

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Barbara Coelho Vaz

O CONTEXTO DA GESTÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL

Brasília

2021

Barbara Coelho Vaz

O CONTEXTO DA GESTÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho
Bardou Raggio

Brasília
2021

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Jacqueline Portales – CRB 1924, com os dados fornecidos pela autora.

Vaz, Barbara Coelho.
V393c O contexto da gestão na implementação dos Centros de
Atenção Psicossocial no Distrito Federal / Barbara Coelho
Vaz. – Brasília: Fiocruz, 2021.
44 p.:il.

Orientador: Armando Martinho Bardou Raggio.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Fiocruz de
Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2021.

1. Política pública. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde
mental. 4. Justiça social. 5. Colaboração intersetorial.
I. Raggio, Armando Martinho Bardou. II. Título.

CDU 613.865

Barbara Coelho Vaz

O CONTEXTO DA GESTÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Dissertação apresentada à
Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Políticas Públicas em
Saúde. (linha de pesquisa de justiça
social).

Aprovado em 22.02.2021

BANCA EXAMINADORA



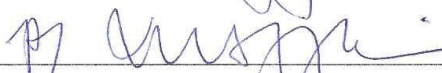
Armando Martinho Bardou Raggio – Orientador



Fernanda Maria Duarte Severo – Membro do Programa da Fiocruz Brasília



Jamila Zgiel Rodrigues Santos - Secretária de Estado de Saúde - Membro externo



Tatiana Oliveira Novais – Suplente/Fiocruz Brasília

Dedico este trabalho integralmente à parceira Juliana Garcia Pacheco, nossa incansável psicóloga, dedicada de mente e alma à saúde mental do Brasil. Sua contribuição nesse trabalho ficará registrada em cada palavra, cada afeto e troca de saber por ela partilhado. Obrigada por ter permitido a convivência em cada minuto de sua existência!

AGRADECIMENTOS

A meus pais e irmão que me fizeram pessoa, em especial minha Mãe que corrigiu, participou e se dedicou a cada parágrafo deste trabalho.

Ao marido Bruno, pela compreensão e parceria na vida. À Bruna e o Bernardo, meus filhos, pela inspiração e amor incondicional.

A minha tia Florianita pela convivência e o alimento cotidiano na minha formação profissional e pessoal.

Ao André Guerrero pela sabedoria, parceria e confiança.

Ao NUSMAD por me inspirar e permitir o melhor de mim a cada trabalho construído, a toda equipe em especial aos que construíram o projeto os participantes: gestores, trabalhadores, usuários e familiares dos CAPS.

Ao orientador Armando Raggio, que acreditou na ideia, dispondo-se a ser meu orientador neste trabalho, dedicando seu tempo em orientação.

A equipe INSP México em especial ao Victor Bencerril e a equipe OPAS/Washington pelos ensinamentos sobre a metodologia aplicada.

À Escola Fiocruz de Governo, especialmente os professores do Mestrado Profissional em Políticas e Serviços de Saúde pela competência no favorecimento da troca de conhecimento. Carinho todo especial à minha turma pela parceria e disponibilidade de troca de saberes.

A Natanielle Cardona representante da SES/DF que se dedicou a cada etapa do projeto com afeto e muita dedicação.

Àqueles que participaram da pesquisa, que compartilharam comigo a sua experiência e parte do seu tempo para debater no grupo focal.

RESUMO

Introdução: trata-se de um estudo descritivo circunscrito em ampla pesquisa qualitativa sobre as ações e estratégias de protagonismo desenvolvidas pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS do Distrito Federal - DF, nesse recorte pretende-se identificar aspectos do contexto da gestão na implementação do CAPS no DF. A metodologia deste estudo conta com dados primários a partir de um grupo focal, dados secundários de domínio público: relatórios e documentos oficiais. Tais dados foram organizados em categorias e investigados pela análise de conteúdo. Foi possível identificar elementos centrais do contexto da gestão no processo de implementação, descrever as barreiras e facilitadores, bem como os atores e instituições. Os resultados apontaram que, no campo da gestão embora haja documentos e esforços para garantir a implementação dos CAPS, executa de forma fragmentada. Barreiras devem ser superadas: não há um planejamento prévio articulado entre as pastas dentro da Secretaria Estadual de Saúde-SES, poucos insumos são garantidos no momento da abertura do serviço, boa parte dos serviços funcionam de maneira improvisada. No campo do cuidado, embora haja uma solicitação da comunidade, dos trabalhadores e usuários de outros serviços nos documentos observados, há uma baixa participação e mobilização popular no momento do planejamento. A relação democrática e técnica da SES/DF com atores intersetoriais foram identificadas como facilitadores. Conclui-se a urgente necessidade em adotar outras práticas de gestão. Não adotar apenas o parâmetro de cobertura ao planejar a implantação do CAPS, considerar por região incluindo as diversidades territoriais ali existentes.

PALAVRAS CHAVES: Saúde Mental. Serviços de Saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The present study intends to identify aspects on the context of the implementation of CAPS on the Federal District. It is a descriptive study circumscribed on the broader qualitative research about the protagonism strategies developed by CAPS on FD (Federal District), with the specific goal of describing the implementation context of the studied CAPS. For that, this study relies on primary data, focal group and secondary data from reports and public domain documents. The study organized the data into categories and investigated them through content analysis. The study allowed identifying the core elements of the implementation context, describing barriers and facilitators, as well as the actors and institutions. The results point that, on the management field although there are documents and efforts to ensure the implementation of the CAPS, such implementation occurs on a fragmented manner. Barriers should be overcome: there is no previous planning articulated amongst the folders within the SES/DF, few inputs are guaranteed when the service is opened and at the beginning of its activities, and besides that good part of the services work in an improvised way. On the field of care, although there are a community solicitation, from workers and users of other services on the observed documents, there is a low participation and popular mobilization at the moment of the planning. The democratic and technic relation of the SES/DF with actors from different sectors were identified as facilitators. The study concludes the urgent need for adopting other management practices. Not only adopt the parameter of coverture when planning the CAPS implementation, but also consider the geographical region including the territorial diversities existents in each place a CAPS is to be implemented.

KEYWORDS: Mental Health, Mental Health Services, Community Mental Health Centers, qualitative reserch.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: atribuições dos CAPS	18
Figura 02: Mapas de Cobertura de CAPS no Brasil.....	19
Figura 03: Regiões de Saúde do Distrito Federal	20
Figura 04: Quantidade de CAPS por Tipologia no Distrito Federal	22
Figura 05: Mapa de Localização de todos os CAPS no Distrito Federal	23
Figura 6: n° de CAPS por Região de Saúde	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Linha do Tempo de Implantação dos CAPS no DF	22
Tabela 2: compilado da projeção de CAPS do PDMS (2011-2019)	33

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DF	Distrito Federal
SES	Secretaria de Saúde
DISSAM	Diretoria de Serviços de Saúde Mental
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
ISM	Instituto de Saúde Mental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O território	19
1.2	Objetivos	25
1.2.1	Objetivo Geral	25
1.2.2	Objetivos Específicos	25
2	METODOLOGIA	25
2.1	Métodos	26
2.2	Análise Documental	28
2.3	Análise dos Dados	30
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.1	Barreiras identificadas	38
3.2	Facilitadores identificados	40
4	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO A	47

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A história da psiquiatria no mundo demandou uma reorientação das práticas de cuidado com a saúde mental, saindo da condição hospitalocêntrica e asilar para novas formas de cuidados comunitários. Os serviços de base comunitária promovem ganhos em autonomia, reintegração social, liberdade e satisfação dos usuários de saúde mental além de propiciar abordagens terapêuticas mais efetivas.¹

De tal modo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a Declaração de Caracas², atua no incentivo aos países para a construção de suas políticas nacionais de saúde mental de cuidado comunitário. O Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo: Nova Concepção, Nova Esperança (2001) aponta que, durante anos negligenciada, a saúde mental deve ser olhada por uma nova perspectiva, considerando que o bem-estar geral das pessoas é essencial para se ter saúde.³

Neste relatório, a OMS propõe ao mundo dez recomendações para iniciar a construção dessas novas políticas nacionais: proporcionar tratamento na atenção primária; garantir acesso aos psicotrópicos; garantir saúde e educação para a população, atenção e cuidado envolvendo as comunidades, famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislações nacionais; formar recursos humanos; criar vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade e dar apoio às pesquisas³.

Segundo o guia *Mental Health Policy, Plans and Programmes*⁴, publicado pela OMS, ter um conjunto de diretrizes explícitas para a saúde mental é uma ferramenta essencial para a coordenação dos serviços e das atividades relacionadas. Além disso, a implementação dessas medidas deve ter um impacto significativo sobre a saúde mental da população. Os resultados descritos na literatura incluem desde a melhoria na organização e na qualidade dos serviços até o aumento do compromisso dos usuários dos serviços e seus familiares, bem como a melhoria de diversos indicadores de saúde mental.⁴

Observando o cenário internacional, diante de todo conhecimento científico já produzido no campo da saúde mental global, do cuidado comunitário, cabe aos gestores, pesquisadores, trabalhadores, instituições de formação e movimentos sociais apoiar-se nesses consensos já descritos nos documentos e artigos científicos sobre o que é necessário fazer para fazer as mudanças nas políticas de saúde mental. Muitos países, embora tenham seus

documentos políticos, leis, planos de saúde mental, ainda desconhecem algumas barreiras de implementação. Isso trouxe um interesse da ciência de implementação de tentar entender quais são as barreiras que impedem que se tenha êxito na implementação da sua política.⁵

O Brasil, no seu caminhar histórico, segue as orientações da OMS no campo da Saúde Mental. Mesmo que os primeiros documentos e orientações técnicas oficiais da OMS sejam posteriores às experiências brasileiras, que, desde meados 1970, já vinham desenhando outras formas de cuidado, experienciando uma atenção comunitária descrita pela comunidade científica.¹

Essa construção no Brasil, chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem sido intensa e amplamente debatida, cheia de “idas e vindas”. Contemporânea do processo da reforma sanitária, da Constituição Federal de 1988 e da implantação e implementação do SUS, ganhou escopo por acompanhar as mudanças sociais propostas a época.⁶ Contudo, foi com a Lei 10.216/2001⁷ (conhecida como a lei Paulo Delgado, seu autor) que tal política se materializou. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira está ancorada em diretrizes e princípios éticos e fundantes para o cuidado comunitário internacionais e, ainda supera diariamente desafios frente às inovações e singularidades no cuidado.⁸

A PNSM coloca os serviços de base comunitária e a desinstitucionalização como eixo central e o cuidado estruturado e implantado considerando a Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial como fundamental.^{9 10 11 12 13}

O conceito de reabilitação psicossocial prevê um conjunto de procedimentos que visam aumentar as habilidades e diminuir as dificuldades frente ao exercício de cidadania. Logo, são intervenções que colocam o indivíduo em condições favoráveis nos espaços de negociações e nas oportunidades diante de sua vida.^{9 10}

Deve-se buscar o aumento da capacidade contratual nos eixos da moradia, relações sociais, trabalho, ou seja, tudo o que circunda a vida desse cidadão e os significados de tais eixos para ele.¹⁴

Já a Atenção Psicossocial é descrita como um paradigma transformador da reforma psiquiátrica. A proposta é inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico em liberdade, através do exercício da cidadania, com espaço de negociações de relações sociais ancoradas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade de modo que haja um espaço para o sujeito dito louco.¹⁵

O conceito de desinstitucionalização perpassa a lógica de saída das pessoas que moram em hospitais psiquiátricos bem como o fechamento dessas instituições. Essa ação, configura-se como um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções no que tange ao cuidado em liberdade.¹³

As experiências de cuidado em liberdade dos municípios de Santos, São Paulo, Campinas entre outros e apontaram que a atenção psicossocial se fez necessária e demandou a construção de serviços territorializados.¹⁶ Dessa forma, inúmeras experiências no país contribuíram para delinear um conjunto de ações mínimas de cuidado até se chegar ao formato do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em Santos, a afirmação da liberdade, ponto de partida da transformação do “Anchieta” e também da invenção das novas instituições no território, significou, na experiência do NAPS, projeto e textura: desafio cotidiano de produção de uma cultura de liberdade que gerava múltiplas inovações e conflitos. (...) Não obstante a relevância dessas inovações para o cuidar em instituições abertas, o que parece fundamental enfatizar é que o aprendizado da experiência do NAPS revelou que a afirmação da liberdade reafirma e implica novas formas de pensar, cuidar e interagir com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.¹⁷

A capital paulista, desde início de 1980, já reorganizava a forma de cuidado, incluindo ações na atenção básica, ambulatórios de saúde mental. Então, em 1987, foi inaugurado o CAPS Itapeva, serviço com formato semelhante aos dos dias atuais. Nessa época, tal serviço tinha uma estrutura de passagem, intermediária entre o hospital e a comunidade e era destinado ao atendimento dos usuários considerados psicóticos e neuróticos graves. Os usuários permaneceriam lá até apresentar condições clínicas estáveis para continuar o tratamento definitivo em ambulatórios.¹⁶

Campinas trilhou um caminho no redirecionamento do cuidado aliando-se ao modelo proposto pela OPAS, com o cuidado psicossocial na atenção primária, a partir da gestão da Secretaria de Saúde. Isso ocorreu mediante a participação decisiva das universidades PUCAMP e UNICAMP bem como a pressão dos movimentos sociais.¹⁸

Essa foi uma opção híbrida, pois manteve a rede de serviços municipais e, por meio de um convênio de cogestão, experimentou os serviços alternativos para a reforma psiquiátrica¹⁸

O processo de reforma psiquiátrica em Campinas iniciou ainda na década de 1970. Foi implantado, na cidade, um programa de Saúde Mental nas unidades básicas de saúde que ainda

permanecem em várias unidades, recicladas por gestões criativas que se sucederam. Em paralelo às experiências municipais, entre os anos 1975 e 1985, eventos, encontros científicos, reuniões dos trabalhadores como de Bauru e a vinda de personalidades contemporâneas como Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel contribuíram para a qualificação das práticas de cuidado em liberdade, em um processo de discussão e troca de experiências.¹⁶

Todavia, foi dentro das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) que se discutiu a forma como deveria ser o “modelo CAPS” enquanto serviço estratégico do cuidado na PNASM bem como todo seu escopo e implementação da política. A primeira CNSM é datada de 1987 e, nela, a necessidade de criação de centros de reabilitação para as pessoas com sofrimento mental grave esteve no debate central, além de propor outras práticas para o cuidado em liberdade.

Em 1992, ancorada pela Declaração de Caras, foi publicada a primeira Portaria do Ministério da Saúde, nº 189 (19 de novembro 1991), que se refere ao CAPS como um serviço de saúde mental comunitário e passa a financiá-lo. Com o debate aquecido e enriquecido, os trabalhadores, gestores, familiares e usuários já pautados por esses marcos legais produzem, na II CNSM, propostas de cuidado comunitário mais robustas. As discussões já tinham um conteúdo de qual o direcionamento, ampliando as práticas com atenção psicossocial.

O relatório final dessa CNSM descreve as qualificações, solicitações direcionadas para a melhoria desse serviço, reafirmando seu lugar estratégico no centro da PNASM. À época, questões permeavam o debate: como esse dispositivo deve ser inserido numa rede que comporte múltiplos equipamentos, sem perder sua função reguladora? Como desenvolver avaliações das estruturas e dos processos de atendimento dessas instituições sob o ponto de vista da eficiência e da eficácia e sob o ponto de vista da satisfação do usuário e do trabalhador? Que estratégias políticas, institucionais e organizacionais podemos criar para superar a situação problemática de superlotação, dificuldades de acesso para novos usuários, rotinização burocratizada e desmotivação das equipes, existente em alguns CAPS?

A III CNSM, em 2001, acompanhou o fortalecimento dos direitos das pessoas com sofrimento mental garantidos pela Lei Federal nº10.216/2001. Produziu um conteúdo denso sobre a efetivação da reforma psiquiátrica reafirmando o papel estratégico dos CAPS na atenção psicossocial. Além disso, consolidou elementos básicos de gestão e implantação

destes serviços, incluindo diferentes modalidades para públicos específicos como o infanto-juvenil e cuidado a usuários de álcool e drogas e descreveu minimamente um processo de trabalho e estabeleceu diretrizes de funcionamento.

Diante dessa Conferência, foi possível a publicação da portaria nº336 de 2002 pelo Ministério da Saúde, a qual se tornou o instrumento mais efetivo para a implementação dos CAPS no território nacional. Ela é conhecida como a “portaria dos CAPS” por discriminar as condições mínimas, equipes e ações que devem ser estabelecidas para ser um serviço CAPS embasado na III CNSM.

Aos CAPS, a IV CNSM, em 2010, atribuiu o desafio da intersetorialidade. Isso foi feito para sustentar o pressuposto do fortalecimento do protagonismo e a garantia dos direitos das pessoas com problemas mentais através da ampliação e articulação de uma rede de cuidado, com diferentes complexidades, auxiliadas por todo o arcabouço legal nacional. Assim, os CAPS, em suas ações cotidianas se estabelecem integrados em uma rede intersetorial.

É fato que, em cada conferência, nos anos subsequentes, o Ministério da Saúde conseguia publicar um conjunto de portarias que colocavam o CAPS e a RAPS em consonância com as diretrizes da PNSM. Nos últimos quarenta anos, os CAPS ganharam forma, escopo de atuação e produziram experiências inovadoras apoiados pela legislação vigente. Atualmente, os CAPS são considerados serviços responsáveis não só pela atenção psicossocial, mas também por uma mudança de paradigma social. São diariamente desafiados a promover avanço na vida cotidiana das pessoas com sofrimento psíquico para produzir sentido e construir um lugar social na vida dessas pessoas, através do exercício da cidadania, fortalecendo o protagonismo e a garantia de direitos.¹⁹

Em outras palavras, os CAPS são os ordenadores do cuidado em saúde mental em seu território e fundamentais na articulação dos serviços da RAPS. Visam apoiar a reorganização da vida social de seus usuários a partir do reconhecimento de seus direitos e do cuidado individualizado e comunitário.¹⁹ É um lugar de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social.¹⁵ Lugar para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade e possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica

desenvolver, a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de ações que contemplem distintas dimensões do existir.²⁰

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.¹⁵

De acordo com o manual dos CAPS, equipes multiprofissionais devem compor o serviço sob a ótica interdisciplinar nos atendimentos, em sua área territorial, tanto nos momentos de crise quanto no caso de reabilitação psicossocial. Devem priorizar atividades em espaços coletivos, incluindo assembleias. O cuidado deve ser desenvolvido a partir de um Projeto Terapêutico Singular, envolvendo equipe, usuário e família na sua construção.¹⁹

Os CAPS configuram-se como um dispositivo estratégico da PNSM, e tem a desinstitucionalização como desafio central:

(...) anos de história trouxeram muitas dúvidas e alguns importantes ensinamentos sobre o cuidado a ser desenvolvido para se alcançar este propósito. Dentre os ensinamentos destacaríamos um, fundamental para a discussão apresentada aqui: o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde. O modo “caps” de operar o cuidado, ou seja, essa outra lógica de atenção, não é algo abstrato, impalpável. Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a experiencia, no seu dia a dia, no seu cotidiano, inventar um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade. Esse serviço comunitário, para se tornar ferramenta da desinstitucionalização, necessitará de marcas muito específicas – é o que apresentamos aqui como pressuposto. O caminho percorrido já nos indicou que tais marcas, constitutivas do dia a dia, sustentam-se sobre um tripé – a rede, a clínica e o cotidiano do CAPS.²⁰

A figura abaixo descreve atribuições fundamentais para os CAPS:

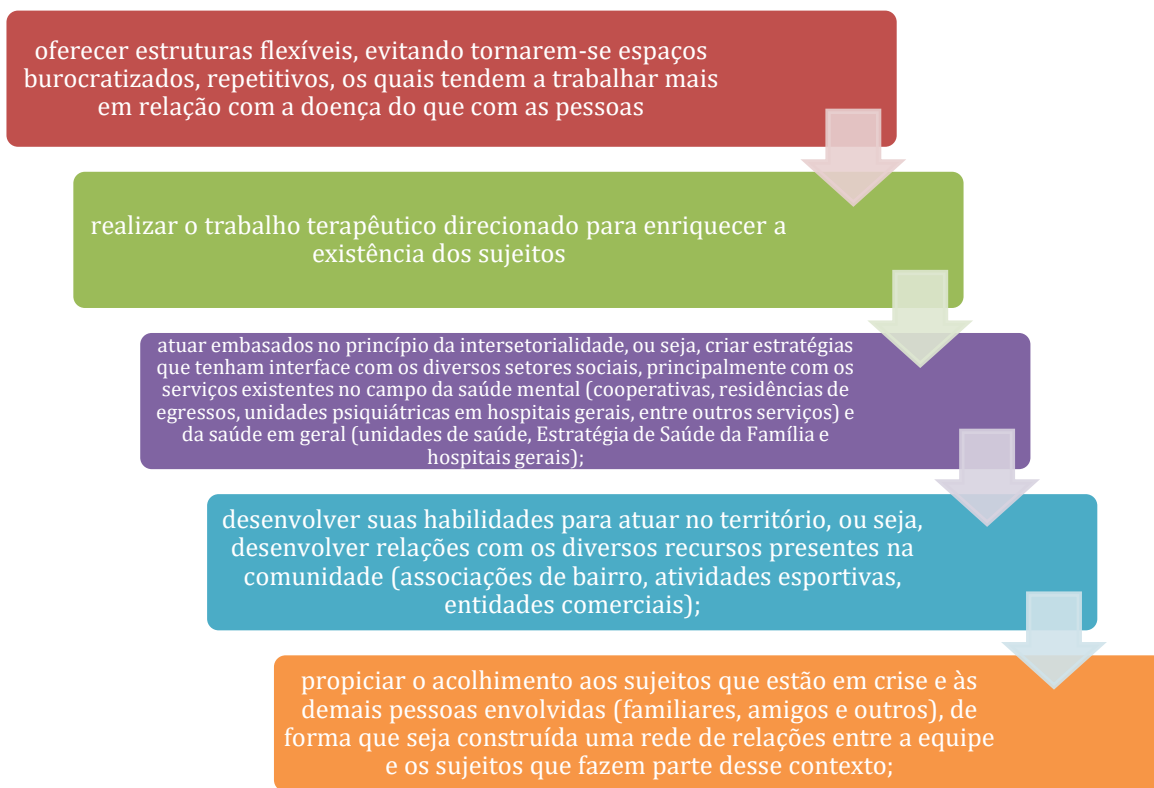


Figura 01: atribuições dos CAPS segundo Amarante (2008)

Essas atribuições de certa forma, constam em atos na portaria nº 854/2012, que descreve os procedimentos mínimos que qualquer CAPS pode realizar. A combinação entre eles caracteriza a atuação e qualidade do cuidado do serviço, também considerada um instrumento de registro de informação ao Ministério da Saúde.

Ainda sobre o CAPS, na rotina institucional, é preciso assegurar que o cotidiano do serviço não seja rígido a ponto de traduzir tudo o que o paciente vive ali e fora dali apenas como feixe de sintomas.²⁰ O cotidiano do CAPS precisa ser aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida, uma forma de existir e estar no mundo, obra construída a cada tempo de sua existência, por mais que pareça vazia de sentido. Não se pode perder de vista que a prática cotidiana institucional deve aos usuários da própria liberdade requer a transformação dos papéis cristalizados e das respostas pré-formadas bem como a busca por problematizar e contextualizar os significados de liberdade, autonomia, responsabilidade, risco, e produzir estratégias, vínculos e projetos que possibilitem coparticipação, reconhecimento dos saberes e dos recursos dos usuários e dos familiares,

fortalecimento de contratualidade, leitura conjunta das situações, ampliação da compreensão das possibilidades de escolha, e potencialização do protagonismo e do poder de decisão.²¹

Fortalecido pelas portarias do Ministério da Saúde, principalmente pela nº 336/02, e uma comprometida expansão e implantação dos CAPS pelos gestores locais, em suas diferentes modalidades (I, II, III, infantil, álcool e drogas), vemos, na ilustração abaixo, o processo de implantação dos CAPS no país entre os anos de 2002 e 2014, demonstrando-se a consolidação efetiva do serviço.

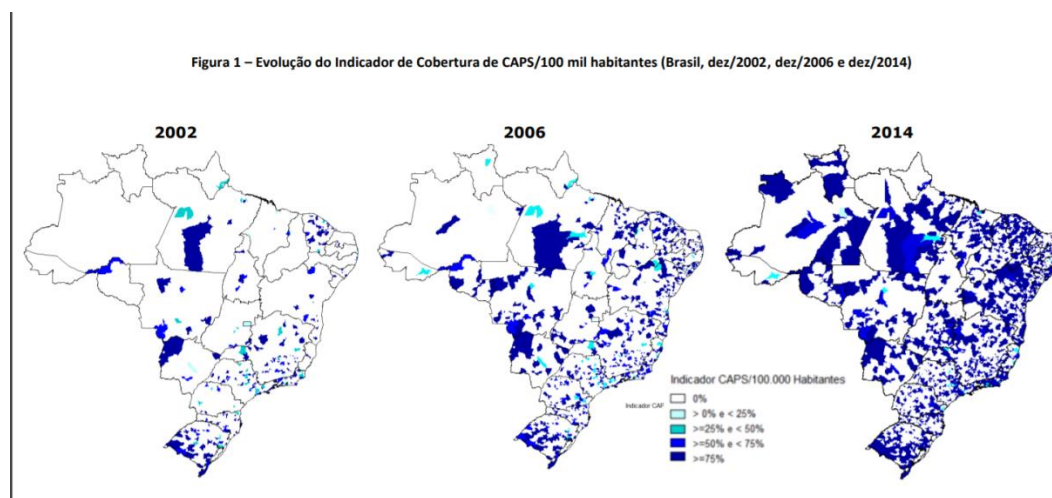


Figura 2: Mapas de Cobertura de CAPS no Brasil

Fonte: Ministério da Saúde - Saúde mental em dados

Vale destacar que não basta implantar um CAPS no sentido de abrir o serviço. É fundamental apoiar que sua equipe de trabalhadores, junto a sua comunidade, constitua as práticas de cuidado em atenção psicossocial cotidianamente. As especificidades do cuidado e diferentes arranjos clínicos são necessários e, conforme a demanda de cada usuário, vão se aprimorando.²²

1.1 O Território

O Distrito Federal (DF), com uma população estimada de pouco mais que três milhões de habitantes, tem seus territórios bem adversos, principalmente quanto a implantação do SUS. Assume atribuições de um Estado e de um município que definem e coordenam as

políticas de saúde em um pequeno território com inúmeras diferenças. Atualmente, seu território está dividido em regiões de saúde e, desde o início da planificação em 2018, cada região de saúde assume maiores responsabilidades.

A figura abaixo descreve a composição de cada território de Região de Saúde do DF:



Figura 3 – Regiões de Saúde do Distrito Federal

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Cada Região de Saúde tem suas próprias características demográficas, socioculturais, econômicas, redes e equipamentos de saúde. Algumas foram agrupadas com comunidades de modos de vida e arranjos habitacionais tão distintas que não permitem certos níveis de cuidado integrado entre seus territórios. Isso significa que no contexto da saúde mental, demandas e necessidades dos usuários serão obviamente diferentes.

Essa divisão em regiões de saúde se cruza com a das regiões administrativas, mas não tem sua composição e agrupamento da mesma forma. As regiões administrativas estão

intimamente relacionadas no contexto da gestão e as de saúde a equipamentos e condições de saúde dos territórios. Vale destacar que o modelo de gestão adotado pela Secretaria de saúde no DF, descrito no seu relatório de gestão se propõe a ser mais democrático, descentralizado e regionalizado, com atuação e participação dos conselhos e sociedade civil organizada nas tomadas de decisão.

O DF, em 1995, aprovou a Lei Distrital nº 975/1995, que fixa diretrizes de atenção à saúde mental pelo redirecionamento do cuidado e implantação de serviços substitutivos.²³ Mas só em meados dos anos 2000, inicia seu processo de reforma psiquiátrica e implanta os primeiros CAPS. A criação e ampliação de uma rede substitutiva no Distrito Federal, com uma rede territorial e descentralizada, acontecem de forma tardia e lenta, composta basicamente por CAPS.²⁴

Em 2002, o local do primeiro serviço do Distrito Federal, que foi habilitado como CAPS I, tem sua história relacionada à da República do Brasil, uma vez que já foi a Casa do Presidente. Hoje, reconhecido pelo Ministério da Saúde, o espaço todo abarca o Instituto de Saúde Mental (ISM), localizado no Riacho Fundo. Atualmente se realizam inúmeras atividades nas suas complexidades, entre elas um CAPS I. Já o CAPS infanto-juvenil do Plano Piloto foi um dos primeiros serviços a serem reconhecidos como CAPS pelo Ministério da Saúde nessa modalidade no País.

Embora haja inovações no cuidado, investimentos claros na promoção de protagonismo e emancipação dos usuários são experimentados pelos serviços. A demanda de novos CAPS, dificuldades de articulação entre serviços da rede e os CAPS, a diversidade de nível escolar dos usuários, a baixa participação social nos processos de avaliação e qualificação dos serviços, o baixo empoderamento de usuários e familiares, além da baixa autonomia da comunidade no controle das políticas de saúde são algumas das barreiras identificadas no contexto do DF.²⁴

Vale ressaltar que, no DF, a implantação dos CAPS não parece ser de forma bem planejada e organizada de acordo com as demandas reais de cada território. Fatores micro e macroestruturais tornam-se obstáculos para a implementação da reforma psiquiátrica brasileira no Distrito federal, conseqüentemente para a implementação dos CAPS no DF.²⁵ Segue abaixo informações do funcionamento dos CAPS de todas as modalidades.

QTD	Ano de funcionamento SES-DF	Ano de habilitação no MS	PT de Habilitação	SERVIÇO/CAPS
01	2002	2002	PT GM N° 210319/11/2002	ISM
02	2002	2002	PT SAS N° 855 04/11/2002	CAPSINFANTO JUVENIL PLANO PILOTO
03	2003	2005	PT SAS N° 23606/05/2005	CAPS AD II GUARA
04	2006	2008	PT SAS N° 129 03/03/2008	CAPS II PARANOÁ
05	2007	2008	PT SAS N° 129 03/03/2008	CAPS AD II SOBRADINHO
06	2007	2008	PT SAS N° 129 03/03/2008	CAPS II DE TAGUATINGA
07	2010	2012	PT SAS N° 797 13/08/2012	CAPS III SAMAMBAIA*
08	2010	2014	PT SAS N°85 07/02/2014	CAPS AD III CEILÂNDIA
09	2012	2013	PT SAS N° 227 01/03/2013	CAPS AD FLOR DE LOTUS
10	2012	2013	PT SAS N° 62010/06/2013	CAPS AD ITAPOA
11	2013	2013	PT SAS N° 1378 10/12/2013	CAPS AD III SAMAMBAIA
12	2013	2013	PT SAS 121704/11/2013	CAPS INFANTO JUVENIL TAGUATINGA **
13	2013	2016	PT SAS ° 2516 28/12/2016	CAPS AD III CANDANGO
14	2014	2016	PT SAS N° 2620 29/12/2016	CAPS INFANTO JUVENIL SOBRADINHO
15	2010	*		CAPS II DE PLANALTINA
16	2013	*		CAPS II BSB
17	2015	*		CAPS INFANTO JUVENIL RECANTO DAS EMAS
18	2018	*		CAPS BRAZLANDIA
Fonte: SES/DF e CNES 2019				* Habilitação de CAPS II ** Habilitação de CAPS ad III

Tabela 1: Informações Cronológicas de Implantação dos CAPS no DF

Hoje, no DF, existem dezoito CAPS em funcionamento conforme a tabela acima apresenta, em suas diferentes tipologias. O CAPS II e AD são tipologias em maior quantidade. No entanto isso ainda não é uma cobertura adequada frente ao porte populacional, seguindo os parâmetros de cobertura do Ministério da Saúde. Para um território com alta densidade populacional como o DF, o ideal seria ter todos na modalidade 24 horas por exemplo.

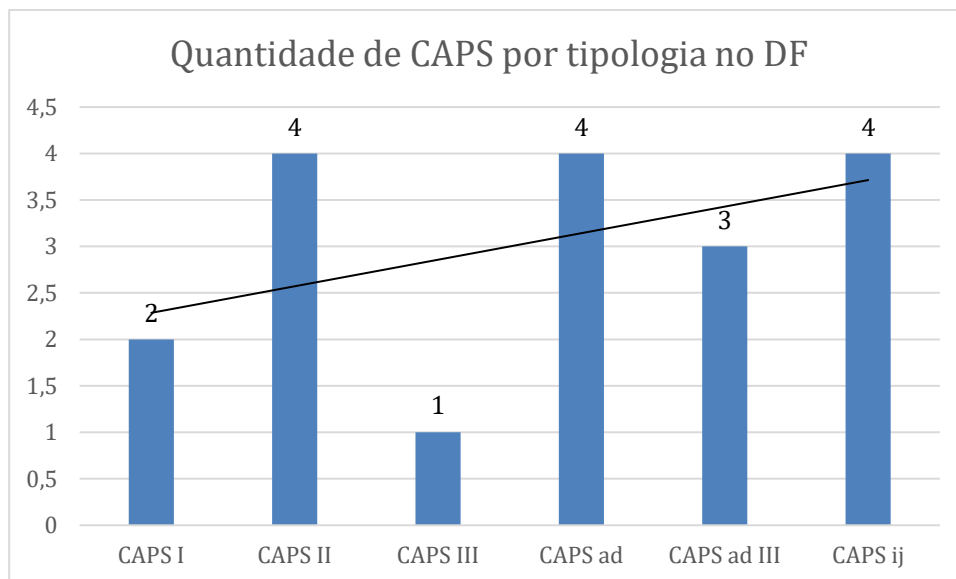


Figura 4: Quantidade de CAPS por Tipologia no Distrito Federal

A figura acima apresenta a quantidade de CAPS por tipologia, chama atenção a existência de apenas um CAPS na modalidade III bem como ainda existirem CAPS na modalidade I (serviços mais simples para municípios de pequeno porte).

O mapa abaixo fixa, em cada endereço, a localidade das diferentes CAPS e permite uma rápida visualização de vazios assistenciais pela falta de serviço bem como a concentração dos serviços em alguns locais. Embora no mapa não permita compreender de qual tipologia é cada um deles, deve-se considerar que só um serviço na região não atende a todas as demandas. Se considerar que só um serviço na região não atende a todas as demandas.

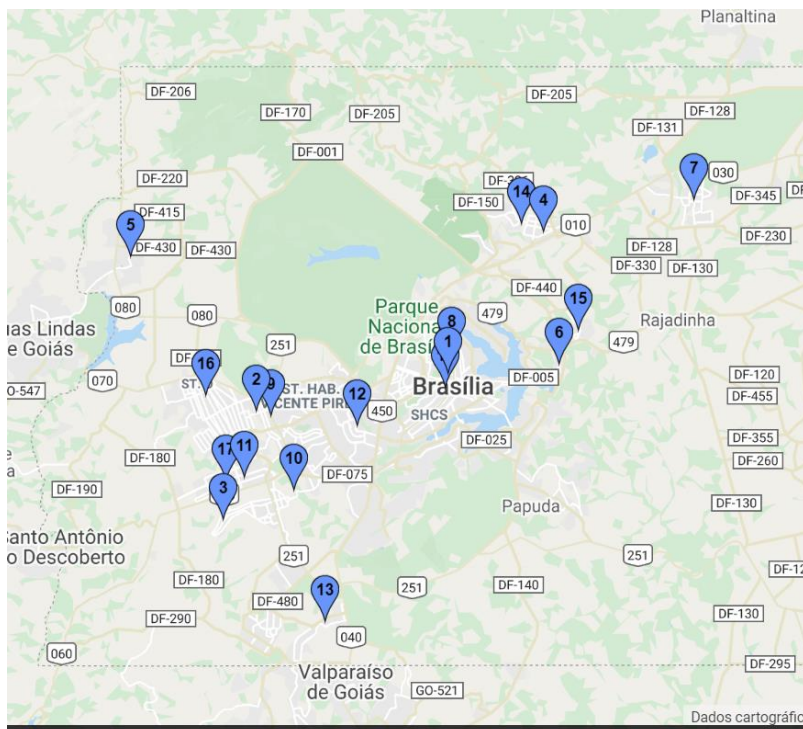


Figura 5: Mapa de Localização de todos os CAPS no Distrito Federal

A figura abaixo mostra a distribuição dos CAPS nas atuais regionais de saúde. Aponta claramente uma distribuição irregular, com o mesmo número de serviços em regiões tão diferentes. Deve-se compreender que a distribuição por região de saúde deveria acompanhar as características loco regionais, por exemplo, a região Oeste possui apenas dois CAPS quanto a região Sudoeste cinco, no entanto a região Oeste tem maior densidade populacional. A ausência de serviço em determinada região ainda sobrecarrega as outras.

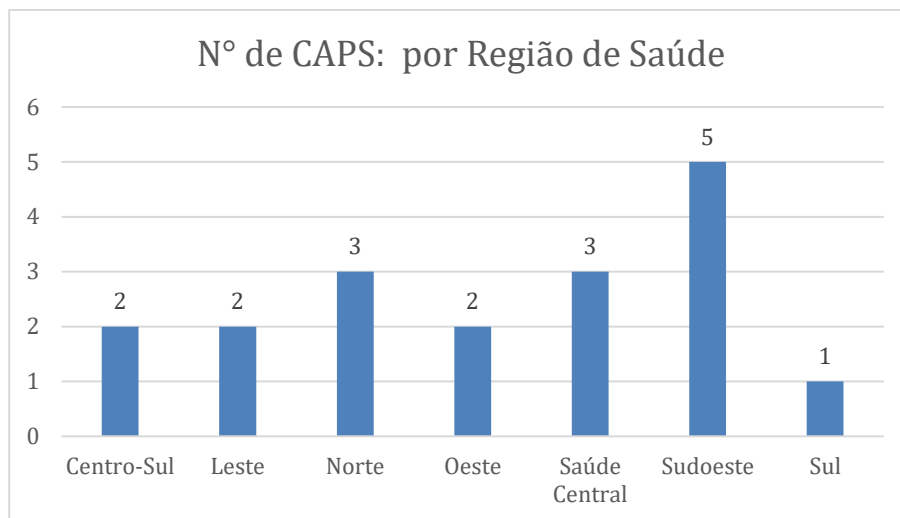


Figura 6: nº de CAPS por Região de Saúde

Observando o contexto atual da atenção em saúde mental, há um cenário em que se busca adaptar às novas demandas, lutando ainda para modificar o modelo de tratamento. Os últimos vinte anos são caracterizados por uma reorientação das práticas de cuidado e implantação de uma rede de base comunitária. Isso está associado à realocação do recurso, formação profissional, valorização da produção de conhecimento e avaliações da PNSM.²⁶

Em contrapartida, estudos mais amplos já realizados no Distrito Federal apontaram barreiras dentro de contextos microconjunturais e macroconjunturais da implementação da reforma psiquiátrica em geral, incluindo questões como insuficiência de materiais e recursos humanos, manutenção de práticas centradas no hospital, entre outras.²⁵

Visando contribuir com as discussões do assunto tratado, este trabalho procura descrever o contexto de implementação dos CAPS no DF de forma a produzir conhecimento sobre os contextos que favoreceram e/ou criaram barreiras para a implementação dos CAPS nas suas diferentes modalidades.

1.1 Objetivo geral

Descrever o contexto da implementação dos CAPS no Distrito Federal.

1.2 Objetivos específicos

Identificar as barreiras do processo de implantação dos CAPS no DF dentro da gestão.

Apontar as semelhanças e diferenças entre a implantação e a implementação dos CAPS.

2. METODOLOGIA

Este trabalho está circunscrito em uma grande pesquisa realizada nos CAPS do DF pelo Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da Fiocruz/Brasília. O objetivo foi levantar as principais barreiras e facilitadores para a implementação de ações e estratégias de fortalecimento do protagonismo dos usuários e da garantia dos seus direitos, desenvolvidas em dois CAPS voltados ao cuidado de adultos com sofrimento mental grave. Vale ressaltar que o estudo está inserido em uma iniciativa da **Organização Pan-americana de Saúde - OPAS/OMS** e *Alliance for Health Policy and Systems Research - AHPSR*, chamada *Improving Program Implementation through Embedded Research-iPIER*.

Essa chamada da OPAS convida os projetos a se desenvolverem dentro do escopo de *embedded research*, visando abordar fatores específicos de contextos locais e favorecer impactos positivos para a saúde da população. Assim, apoia pesquisas de implementação com a participação dos gestores/tomadores de decisão desde o desenho até a execução do estudo e seus desdobramentos, para que, em conjunto com os pesquisadores, consigam dar respostas viáveis para qualificar as políticas de saúde.²⁷

As pesquisas de implementação são focadas no estudo para informar e subsidiar as decisões sobre políticas, programas e práticas de saúde pública. Esses estudos visam entender os diferentes contextos em que as implementações ocorrem, analisar seus êxitos e desafios, como e por que a implementação é desenvolvida e os fatores que afetam os resultados, propondo possíveis soluções sustentáveis que possam ser replicadas. A implementação deve ser feita dentro das condições do mundo real, em vez de se tentar identificar as barreiras, as condições e propor efeitos que possam superá-las. Isso, significa trabalhar com populações que serão ou são afetadas por uma intervenção no contexto da saúde pública.²⁸

Esse tipo de pesquisa preocupa-se especialmente com os usuários/participantes da investigação, e não puramente com a produção de conhecimento. Esses usuários são atores diretamente relacionados à intervenção estudada. São representados por gerentes e equipes, tomadores de decisão, formuladores de políticas, profissionais que usam a política ou comunidades que se interessam pela melhoria da política pública.^{27 28 29} Uma implicação importante é que esses atores devem estar envolvidos ativamente nas fases de identificação,

elaboração e condução da pesquisa, e não apenas ser alvos para a disseminação dos resultados do estudo.²⁹

Na Saúde Mental globalmente há consensos para alcançar as mudanças. Os sistemas de saúde mental já foram descritos nos documentos publicados pela OMS, como artigos científicos e outros registros relevantes. Contudo, propor e organizar as ações e estratégias em um plano (ou documento similar) e superar as barreiras que foram identificadas cabe aos micros contextos, como o DF.

O contexto desempenha um papel central na pesquisa de implementação. O contexto pode incluir o ambiente social, cultural, econômico, político, jurídico e físico, bem como o ambiente institucional, compreendendo várias partes interessadas e suas interações, e as condições demográficas e epidemiológicas. A estrutura dos sistemas de saúde (por exemplo, os papéis desempenhados por governos, organizações não governamentais, outros provedores privados e cidadãos) é particularmente importante para a implementação da pesquisa em saúde.²⁸

É propósito deste trabalho aprofundar no contexto de gestão. Por isso, fontes primárias e secundárias de dados foram observadas. Realizou-se um grupo focal com diferentes atores, representantes de instituições e/ou coletivos inseridos no contexto da implantação e implementação dos CAPS no DF. Os dados secundários estudados foram os Planos Diretores de Saúde Mental PDSM, de 2011-2019, elaborados pela Diretoria de Saúde Mental da SES-DF, o Relatório da Auditoria Operacional da RAPS/SES do Tribunal de Contas do DF e, por fim, os relatórios elaborados pelo Movimento Social Pró-saúde Mental do DF.

2.1. MÉTODOS

Grupo Focal - GF

Os grupos focais têm sido empregados com outros métodos de pesquisa, pois permitem análises das declarações e relatos sobre experiências e eventos associados ao contexto interacional em que são produzidos. Têm-se expandido em pesquisas na área das ciências sociais, saúde e educação, sendo requisitados como instrumentos de avaliação de programas de saúde e diagnóstico educativo.^{30 31 32 33}

O GF é uma técnica que se propõe a reunir poucas pessoas para debater sobre determinado tema. No grupo feito nesse estudo o tema central da conversa levantar informações sobre como ocorreu o processo de implantação dos CAPS no DF. Os comentários

feitos no grupo focal são dependentes do contexto e da dinâmica estabelecida pelos participantes do grupo a ser escolhido. Os integrantes possuem a capacidade de trazer à tona reflexões e preocupações consideradas importantes para as pessoas envolvidas no grupo, não tendo como centro somente a discussão de questões relevantes para os pesquisadores.³³

O uso do GF atende invariavelmente ao objetivo de apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação. É prevista a necessidade de um animador, que deve provocar, iniciando e mantendo a discussão *acalorada*.³¹ Ainda, é fundamental encorajar os participantes a se posicionar e descrever como é desenhada sua realidade. O animador deve coordenar o processo visando à qualificação das discussões.^{31 32}

Essa técnica trouxe dados relevantes e qualificados e, por si só, possibilita ao pesquisador ter simultaneamente diferentes informações a partir de contextos distintos, consensos, divergências. Permite ao sujeito compreender que cada opinião remete a um recorte contextualizado do fenômeno estudado mediante as vivências de cada participante.³³

Neste estudo, o grupo focal foi constituído por informantes-chave (profissionais de CAPS, gestores dos serviços, usuários, acadêmicos, gestores da DISSAM, entre outros perfis) incluindo os diferentes contextos participativos, atuações e envolvimento sociopolítico com a implantação dos CAPS. Realizou-se em 2018 o encontro com duração de aproximadamente duas horas nas dependências da Fiocruz Brasília. A sala escolhida foi considerada adequada para a aplicação da técnica e o conforto necessário para os participantes. Uma pessoa conduziu o grupo a partir de roteiro prévio, um mediador e dois observadores anotaram a sequência das falas, assegurado todos os processos éticos.

O objetivo foi remontar a história da implantação da rede substitutiva no DF a partir de diferentes pontos de vista e experiências, a partir de um roteiro que contemplou os quatro pontos abaixo:

- 1- Remontar a história.
- 2- Relatar como acontecia a Atenção em Saúde Mental no DF antes da implementação da RAPS.
- 3- Descrever o contexto da reforma psiquiátrica brasileira, o processo histórico de construção, surgimento e implementação dos CAPS no DF.
- 4- Levantar barreiras e facilidades no processo de implementação dos CAPS no DF.

De forma geral, o grupo debateu o processo histórico da implantação dos CAPS, alguns com maior riqueza de detalhes, outros com falas pouco esclarecedoras. O conteúdo das

falas apresenta-se com forte componente histórico-político, contextualizando o cenário macropolítico a qual se inseria a implantação do CAPS em questão. Todos os participantes tiveram suas colaborações e mensagens observadas.

2.2 ANALISE DOCUMENTAL

Os documentos analisados estão intimamente ligados aos processos de implantação dos CAPS no DF, foram selecionados em uma busca nos repositórios institucionais, publicados oficialmente pela SES/DF, pelos órgãos da justiça e movimento social.

Plano Diretor em Saúde Mental – PDSM

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, desde 2010, trabalha com diferentes instrumentos de gestão em saúde, um deles são os planos diretores em saúde – instrumentos de planejamento que se configuram como base para implantação, implementação e monitoramento das políticas de saúde, seguindo as diretrizes da Conferência Nacional e da Distrital de saúde.

A Diretoria de Serviços de Saúde Mental (Dissam) elabora seus Planos Diretores em Saúde Mental (PDSM) numa perspectiva de apresentar um diagnóstico situacional da rede de cuidado e a projeção de expansão sob a necessidade da população. Apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de até quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas.

O PDSM deve ser um instrumento de gestão para a definição e implementação da política de saúde mental no DF. Devem-se observar a Lei nº 10.2016/2001 e a Lei Distrital nº 975/1995 e as portarias ministeriais que regulam a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, principalmente a portaria de consolidação nº 03/2017 (Anexo V) para composição dos instrumentos adotados pela gestão distrital. Os dois últimos planos publicados apresentam algumas das barreiras e contextos diversos na implantação dos CAPS já existentes e dos novos a serem instalados. Ambos consideram as legislações vigentes sobre os CAPS, mas adotam apenas o parâmetro de cobertura populacional para justificar a criação do serviço.

O PDSM de 2011 a 2015³⁴ tem caráter mais descritivo, incluindo uma metodologia mais participativa e problematizadora. Oficinas de elaboração com técnicos dos serviços e

regionais de saúde foram adotadas. A projeção de CAPS em todas as regionais de Saúde estimava cerca de 46 serviços distribuídos em todas as suas modalidades bem como regionais de saúde. Inclui-se um cronograma em fases para a implementação. Há dados substanciais sobre a situação da RAPS e sua projeção proposta, como distribuição de recursos humanos, estimativa de custo, fontes de financiamento, entre outros dados técnicos.

O PDSM de 2017 a 2019³⁵ apresenta-se como um documento técnico elaborado apenas pela equipe da DISSAM após reuniões de planejamento. Apenas cinco novos CAPS estão previstos, sem detalhar o motivo de tal escolha, e adequações para habilitações junto ao Ministério da Saúde dos já existentes.

Tal documento representa a síntese de um processo de discussão que definiram as prioridades de estruturação e organização da RAPS no DF. Além disso, são expostos principais problemas e desafios no âmbito da saúde pública para implementar serviços de qualidade de saúde mental no DF. Destarte, foram sistematizadas ações e metas factíveis e exequíveis, as quais a SES/DF, representada pela DISSAM, se compromete até 2019.³⁵

Embora o propósito da Secretaria de Saúde do DF, ao fazer os planos diretores em saúde mental, seja reger a política de saúde mental no seu território, definindo as diretrizes estratégicas operacionais para o seu contexto, ambos possuem características distintas e boa parte do conteúdo de tais planos pouco saiu do papel.

Relatório do TC-DF de Auditoria Operacional dos Serviços da RAPS da SES/DF.

O processo da auditoria foi realizado no ano de 2014 e possui forte característica avaliativa que produziu uma sentença final proferida por um Juiz. Teve o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços da RAPS do DF. Os trabalhos desenvolvidos resultaram nos seguintes achados: reduzida implementação e desatualização do Plano Diretor de Saúde Mental do DF; baixa destinação de recursos para operacionalização das unidades de Saúde Mental; inadequada organização institucional; inadequada circulação de pacientes e informações; insuficiência no quantitativo de unidades voltadas para o atendimento; inadequação das unidades para o pleno atendimento; manutenção e conservação precárias; deficiências na gestão de pessoas; baixa implementação de programas de reinserção social e custeio centralizado das oficinas terapêuticas.³⁶

O relatório em si descreve todo o processo da auditoria, a metodologia adotada, os principais achados, inclui documentos considerados, a sentença final e alguns anexos. O Anexo 1 propõe um modelo de plano de ação a ser construído para revisar o Plano Diretor de Saúde Mental dos anos seguintes, para iniciar melhorias da qualidade de implementação dos novos serviços. Tal instrumento, foi elaborado, segundo o relatório, considerando todos os achados da auditoria nas estruturas: medidas a serem adotadas para cumprimento das proposições (Ações), data prevista para a implementação e setor responsável. Vale destacar que o Plano Diretor dos anos seguintes não considera nenhuma cláusula da sentença nem apresenta o Plano de Ação realizado, muito menos o instrumento proposto citado acima.

Relatório Movimento Pró Saúde Mental

O documento foi elaborado pelo Movimento Pró Saúde Mental do DF³⁷ com apoio da Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa. É resultado das reflexões feitas pelos dois coletivos separadamente e das visitas aos serviços da rede e oitivas dos trabalhadores. Após um grande encontro, juntaram essas reflexões, fato que gerou a elaboração desse documento. O relatório foi elaborado em 2013 e se propôs a responder à pergunta: como se encontra a Saúde Mental na capital do país?

Seu conteúdo aborda amplas questões de diretrizes e princípios da reforma psiquiátrica no DF. Por exemplo, a questão do cuidado, ainda muito centrado no Hospital psiquiátrico São Vicente, é colocada como sintoma da insuficiência do respaldo institucional do governo e autoridades públicas.³⁷

O relatório apresenta a composição da RAPS no DF, seus componentes em todos os níveis de atenção. Sobre os CAPS descreve por região de saúde os existentes e faz uma projeção do que falta, colocando sua proposta como viável de expansão dos CAPS se for articulada aos já existentes nas regiões de saúde.

Ele também aponta a importância de considerar a área de abrangência de cada CAPS devido às implicações na qualidade do cuidado proposto pela Atenção Psicossocial para pensar a ampliação da rede, principalmente do número de CAPS. Entre outras questões colocadas nesse relatório, apontam-se duas propostas de criação de CAPS na modalidade III, as quais seriam a ampliação do CAPS II de Samambaia e do ISM para funcionamento 24 horas.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Análise de Conteúdo

A análise temática de conteúdo utiliza o tema como conceito central, procurando desvendar “núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido”.³⁸

Dessa maneira, seguimos os passos propostos pelos autores, que envolvem: a) leitura compreensiva e aprofundada do material, elaborando perguntas que servirão de base para a análise dos dados; b) exploração do material, com a distribuição de trechos e construção de núcleos temáticos, bem como análise e construção de sentido para cada um dos núcleos e c) síntese interpretativa, realizando o diálogo dos dados encontrados com os pressupostos teóricos e objetivos da pesquisa.^{39 40 41}

Neste estudo, diante das diferentes fontes de dados a análise de conteúdo se faz necessária, por identificar “sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado”³⁹. De tal modo, superar tanto o nível do senso comum quanto o subjetivismo da interpretação para alcançar uma vigilância crítica sobre as mensagens evidenciadas nos documentos, textos, entrevistas e observações.^{40 41}

Essencialmente, a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.³⁸

Considerando que o ponto inicial da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal ou gestual, documental ou outras em todas as fontes de dados realizou-se a análise de conteúdo. Isso quer dizer que se considerarem diferentes contextos articulados com seus produtores, isto é, as diferentes fontes, mas igualmente importantes que envolvem o processo de implantação e implementação dos CAPS.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Implementar um serviço de saúde demanda inúmeras ações: articulações, planejamento, financiamento, organização no território, recursos humanos, equipamentos e

legislação são essenciais para a OMS.⁴ Isso significa que há a necessidade de estratégias e ações mínimas anteriores ao início das atividades do serviço, inclusive fazer o planejamento para a criação de tal serviço.

No contexto da saúde mental, isso se agrava por ainda estar associado a fatores como o estigma, preconceito, falta de informação, ausência de formação e de qualificação profissional para o cuidado comunitário, a invisibilidade e desempoderamento, interesses financeiros de grupos influentes e outros fatores.²⁵ Então implementar um CAPS torna-se algo impossível? Por que se planeja, mas não se consegue implementar? Fatores macro e microconjurais são explicativos?

No Distrito Federal, há uma resistência generalizada em forma de argumentos focados nas dificuldades políticas e em explicações conformistas. Impedem, assim, que a reforma psiquiátrica, a implementação de CAPS nas suas potências e novos serviços avancem.²⁵ Mesmo os CAPS existentes encontram muitas dificuldades de atuar nas suas potências devido à sobrecarga pela falta de outros CAPS.²⁴

De fato, seria necessário compreender o que é o CAPS, nas suas inúmeras possibilidades, sua essência de promover a atenção psicossocial, para saber como planejar a inserção de um novo serviço bem como a qualificação dos existentes. Uma vez que os CAPS são dispositivos estratégicos que superam o modelo asilar, assumem centralidade do cuidado no lugar que podem ocupar, realizando a coprodução de percursos de vida em que promovam, sustentem e viabilizem a praticada afirmação da liberdade²¹

Dessa forma, são construídas as possibilidades de validação das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, o compartilhamento da criação de novos contextos de trocas sociais, enfrentamento conjunto da complexidade dos processos relacionais, institucionais e sociais para se propiciar o efetivo “acesso e exercício de direitos”²¹

Uma simples consulta, a Tabela 1: Linha do Tempo de Implantação dos CAPS no DF, já apresentada nas considerações iniciais, permite perceber que o DF, amparado pela Lei distrital nº 975/1995, já avançou no desafio de transformar o cuidado em saúde mental, considerando estratégico o cuidado comunitário através dos CAPS, substituindo gradualmente o cuidado centrado no hospital. Porém, considerando o mapa de localização, é possível visualizar que ainda faltam muito serviços para cobrir as regiões de saúde.

Essa mesma tabela indica que boa parte dos CAPS foram implantados e levaram mais de um ano para ser habilitado pelo Ministério da Saúde, tempo superior ao previsto na portaria 189/2002 de seis meses. Isso posto, deve-se considerar como atividade central da gestão o planejamento factível da implementação de serviço bem como a projeção dos CAPS no DF.

Isso significa que inúmeras barreiras e facilitadores estão associados ao contexto da implementação dos CAPS no DF. Contudo, para recorte deste estudo, discutiremos apenas a forma que foi feita a projeção e planejamento de implantação dos novos CAPS, mas observando os processos estabelecidos na implementação dos já existentes. Mas o que é possível fazer para superar as barreiras de gestão desinvestimento e invisibilidade da saúde mental dentro da própria Secretaria de Saúde?

CONTEXTO DA GESTÃO

É notório que, a gestão tem papel fundamental para as políticas públicas, no âmbito da saúde mental, devido à implementação de uma nova forma de cuidado pautada na atenção psicossocial e na desinstitucionalização.^{9 11}

No DF, a DISSAM assume a tarefa de fazer a gestão da Política Nacional de Saúde Mental no seu território. No regimento interno da SES/DF, publicado em dezembro de 2018, o artigo nº138 descreve 21 atribuições à DISSAM e sequencialmente os três próximos artigos descrevem as atribuições das gerências organizacionais: Art. 139. À Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental – GENASAM; Art. 140. À Gerência de Serviços de Psicologia – GPSI e Art. 141. À Gerência de Serviços de Saúde Mental – GESSAM.⁴²

Artº 138. À Diretoria de Serviços de Saúde Mental - DISSAM, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada à Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços, compete: I - formular e promover o Plano Diretor de Saúde Mental em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal; II - coordenar a implementação do Plano Diretor de Saúde Mental a partir de uma rede articulada e integrada; III - promover e apoiar a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Distrito Federal; IV - formular e promover diretrizes e normas para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal.⁴²

Em pesquisas já realizadas com gestores da saúde mental que já passaram pela Secretaria, o planejamento foi considerado a principal atividade desenvolvidas por eles,

seguido pela manutenção dos CAPS, ⁵ colocando-se atividade do planejamento sobreposta a implantação e implementação dos CAPS e apontando para a dificuldade dos gestores em executar seus planejamentos. Contudo, a inviabilidade de execução também está relacionada a pouca autonomia interna na secretaria inclusive pela pouca articulação política.

Os principais resultados nesse estudo, apontaram para uma instabilidade nas tarefas desempenhadas pela gestão em todas as suas atividades. Os contextos de implementação, registrados nos documentos analisador e a discussão do grupo focal, apresentam características diversas em cada território, porém foram feitas poucas intervenções da gestão para mudar os rumos e poucas ações desenvolvidas para qualificar os serviços.

Nos documentos de planejamento, percebe-se que não se implementou boa parte do planejamento descrito nos dois PDSM (2011-2019). Houve claramente uma fragilidade na gestão dentro da própria Secretaria de Saúde a qual não apresenta nenhum diálogo e trânsito político entre as pastas e regiões de saúde, uma vez que elabora documentos com o que planeja e ela mesma não executa sequer 10 %.

Os dados observados nas fontes adotadas preveem processos de implantação dos CAPS de formas distintas, as quais colocam inúmeras barreiras que a gestão precisa superar: iniciando pela real necessidade de cada território, uma vez que esses territórios possuem características diferentes, sendo fundamental considerar a localização e inserção na comunidade, estrutura e espaço físico, recursos humanos, orçamento e outras questões para implantar um novo CAPS tarefas básicas no contexto da gestão.

As tabelas abaixo apresentam, por região de Saúde, um compilado da projeção dos CAPS no DF que foram planejado nos documentos estudados.

- **Região de Saúde Central:**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitante	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta dos PDSM
Região de Saúde Central	Brasília	1 CAPS II	1 CAPS II	1 CAPS II		
		1 CAPS i	1 CAPS i - COMPP	1 CAPS i	*	*
		1 CAPS ad	1 CAPS ad (III)	1 CAPS ad		

Lago Sul	1 CAPS I	*	1 CAPS I	*	1 CAPS I
Lago Norte	1 CAPS I	*	1 CAPS I	*	1 CAPS I
Sudoeste/Octogonal	*	*	*	*	
Varjão	*	*	*	*	
Cruzeiro	1 CAPS I	*	1 CAPS II	*	1 CAPS II

- **Região Sudoeste:**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitantes	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta
Região Sudoeste	Recanto das Emas	1 CAPS II	CAPS i	1 CAPS II	CAPS i	1 CAPS II
		1 CAPS i		1 CAPS i		1 CAPS ad
		1 CAPS ad		1 CAPS ad		
	Samambaia	1 CAPS II	1 CAPS III	1 CAPS II	*	1 CAPS i
		1 CAPS i	1 CAPS ad (III)	1 CAPS i		*
		1 CAPS ad	1 CAPS ad			*
	Taguatinga	1 CAPS II	1 CAPS II	1 CAPS II	CAPS ad III	1 CAPS III
		1 CAPS III	1 CAPS ad i (III)	1 CAPS III		1 CAPS i
		1 CAPS i	*	1 CAPS i		1 CAPS ad (III)
		1 CAPS ad (III)	*	1 CAPS ad (III)		*

- **Região Oeste:**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitante	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta
Região Oeste	Ceilândia	1 CAPS II	1 CAPS ad III	1 CAPS II	CAPS i	1 CAPS II
		1 CAPS III		1 CAPS III		1 CAPS III
		1 CAPS i		1 CAPS i		1 CAPS i
		1 CAPS ad (III)		1 CAPS ad (III)		*
	Brazlândia	1 CAPS I	1 CAPS I	1 CAPS I	*	*

- **Região Leste:**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitante	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta
Região Leste	Paranoá	1 CAPS II	1 CAPS II	1 CAPS II		
		1 CAPS i		1 CAPS i	*	1 CAPS i
		1 CAPS ad		1 CAPS ad		
	São Sebastião	1 CAPS II		1 CAPS II		1 CAPS II
		1 CAPS i	*	1 CAPS i	*	1 CAPS i
		1 CAPS ad		1 CAPS ad		1 CAPS ad
	Itapuã	*	1 CAPS AD	*	*	*

- **Região Norte**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitante	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta
Região de Saúde Norte	Sobradinho	1 CAPS II		1 CAPS II	*	1 CAPS II
		1 CAPS III		1 CAPS III	*	1 CAPS III
		1 CAPS i	1 CAPS ad	1 CAPS i	*	1 CAPS i
		1 CAPS ad (III)		1 CAPS ad (III)	*	Transformar CAPS ad em CAPS ad (III)
	Planaltina	1 CAPS II		1 CAPS II	*	1 CAPS III
		1 CAPS III		1 CAPS III	*	1 CAPS i
		1 CAPS i	1 CAPS II	1 CAPS i	*	1 CAPS ad (III)
		1 CAPS ad (III)		1 CAPS ad (III)	*	*

- **Região Centro sul**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitante	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta
Região de Saúde Centro-Sul	Núcleo Bandeirante	1 CAPS I		1 CAPS I	*	1 CAPS I
	Riacho Fundo I e II	1 CAPS III	1 CAPS I	1 CAPS III	*	Transformar o CAPS I do ISM em CAPS III

Candangolândia	*	*	*	*	*
Guará	1 CAPS II	1 CAPS ad	1 CAPS II	Caps ad III	1 CAPS II
	1 CAPS i		1 CAPS i		1 CAPS i
	1 CAPS ad	1 CAPS ad	Transformar o CAPS ad em ad III		
Park Way	*	*	*	*	*
cidade estrutural	*	*	*	*	*
Sia	*	*	*	*	*

- **Região Sul**

Região de saúde	Região Administrativa	Projeção Parâmetro de cobertura por habitante	Os CAPS existentes	Previstos PDSM 2011-2015	Previstos PDSM 2016-2019	O que falta
Região Sul	Santa Maria	1 CAPS II	1 CAPS ad	1 CAPS II	*	1 CAPS II
		1 CAPS i		1 CAPS i		1 CAPS i
		1 CAPS ad		1 CAPS ad		
	Gama	1 CAPS II	*	1 CAPS II	Caps II	1 CAPS II
		1 CAPS i		1 CAPS i		1 CAPS i
		1 CAPS ad		1 CAPS ad		1 CAPS ad

Tabela 2: compilado da projeção de CAPS do PDMS (2011-2019)

O compilado acima, demonstra que o que foi previsto no Relatório do Movimento Pró Saúde Mental, nos dois PDSM, e, a proposta da auditoria do TC-DF, juntando-se todos, ainda existem falhas e ausência de serviços. Na região Sul, por exemplo, que contempla Gama e Santa Maria não se prevê nenhum serviço da modalidade 24 horas, comprometendo a possibilidade da retaguarda noturna, além de ser uma região com alta vulnerabilidade, baixa renda e poucos equipamentos de proteção social. Qual CAPS seria a retaguarda 24 horas? Observando essa tabela, fica claro que, mesmo considerando o parâmetro de cobertura populacional de cada serviço, alguns vazios assistenciais se identificam, por exemplo, na região Leste, que não prevê nenhum serviço 24 horas e cuja retaguarda noturna não tem cobertura.

Olhando para a “fotografia” de cada região de saúde, é possível perceber a falta dos serviços, que sobrecarrega os poucos existentes. Porém, se a gestão atual seguir e cumprir o

que os quatro documentos apresentaram como proposta de implantação dos CAPS no DF não necessariamente trará a tal almejada cobertura.

A imensidão das áreas de abrangência, provoca enorme demanda e sobrecarga dos serviços o que dificulta os trabalhadores dedicarem parte do seu tempo a articulação de redes locais e comunitárias (...) dificulta a reabilitação psicossocial, o trabalho mais individualizado territorial.³⁷

Logo, o parâmetro de cobertura por si só não representa as demandas. Por exemplo, não sustenta a necessidade de implementação do CAPS AD III Candango. Embora o parâmetro populacional não indique tal modalidade, as cenas de uso intenso e vulnerabilidade sociais que se concentram na região central do plano piloto, próximos a rodoviária, a modalidade AD III são necessária.

Isso comprova a necessidade de se planejar a implantação e implementação dos CAPS com amplitude e aprofundamento nos territórios. Outros fatores do contexto devem ser considerados, a saber, documentos oficiais que descrevem outros contextos e são realizados nos territórios como relatoria das conferências regionais de saúde e relatórios de gestão da Secretaria de Saúde. Devem-se adotar ferramentas de gestão que dialoguem com o movimento social e a necessidade dos usuários. Oficinas, colegiados ampliados, reuniões de planejamento e audiências públicas são algumas delas.

Há também a urgência de incluir ao planejar os temas intersetoriais como o transporte e deslocamento. Estudos já feitos anteriormente apontam que “o transporte público está disponível para todas as localidades do CAPS, mas, como a cobertura do CAPS é ampla, alguns usuários apresentam dificuldade de deslocamento”.²⁴

3.1 Barreiras identificadas

O PDSM 2016-2019, em especial, apresenta-se de forma bem sucinta, não possui um planejamento por prioridade para a implantação dos CAPS, apenas a tipologia, quantidade e região de saúde na qual dever ser implantado, mas falta um aprofundamento de como e quais as prioridades e indicadores que balizaram e fizeram parte do planejamento.

O PDSM de 2010-2015 oferece um quadro situacional mais detalhado, com informações mais relevantes, indicadores e metas propostos, sua projeção de rede não apresenta especificidades territoriais. Coloca, então, o desafio para a gestão de implantação

dos serviços e o cumprimento do calendário previsto, sendo um alto número de serviços a serem inaugurados em um período curto de tempo. Tal desafio se colocou tão presente que nada saiu do papel.

Ambos os PDMS propõem projeção e ampliação dos CAPS no DF e informações sobre as barreiras e facilitadores dos processos de implementação. As diferenças entre os planos diretores são imensas tanto na sua estrutura quanto no seu conteúdo. O primeiro apresenta mais detalhes e estudos técnicos, faz a projeção de CAPS para todo o Distrito Federal. O segundo propõe apenas cinco CAPS novos e poucos detalhes no seu diagnóstico. Os dois planos diretores, assim nomeados no GDF, não são lineares e complementares, cada um apresenta uma característica, formato e projeções adotando parâmetros diferentes. Indicando que cada gestão da secretaria, ao elaborar o plano, faz conforme sua intenção, articulações políticas e sua prática de gestão.

Os dados no Grupo Focal nos permitiram uma visão história dos fatos que caracterizaram a implantação dos primeiros CAPS no DF entre os anos de 2005-2009. Após essa discussão inicial aprofunda-se nos contextos de implantação dos CAPS seguindo os PDMS, incluindo os cenários político e dificuldades de execução, consensuado que embora a vontade política fosse dita como interesse, pouco se propôs, na prática, a superar as barreiras para a implantação dos serviços.

Em todas as fontes de dados externas à secretaria, os processos de implementação dos CAPS são marcados por práticas inadequadas da gestão. Arranjos institucionais não definitivos são feitos em prol da inauguração e, a longo prazo, mantêm-se como definitivos. O local, estrutura física e os mobiliários em boa parte dos serviços não cumprem sua funcionalidade. Isso cria situações inusitadas e constrangedoras a quem utiliza o serviço e demonstra a necessária organização do planejamento por parte da gestão para a implementação do serviço e sua manutenção.

O CAPS ad Guará foi inaugurado em 2004, no subsolo de um Centro de Saúde, local insalubre, sem iluminação natural, sem espaço e sem ventilação adequada. **(Relatório Movimento Pró saúde Mental, ano X, p. 14)**

O CAPS Paranoá foi inaugurado na sede da Creche do Hospital regional, um local não inserido no cerne da comunidade e apresentado inicialmente como provisório, mas estão lá até hoje. **(GF_001)**

101. O CAPS II Paranoá, muito embora localizado em um prédio com estrutura física anexa a unidade hospitalar, não possui acesso privativo, utilizando uma entrada única. O ideal é que o CAPS esteja inserido na sociedade, promovendo o convívio dos usuários com a comunidade. Para isso é necessária a sua desvinculação da unidade com o ambiente hospitalar, conforme previsto na Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. **(Relatório Auditoria operacional TCDF)**

Em muitas inaugurações de CAPS moveis chegavam, com cara de novos, alguns nem tão novos, fazia-se a cerimônia de inauguração e dias depois recolhia-se esses moveis para ir a outro serviço, ou sei lá pra onde iam. **(GF_001)**

52. Em relação à aquisição de equipamentos e mobiliários, inexistente na SES/DF controle que permita aferir a execução do PDSM. **(Relatório Auditoria operacional TCDF)**

De todo modo os modelos de gestão adotados na Secretaria de Saúde pouco favoreceram a superação das barreiras: a não incorporação de novas tecnologias, estratégias gerenciais, não ter suas decisões baseadas em evidências científicas, valorizar produtividade e a não qualidade da atuação dos CAPS, praticar modelos de gestão pouco técnicos e participativos.

A instabilidade, desarticulação entre as áreas da própria SES/DF, a invisibilidade da saúde mental, os arranjos institucionais que se estabelecem a partir das diferentes gestões políticas da Secretaria de Saúde desaguam em consequências técnicas e, por muitas vezes, produzem efeitos na implantação dos novos serviços e dos existentes.²⁵ O desabastecimento, a falta de profissionais, a estrutura da sede e outros fatores tornam-se barreiras a serem superadas.^{22 24 25}

Autores ainda apontam limites institucionais (condições inadequadas de trabalho, insuficiência numérica e baixa articulação dos serviços RAPS) e falta de priorização da saúde mental na agenda política local.^{22 24} Conclui-se que os profissionais das equipes de saúde mental que atuam nos CAPS têm buscado, na organização do trabalho, superar os desafios, buscando o aprendizado de saberes e práticas de saúde para novas formas de produzir o cuidado em saúde mental mais convergente com o modelo psicossocial, preconizado pelas diretrizes políticas nacionais e locais de saúde mental.^{24 25}

3.2 Facilitadores identificados

O envolvimento e a parceria com outros atores intersetoriais, em todos os documentos analisados, apresentam-se como o grande facilitador para que, de fato, os CAPS sejam implementados e que sua oferta de cuidado, seja ampliada e qualificada.

Muitas inaugurações só foram possíveis diante da atuação de outros atores, como o Ministério Público, alguns parlamentares distritais, o Movimento Pró Saúde Mental, conselhos de classe e outros na função de demandar dos gestores da sua época.

O Ministério Público teve um papel crucial nessa questão de obrigar o governo que na época era o Roriz a instituir essas unidades, tentou-se estruturar na época do ISM como CAPS efetivamente no Guará, no Paranoá e Taguatinga. As primeiras inaugurações foram um empurrão porque houve determinação do primeiro do governador na época, então o CAPS do Paranoá por exemplo, ele foi inaugurado na seguinte iniciativa, tira uma creche que tinha lá dentro, esconderam todo o material da creche que até hoje está guardado no subsolo do hospital do Paranoá, pegou todo o material que tinha no Instituto Candango e mobiliou a unidade todinha, fizeram a inauguração, no outro dia, retiraram todo material lá de dentro. (GF_001)

A sede do CAPS Paranoá era improvisada já que o espaço era reservado a uma creche para os filhos dos funcionários do Hospital Regional. Existe uma inadequação da localização (não inserido na comunidade) que segue até hoje no mesmo local. (Relatório Movimento Pró Saúde Mental, ano 2014)

Quando a gestão se relacionou de forma mais democrática, atenta e técnica com seus respectivos atores intersetoriais imbuíram qualidade ao processo de gestão para a implantação dos CAPS no DF redirecionando suas decisões na superação das barreiras.

Vale destacar que, no campo da Gestão Federal, por meio de portarias, sugere-se utilizar a Matriz Diagnóstica da RAPS e a implantação em fases e ter um grupo condutor que coordene essa implantação, acompanhe as políticas públicas na área da Saúde Mental e avaliação e monitoramento dos Planos Regionais. Contudo, em nenhum documento estudado, é mencionada a existência do Grupo Condutor da RAPS, previsto na portaria, nem mesmo o preenchimento da Matriz Diagnóstica que deve ser feito em uma discussão ampliada coma rede. Considerando necessidade como as demandas do território.

4. CONCLUSÃO

Muito mais do que implantar CAPS, a gestão deve dedicar-se ao que eles fazem, como fazem, quais práticas ali são desenvolvidas. Implantar CAPS é mais do que colocar um serviço no território, é garantir a lei 10216, ou seja, que o cuidado comunitário aconteça.

A gestão da SES/DF tem uma implicação direta na abertura e manutenção dos serviços, e, ao se debruçar nos planos diretores, fica evidente que a gestão se dedica a uma projeção de serviços, todos só adotam o parâmetro de cobertura por habitantes para considerar a projeção de novos serviços como apresentados nas tabelas das categorias de projeção.

Para superar as barreiras que se apresentam, é necessário investir em outras práticas de gestão de forma mais qualificada e considerando-se os contextos adversos. Posto isso, urge fazer um estudo técnico mais aprofundado e com múltiplos olhares sobre cada território. Dessa forma, será construído um cenário que sustente a necessidade mais real e próxima da vida dos usuários, a qual seja transformada em tipologia/modalidade de CAPS a serem implementados.

Necessita-se investir em articulação dentro da própria secretaria, criar um fluxo único permanente dentro da SES e melhorar a capacidade de documentar os processos da gestão. É essencial que haja mais pesquisas sobre o tema para subsidiar a tomada de decisão, contudo os gestores necessitam de considerá-las. Assim, qualificará outras informações que não foram abordadas nesse estudo e identificará as barreiras em outros contextos, por exemplo, os recursos humanos e financiamento no Distrito Federal.

As regiões de saúde apresentam contextos muito distintos e adversos com necessidades diferentes, como transporte, renda per capita, ofertas e redes de proteção social, dispositivos locais de cada território bem como a própria rede de saúde, fato que, no planejamento a gestão não considera. Assim, ao planejar e projetar novos serviços, existe a burocracia de implementação sem uma análise prévia de necessidade real do território que será implantado.

Devem-se acessar outros documentos já produzidos como as conferências regionais de saúde, os relatórios de gestão e outros para se obter uma fotografia mais fidedigna às demandas de cada região de saúde. Sugere-se incluir no planejamento e nas ações da Gestão o diálogo permanente com o movimento social, trabalhadores e usuários. Vale destacar que não foi possível identificar a participação dos usuários dentro da gestão.

O desafio é grande e inúmeras barreiras se apresentam. Diante disso, não há outra possibilidade senão a de incluir vários atores nessa empreitada. Urge somar esforços e arranjos para efetivar a implantação e implementação de novos CAPS no DF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Thornicroft, G.; Tansella, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesqui. Prát. Psicossociais*, v. 3, n. 1, p. 9-25, 2008.
- ² Declaração De Caracas. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.
- ³ Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001 PT, 173p.
- ⁴ Organização Mundial da Saúde. *Mental health policy, plans and programmes (updated version 2)*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Mental Health Policy and Service Guidance Package. https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_policy%20plans%20prog_WEB_07.pdf
- ⁵ Patel V, Prince M. *Global Mental Health: a New Global Healthfield Comes of Age*. JAMA 2010; 303:1976-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20483977/>
- ⁶ Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, 25-59, jan.-abr. 2002.
- ⁷ Delgado, P. G. G. “No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica”. In: *Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos*. Ana Teresa A. Venâncio e Maria Tavares Cavalcanti (orgs.). Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001. p.283-290.
- ⁸ Caldas de Almeida J.M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(11):e00129519. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00129519.pdf>

- ⁹ Saraceno, B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1999. 176p.
- ¹⁰ Pitta, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996.
- ¹¹ Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. 120p.
- ¹² Resende, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. Organização: Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa. Petrópolis: editora Vozes, 1992. p. 15-73.
- ¹³ Rotelli, F; De Leonardis, O; Mauri, D. Desinstitucionalização. Organização Fernanda Nicácio. São Paulo, Hucitec, 2001.
- ¹⁴ Kinoshita, R. T. “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. In; Reabilitação Psicossocial no Brasil. Organização: PITTA, A. M. F. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 55-59.
- ¹⁵ Yasui, S. A Atenção Psicossocial e os Desafios do Contemporâneo: um Outro mundo é possível. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009. Disponível em: Acesso em: 06 jun. 2011.
- ¹⁶ Pitta A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_abstract&tlng=pt
- ¹⁷ Nicácio, M. F. de S. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003. Pag. 148
- ¹⁸ Braga Campos, F. C. B. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86p.

²⁰ Leal, E. M; Delgado, P.G.G. “Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização”. In: Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Pinheiro, R.; Guljor, A.; Silva Jr. A.; Mattos, R. (org). Rio de Janeiro, CEPESP: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 137-153.

²¹ Nicácio, F., & Campos, G. W. de S. (2007). Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, 18(3), 143-151.

²² 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 Publica. 2018;42:e113. <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e113/>

²³ Pacheco, J. G. Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização. 2011. 392 f.,il. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)-Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

²⁴ Lima, M. da G; Gussi, M. A. & Furegato, A. R. F. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil Tempus Actas de saúde colet, Brasília, 11(4), 197-220, dez, 2017. EpubAgo/2018. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2487/1943>

²⁵ Zgiet, J. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7719>

²⁶ Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015 <https://www.nuppsam.org/page60.php>

- ²⁷ Tran N, Langlois EV, Reveiz L, Varallyay I, Elias V, Mancuso A, et al. Embedding research to improve program implementation in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41:e75. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34039/v41a752017-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- ²⁸ Peters D. H, Adam T, Alonge O, Agyepong I. A, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it *BMJ* 2013; 347 :f6753 <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6753>
- ²⁹ Peters D. H, Tran N, Adam T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2013. https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_SP.pdf
- ³⁰ Iervolino S.A, Pelicioni M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001 Jun; 35(2):115-21.
- ³¹ Trad, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.3, pp.777-796. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.
- ³² Ressel L. B, Beck C. L. C, Gualda D. M. R., Hoffmann I. C, Silva R. M da, Sehnem G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Jan 31]; 17(4): 779-786. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>
- ³³ Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- ³⁴ Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor De Saúde Mental Do Distrito Federal 2011 – 2015. Subsecretaria de Atenção a Saúde. Gerencia de Saúde Mental. Brasília, 2015 83 p.
- ³⁵ _____. Plano Diretor De Saúde Mental Do Distrito Federal 2017 – 2019. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Redes e Integração de Serviços. Diretoria de Saúde Mental. Brasília, 2017 49p.

³⁶ Tribunal De Contas Do Distrito Federal. Relatório final: Auditoria Operacional Rede De Atenção Psicossocial – SES/DF. Secretaria de Auditoria. Primeira Divisão de Auditoria. Brasília, 2014 97p.

³⁷ Movimento Pró Saúde Mental do DF (MPSMDF). Como anda a Saúde Mental na capital do país? Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal: contra o pessimismo da razão, o otimismo da ação. Brasília: 2013

³⁸ Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011

³⁹ Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. in: MINAYO, M. C. de L. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19. Petrópolis: Vozes, 2001. CAP. IV pag. 67-80.

⁴⁰ Minayo, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p

⁴¹ Franco, M. L. P. B. Análise de Conteúdo. 4^o ed: Liber livros, Série Pesquisas, v. 6. Brasília 2012 96 p.

⁴² Governo do Distrito Federal. Regimento interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: Decreto N° 39.546, de 19 de dezembro de 2018. <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Regimento-Interno-SES-DF-20DEZ2018.pdf>

ANEXO I
MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade*	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
					1- Municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011	
	Centro de Convivência				
Centro de Atenção Psicossocial					

II. Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializada sem hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011) . Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso

					de drogas ilícitas: 1 Unidade.
					Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

* Necessidades: deve-se incluir as demandas a partir dos territórios, dados epidemiológicos, estruturas e instituições.