudo, e foi aí que eu procurei o serviço aqui e estou me recuperando. ” (U5); “a gente ficou um tempo sem assistente social, então o CRAS deu um suporte, dentro do que eles conseguiam até por conhecer as famílias, a gente consegue fazer esse trabalho com eles... “(G3) e ainda: “eu estava pensando no nosso município (município sede) é com a atenção básica mas nos outros municípios é com outros o contato, é CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), a Assistência Social, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que a gente tem maior contato não é com a Atenção Básica” (T1).

Observa-se que a atenção primária da saúde é o serviço que mais busca a clínica ampliada, mas não se efetiva o cuidado, a equipe consegue um trabalho eficaz com outros serviços, caracterizando assim o apoio matricial com serviços intersetoriais à política de

saúde. O apoio matricial, segundo oPI 2016 é realizado por meio de “reuniões que acontecem em todos os municípios de cobertura do CAPS AD com intuito na construção de momentos onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais, de diferentes serviços de atenção” (Bertoldo, 2016).

O matriciamento

O apoio matricial garante o acesso ao atendimento às pessoas que se encontram à margem do sistema de saúde, desassistidas, sem possibilidades de um atendimento especializado, dessa forma a utilização da APS promove um atendimento qualificado, não sendo necessário o encaminhamento ao serviço especializado de casos leves e moderados (Hirdes e Scarparo, 2015). Matriciamento consiste na existência de uma equipe de apoio matricial para uma equipe de referência, ou seja, uma equipe especializada que dê suporte ao serviço no território que assiste os sujeitos (Campos 1998, 1999).

As vantagens de um cuidado de base territorial incluem: conhecimento dos profissionais da situação de vida daquela pessoa (e não somente da doença), a questão do vínculo, a possibilidade de acionar recursos da própria comunidade, a conexão com outros setores – educação, assistência social, programas governamentais, entre outros (Hirdes e Scarparo 2015). Na fala das entrevistas dos gestores, o matriciamento foi uma das principais propostas ações a serem realizadas pelo CAPS AD Pe. Otávio Ferrari, para a sua implantação:

“a proposta da criação junto ao Ministério da Saúde foi os CAPS regionais serem apoio matricial para os outros municípios... para que eles pudessem ajudar os municípios organizarem a sua rede de cuidados. Esta foi a proposta porque a gente precisava recursos para isso, então, a proposta que a gente fez foi continuar as intenações pra todos os municípios da regional, ... a gente não conseguiria dar todo o atendimento aos 26 municípios, mas ficava de retaguarda para as equipes dos municípios, além da região da quarta colônia” (G1).

Observa-se a ideia de matriciamento como equipe de retaguarda para a APS: “A gente percebe que de uns dois anos pra cá a gente tem sido mais solicitado quanto a isso aqui na região, foram feitos mais matriciamento e quando a gente vai nos municípios tenta estratégias

de como eles vão receber esse usuário de volta”(G3) .Omatriciamento na APS da quarta colônia é um instrumento a ser reforçado, sendo que alguns municípios começam a se ver como protagonista do cuidado em território, e outros a ser implementado.

O grupo focal dos trabalhadores afirma: “a gente tem conversado seguidamente, tem um bom diálogo de entendimento, a gente recorre aos agentes comunitários de saúde ou com a enfermeira, coordenadora da estratégia... eu percebo que existe uma evolução positiva” (T3) e o usuário reforça com a ideia de cogestão do tratamento: “eu vou trato os dentes, pego remédio, quando eu não vou, meu pai vai na ESF... e as receitas pra esses remédios eu pego lá” (U1).

Já alguns municípios mostram resistência, referenciando o tratamento somente ao CAPS AD: “a atenção básica parece que não está estruturada pra isso, a gente sabe tem essa dificuldade de ficar com o paciente também, a gente sabe que é nosso, mas é deles também, mas depois que é nosso, corta o vínculo lá com a atenção básica” (T1). Nota-se que a atenção primária não realiza a cogestão do cuidado e identifica que álcool e drogas deve ser encaminhado para um serviço especializado na rede, nesse caso, o CAPS AD.

O trabalhador percebe a necessidade de um cuidado compartilhado para o cuidado clínico, mas também a APS como organizadora do cuidado, acessando o CAPS AD para novas consultas, apoio nas crises e/ou recaída, além do monitoramento longitudinal: “tinha que referenciar novamente, porque o álcool e drogas tem uma consequência do uso e que seria uma referência pra atenção básica cuidar esse usuário”(T4).

A assistência em saúde de modo intersetorial torna-se relevante com a efetivação do apoio matricial, já que este último, tenta reverter a lógica do encaminhamento, que pressupõe a hierarquização entre os saberes e a transferência de responsabilidades, para propor a lógica da corresponsabilização. Neste sentido, substitui a relação poder/saber pelo compartilhar de responsabilidades, exigindo que os profissionais decidam juntos sobre o andamento de cada

caso, bem como sobre seu acompanhamento (Dantas e Passos, 2018).

O matriciamento aparece, então, como sendo algo a ser reforçado, articulando um cuidado intersetorial entre serviços de diferentes políticas e complexidades. Os usuários desta RAPS, foco deste estudo, têm um endereço em uma região que a cobertura da saúde da família é boa, mas mostra fragilidades. Onde a atenção básica faz parte do tratamento em território, por vezes, sendo a porta de entrada, por vezes monitorando, coordenando, organizando o cuidado e demonstrando a necessidade de fortalecer o cuidado compartilhado.

Considerações finais

Com a premissa de emergir as potencialidades e os obstáculos identificados pelos diferentes grupos de interesse inseridos no CAPS regional para o fortalecimento da RAPS a que está inserido, se destacou que a configuração regional, além de ser uma estratégia de gestão para prestação de serviço que contemple as três complexidades de gestão do cuidado, busca suprir uma demanda comum de municípios de pequeno porte. Se observou que há ganhos, mas há a necessidade de novas repactuações a cada nova gestão, para que o dispositivo continue sustentável e correspondendo as demandas da RAPS a que está inserido. Também é preciso implementar as tecnologias já desenvolvidas e fortalecer a atenção primária da região como a organizadora do cuidado compartilhado em território.

Diante do atual contexto macropolítico do país, de retrocesso de 30 anos de conquistas da política de saúde mental, é necessário incentivar estudos que demonstrem experiências valiosas como esta, de um CAPS AD na configuração regional, que implica em transformações sociais e culturais na localidade ao qual pertence e concomitante potencializa um cuidado humanizado em saúde mental na RAPS em âmbito regional. Bem como se torna de grande valia quando confronta o atual cenário onde o governo federal aprova duas medidas que estagnam o progresso gradual referente ao tratamento em saúde mental, que vinha alcançando a reforma psiquiátrica.

Cita-se a nota técnica do último dia 04 de fevereiro de Nº 11/2019 onde inclui na RAPS as comunidades terapêuticas e aprova o retorno, com aumento de leitos, dos hospitais psiquiátricos, ambos com incentivo federal, que realizam tratamentos de forma segregada, isolada e sem supervisão técnica na sua maioria. Somando a isto, é aprovada recentemente a internação involuntária por meio da Lei Nº 13.840/2019, medida que desrespeita a singularidade da pessoa, quando autoriza que desobriga o pedido de internação por familiares ou responsáveis, permitindo que estas também possam ser realizadas profissionais da linha de cuidado da saúde e socioassistenciais, além de autoridades.

Tais medidas dão margem a ações de coerção, repressão, criminalização e marginalização do usuário de drogas. Por fim, há que se fortalecer, há que resistir, desmistificar, sendo um dos meios para tal, a publicação e divulgação de resultados dos estudos em saúde mental exitosos, como este, que fortalecem a política de saúde mental com ênfase na humanização, servem de referência para novas pesquisas e produção de conhecimentos.

Referências

- AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, Paulo. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. 2.ed. - São Paulo: Zagodoni, 2017. 140 p.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/2067-2074>. Acessado em 28.09.2019.
- BERGSON, Henri. *Matéria e memória: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito*. Tr. br. de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1999 (2ª edição).
- BERTOLDO, Náima R. *Projeto Institucional do Centro de Atenção Psicossocial Regional Padre Otávio Ferrari*. RS, Nova Palma, 2016.
- BITTEBIER, Solange. A Percepção consciente segundo Bergson. *Cadernos da Graduação - Campinas*, nº 08, 2010. pg 262. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/cadernosgraduacao/article/view/551>. Acessado em 05 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas 103 (Programa De Volta Para

Casa). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº- 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011b. 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. *Diário Oficial da União de 29.06.2011* – Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado em 05 mai. 2019.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 abr. 2001. [citado em 2017 set. 15]. Disponível em: <http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acessado em 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001b. Da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acessado em 04.10.2019.

BRASIL. Lei Nº 13.840 de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 06 jun 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm . Acessado em 18 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em 25 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica Nº 11 de 04 de fevereiro de 2019*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas .Brasília, DF, 04 fev de 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acessado em 18 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução 466*. Brasília: CNS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde: 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acessado em 05 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 336 de 19 de janeiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade

- e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acessado em 19 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acessado em 25 jan. 2018.
- BRASIL. *Nova Palma*. CENSO 2010. IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/nova-palma/panorama>. Acessado em 20 jan. 2019.
- BRASIL. *Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 a*. 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088>. Acessado em 18 jan. 2019.
- CAMPOS, Gastão. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp.393-403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 05 mai. 2019.
- CAMPOS, Gastão. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.4, pp.863-870. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 05 mai. 2019.
- CAMPOS, Rosana O et.al. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. - São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. 428 p.
- CAMPOS, Rosana O., FURTADO, Juarez P (Org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*.- Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.
- DANTAS, Natália F.,PASSOS, Isabel C.F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trabalho, Educação, Saúde*. Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 201-220, jan./abr. 2018.
- DELEUZE, Gilles (org.). *Memória e vida/Henri Bergson*; textos escolhidos por Gilles Deleuze; tradução Claudia Berliner; revisão técnica e da tradução Bento Prado Neto. - São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- DELGADO, Paulo.G.G. Reforma psiquiátrica. In: GRIGOLO, Tânia M; MORETTI-PIRES, Rodrigo O. (Orgs.) *Políticas de saúde mental e direitos humanos*. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. p.10-28.
- FIDELIS, Ariélly C. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*. Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 561-582. mai/ago. 2018.
- FIGUEIREDO, Mariana D.; ONOCKO CAMPOS, Rosana. *Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?* *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, SP: 2009. p. 129-138. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n1/129-138/pt>. Acessado em 01.10.2019.
- GUBA, Egon G., LINCOLN, Yvonna S. *Avaliação de quarta geração / tradução Beth Honorato*. - Campinas, SP:Editora da Unicamp, 2011.
- HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena B.K. *O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde*.*Ciência saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.2, pp.383-393. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200383&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 05.05.2019.
- HOFF, Luiza R. *Público e Privado na política de saúde mental: inflexões de “um mundo à*

parte”. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

KANTORSKI, Luciane P. et.al. Avaliação de Quarta Geração: aplicação no campo da saúde mental. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. CAMPOS, Rosana O.; FURTADO, Juarez P. (Org.). - Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

KANTORSKI, Luciane P. et.al. Avaliação de Quarta Geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v 13, n 31, p 343 – 55, out/dez. 2009.

LEAL, Bruna M., ANTONI, Clarissa. *Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade*. Aletheia 40, p.87-101, jan./abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008. Acessado em 05 mai. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA PALMA. *Projeto Institucional do Centro de Atenção Psicossocial Regional Padre Otávio Ferrari*. RS, Nova Palma, 2003.

RIGHI, Liane.; GONÇALVES, Cristiane. Cartografia e Hermenêutica nos Enlaces da Pesquisa Participativa. *Ver. Polis e Psique*, 2018: 8(1): 132-143. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/80423>. Acessado em 29 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. 228 p. II. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acessado em 28 jan. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). *Resolução nº 555/2012*. Comissão Intergestores Bipartite 2016. Porto Alegre: SES; 2016.

SAAD, Denise. S. ; SAAD, Danielle. S.; Machado, Marcos.V. M. Quarta Colônia de imigração italiana, patrimônio cultural e turismo no planalto central do Rio Grande do Sul, no Sul do Brasil. *Revista América Patrimônio* , v. 4, p. 55-68, 2012. Disponível em: <https://slidex.tips/download/quarta-colonia-de-imigraao-italiana-patrimonio-cultural-e-turismo-no-planalto-ce>. Acessado em 23 jan.2019.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trab. educ. saúde* [online]. 2019, vol.17, n.1, e0017201. Epub 08-Nov-2018. ISSN 1678-1007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>. Acessado em 28.09.2019.

TEIXEIRA, Carmen F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002:153-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700015&script=pt>. Acessado em 01.10.2019.

WESTPHAL Marcia F., Bógus Claudia M., Faria Mara M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá* 1996; 120(6):472-482.

CONCLUSÃO

O trabalho por ora apresentado é o resultado de inquietações iniciadas no campo de atuação, enquanto residente do segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFSM. Naquele período realizava-se um projeto de intervenção junto aos CAPS da 4ª CRS. E foi essa aproximação aos dispositivos do cuidado em território que me fizeram (re) pensar os processos de trabalho de um CAPS Regional.

Desde a implantação aos dias atuais, quais os obstáculos e as possibilidades deste dispositivo que possui uma cidade sede com demandas próprias, mas que tem que corresponder às expectativas de cuidado dos demais municípios. E no momento que fui me aproximando dos documentos arquivados na 4ª Coordenadoria e em diálogos informais com ex-trabalhadores do dispositivo mais questionamentos surgiam.

E com essa motivação, há dois anos me propus como projeto de pesquisa para o Mestrado Profissional em Ciências da Saúde a percorrer o caminho feito pelos atores envolvidos, por meio do que estava escrito e pela narrativa das lembranças e vivências destes. Ao fim dessa trajetória, a experiência de “andar”, refazer o trajeto, por ora sozinha, por ora em pares, me proporcionou reflexões e me fortaleceu na minha jornada escolhida.

Há 6 anos, profissional inserida em uma política pública de saúde e com orgulho na política de saúde mental, o resultado deste estudo me leva ao (re) encontro com o compromisso social, com a justiça social, a garantia de direitos, com a luta e resistência. E me faz “tomar fôlego” para prosseguir, assim, como a equipe deste dispositivo que a cada nova gestão se reinventa, que perpassaram e perpassam tempos difíceis, que enfrenta o questionamento da validade do seu serviço de quem deveria assegurá-lo. Enfim mais empoderada me sinto a seguir na luta.

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA, TRABALHO E SAÚDE

Instruções aos autores

Trabalho, Educação e Saúde contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Não há cobrança de taxas de submissão de manuscritos, nem de publicação de artigos.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação.

Segundo o International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>.

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Forma e preparação de manuscritos

A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com modificações. Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar

apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas.

Processo de Avaliação

A primeira etapa de avaliação é realizada pelas editoras, que julgam a adequação temática e científico-metodológica, considerando o projeto editorial do periódico; esta etapa pode demorar de um até dez dias. Uma vez aceito nesta primeira fase, o texto passará pela avaliação por pares duplo cego (doubleblindpeerreview). Nesta fase, as editoras escolhem no mínimo dois pesquisadores de áreas correlatas ao tema para avaliar o manuscrito (pareceristasad-hoc externos e internos à Fiocruz); os pareceristas têm até 20 dias para enviar o parecer. Depois de expirado o prazo de envio, enviamos até três lembretes, e se ainda não tivermos resposta, convidamos outro parecerista indicado pela editora. Os pareceres podem indicar uma das quatro opções:

- a) publicação na presente forma
- b) publicação condicionada à realização de pequenas alterações
- c) publicação condicionada à realização de importantes alterações
- d) não deve ser publicado neste periódico

No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria, também com o prazo de 20 dias. Manuscritos que recebem a indicação de “importantes alterações” devem vir acompanhados, na versão reformulada, de uma carta resposta para cada recomendação dos pareceres e o tratamento que foi dado a elas pelos autores, em especial atenção as que não foram incorporadas. Cada parecer deve ser comentado separadamente.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL REGIONAIS DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

Pesquisador: Liane Beatriz Righi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90751518.1.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.711.187

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde. O objeto deste estudo é pautado pelo seguinte questionamento: Quais são as potencialidades e os obstáculos apresentados pelos CAPS regionais para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde? Visto que os Centros de Atenção Psicossocial são serviços implantados na rede de saúde para assistir de forma integral essa população. Trata-se de um estudo qualitativo, caracterizado como cartografia com a associação da avaliação de 4ª Geração. Para coleta de dados será utilizado pesquisa documental, observação participante e grupos focais. Serão formados os seguintes grupos focais: o de Gestores; Grupo dos Trabalhadores e o Grupo dos Usuários. O estudo será desenvolvido com aproximadamente 70 participantes. O cenário da coleta do primeiro grupo será a 4ª CRS, e dos dois seguintes, nos próprios CAPS Regionais, ou seja, 1 grupo focal de gestores, 3 grupos focais de trabalhadores e 3 grupos focais de usuários, finalizando em 7 grupos focais ao todo para avaliação. Será utilizado o recurso de áudio e a gravação. Após a realização de cada grupo focal, será realizada a análise do material coletado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: avaliar os Centros de Atenção Psicossocial Regionais da 4ª Coordenadoria Regional

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.711.187

de Saúde a partir das potencialidades e os obstáculos identificados pelos diferentes grupos de interesse.

Objetivos específicos - Caracterizar os CAPS regionais da 4ª CRS; Identificar potencialidades e obstáculos à atuação dos CAPS da 4ª CRS; e, Contribuir para o registro e qualificação da experiência dos CAPS Regionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: poderá ocorrer algum desconforto, devido a recordações de situações pesadas. Caso isso aconteça, o participante poderá interromper a sua participação na mesma.

Benefícios: indiretos, com reflexões sobre o dispositivo CAPS Regional como ferramenta de cuidado na rede de atenção psicossocial da 4ª CRS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou de forma suficiente os documentos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.711.187

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1133583.pdf	01/06/2018 15:47:16		Aceito
Outros	autorizacao_institucao.pdf	01/06/2018 15:46:27	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	comprovante_GAP.pdf	01/06/2018 15:42:01	Liane Beatriz Righi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	01/06/2018 15:41:35	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	01/06/2018 15:41:10	Liane Beatriz Righi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/06/2018 15:40:30	Liane Beatriz Righi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	01/06/2018 15:35:23	Liane Beatriz Righi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 13 de Junho de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM
GRUPO DE INTERESSE GESTORES**

Roteiro:

1. Sobre a criação do CAPS AD Regional Pe. Otávio Ferrari, discorde livremente sobre a implantação do CAPS AD. Quais eram as necessidades apresentadas? Por que a configuração regional?
2. Por que a configuração regional e como foi organizar de forma regional?
3. Como é o fazer da gestão de um CAPS Regional?
4. Quais são as potencialidades apresentadas pelo CAPS AD Regional Pe. Otávio Ferrari para o fortalecimento da RAPS?
5. Quais são os obstáculos apresentados pelo CAPS AD Regional Pe. Otávio Ferrari para o fortalecimento da RAPS?

