



**ESPPE - ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE SAÚDE**

MARCOS ANTONIO SOARES MATOS

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS OPERADAS
NOS CAPS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: CAMINHAMOS PARA
A REFORMA PSIQUIÁTRICA OU PARA A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO DO
CUIDADO?**

ARCOVERDE/PE

2024

MARCOS ANTONIO SOARES MATOS

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS OPERADAS
NOS CAPS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: CAMINHAMOS PARA
A REFORMA PSIQUIÁTRICA OU PARA A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO DO
CUIDADO?**

Trabalho de conclusão de residência
apresentado a ESPPE - Escola de Governo em
Saúde Pública de Pernambuco, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Sanitarista

Orientador: Willians Emanuel da Silva Melo

ARCOVERDE/PE

2024

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. METODOLOGIA.....	06
2.1 Tipo de estudo.....	06
2.2 Procedimentos Metodológicos.....	06
2.2.1 Cenário do estudo.....	06
2.2.2 Fonte de dados	07
2.2.3 Coleta e organização dos dados.....	07
2.2.4 Análise dos dados	07
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	08
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	18

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS OPERADAS NOS CAPS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: CAMINHAMOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA OU PARA A (RE)MANICOMIALIZAÇÃO DO CUIDADO?

Marcos Antônio Soares Matos ¹

Willians Emanuel da Silva Melo²

RESUMO

O artigo analisa como vem sendo conduzida a produção do cuidado em saúde mental e as práticas operadas nos CAPS da VI Região de Saúde do estado de Pernambuco, de modo a identificar possíveis confluências e dissonâncias desta condução com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma pesquisa de natureza quali-quantitativa, a coleta de dados foi realizada no período de janeiro a dezembro do ano de 2022 no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais da SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e submetidos à análise descritiva. Os resultados e discussões expressam que a produção dos instrumentos de registro de procedimentos CAPS (RAAS, BPA-C e BPA-I) destacam que há uma convivência paradigmática entre o modelo de atenção psicossocial e o modelo manicomial-hospitalocêntrico nas práticas operadas nesses equipamentos especializados. Ademais, apesar de não remontar os cenários de prática dos CAPS com fidedignidade, a produção do RAAS, BPA-C e BPA-I podem figurar como uma ferramenta potente para apoiar outros cenários de análise e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: saúde mental, CAPS, reforma psiquiátrica brasileira.

ABSTRACT

The article analyzes how the production of mental health care has been conducted and the practices operated in the CAPS of the VI Health Region of the state of Pernambuco, in order to identify possible confluences and dissonances of this conduct with the Brazilian Psychiatric Reform. This is a qualitative-quantitative research, data collection was carried out from January to December of the year 2022 at the SIA – Ambulatory Information System of SES/PE – State Health Department of Pernambuco and submitted for analysis descriptive. The results and discussions express that the production of CAPS procedure recording instruments (RAAS, BPA-C and BPA-I) highlights that there is a paradigmatic coexistence between the psychosocial care model and the asylum-hospital-centric model in the practices operated in these specialized equipment. Furthermore, despite not reliably reassembling the CAPS practice scenarios, the production of RAAS, BPA-C and BPA-I can appear as a powerful tool to support other analysis scenarios and the strengthening of the Brazilian Psychiatric Reform.

KEYWORDS: mental health, CAPS, brazilian psychiatric reform.

¹ Especializando do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de redes de saúde – ESPPE.

² Mestre em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE e Professor da Faculdade de Medicina do Sertão (FMS-São Leopoldo Mandic) e da Escola Superior de Saúde de Arcoverde - ESSA.

1. INTRODUÇÃO

Desde os anos 70 o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira busca a superação da violência asilar-manicomial. Impulsionada pela *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*, a reforma busca a implementação de um modelo de atenção à saúde mental em rede, de base comunitária, interdisciplinar e de reabilitação psicossocial. Esse novo modelo, cada vez mais orientado à garantia de direitos e a emancipação das pessoas que vivem com transtorno mental, deflagra o processo de desinstitucionalização e rompe com paradigmas manicomiais que tratavam essas pessoas como existências abjetas. Na prática, o cuidado em saúde mental ainda se configura enquanto campo de disputa entre a o modelo de atenção psicossocial e seu paradigma antípoda, o modelo manicomial-hospitalocêntrico.

Subvertendo a lógica asilar, os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial são os “carros-chefes” da Reforma Psiquiátrica brasileira, a estes dispositivos, compete: ordenar, articular e promover o cuidado em saúde mental em liberdade dentro e fora da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Sabe-se que, em um contexto historicamente marcado pela manicomialização e marginalização da experiência dos transtornos mentais, a regulamentação dos CAPS foi uma conquista basilar, pois reforma o modelo manicomial-hospitalocêntrico sob a perspectiva de uma política de ação em liberdade, incluyente e integrada. Em meio a esta polarização paradigmática, Quinderé et al., (2010) entende que a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental não necessariamente anula o anterior, podendo estes conviverem, em maior ou menor proporção, tanto nos hospitais psiquiátricos, quanto nos CAPS.

Convém destacar, em termos de práticas e saberes, que os CAPS, de acordo com a *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*, deve operar segundo uma lógica oposta à do hospital psiquiátrico, contudo, reconhece-se na literatura uma gama de estudos que evidenciam na operacionalização dos CAPS confluências e dissonâncias com o modelo manicomial (Leão & Batista, 2020; Nunes et al., 2016; Quinderé et al., 2010; Leal & Delgado, 2007). Haja vista a presença dessas contradições é importante definir caminhos para monitorar, avaliar e qualificar a atenção psicossocial de modo que a Reforma Psiquiátrica brasileira avance produzindo rupturas com paradigmas manicomiais.

Com esse intuito, considerando a necessidade de aperfeiçoamento, estruturação e fortalecimento do cuidado em saúde mental, o Ministério da Saúde através da *Portaria nº. 854, de 22 de ago. de 2012*, incluiu na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS - Sistema Único de Saúde, procedimentos utilizados para padronizar

a atenção à saúde mental, como também qualificar as informações relativas aos atendimentos realizados nos CAPS.

Para operacionalizar os elementos objetos desta portaria, foram criados três instrumentos para o registro da produção dos CAPS, são eles: RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – Expressa o cuidado direto dos/as usuários/as, como também seus/suas familiares dentro ou fora do CAPS; BPA-I: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – Demonstra o acolhimento inicial realizado nos CAPS; e BPA-C: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – Refere-se a ações institucionais e de articulação de redes intra e intersectorial que visam estruturar a RAPS (BRASIL, 2012). Após mais de uma década da implementação dos procedimentos do RAAS, BPA-C e BPA-I, pesquisas como as de Silva, Camargo & Bezerra (2018) e Santos, Gama & Fonseca (2022) revelam que o registro, interpretação, definição e a correlação das atividades desenvolvidas nos CAPS com esses instrumentos de registro ainda são um desafio.

Com efeito, a análise e/ou monitoramento desses dados no que tange a governança e planejamento do SUS pode possibilitar gestoras e gestores a definir prioridades e estratégias de intervenção, reorientação de práticas e saberes, além da elaboração de instrumentos de avaliação (Tamaki et al., 2012). Nesse sentido, o estudo visa analisar como a atenção psicossocial vem sendo conduzida nos equipamentos CAPS da VI Região de Saúde de Pernambuco por meio do monitoramento dos instrumentos de registro de procedimentos CAPS (RAAS, BPA-C e BPA-I) no SIA – Sistema de Informações Ambulatorial da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

2. METODOLOGIA

2.1 - Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, essa abordagem organiza e articula metodologicamente os elementos presentes entre o mundo dos sentidos, motivos, valores e crenças expressos pela linguagem e as medidas, escalas e números expressos pela quantificação estatística de informações para a construção de um único estudo (Minayo & Sanches, 1993).

2.2 - Procedimentos Metodológicos

2.2.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em 13 dispositivos CAPS, compreendendo os tipos I, II, Infantil e AD III (Álcool e outras drogas), de 11 municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco. A

escolha dos CAPS considerou o arranjo territorial dos municípios limítrofes que compõem a VI Região de Saúde de Pernambuco, com exceção de dois municípios que não possuem CAPS habilitados na composição de suas RAS – Redes de Atenção à Saúde. Com isso, a pesquisa possibilitou analisar a condução da assistência psicossocial a nível regional.

2.2.2 Fonte de dados

As informações que subsidiaram o estudo foram coletadas no SIA – Sistema de Informações Ambulatorial da SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, um Sistema de Informação em Saúde de domínio público, no período de janeiro a dezembro de 2022 através da produção dos instrumentos de registro de procedimentos dos CAPS (RAAS, BPA-C e BPA-I).

2.2.3 Coleta e organização dos dados

Na plataforma do SIA da SES/PE foram coletados dados considerando a produção da RAAS, BPA – C e BPA – I. Para melhor organização dos dados, o processo foi esquematizado em três etapas: 1. *Extração dos dados*: As informações referentes aos valores da produção dos instrumentos de registro de procedimentos dos CAPS (RAAS, BPA-C e BPA-I) foram coletadas na plataforma do SIA da SES/PE; 2. *Filtragem dos dados*: As informações foram filtradas identificando e agrupando os 15 procedimentos da RAAS, os 7 do BPA – C e 1 do BPA – I, como também, a produção por mês de registro; e 3. *Armazenamento dos dados*: Nessa etapa os elementos coletados foram estruturados numa planilha de dados sistematizando os valores dos registros, procedimentos e suas tipologias segundo o mês de produção.

2.2.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva. Conforme discutem Sampaio, Assumpção & Fonseca (2018); Frozza & Ziegelmann (2010) e Reis & Reis (2002), esse tipo de análise pode ser utilizada para organizar e apresentar as principais tendências de um conjunto de informações coletadas, permitindo dessa forma, além de uma visão geral, a análise de padrões e variações dos dados.

A partir dessa perspectiva metodológica, os dados foram analisados descritivamente segundo duas categorias: 1. *Convergências*, foram analisadas as características em comum na produção dos CAPS a partir de quatro parâmetros: Produção baixa (procedimentos com produção mensal menor ou iguala a cinco); intermitente (que apresenta instabilidade e/ou pausas mensais na produção); zerada (sem registros no procedimento); e/ou com produção

acima da capacidade (procedimentos com produção acima da capacidade operativa do CAPS).

2. *Divergências*, foram analisadas as especificidades na produção dos CAPS, segundo dois parâmetros de análise: repetição da produção e registro de procedimentos não compatíveis com as características de funcionamento dos CAPS.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao pensar sobre os procedimentos CAPS, o escopo da reflexão é sobre uma atenção à saúde de base comunitária, portanto antimanicomial, que orienta o cuidado de acordo com os elementos idiossincráticos de cada território. A *tabela 1* apresenta-se como uma tentativa de “territorializar” os procedimentos CAPS, nesse sentido, como ponto de partida, são localizados os pontos da atenção psicossocial especializada no âmbito da VI GERES, como também as possibilidades de articulação intra e intersetorial com quem esses dispositivos podem construir redes.

Tabela 1 – Distribuição dos CAPS por município na VI GERES e suas possibilidades de articulação dentro e fora da RAPS.

Município	População	RAPS											Dispositivos da rede Socioassistencial			Outras possibilidades de articulação					
		ESF		Emulti	CAPS					SRT		UAA	UAI	ECR	LHG		Dispositivos de Referência		Outros dispositivos		
		N	Cobertura		i	I	II	III	AD	AD III	I						II	CRAS		CREAS	Cozinha Comunitária
Arcoverde	77.742	25	100%	3	1 ³	0	1	0	0	0	1 ⁴	0	0	0	0	0	1 ⁵	3	1	1	Casas de Cultura; Museus; Associações comunitárias; Projetos de geração de emprego e renda; Centros de Artesanato; Escolas e cursos profissionalizantes; Academias da Saúde e outras organizações esportivas; Instituições religiosas, entre outros locais passíveis de terapêutica.
Buíque	52.097	19	85,42%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	
Custódia	37.699	17	98,59%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1		
Ibimirim	26.593	12	21,17%	1	0	1	0	0	0	0	0	1 ⁶	0	0	0	0	0	1	1	1	
Inajá	25.599	7	72,17%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
Jatobá	14.020	5	96,41%	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
Manari	21.776	6	78,27%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
Pedra	22.795	10	100%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
Petrolândia	34.161	12	97,44%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 ⁷	1	1	0	
Sertânia	32.811	17	82,99%	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
Tacaratu	23.902	6	73,67%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
Tupanatinga	26.937	9	78,75%	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
Venturosa	17.251	9	92,22%	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	

ESF – Equipe de Saúde da Família, Emulti – Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, (Tipo: I, II, III, i – Infante-juvenil, AD – Álcool e outras Drogas), SRT – Serviço Residencial Terapêutico, UAA – Unidade de Acolhimento Transitório para Adultos, UAI – Unidade de Acolhimento Transitório para o público infante-juvenil, ECR – Equipe de Consultório na Rua, LHG – Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, CRAS – Centro de Referência de Assistência Social. CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

Fonte: CNES, 2023; E-GESTOR AB, 2023; IBGE, 2022.

³ CAPS i microrregional referência para usuários (as) do município de Venturosa.

⁴ CAPS AD III regional referência para usuários (as) os treze municípios que compõem a VI GERES.

⁵ LHG microrregional referência para usuários dos municípios de Arcoverde, Buíque, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa.

⁶ SRT regional referência para usuários (as) os treze municípios que compõem a VI GERES.

⁷ LHG microrregional referência para usuários dos municípios de Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Petrolândia e Tacaratu.

Com base nos elementos apresentados, compreende-se que os treze dispositivos da atenção psicossocial especializada, sendo a maioria CAPS tipo I, possuem capacidade de inserção no território. Cerca de 84,6% dos municípios da VI GERES contam com pontos de cuidado em saúde mental nos três níveis de atenção à saúde, sendo estas: Atenção primária (ESF e Emulti); Atenção secundária (CAPS); e atenção terciária (LHG). Apenas o município de Venturosa não possui cobertura de atenção psicossocial especializada. No caso de Jatobá, o município não possui aporte populacional para habilitar nenhum tipo de CAPS. Outras situações como a ausência de UAA, UAI, ECR, CAPS III e outras SRT podem corroborar para desigualdades socioassistenciais no que tange o acesso especializado a esse tipo de serviço.

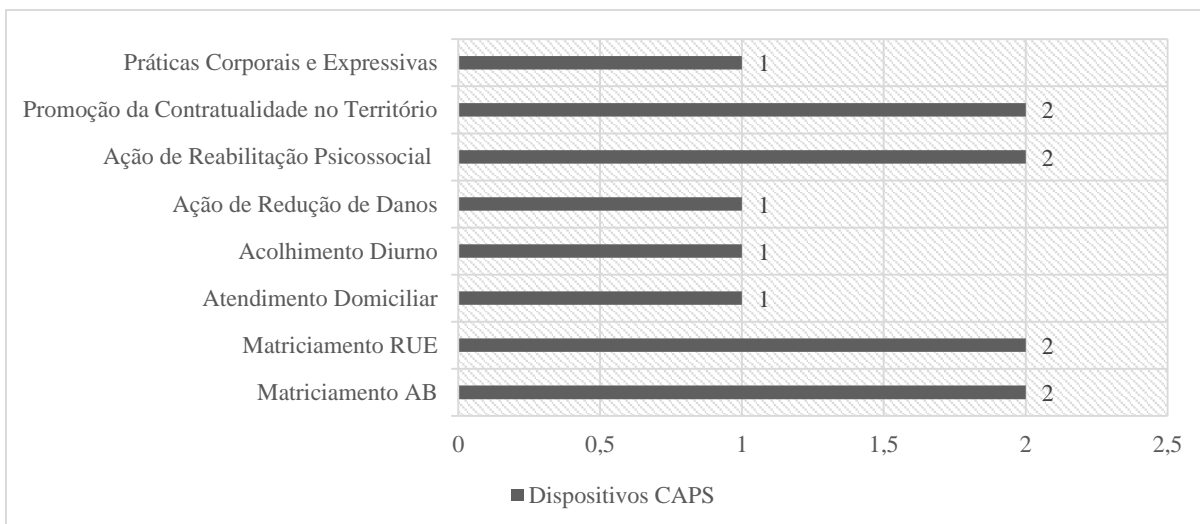
É evidente que a regionalização da atenção psicossocial é importante para corrigir desigualdades no acesso à saúde mental e a fragmentação dos serviços, contudo é importante observar que, por mais que a RAPS seja capilarizada, a operacionalização das ações desenvolvidas por estes serviços precisam estar orientadas pelos procedimentos do RAAS, BPA-C e BPA-I que, além de espelhar as diretrizes e objetivos da *Legislação de Saúde Mental*⁸, expressam a experiência do CAPS em sua dimensão comunitária, interdisciplinar, psicossocial e peripatética⁹. É através da materialização dos procedimentos contidos em cada um desses instrumentos, que os CAPS podem operar em direção à garantia de direitos e emancipação das pessoas que vivem com transtorno mental.

No que se refere a produção do cuidado em saúde mental e as práticas operada nos CAPS da VI GERES, observa-se no *gráfico 1* cinco procedimentos do RAAS e três do BPA-C sem registro de produção durante todo o ano de 2022.

Gráfico 1 – Dimensionamento dos procedimentos CAPS que não entraram na produção no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022.

⁸ 8 Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001; Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011

⁹ Experiências de uma produção de saúde inventiva, uma clínica do cotidiano, que pressupõe deslocamentos e contratualidades com o território vivo de cada usuária e usuário (Lancetti, 2008).



Fonte: TabNet/PE, 2024.

A maioria dos procedimentos apresentados no *gráfico 1* refletem o CAPS como dispositivo estratégico para regulação e articulação do cuidado em saúde mental. Nessa perspectiva, as práticas operadas nos CAPS, quais sejam elas, estarão sempre adscritas em um território atravessado por cenários geográficos, inclusive existenciais e subjetivos, em constante ação de trocas de práticas e saberes. Todo esse fenômeno configura os CAPS como um dispositivo que produz cuidado à medida em que ultrapassa *settings* protegidos por muros e articula-se com o território vivo de cada usuária e/ou usuário “tecendo” linhas de cuidado.

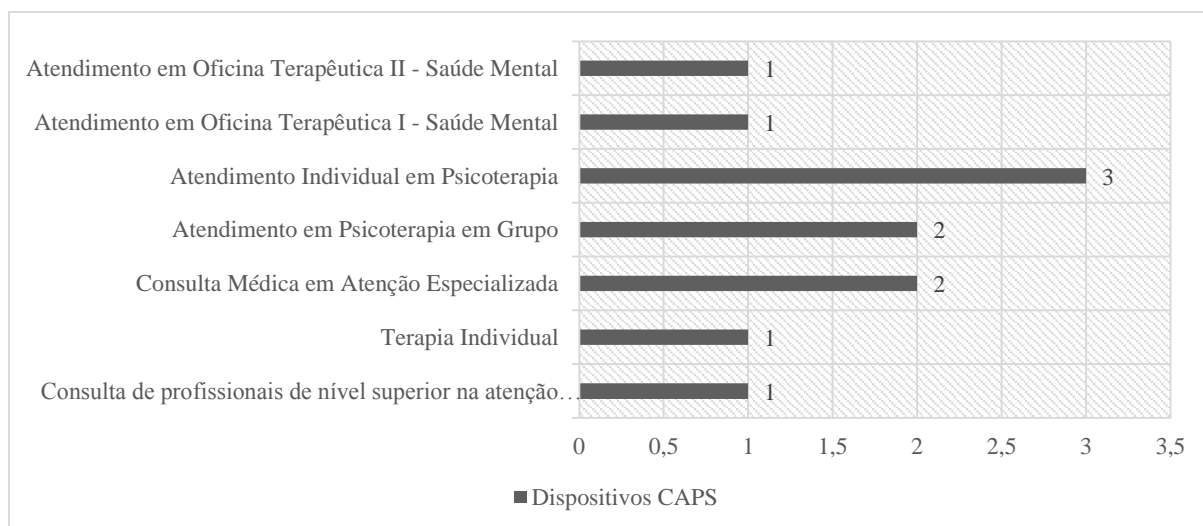
A “teia” criada através dessa tecedura ganha corporeidade quando os CAPS “tornam-se agulha” a entrelaçar fios dentro e fora da RAPS para “enredar” linhas de cuidado e cumprir sua função reabilitadora. Para tanto, entende-se a partir de Passos, Kastrup e Escóssia (2009) que a produção do cuidado operada pelos CAPS deve “costurar” redes quentes, grupalizadas, não homogeneizantes, articulada com a vida pulsante e cotidiana, redes autopoieticas que criam itinerários de cuidado para além da atenção patologizante, voltados para práticas que envolvam cultura, educação, esporte, lazer, entre outras necessidades e interesses que também constitui as pessoas. Os procedimentos do instrumento de registro BPA-C é um exemplo do “aquecimento” dessas redes, pois orienta a produção de um cuidado cartografado por contratualidades com o território.

Com base nessa discussão, o não registro e/ou a não realização dos procedimentos presentes no *gráfico 1*, pode evidenciar uma série de situações, dentre elas, a falta de manejo no que tange o registro e a condução do RAAS, BPA-C e BPA-I; a subnotificação e o comprometimento da qualidade e da confiabilidade das informações produzidas não permitindo um retrato fidedigno das ações realizadas nos CAPS, vínculos institucionais frágeis, pouca

inserção no território e limitações quanto a potência clínico-pedagógica do apoio matricial. Em outras palavras, Nunes, Guimarães & Sampaio (2016) refletem que, mesmo os CAPS configurando-se como um dispositivo transformador das práticas de cuidado em saúde mental, corre-se o risco de sua não inserção no território corroborar para a produção da institucionalização e cronificação do cuidado.

Outro fenômeno observado durante a coleta de dados, foi a quantidade de procedimentos glosados, ou seja, que não possuem relação com a condução da atenção psicossocial especializada. Em onze dispositivos CAPS houve glosa de procedimentos ambulatoriais como mostra o *gráfico 2*.

Gráfico 2 – Dimensionamento dos procedimentos produzidos nos CAPS sem relação com o RAAS, BPA-C e BPA-I no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022



Fonte: TabNet/PE, 2024.

Ao propor a superação do modelo asilar-manicomial, a Reforma Psiquiátrica nos conduz inclusive a um cuidado interdisciplinar, antiespecifismos, que não “lê” as demandas de saúde de forma fragmentada. Contudo, os dados apresentados no *gráfico 2* podem refletir um (des)cuidado que vai na contramão da lógica territorial extramuros, pois “ambulatoriza” e “psicologiza” a condução da atenção psicossocial.

Sob esses fenômenos, o Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010) aponta para um “enCAPSulamento¹⁰” dos CAPS, podendo-se pensar inclusive numa perspectiva intramuros, pois dentro desses dispositivos, clínicas pautadas nos

10 Isolamento dos CAPS quanto as suas possibilidades de articulação e construção de linhas de cuidado dentro e fora da RAPS.

“especialismos” podem estar sendo (re)produzidas, um verdadeiro levante de muros contra a interdisciplinaridade do cuidado. Nesta mesma direção, o Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental reflete que a atenção psicossocial é essencialmente interdisciplinar devendo romper com os “especialismos” e estimular a dissolução do “manicômio mental” (Brasil, 2002).

Não há dúvidas que a produção da saúde é um campo também atravessado pela divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção, nesse sentido trabalhar a interdisciplinaridade em cenários com políticas de austeridade e divisão dos processos de trabalho a partir de especialidades, reduz as chances de êxito em qualquer tentativa que busque reduzir a fragmentação do cuidado (Costa-rosa, 2013).

Outro fenômeno observado com potencial para fomentar a ambulatorização do cuidado, são as demandas reprimidas da rede, um processo desencadeado por restrições no acesso e na resolutividade dos bens e serviços de saúde (Chávez, et. al, 2020). Tal configuração traduz que a interdependência das redes que compõe a RAS antecede e sustenta a integralidade do cuidado, assim, a ausência de referências e contrarreferências para a construção do itinerário de cuidado, o desconhecimento das trabalhadoras e trabalhadores sobre os componentes das redes de saúde e/ou as próprias demandas reprimidas de um determinado serviço, pode reverberar problematicamente na condução da atenção à saúde de um outro.

Nesses termos os procedimentos que não entraram na produção dos CAPS (*gráfico 1*) e os que foram glosados (*gráfico 2*) sinalizam um cenário preocupante no que tange a produção do cuidado nos dispositivos especializados da atenção psicossocial. Há uma expressa contradição presente, pois deixa-se de registrar e/ou realizar os procedimentos correspondentes à realidade dos CAPS, para desenvolver práticas ambulatoriais com características de outros tipos de serviços. Silva, Camargo & Bezerra (2018) consideram que a falta de políticas de educação permanente e continuada em saúde voltadas para a qualificação profissional sobre o manejo e operacionalização do RAAS, BPA-C e BPA-I, como também, sua percepção burocratizada, má gestão da qualidade do tempo ou demandas reprimidas, são fenômenos que fragilizam a condução do cuidado em saúde mental.

No que se refere a outras fragilidades encontradas nas práticas operadas nos CAPS da VI GERES, o cenário apresentado na *tabela 2*, enfatiza os procedimentos de *atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares, promoção da contratualidade no território e ações de reabilitação psicossocial* do RAAS, como também, *Matriciamento de eAB/eRUE* e

ações de Redução de danos do BPA-C com o maior quantitativo de CAPS com produção zerada e/ou baixa por um período de no mínimo um mês.

Tabela 2 – Dimensionamento dos procedimentos RAAS e BPA-C segundo análise descritiva no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022.

RAAS					
Procedimentos	Indicadores de análise				
	Produção Repetida	Produção Baixa	Produção Intermitente	Produção Zerada	Produção acima da capacidade
Promoção de contratualidade no território	-	9	1	11	-
Atendimento individual de paciente em CAPS	-	1	1	2	-
Atendimento em grupo de paciente em CAPS	-	3	1	8	-
Atendimento familiar em CAPS	-	4	1	4	-
Atendimento domiciliar para pacientes de CAPS e/ou familiares	1	12	1	12	3
Práticas Corporais em CAPS	-	3	2	10	-
Práticas expressivas e comunicativas em CAPS	-	1	1	10	-
Atenção às situações de crise	-	-	-	6	-
Ações de reabilitação psicossocial	-	9	1	11	-
Acolhimento diurno de paciente em CAPS	1	4	1	9	-
BPA-C					
Procedimentos	Indicadores de análise				
	Produção Repetida	Produção Baixa	Produção Intermitente	Produção Zerada	Produção acima da capacidade
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	-	-	-	1	-
Fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS	-	-	2	8	12
Matriciamento de eAB - Equipe de Atenção Básica	-	10	4	8	3
Ações de Redução de Danos	-	6	5	7	-
Acompanhamento de SRT por CAPS	-	-	-	-	-
Apoio a SRT de caráter transitório por CAPS	-	-	-	-	-
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	-	9	2	10	1

Os números apresentados na tabela 2 correspondem ao quantitativo de CAPS.

Fonte: TabNet/PE, 2023.

Os dados das *tabelas 1 e 2* expressam CAPS regionalizados, mas com uma clínica psicossocial ainda em elaboração, nesse sentido, ressalta-se a gestão do cuidado fragmentada, serviços e ações com pouca capilaridade e apoio matricial, sem operação de procedimentos potentes para a construção do PTS – Projeto Terapêutico Singular, baixa participação popular e controle social, além de práticas de reabilitação psicossocial insuficientes. Cabe destacar, também, o procedimento de *fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS* com produção acima da capacidade operativa. Em um dos dispositivos CAPS da VI GERES, foram registradas 1.844 ações mensais referentes ao procedimento citado, com isso, teria que se produzir cerca de 87 fóruns, assembleias, conferências, congressos e/ou outras participações em instâncias colegiadas por dia, durante o período de um mês, para alcançar a marca registrada (Tabnet/PE, 2023).

Convém destacar, segundo a *Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*, que os CAPS devem incluir em suas atividades a construção do PTS – Projeto Terapêutico Singular como sistematizador do cuidado, ações direcionadas à garantia de direitos e (re)construção da autonomia e cidadania da usuária e usuário, atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, ações de reabilitação psicossocial, visitas domiciliares e/ou à família, atividades comunitárias com foco na inserção social, desenvolvimento de ações intersetoriais, ações de redução de danos, diversificação das estratégias de cuidado e uma série de outras atividades, diretrizes e objetivos que fortalecem o cuidado em saúde mental.

Compreende-se que, ao confrontarmos ambos os cenários, há um descompasso entre as práticas operadas nos CAPS e a implementação do modelo de atenção psicossocial. Nesse sentido é importante considerar alguns processos que podem presumir essa conjuntura, como por exemplo: as políticas de austeridade do neoliberalismo e suas reverberações para o desfinanciamento e sucateamento do SUS (Menezes, Moretti & Reis, 2019); o desmonte das políticas de Saúde Mental que não se estabelecem como uma política de estado ora avançando, ora retrocedendo quanto à clínica psicossocial (Cruz, Golçalves & Delgado, 2020); A centralização dos processos de gestão e planejamento, sem descentralização e integração com o território e a participação social (Costa & Paulon, 2012); Vínculos profissionais frágeis, precarizados e/ou com caráter de contratação personalista, o famoso “apadrinhamento político” que concede cargos comissionados com base nos interesses pessoais, nos vínculos consanguíneos e/ou genealógicos (Aguilar, 2018); A fragilização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no que tange o fomento de capacitação para a atuação de profissionais da saúde mental e sua respectiva instrumentalização técnica para as práticas

desenvolvidas no cuidado cotidiano (Scafuto, Saraceno & Delgado, 2017); A cronificação nos CAPS que orienta as ações e serviços nestes dispositivos sob uma lógica hospital-centrada, sem articulação com o território (Costa Figueiró & Freire, 2014); entre outras condições que distanciam os CAPS da sua potência reabilitadora e psicossocial.

Na contramão desse cenário, sem a pretensão de apresentar fórmulas prontas e/ou generalizantes, a análise da produção do RAAS, BPA-C e BPA-I indica que, para se conectar com os saberes e as práticas teóricas, técnicas e éticas da clínica psicossocial é preciso desenvolver três ideias-forças: compreender o território como campo de intervenção psicossocial e reterritorializar espaços, vínculos e cuidados desterritorializados como também retomar ações de base territorial como a visita domiciliar, o apoio matricial, a promoção da contratualidade no território, reabilitação psicossocial, entre outros; Apoiar, fortalecer e incentivar o controle e a participação social de usuárias e usuários na produção do próprio cuidado, como também, a de familiares, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, conselhos de saúde em suas mais diversas instâncias, além da própria sociedade civil como um todo na gestão das ações e serviços desenvolvidos nos CAPS; e (re)afirmar o cuidado em saúde mental como intrinsecamente multidimensional, integral, interdisciplinar, intersetorial, itinerante, antimanicomial, antiproibicionista, antirracista e decolonial.

4 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados no estudo evidenciam que a as práticas operadas nos CAPS da VI Região de Saúde do estado de Pernambuco refletem confluências e dissonâncias com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, nesse sentido há uma “convivência paradigmática” entre o modelo de atenção psicossocial e o manicomial-hospitalocêntrico com predominância hegemônica ora de um, ora de outro. A alternância presente nessa dinâmica, pode contribuir para uma dispersão e um desaquecimento na luta antimanicomial de modo que os CAPS não consigam operar em sua potência transformadora dos saberes e das práticas de cuidado em saúde mental.

Estamos falando, portanto, de um contexto de “transição paradigmática” (Santos, 1991), para tanto, há necessidade de fomentar e apoiar a produção contínua de ferramentas de análises que aprimorem a operacionalização das terapêuticas desenvolvidas nos CAPS para assim (re)construir caminhos de cuidado. Sob este olhar, apesar da produção dos procedimentos do RAAS, BPA-C e BPA-I não serem suficientes por si só para expressar com fidedignidade e

qualidade as ações e serviços operadas nos CAPS, pode-se esperar que a análise dos resultados de seu monitoramento embase a tomada de decisão da gestão quanto ao direcionamento do cuidado nos CAPS, auxilie na identificação de problemas, oportunidades e ameaças nesses dispositivos, como também, auxiliado por outras estratégias e/ou ferramentas de análise, possibilite a construção de um planejamento estratégico em saúde mental.

Dito isto, Yasui (2006) reflete que é preciso negar o manicômio criando espaços de encontros, sendo assim, não se trata apenas de recusar e denunciar o paradigma manicomial-hospitalocêntrico, mas de provocar e materializar ações de mudanças que concorram para a (re)construção epistemológica do cuidado em saúde mental. Há que ser considerado também, a necessidade de retomar algumas práticas para o fortalecimento dos CAPS como por exemplo, os investimentos na RAPS como um todo, ainda que a *Portaria nº 660 de 3 de julho de 2023* tenha instituído a recomposição financeira para os CAPS; promover valorização e remuneração adequada aos profissionais da saúde mental, tal como a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no tocante a sua capacitação para o manejo e operacionalização adequada dos procedimentos do RAAS, BPA-C e BPA-I; e o desenvolvimento de um sistema de informação em saúde que opere e informatize os procedimentos CAPS facilitando a coleta, processamento e análise dos dados.

Ao concluir esse espaço de reflexão, o artigo não pretende esgotar as possibilidades de debate sobre a temática, mas sim encorajar provocações que descortine, descontinue e desfaça as masmorras e as práticas manicomiais para produzir e (re)inventar novas possibilidades, caminhos, práticas, saberes, encontros e vivências de cuidado em saúde mental sob a égide da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.; N. **Política ou “politicagem”?:** rearranjos sociais para a concessão de cargos comissionados em um município no interior de Pernambuco. 31ª Reunião Brasileira de Antropologia. Brasília/DF, 2018. Disponível em: <https://www.31rba.abant.org.br/simposio/view?ID_SIMPOSIO=105>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html > Acesso em 03 de novembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html > Acesso em 03 de setembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html >. Acesso em: 02 de agosto de 2023.

_____. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**. Brasília (DF): MS; 2010.

_____. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**. Brasília (DF): MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 660, de 3 de julho de 2023**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660_04_07_2023.html > Acesso em: 02 de agosto de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html >. Acesso em: 02 de agosto de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art. >. Acesso em: 02 de agosto de 2023.

CHÁVEZ, G.; ALMEIDA, N.; NITSCHKE, R. & VIEGAS, S. Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea, programada, reprimida. **Texto & Contexto Enfermagem** 2020, v. 29: e20180331. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/ChR9ZRNWqfQPJhDBvr3Rfjj/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 18 de janeiro de 2024.

CRUZ, N.; GONÇALVES, R. & DELGADO, P. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285 | 2020; 18(3):e00285117. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em: 03 de novembro de 2023.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo, SP: Unesp. 2013.

COSTA, R.; FIGUEIRÓ, R. & FREIRE, F. O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia** – 2014, Vol. 22, nº 4, 839-851. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a13.pdf> > Acesso em: 03 de fevereiro de 2024.

COSTA, D. & PAULON, F. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez. 2012. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 03 de fevereiro de 2024.

FROZZA, M. & ZIEGELMANN, F. **Introdução à análise descritiva dos dados funcionais. Instituto de matemática** – UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24870/000749683.pdf>>. Acesso em: 16 de agosto de 2023.

LEAL, M.; DELGADO, G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: GULJOR, P., PINHEIRO, R.; GOMES JR., A. (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: MALVAREZ, S. Promoción de la salud mental. In: Rodriguez, J. (Org). Salud Mental en la comunidade.2. ed. Washington, D.C: Organização Panamericana da Saúde, 2009. p.167-181.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008, 127 . p.

MENEZES, A.; MORETTI, B. & REIS, A. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 58-70, dez 2019. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

MINAYO M. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de agosto de 2023.

NUNES, J.; GUIMARÃES, J. & SAMPAIO, J. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1213-1232, 2016. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/physis/a/hGJTpY5mKVbQxr9nBPmSG5S/abstract/?lang=pt>>
Acesso em: 02 de agosto de 2023.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.

QUINDERÉ P, SALES F, ALBUQUERQUE, R, et al. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental, Fortaleza-CE. **Saúde em debate**, 2010, v. 34, n. 84, p. 137-47. . Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341770016.pdf>. Acesso em: 02 de agosto de 2023.

REIS, E. & REIS I. **Análise Descritiva de Dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. 2002. Disponível em: <
<https://www.est.ufmg.br/portal/arquivos/rts/rte0202.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

SAMPAIO, N.; ASSUMPCÃO, A. & FONSECA, B. – **Estatística Descritiva**. Belo Horizonte, Editora Poisson, 2018. 70p. Disponível em: <
https://www.poisson.com.br/livros/estatistica/volume1/Estatistica_Descritiva.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2023.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A transição paradigmática**: da regulação à emancipação. N°25. Oficina do Centro de estudos sociais –CES. Colégio São Jeronimo. Março,1991.

Coimbra. Disponível em: <<https://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/25.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2024.

SANTOS, M.; GAMA, D. & FONSECA, R. Saúde mental no Distrito Federal: retrato dos CAPS nos sistemas de informação. **Revista Health Residencies Journal**, Brasília, v.3 n.16, 2022. Disponível em: <<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/643>>. Acesso em: 05 de agosto de 2023.

SCAFUTO, C.; SARACENO, B. & DELGADO, P. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Com. Ciências Saúde**. 2017; 28(3/4):350-358. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

SILVA, N.; CAMARGO, N. & BEZERRA, A. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(suppl 5):2320-8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/ZcZps4xvWYxsrkdZVtfDQdP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de agosto de 2023.

TAMAKI, et. al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):839-849, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5Vd9wFMMtTW3xxNGpzMxWkS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 de agosto de 2023.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/FiocRUZ, Rio de Janeiro, 2006.