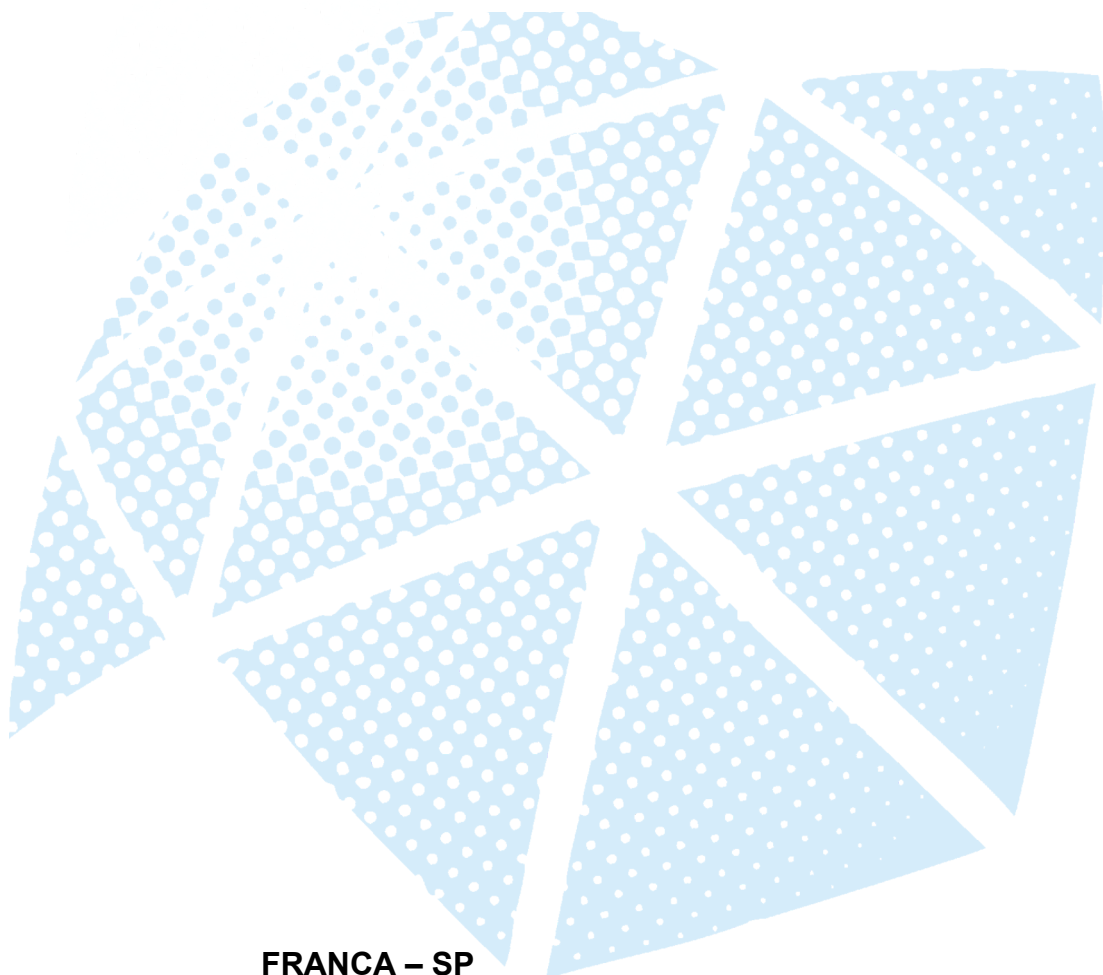


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - CAMPUS DE FRANCA

NATÁLIA BATISTA ANDRADE

**A IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS III NUM MUNICÍPIO DE MÉDIO
PORTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**



FRANCA – SP
2025

NATÁLIA BATISTA ANDRADE

**A IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS III NUM MUNICÍPIO DE MÉDIO
PORTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Franca, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Instituições, cidadania e políticas sociais

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Gnecco

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Anaísa Leal Barbosa Abrahão

FRANCA

2025

A553i

Andrade, Natália Batista

A IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III NUM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS / Natália
Batista Andrade. -- Franca, 2025

141 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca

Orientador: José Roberto Gnecco

1. Políticas Públicas. 2. Saúde Coletiva. 3. Atenção Psicossocial. 4.
Saúde Mental. I. Título.

NATÁLIA BATISTA ANDRADE

**A IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III NUM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca para obtenção do título de Grau acadêmico Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas.

Área de Concentração: Instituições, cidadania e políticas sociais

Data da defesa: 16/10/2025

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Roberto Gnecco
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca

Prof. Dr. Rodolfo Franco Puttini
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais , Câmpus de Franca

Profa . Dra . Mariele Rodrigues Corrêa
UNESP - Faculdade de Ciências e Letras , Câmpus de Assis

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

A pesquisa realizada, e os resultados da análise dos impactos da implementação do CAPSad III podem fornecer dados e subsídios para a melhoria das estratégias na RAPS a nível municipal e regional, promovendo maior eficiência nos serviços de saúde mental. Do ponto de vista científico e técnico, o estudo pode identificar tanto boas práticas quanto desafios dessa categoria de serviços, auxiliando outros municípios a replicar e aprimorar a estruturação da RAPS com base nos dados coletados e na análise realizada. O impacto social pode se manifestar na observação dos fluxos de atendimento, das práticas terapêuticas e da integração com a rede de saúde, que revela um atendimento mais eficaz e acessível à população. No campo da inovação, o estudo pode contribuir para o desenvolvimento de novos modelos de gestão e articulação da rede, promovendo soluções adaptadas às necessidades específicas de cada região. Sob a perspectiva econômica, a otimização dos serviços pode resultar em uma alocação mais eficaz e efetiva de recursos, maximizando o impacto positivo sobre os usuários. No âmbito educacional e cultural, a pesquisa pode fornecer insumos para a capacitação e o desenvolvimento de profissionais da saúde mental, fortalecendo a formação continuada e a disseminação de boas práticas na área. Em relação ao desenvolvimento sustentável, a pesquisa contribui para a promoção da saúde e do bem-estar (ODS 3), bem como para a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (ODS 10). Ademais, a temática abordada reforça a relevância do estudo para o avanço do conhecimento na área de saúde mental, demonstrando seu impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das populações atendidas e na evolução das políticas públicas voltadas ao setor.

POTENCIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

The research conducted and the results of the analysis of the impacts of implementing CAPSad III can provide data and support for improving strategies in the RAPS at the municipal and regional levels, promoting greater efficiency in mental health services. From a scientific and technical perspective, the study can identify both good practices and challenges in this category of services, helping other

municipalities replicate and improve the structuring of RAPS based on the data collected and the analysis performed. The social impact can be manifested in the observation of care flows, therapeutic practices, and integration with the health network, revealing more effective and accessible care for the population. In the field of innovation, the study can contribute to the development of new management and network coordination models, promoting solutions tailored to the specific needs of each region. From an economic perspective, service optimization can result in a more efficient and effective allocation of resources, maximizing the positive impact on users. In the educational and cultural spheres, the research can provide input for the training and development of mental health professionals, strengthening continuing education and the dissemination of best practices in the field. In terms of sustainable development, the research contributes to the promotion of health and well-being (SDG 3) and the reduction of inequalities in access to health services (SDG 10). Furthermore, the topic addressed reinforces the study's relevance for advancing knowledge in the field of mental health, demonstrating its positive impact on improving the quality of life of the populations served and the development of public policies aimed at the sector.

RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma estratégia fundamental na reorganização das políticas de saúde mental no Brasil, que busca oferecer uma assistência integral e humanizada às pessoas com transtornos mentais, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras iniciativas, representa uma mudança significativa do modelo assistencial baseado em internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, para um cuidado comunitário e interdisciplinar. O município de São Sebastião do Paraíso, em Minas Gerais, com cerca de 71.000 habitantes, é uma microrregião de saúde e referência regional em saúde mental, contando hoje com uma RAPS completa, com 03 unidades CAPS e 01 Residência Terapêutica. A recente transição do CAPS A.D. II para CAPS A.D. III, agora operando 24 horas, representa um dos mais significativos marcos dentro das políticas municipais em saúde mental no município, consolidando na região uma RAPS mais fortalecida e abrangente às demandas enfrentadas, uma vez que o serviço 24 horas e com leitos de acolhimento fornece maiores subsídios aos usuários em seus casos mais complexos. Esta pesquisa visa analisar os avanços e desafios dessa transição, fornecendo *insights* para aprimorar políticas de saúde mental e serviços similares em todo o país, além de contribuir para a formação de profissionais mais conscientes sobre os desafios enfrentados na atenção psicossocial e nas novas abordagens em saúde mental almejadas pelas políticas nacionais e internacionais.

ABSTRACT

The RAPS - Rede de Atenção Psicossocial (Psychosocial Care Network) is a key strategy in the reorganization of mental health policies in Brazil, aiming to provide comprehensive and humane care for people with mental disorders, in line with the principles of Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Movement. The emergence of Psychosocial Care Centers (CAPS) and other initiatives represents a significant shift from the care model based on prolonged hospitalizations in psychiatric institutions to a community-based and interdisciplinary approach. The municipality of São

Sebastião do Paraíso, in Minas Gerais, with around 71,000 inhabitants, is a health micro-region and a regional reference in mental health, currently featuring a fully developed RAPS, including three CAPS units and one Therapeutic Residence. The recent transition from CAPS A.D. II to CAPS A.D. III, now operating 24 hours, marks one of the most significant milestones in municipal mental health policies, strengthening and expanding RAPS in the region to better meet the demands faced, as the 24-hour service with accommodation provides greater support for users with more complex cases. This research aims to analyze the advances and challenges of this transition, offering insights to improve mental health policies and similar services nationwide, as well as contributing to the training of professionals who are more aware of the challenges in psychosocial care and the new approaches to mental health sought by both national and international policies.

AGRADECIMENTOS

Agradeço fundamentalmente a meus pais, Elenira e Marcelo, pela vida e pelo privilégio de ter apoio incondicional para realização dos meus sonhos.

À UNESP, minha casa de graduação, onde retornei para o mestrado e foi sempre mais que uma universidade, mas um polo de formação humana, pessoal e política.

Ao Prof. Dr. José Roberto, que foi além de um professor, mas um encontro potente e fundamental que me proporcionou aprimoramento pessoal e técnico, e alimentou minha crença na Política Pública como agente transformador da realidade.

A querida co-orientadora Prof^a Dra. Anaísa, que encantou a todos desde a primeira aula, pela competência e generosidade de suas contribuições.

À equipe do CAPS A.D. III, e à pessoa da Marina, que abriu as portas e me deu apoio fundamental para realização deste trabalho. À Adriana Rogeri, que é uma grande inspiração pessoal e profissional, e também me forneceu apoio fundamental.

À meu Ilê sagrado Aldeia de Luz Pena Branca, na pessoa de meu Babalorixá Luandarê N'Zazi, e de todos meus irmãos, e principalmente aos guias espirituais, que sustentam todo sentido da minha existência.

À Eduardo, meu aconchego diário em meio ao cotidiano.

Aos amigos que acreditam em mim e se juntam aos propósitos existenciais e coletivos.

À Elegbará Exu, que me nutre de movimento de busca e transformação, e sem o qual nenhum caminho se abre.

“Orí mi, se mi ni eni nla” - Que meu orí me torne grande

“O homem coletivo sente a necessidade de lutar”

- Chico Science

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSij Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério de Saúde

MTSM Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPS Organização Pan-Americana de Saúde

PTI Projeto Terapêutico Individual

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SRT Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista aérea do Palácio Universitário (UFRJ), antiga sede do Hospício Pedro II.....	19
Figura 2:Fachada do CAPS AD III Vitória.....	35
Figura 3:Leitos de desintoxicação e leitos de acolhimento noturno.....	36
Quantidade de atendimentos realizados : comparativo 2023 (antes da transição) e 2024 (pós transição):.....	44
Tabela 1.....	44
Tabela 2.....	44
Tabela 3.....	45
Tabela 4.....	45
Grafico comparativo procedimentos realizados.....	46

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
1. SAÚDE MENTAL E CONTEXTO EPISTEMOLÓGICO.....	17
1.1. Psiquiatria e Saúde Pública.....	20
1.2. A Constituição Brasileira de 1988 e novas leis da Política Nacional de Saúde Mental.....	24
2.POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	26
2.1 As instituições precursoras.....	28
2.2 As Primeiras Legislações em Saúde Mental.....	30
2.3 Saúde Mental no Brasil hoje.....	31
3. A SAÚDE MENTAL EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO.....	34
3.1. O município de São Sebastião do Paraíso.....	34
3.2. São Sebastião do Paraíso e sua RAPS.....	34
4. O CAPS A.D. III - VITÓRIA.....	35
4.1 OS Caps AD e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas....	36
4.2 Equipe técnica.....	39
4.3 Terapêuticas realizadas.....	39
4.4. Pesquisa.....	41
5. METODOLOGIA.....	42
6. DADOS.....	44
6.1. Quantidade de atendimentos realizados : comparativo 2023 (antes da transição) e 2024 (pós transição).....	44
6.2. Entrevistas.....	46
7. ANÁLISE DE DADOS.....	97
8. COMPARATIVO ENTRE OS MODELOS CAPS AD II e CAPS AD III: Análise de Eficácia, Efetividade e Eficiência.....	105

9. DISCUSSÃO.....	107
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
11. PRODUTO.....	114
12. REFERÊNCIAS.....	115
13. ANEXOS.....	126
ANEXO I – TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).....	126
ANEXO II - Ofício de autorização de Pesquisa.....	128
ANEXO III - Solicitação enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa com a justificativa para a alteração da metodologia da coleta de dados.....	131
ANEXO IV - Declaração de anuência e aprovação das alterações pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	133
ANEXO V - Ata da Conferência Municipal de 2021.....	136

APRESENTAÇÃO

Graduada em Psicologia pela UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Assis, dediquei meu interesse durante toda a graduação, para a saúde pública e coletiva, e desde o início da minha trajetória profissional, a saúde mental ocupa um lugar central na minha vida. Recém formada me especializei em Psicologia Social, e meu primeiro trabalho como psicóloga foi no hospital psiquiátrico Fundação Gedor Silveira, em São Sebastião do Paraíso, onde se fortaleceu a paixão e o engajamento pela saúde mental que me acompanha até hoje. Foi lá onde tive a oportunidade de participar da criação da primeira Comissão de Humanização em Saúde do hospital, na qual atuei como vice-presidente durante um ano. Nesse período, junto com outros colegas, desenvolvemos diversas ações voltadas para a humanização do cuidado em saúde mental dentro do hospital — experiências que marcaram profundamente meu modo de ver e atuar na área.

Atuei também em outras frentes, como o atendimento clínico e em plano de saúde. Em novembro de 2023, um convite mudou os rumos da minha atuação: fui convidada para coordenar a primeira Residência Terapêutica de São Sebastião do Paraíso e da microrregião, que estava prestes a ser inaugurada. Permaneço no cargo até hoje e, já há quase dois anos, tenho acompanhado de perto o desenvolvimento desse serviço. Essa experiência me aproximou ainda mais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e fortaleceu meu olhar para o cuidado em liberdade e para a construção de redes de cuidado mais humanizadas e integradas.

Junto com a inauguração da Residência Terapêutica, mesmo período em que fui aprovada no mestrado, em novembro de 2023, São Sebastião do Paraíso inaugurou também o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III), outro serviço que representa um grande avanço para o município e para toda a microrregião. Foi nesse contexto, vivenciando de perto esses movimentos importantes na saúde mental do território, que surgiu o desejo de direcionar minha pesquisa para o processo de implantação do CAPS AD III.

Assim, com esta pesquisa, espero contribuir para o fortalecimento das práticas de cuidado em saúde mental, ampliando o diálogo sobre os desafios e as possibilidades que envolvem a implantação de serviços na Rede de Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO:

Os transtornos mentais representam hoje um dos principais e crescentes desafios da saúde pública mundial. Estimativas recentes revelam que cerca de 13% da carga global de doenças está relacionada a condições mentais e neurológicas, além de problemas provocados pelo uso de álcool e outras drogas (Vigo; Thornicroft; Atun, 2016, p. 171–178). Essa alta incidência é explicada tanto pela precocidade com que tais distúrbios surgem quanto pela sua natureza persistente e crônica. No Brasil, a situação se agrava devido às barreiras ainda existentes no acesso ao tratamento adequado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, torna-se fundamental ampliar a capacidade e a estrutura dos sistemas de saúde para responder de maneira efetiva a essas demandas complexas.

Nas últimas décadas, os países latino-americanos têm experimentado um movimento consistente de transformação no modo de lidar com a saúde mental. Inspiradas em experiências consolidadas em países desenvolvidos, essas mudanças buscaram romper com o modelo hospitalocêntrico tradicional, dando lugar a uma lógica de cuidado comunitário, aberto e integrado, que coloca o indivíduo e seus direitos no centro das ações (Almeida, 2013, p. 17). Essa nova configuração prioriza a inclusão social e a participação dos usuários na construção das práticas de cuidado.

Entre as principais estratégias brasileiras que traduzem essa mudança paradigmática está a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede articula diferentes serviços e dispositivos de saúde mental com o propósito de garantir uma atenção integral, humanizada e prestada em liberdade às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquelas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do movimento Antimanicomial, a RAPS busca romper com a lógica da institucionalização, afirmando o usuário como sujeito de direitos e promovendo sua reintegração social (Sampaio, 2022, p. 1–8).

A luta pela reformulação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil emergiu na década de 1970, período em que manicômios, sanatórios e hospitais psiquiátricos ainda eram a principal resposta ao sofrimento mental (King, 2017, pas.). Esse contexto de segregação e exclusão motivou o movimento de reforma que culminaria, em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216, também conhecida

como Lei Paulo Delgado. Essa legislação assegurou os direitos das pessoas com transtornos mentais e orientou o redirecionamento das práticas de cuidado, priorizando abordagens comunitárias e humanizadas.

O principal dispositivo criado a partir dessa nova política foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Inicialmente, esses serviços funcionavam como um nível intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar. Com o tempo, sua estrutura e atuação foram ampliadas: passaram a incluir o manejo de crises, a hospitalidade noturna e o funcionamento ininterrupto — características dos CAPS tipo III —, além de oferecer acompanhamento contínuo e suporte à reinserção social dos pacientes (Onocko-Campos et al., 2019, p. 156). Posteriormente, os CAPS se diversificaram em modalidades específicas, como o CAPS AD (voltado ao tratamento de pessoas com dependência de álcool e drogas) e o CAPS IJ (voltado ao público infantojuvenil, até 17 anos e 11 meses) (Brasil, 2011).

A estruturação dessa rede comunitária foi complementada por outras estratégias de cuidado e reabilitação psicossocial. Entre elas destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa, os Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório (ART), as Unidades de Acolhimento (UA) e os Centros de Convivência e Cultura, além de iniciativas voltadas à constituição de cooperativas sociais. Também foram implementadas ações que integram a saúde mental à Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando o cuidado a grupos específicos — como crianças, adolescentes e pessoas em situação de rua —, bem como estratégias de atendimento em situações de urgência e emergência, e a criação de leitos de retaguarda em hospitais gerais (Brasil, 2015).

A Reforma Psiquiátrica, consolidada pela Lei nº 10.216/2001 e inspirada nos ideais libertários de Franco Basaglia, na Itália, e Nise da Silveira, no Brasil, representou uma inflexão histórica no tratamento da loucura. Seu objetivo foi superar o paradigma asilar e instituir um modelo comunitário de atenção, centrado na cidadania, na autonomia e na dignidade da pessoa em sofrimento psíquico, reafirmando a saúde mental como um direito humano e social fundamental.

Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano que desempenhou um papel fundamental na reforma psiquiátrica na Itália e influenciou movimentos semelhantes em todo o mundo. Sua abordagem revolucionária para o tratamento de doenças mentais ajudou a dismantelar instituições psiquiátricas tradicionais e promover uma abordagem mais humanitária e inclusiva para o cuidado de pacientes psiquiátricos.

Basaglia é mais conhecido por seu trabalho no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde implementou mudanças radicais na forma como os pacientes psiquiátricos eram tratados. Ele defendeu a abolição dos hospitais psiquiátricos, trazendo a consciência de que essas instituições isolavam os pacientes, exacerbavam seu sofrimento e perpetuavam o estigma em torno das doenças mentais.

Em substituição aos hospitais, Basaglia defendia uma abordagem comunitária, na qual os pacientes fossem tratados em ambientes menos restritivos e integrados à sociedade. Seu trabalho pioneiro foi marcado por ideias do movimento de desinstitucionalização, e teve um impacto significativo não apenas na Itália, mas em todo o mundo. Basaglia foi um dos principais defensores dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais e buscava promover a desinstitucionalização e a integração social (Serapioni, 2019, p. 1169–1187).

Atualmente, os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** e as **Residências Terapêuticas** configuram-se como os eixos centrais da política pública brasileira voltada ao cuidado em saúde mental. Esses dispositivos surgiram como alternativas concretas ao modelo hospitalar psiquiátrico tradicional, buscando substituir a lógica do isolamento pela de convivência, acolhimento e cuidado territorial. Fundamentam-se em princípios como a **atenção integral**, o **reconhecimento da autonomia** e dos **direitos das pessoas em sofrimento psíquico**, além da **participação social** e da **articulação intersetorial** entre diferentes políticas públicas (Brasil, 2010).

Os CAPS, em especial, são compostos por equipes multiprofissionais que reúnem especialistas de diversas áreas — entre eles psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais —, que atuam de maneira integrada e interdisciplinar. O foco de sua prática está em oferecer cuidados individualizados, construídos de acordo com as necessidades específicas de cada usuário, buscando promover sua reabilitação psicossocial e inserção comunitária.

Além da atenção clínica direta, essas equipes desempenham um papel estratégico na coordenação da rede de saúde mental em seu território de abrangência. Isso envolve o estabelecimento de vínculos com outros níveis de atenção à saúde, bem como com serviços de educação, assistência social e cultura, fortalecendo o caráter comunitário e intersetorial das ações (Brasil, 2010; Teixeira, 2021, p. 699–712).

Estes serviços substitutivos estão regulamentados pelas seguintes Portarias Nacionais:

- **Portaria GM/MS nº 106/GM de 11 de fevereiro de 2000:** institui as Residências Terapêuticas como componente da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais em processo de desinstitucionalização. Estabelece critérios para a organização e funcionamento dessas unidades de moradia assistida.
- **Portaria GM/MS nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002:** instituiu os CAPS como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabeleceu diretrizes para sua organização, funcionamento e financiamento. Define os tipos de CAPS (I, II, III e AD) e suas respectivas características e atribuições.
- **Portaria GM/MS nº 1.190/GM de 4 de junho de 2009:** atualiza as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS, e redefine critérios de funcionamento, estrutura física, equipe mínima necessária e modalidades de atendimento.
- **Portaria GM/MS nº 3.088/GM de 23 de dezembro de 2011:** institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS-AD). Estabelece critérios de organização e funcionamento dos CAPS-AD (CAPS para Álcool e Drogas).
- **Portaria GM/MS nº 3.088/GM de 23 de dezembro de 2011:** atualiza a regulamentação dos CAPS, também estabelece critérios de organização e funcionamento das Residências Terapêuticas como parte da Rede de Atenção Psicossocial.
- **Portaria GM/MS nº 3.588/GM de 21 de dezembro de 2017:** atualiza a Lista de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por porte e modalidade, incluindo critérios de habilitação e funcionamento desses serviços.

O município de São Sebastião do Paraíso, em Minas Gerais, com cerca de 71.796 habitantes (IBGE, 2022), possui uma estrutura significativa de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O primeiro CAPS (CAPS II - Saúde Mental) foi inaugurado em 2007, seguido pelo CAPS A.D. em 2012 e o CAPS infanto-juvenil em 2016. Em 2023, o CAPS A.D. foi atualizado para CAPS A.D. III, funcionando 24

horas, e foi inaugurado o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). A cidade também conta com um Hospital Psiquiátrico, a Fundação Gedor Silveira, com mais de 60 anos, com 140 leitos atendendo 154 cidades.

A presente pesquisa irá focar na implementação do CAPS A.D. (Álcool e Drogas) III; sua transição de CAPS II para CAPS III onde uma das principais evoluções do dispositivo é tornar-se um serviço 24 horas, com leitos de acolhimento, conseguindo fornecer suporte mais robusto aos casos enfrentados. Em 2016, houve a nível nacional uma redução no financiamento e na implementação de novos serviços de saúde mental, resultante de mudanças políticas que priorizaram internações. A implementação do CAPS III em 2023 representa um esforço para retomar e fortalecer os serviços de saúde mental, alinhando-se às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e de Humanização em Saúde. Hoje o referido CAPS conta com uma equipe de 47 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, monitores, educadores físicos, médicos clínicos e psiquiatras, farmacêutica, nutricionista, cozinheira, auxiliares de limpeza, motorista, auxiliares administrativos e coordenadora) e 2207 usuários cadastrados. Ainda há poucos estudos de avaliação dos CAPS, conforme apontam revisões integrativas sobre o assunto, sendo esta uma lacuna dentro do planejamento e avaliação destas Políticas Públicas (Oliveira et. al, 2014, p. 368–378); Lima; Schneider, 2013,p. 39-64). Com a proposta de avaliar a implementação do serviço, em análise abrangente pela ótica de seus diversos atores, contribuimos para a construção de bases mais eficientes dentro das Políticas Nacionais de Saúde Mental, e avançamos nas estratégias de monitoramento que garantirão a eficácia dos serviços e impactos relevantes na população assistida.

Os resultados obtidos poderão ser utilizados para embasar o aprimoramento de políticas e intervenções voltadas para a saúde mental e serviços semelhantes e investigar suas potencialidades, fragilidades e lacunas a serem preenchidas para que as novas políticas de saúde mental almejadas sejam melhor viabilizadas na prática. Além de oferecer um panorama e diagnóstico situacional de uma importante região de assistência à saúde mental, o material produzido poderá servir também como referência para futuras pesquisas na área e contribuir para a formação de profissionais mais conscientes dos desafios enfrentados pelos serviços da atenção psicossocial no país.

1. SAÚDE MENTAL E CONTEXTO EPISTEMOLÓGICO

O desenvolvimento histórico da psiquiatria em todo o mundo tem visto transformações significativas ao longo dos séculos, refletindo a mudança de atitudes da sociedade em relação à saúde mental. Desde as primeiras explicações sobrenaturais para doenças mentais na pré-história até abordagens mais estruturadas em civilizações antigas, a evolução da psiquiatria foi moldada por influências culturais, científicas e filosóficas (Lima e Holanda, 2010, p. 572-595). Os principais marcos na história da psiquiatria global incluem as contribuições da Grécia Antiga de Hipócrates; o desenvolvimento dos asilos na Idade Média e o surgimento da psicanálise no final do século XIX. Esses desenvolvimentos lançaram as bases para as práticas psiquiátricas modernas e para a compreensão dos transtornos de saúde mental.

A compreensão das doenças mentais atravessou diferentes concepções ao longo da história. Na Antiguidade, povos da Mesopotâmia, Egito, Grécia e Roma já possuíam crenças e práticas relacionadas à saúde mental, quase sempre permeadas por visões mágicas, místicas e sobrenaturais. Nesse contexto, Hipócrates destacou-se ao propor uma explicação mais racional, atribuindo as doenças mentais a desequilíbrios naturais do corpo, afastando-as das explicações mitológicas.

Na Idade Média, entretanto, prevaleceu uma visão religiosa. As doenças mentais eram frequentemente associadas a castigos divinos ou possessões demoníacas, o que resultava em tratamentos baseados em exorcismos, penitências e práticas punitivas (Foucault, 2010, pass.).

Com o Renascimento, surgiu um renovado interesse pelo estudo da mente e do comportamento humano. Essa mudança abriu espaço para novas formas de compreender a loucura. Já no Iluminismo, a valorização da razão, da liberdade e da dignidade humana impulsionou críticas às instituições e práticas violentas até então utilizadas. Nesse período, autores como Philippe Pinel, na França, e William Tuke, na Inglaterra, foram pioneiros ao propor um tratamento mais humano e compassivo, questionando métodos desumanos e defendendo o cuidado ético e respeitoso (Foucault, 2010, pass.).

No século XIX, a psiquiatria consolidou-se como disciplina científica. O

movimento iniciado por Pinel e Esquirol, baseado em princípios humanitários, foi fundamental para a estruturação da psiquiatria científica (Borges, 2008, p. 456–468). Esse período também contou com nomes importantes como Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, responsável pela classificação dos transtornos mentais, e Sigmund Freud, cuja psicanálise introduziu uma nova compreensão sobre o inconsciente e os processos psíquicos.

No século XX, a psiquiatria passou por transformações profundas. Entre os avanços, destacam-se o desenvolvimento de psicofármacos, a expansão das pesquisas clínicas e a emergência da desinstitucionalização, que buscou substituir o modelo asilar por formas mais comunitárias de cuidado. Ao mesmo tempo, intensificou-se a luta contra o estigma social associado às doenças mentais (Foucault, 2010, pass.).

No Brasil, a história da psiquiatria tem início com a colonização, quando os europeus trouxeram seus conceitos e práticas de cuidado à saúde mental. Um marco importante foi a fundação, em 1852, do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, considerado o primeiro hospital psiquiátrico do país. Essa instituição representou a introdução de uma abordagem mais científica e institucionalizada do tratamento (Amarante; Nunes, 201, p. 365-384). Mais tarde, figuras como Juliano Moreira desempenharam papel fundamental na consolidação da psiquiatria brasileira, contribuindo para a renovação da prática médica e para a crítica ao racismo científico então vigente (Carvalho, 2001, p. 539-551).



FIGURA 1: Vista aérea do Palácio Universitário (UFRJ), antiga sede do Hospício Pedro II, construído 1842–1852.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Hosp%C3%ADcio_Pedro_II

Nise da Silveira foi pioneira na introdução da arteterapia nos centros de cuidados psiquiátricos no Brasil, desafiando práticas tradicionais como o uso de choques e lobotomia. Ela defendia uma abordagem humanizada e não invasiva, centrada na pessoa, promovendo a autonomia e resgatando a identidade dos pacientes (Costa *et al.*, 2024, p. 6). Além disso, Nise da Silveira fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, um marco na cultura brasileira que proporcionou uma nova perspectiva sobre a doença mental, trazendo o olhar sensível de que tais pessoas são muito além de seu transtorno: também são sujeitos que pensam, sentem, vivem e expressam seu universo íntimo. (Frayze-Pereira, 2003, p. 197-208).

A atuação de Nise da Silveira e a influência de Franco Basaglia nas décadas de 60 e 80, refletem um movimento amplo de desinstitucionalização da loucura e de reforma psiquiátrica, visando construir uma nova visão sobre a doença mental na sociedade (Pinheiro, 2023, p. 150 - 167.). Essa abordagem busca desconstruir práticas asilares e promover a inclusão social e a participação ativa dos pacientes no mundo (Castro 2007 p. 365-376; Lima e Holanda, 2010 p. 572-595). A importância da arte como instrumento terapêutico na psiquiatria, defendida por Nise da Silveira, tem sido cada vez mais reconhecida e adotada em instituições de tratamento psiquiátrico. A expressão por meio do desenho e outras formas artísticas tem se

mostrado eficaz como recurso terapêutico, proporcionando novas possibilidades de ação e participação para os pacientes (Marcus *et al*, 2017 p. 259-271).

1.1. Psiquiatria e Saúde Pública

A história da Psiquiatria e do tratamento de pessoas com sofrimento mental no Brasil, durante décadas, revela um cenário que pode ser comparado a um "filme de terror". Um dos episódios mais trágicos e emblemáticos dessa trajetória é o que ficou conhecido como Holocausto Brasileiro, representado pelas atrocidades cometidas no Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um marco da violação de direitos humanos. Este episódio configura-se como uma "ferida aberta" na história do país, refletindo o distanciamento entre os ideais de humanidade e a brutalidade permitida no contexto da saúde mental (Oda e Dalgalarrrondo 2005, p. 983-1010).

O Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, foi palco de práticas que desconsideraram completamente a dignidade humana. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas tenham sido internadas e exterminadas sob o pretexto de tratamento psiquiátrico, muitas delas sem diagnóstico clínico comprovado, mas por pertencerem a grupos socialmente marginalizados, como pobres, homossexuais e mulheres que desafiavam normas sociais (Oda e Dalgalarrrondo 2005, p. 990).

Esse cenário revela um aspecto sombrio da Psiquiatria, onde a fragilidade humana foi sistematicamente negada pela negligência, desamparo e ausência de compaixão, configurando-se em práticas de extermínio silencioso.

A internação no Hospital Colônia era, em muitos casos, um meio de controle social. Pessoas cuja existência era considerada "incômoda" eram enviadas para Barbacena, num processo de eliminação simbólica e física. A lógica manicomial era a da exclusão: "indivíduos desviantes", sob os parâmetros da época, eram institucionalizados e submetidos a condições degradantes, onde o sofrimento humano não era reconhecido como legítimo, mas visto como uma expressão de "desvio" que precisava ser controlado (Silva, 2017). Nesse contexto, não apenas os doentes mentais, mas também grupos minoritários e socialmente marginalizados, eram levados a um destino de morte lenta e invisibilizada (Souza, 2020).

Dentro do Hospital Colônia, as pessoas se tornavam números, perdendo suas identidades e histórias. A brutalidade e a negligência transformaram a existência dos internos em um "fardo", como afirma Oda e Dalgalarrrondo (2005), e o tratamento se

aproximava mais de um processo de aniquilação do que de qualquer tentativa de cura. O fenômeno da desumanização estava presente tanto nas práticas terapêuticas quanto no próprio ambiente manicomial, onde a dor e o sofrimento alheios eram ignorados e tratava-se o ser humano como descartável (Silva, 2017; (Oda e Dalgalarrrondo 2005, p. 983-1010).

A indiferença da sociedade em relação ao que ocorria em Barbacena foi uma das maiores tragédias desse episódio. Como destaca Daniela Arbex (2013), o "Holocausto Brasileiro" não se restringe ao passado; ele alerta para os perigos de uma humanidade que, ainda hoje, organiza-se para silenciar e marginalizar aqueles que fogem dos padrões.

As políticas públicas de saúde mental desempenham um papel fundamental na evolução da psiquiatria, sendo a reforma psiquiátrica no Brasil um marco importante que buscou a desinstitucionalização e a criação de uma rede de assistência mais humanizada e integrada à comunidade (Santos, 2023, p. 10-17). Internacionalmente, o movimento de desinstitucionalização e a implementação de políticas de atenção psicossocial ganham força e fazem com que a Reforma Psiquiátrica e o movimento de Luta Antimanicomial sejam organismos vivos, que se constroem todos os dias, em busca de políticas públicas efetivas e que possam garantir os direitos de todos os cidadãos com sofrimento mental grave e persistente.

No entanto, no período compreendido entre dezembro de 2016 e maio de 2019, o governo de Michel Temer implementou uma série de mudanças nas políticas públicas de saúde mental que configuraram um retrocesso institucional em relação aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Desde a promulgação da Lei nº 10.216/2001, a política nacional orientava-se pela desinstitucionalização, pelo tratamento em liberdade e pela priorização dos serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), consolidando uma rede de cuidados territorial e intersetorial (BRASIL, 2001). Entretanto, nesse período, houve um redirecionamento das práticas e do financiamento público, com o fortalecimento de dispositivos hospitalocêntricos e a reintrodução de leitos psiquiátricos como eixo estruturante da atenção, em contradição com os princípios legais da reforma.

O principal marco dessa inflexão foi a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6/2017 e redefiniu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa norma reinseriu hospitais

psiquiátricos e comunidades terapêuticas¹ como componentes formais da rede e ampliou incentivos financeiros para internações e reinternações prolongadas (BRASIL, 2017). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) manifestou-se contra a medida, afirmando que ela “mutila a Política Nacional de Saúde Mental” e fere os princípios da atenção psicossocial e da luta antimanicomial (CNS, 2018, p. 1). De forma semelhante, o Conselho Federal de Psicologia alertou que a portaria representava “um retorno à lógica manicomial e de exclusão social”, com ênfase em modelos coercitivos e abstencionistas de cuidado (CFP, 2018, p. 3). Além disso, a Portaria nº 3.659/2018 determinou a suspensão de repasses de recursos a serviços comunitários, como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento, sob a justificativa de inconsistências cadastrais, medida que impactou diretamente a sustentabilidade das redes locais.

O Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) denunciou a edição dessas normas “sem o necessário debate com a sociedade brasileira” (CNDH, 2019, p. 2), em desacordo com o princípio da participação social, previsto na Lei nº 8.142/1990 e reafirmado pela Constituição Federal de 1988. A ausência de diálogo com os movimentos sociais e conselhos de saúde reforçou o caráter autoritário do processo e intensificou o enfraquecimento da política de base comunitária. Dessa forma, o período de 2016 a 2019 foi amplamente reconhecido por pesquisadores e entidades do setor como uma contrarreforma psiquiátrica, caracterizada pela recentralização hospitalar, pelo retrocesso normativo e pela fragilização dos mecanismos de controle social. As políticas implementadas contrariam a diretriz histórica da atenção psicossocial humanizada e territorializada, transformando o campo da saúde mental em um espaço de disputa entre o paradigma biomédico

¹ As comunidades terapêuticas (CTs) são instituições voltadas ao “acolhimento” de pessoas com uso ou dependência de substâncias psicoativas. Embora frequentemente referidas como estratégias de cuidado, essas instituições não integram a rede pública de saúde mental e não atendem aos critérios legais de um serviço de saúde, segundo a Anvisa (Anvisa, 2021, p. 5). A Resolução RDC nº 29/2011, que regulamenta esses espaços, define-os como de natureza residencial e de apoio mútuo, não havendo exigência de supervisão clínica contínua — o que os coloca em posição ambígua e vulnerável à violação de direitos (Brasil, 2011, p. 1-2). Estudos indicam que tais comunidades frequentemente operam à margem da legalidade e da ética, realizando práticas coercitivas, como imposição de religiões, trabalhos forçados e internações compulsórias prolongadas, violando princípios da Reforma Psiquiátrica (Barreto et al., 2023, p. 7-9). Além disso, pesquisa empírica publicada na *Psicologia: Ciência e Profissão* observou que a eficácia percebida das CTs está atrelada à adesão dos internos a normas morais e religiosas do grupo, e não a métodos terapêuticos fundamentados cientificamente (Antonio et al., 2015, p. 554-556). Isso revela o caráter normativo e disciplinador, aproximando-se de modelos asilares historicamente superados (Santos; Yasui, 2012, p. 1032). Portanto, apesar de seu crescimento no Brasil, o modelo de comunidade terapêutica não é legalmente configurado como estabelecimento de saúde e levanta sérias preocupações quanto à violação de direitos humanos e retrocessos na política de saúde mental brasileira.

tradicional e o paradigma psicossocial da reforma. Assim, a contrarreforma psiquiátrica constituiu não apenas um retrocesso técnico e jurídico, mas também um retrocesso civilizatório, ao reabrir espaço para práticas de exclusão e violação de direitos das pessoas com sofrimento mental (CNS, 2019; CNDH, 2019).

A articulação da Rede de Atenção Psicossocial é um desafio diário que requer estratégias inovadoras para garantir uma assistência integral e combater estigmas relacionados aos transtornos mentais, não pode (Cordeiro *et al.*, 2020, p. 210-222). Além disso, a atenção primária à saúde desempenha um papel crucial na gestão do cuidado de pacientes em sofrimento mental, sendo essencial identificar intervenções eficazes nesse contexto (Junior *et al.*, 2019, p. 101-116). A análise documental da Rede de Atenção Psicossocial brasileira nos últimos anos tem sido fundamental para compreender os avanços e retrocessos no cuidado em saúde mental no país (Oliveira *et al.*, 2014, p. 138-142). A atuação dos profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial pós-reforma psiquiátrica permite uma visão ampla do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo uma reabilitação que transcende o aspecto clínico.

As políticas de saúde mental, especialmente a reforma psiquiátrica, têm moldado a prática da psiquiatria e da assistência em saúde mental, sendo essencial analisar criticamente os avanços e desafios enfrentados por essas políticas para garantir uma assistência humanizada e eficaz.

No contexto da história da psiquiatria, o acesso aos cuidados de saúde mental sempre foi uma questão importante. No entanto, a equidade no acesso a esses cuidados têm sido historicamente desafiadora, com disparidades significativas persistindo em diferentes regiões e populações. No Brasil, a luta pela equidade no acesso à saúde mental foi marcada por melhorias significativas nos últimos anos, mas ainda há muito a ser feito. A implementação de políticas públicas e a expansão de serviços de saúde mental têm sido fundamentais para tentar garantir um acesso mais equitativo a cuidados psiquiátricos (Barros, 2018, p. 50-54).

2.2. A Constituição Brasileira de 1988 e novas leis da Política Nacional de Saúde Mental

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988 representou um marco no reconhecimento de direitos fundamentais no Brasil, com implicações profundas para

o campo da saúde mental. Conhecida como "Constituição Cidadã", ela consolidou princípios fundamentais que nortearam a criação de novas políticas públicas, incluindo a Política Nacional de Saúde Mental, que buscou substituir o modelo manicomial por práticas baseadas na atenção psicossocial. A Carta Magna assegurou o direito à saúde como dever do Estado e ampliou os mecanismos de proteção e promoção de direitos para grupos historicamente marginalizados, como as pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 1988).

O artigo 196 da Constituição é particularmente relevante, pois estabelece que a saúde é "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988). Esse dispositivo constitucional é a base para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova abordagem de atenção integral à saúde, incluindo o tratamento de transtornos mentais, com ênfase no atendimento comunitário e na garantia de direitos humanos.

A partir dessa perspectiva, as novas leis e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental passaram a ser desenvolvidas em consonância com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e o respeito às liberdades individuais. A Lei n.º 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi um marco na reformulação da saúde mental no Brasil. Essa lei estabeleceu os direitos das pessoas com transtornos mentais, priorizando o tratamento fora das instituições psiquiátricas tradicionais, como hospitais psiquiátricos e manicômios, e incentivando a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2001).

A Lei n.º 10.216/2001 promoveu a substituição do modelo hospitalocêntrico, criticado por seu caráter segregador e abusivo, por uma rede de atenção psicossocial integrada ao SUS, visando à reinserção social dos usuários e à prevenção de novas internações prolongadas e desnecessárias. Segundo Amarante (2018), a referida legislação "afirmou o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que buscou romper com as práticas de exclusão e violência institucionalizadas pelos manicômios". Além disso, a lei garantiu que o tratamento das pessoas com transtornos mentais fosse preferencialmente realizado em serviços abertos e comunitários, promovendo a cidadania e a autonomia dos pacientes.

A Constituição de 1988 e a Lei n.º 10.216/2001 refletem o avanço de um entendimento mais amplo sobre saúde mental, em conformidade com os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que diz respeito à garantia de cuidados baseados no respeito à dignidade humana, no reconhecimento da diversidade e na promoção de uma sociedade mais inclusiva. Segundo Lima e Garcia (2020, p. 45-60), "a legislação brasileira, com a Constituição de 1988 e a reforma psiquiátrica, expressa um compromisso com a superação de um modelo excludente e a construção de uma política de saúde mental que visa à inclusão social e à promoção de direitos".

Além da Lei n.º 10.216/2001, outras normas e decretos complementares consolidaram a Política Nacional de Saúde Mental, como a Portaria n.º 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de articular os diferentes serviços de saúde mental em nível local e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. A RAPS reforça a lógica de cuidados territorializados e comunitários, integrando a atenção básica com os serviços especializados em saúde mental, conforme assinala Pitta *et al.* (2011, p. 4579-4589), "a implementação da RAPS contribuiu significativamente para a criação de redes intersetoriais de apoio às pessoas em sofrimento psíquico, fortalecendo as ações de reabilitação psicossocial e o combate ao estigma".

A articulação entre a Constituição Brasileira de 1988, a Lei n.º 10.216/2001 e as demais normativas da Política Nacional de Saúde Mental consolidou a transformação do tratamento psiquiátrico no Brasil. A transição do modelo manicomial para uma abordagem baseada em direitos humanos e na inclusão social segue um processo contínuo, mas os avanços legislativos têm sido fundamentais para a construção de uma sociedade que reconhece e respeita o direito à saúde mental como parte integrante dos direitos fundamentais.

2.POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A evolução das políticas públicas de saúde mental no Brasil reflete mudanças na abordagem e tratamento das questões relacionadas à saúde mental. As instituições precursoras desse movimento foram fundamentais para a construção de um novo paradigma no cuidado com a saúde mental no país. A Lei Antimanicomial teve um impacto substancial no trabalho dos psicólogos em instituições de saúde

mental, promovendo uma abordagem mais humanizada e integrativa no tratamento dos pacientes (Sant'Anna, 2006, p. 368-383). Essa legislação representou um marco na história da saúde mental no Brasil, buscando a desinstitucionalização e a valorização do indivíduo como sujeito de direitos e não mais como um mero paciente a ser isolado (Pitta *et al.*, 2011, p. 4579-4589).

As primeiras legislações em saúde mental, como a Lei Federal 10.216/2001, foram essenciais para impulsionar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visava a transformação do modelo de assistência em saúde mental no país (Pitta *et al.*, 2011, p. 4579-4589). A partir desse contexto, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se tornaram referência no cuidado com pacientes com transtornos mentais, promovendo a reinserção social e a autonomia dos indivíduos. A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental no Brasil ao longo do século XX refletem um movimento de valorização da atenção integral e da promoção da saúde mental como um direito fundamental (Nabarrete *et al.*, 2023, p. 10181-10202).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como parte da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando oferecer um modelo de atenção em saúde mental mais humanizado e integrado à comunidade. Existem diferentes tipos de CAPS, como o CAPS I, II e III², voltado para adultos com transtornos mentais graves e persistentes, o CAPS AD (álcool e drogas), destinado a pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e o CAPS ij, destinado ao público infanto-juvenil em sofrimento mental (Brasil, 2010).

Esses centros funcionam de forma multiprofissional e interdisciplinar, com uma abordagem centrada na pessoa, em sua família e no território em que estão inseridos (Feuerschuette *et al.*, 2024, p. e1652485). A proposta dos CAPS é promover a reabilitação psicossocial dos usuários, superar o estigma da doença mental e favorecer a inclusão social, tudo de forma voluntária e participativa (Soares, 2023, p. 1-23). Além disso, os CAPS buscam atuar de forma articulada com outros

² **CAPS I:** Destinado a cidades com população entre 20 mil e 70 mil habitantes. Oferece atendimento diário a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo psicoterapia, oficinas terapêuticas e atividades comunitárias. Não possui leitos para internação.

CAPS II: Destinado a cidades com população entre 70 mil e 150 mil habitantes. Semelhante ao CAPS I, mas com maior capacidade de atendimento. Oferece uma gama mais ampla de atividades terapêuticas e de reabilitação, atendendo a uma demanda maior de pacientes.

CAPS III: Destinado a cidades com população acima de 150 mil habitantes. Funciona 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana. Oferece serviços de acolhimento noturno e internação breve, além das atividades terapêuticas e de reabilitação. É voltado para pacientes com necessidade de cuidados intensivos.

pontos de atenção, como a Atenção Primária à Saúde, visando uma assistência integral e eficaz (Nacamura *et al.*, 2023, p. 3-6).

A avaliação da satisfação dos usuários dos CAPS tem sido um tema de estudo, demonstrando a importância de compreender a percepção dos beneficiários em relação aos serviços oferecidos, visando sempre aprimorar o atendimento (Feuerschuette *et al.*, 2024, p. e1652485). A presença da família no tratamento e a articulação das ações interprofissionais e intersetoriais são aspectos que têm sido destacados como necessários para o aprimoramento dos serviços prestados pelos CAPS (Nacamura *et al.*, 2024, p. e1652485). Os CAPS representam uma importante estratégia de cuidado em saúde mental, sendo um serviço que contrapõe a lógica de longas internações em manicômios e hospitais psiquiátricos que fazem parte da história da psiquiatria no Brasil. Com diferentes tipos de atuação e uma proposta de assistência que visa à recuperação e reinserção social dos usuários, o trabalho psicossocial é sempre pautado na participação voluntária e na integração com a comunidade e outros serviços de saúde. A constante avaliação e aprimoramento desses centros são fundamentais para garantir a eficácia e a qualidade do atendimento prestado (Feuerschuette *et al.*, 2024, p. e1652485).

Atualmente, a saúde mental no Brasil enfrenta diversos desafios, que vão desde a garantia de acesso aos serviços de qualidade até a desestigmatização dos transtornos mentais. A formação dos profissionais de saúde, incluindo a revisão dos currículos acadêmicos para contemplar a saúde mental de forma mais abrangente, tem sido um ponto de atenção no cenário atual (Santos *et al.* 2023, p. 368-383; Carvalho, 2021, p. 539-551).

2.1 As instituições precursoras

As instituições precursoras das políticas de saúde mental no Brasil surgiram em um contexto no qual o país ainda estava estruturando seus serviços de saúde pública e as práticas psiquiátricas estavam sendo importadas da Europa. O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro II, foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro. Essa instituição pode ser considerada o marco inicial da assistência formal às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Contudo, seu caráter asilar e o tratamento oferecido aos internos refletiam a visão da época, que associava a loucura à exclusão social, e não à reabilitação ou à cura (Cunha, 1986, p. 60).

O modelo adotado pelo então denominado “Hospício Dom Pedro II” refletia as influências europeias, particularmente das práticas psiquiátricas da França e Inglaterra, que tinham como base o confinamento dos chamados “loucos” em espaços isolados da sociedade. O tratamento ofertado nesses hospitais era precário e frequentemente focado no controle do comportamento dos pacientes, utilizando-se de métodos como contenção física e tratamentos punitivos (Cunha, 1986, p 62). Segundo Barros e Passos (2017), “essas primeiras instituições funcionavam não apenas como espaços de tratamento, mas como verdadeiros locais de exclusão social”, onde os indivíduos com transtornos mentais eram afastados da vida comunitária, reforçando a estigmatização da loucura.

Outro hospital precursor foi o Hospício de Pedro II, fundado em 1883 em Salvador, Bahia, e que seguia os mesmos princípios do Hospital Dom Pedro II. Como apontado por Oda e Dalgalarondo (2005), “essas instituições estavam mais preocupadas em manter a ordem social do que em oferecer cuidados terapêuticos aos pacientes”. O hospital era voltado ao confinamento de pessoas consideradas “incômodas” para a sociedade, como os doentes mentais, indigentes e até mesmo pessoas que não se enquadravam nos padrões sociais vigentes. Esses hospitais asilares representavam um espaço de confinamento para indivíduos que não tinham lugar dentro da sociedade, demonstrando o caráter punitivo que caracterizava as políticas de saúde mental na época (Oda e Dalgalarondo 2005, p. 983-1010).

Nos hospitais psiquiátricos brasileiros, especialmente durante o século XX, não eram internados apenas aqueles diagnosticados com transtornos mentais, mas também pessoas que fugiam aos padrões sociais vigentes. Mulheres separadas, deficientes físicos, homossexuais e outros indivíduos considerados “inconvenientes” para a ordem social eram frequentemente enviados a essas instituições sob o pretexto de tratamento. Ainda segundo Oda e Dalgalarondo (2005, p. 1002) essas instituições funcionavam como uma espécie de depósito para qualquer pessoa cuja conduta ou condição de vida desafiava as normas sociais, o que incluía não apenas os doentes mentais, mas também aqueles que, por algum motivo, eram indesejados pela sociedade. Essa prática revela o caráter excludente e punitivo do modelo asilar, que se estendia para além das questões de saúde mental, abrangendo diversas formas de marginalização social.

No final do século XIX e início do século XX, outros hospitais psiquiátricos foram inaugurados no Brasil, com destaque para o Hospital Colônia de Barbacena,

fundado em 1903, e desativado em 1980, em Minas Gerais. O Hospital Colônia se tornou um dos símbolos mais trágicos da exclusão e do tratamento desumano de pessoas com transtornos mentais no Brasil. Barbacena foi cenário de práticas brutais, onde os pacientes viviam em condições sub-humanas, muitas vezes sem qualquer diagnóstico ou justificativa para a internação (Silva, 2017, p.10-15.). Segundo Pitta (2011), "o Hospital Colônia exemplificava a violência institucional presente no modelo asilar, que transformava as instituições psiquiátricas em verdadeiros depósitos de pessoas indesejadas pela sociedade".

A partir da segunda metade do século XX, essas instituições passaram a ser alvo de críticas mais severas, principalmente após as denúncias de violações de direitos humanos em hospitais psiquiátricos, como Barbacena, que escancararam a precariedade e os abusos sofridos pelos internos. Essas críticas impulsionaram o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, que começou a questionar a eficácia e a ética do modelo asilar, propondo uma nova abordagem de atenção psicossocial que visava à inclusão e ao respeito aos direitos humanos dos pacientes (Amarante, 2018, p. 22-25).

A crítica ao modelo asilar e a luta por uma reforma psiquiátrica surgem justamente a partir da constatação de que essas práticas e instituições não garantiam o tratamento adequado nem respeitavam os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. Assim, as políticas de saúde mental evoluíram gradualmente para um modelo mais humanizado e inclusivo, embasado nos direitos fundamentais previstos na Constituição de 1988 e nas novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

2.2. As Primeiras Legislações em Saúde Mental

Desde o século XIX, o país seguiu os padrões de internação que priorizavam o confinamento, inspirados por práticas europeias, especialmente francesas e inglesas, que visavam controlar os indivíduos que fugiam às normas sociais (Amarante, 2018, p. 28). Essas primeiras legislações refletiam o contexto de uma sociedade que tratava a loucura como uma ameaça à ordem pública e à moralidade, o que resultou por décadas em uma abordagem marcada pela exclusão.

O primeiro marco legal significativo foi o Código Penal de 1890, que estabelecia, no artigo 27, que as pessoas "loucas" deveriam ser isoladas em asilos,

como uma medida de segurança e controle social. A partir desse código, a internação compulsória passou a ser prevista em lei, estabelecendo que o tratamento das doenças mentais deveria ocorrer de maneira isolada, em instituições afastadas dos centros urbanos. Conforme aponta Amarante (2018, p. 28), "essas legislações tinham um caráter normativo e punitivo, no qual o Estado desempenhava o papel de disciplinar e controlar os corpos considerados desviantes ou perigosos para a sociedade".

Com o passar dos anos, surgiram legislações complementares que fortaleciam o modelo asilar. A Lei Eloy Chaves, de 1923, é outro marco relevante, pois estabeleceu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que incluíam também disposições sobre o tratamento de trabalhadores com transtornos mentais. Embora o foco principal fosse a saúde e a previdência dos trabalhadores, a lei previa mecanismos para a internação de trabalhadores em hospitais psiquiátricos, ampliando a ideia de segregação e confinamento, mesmo para aqueles que não necessariamente apresentavam transtornos graves (Amarante, 2018, p. 22-25).

Outro marco relevante foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Mental em 1934, que regulamentou a inspeção e fiscalização dos hospitais psiquiátricos no país, e estabeleceu parâmetros para a internação. Nesse contexto, o modelo de tratamento focava na institucionalização e afastamento dos pacientes da vida social e produtiva. A função primordial dessas legislações e normativas era garantir a ordem e a segurança pública, em detrimento da reabilitação e da inclusão social dos indivíduos internados (Silva *et al*, 2017, , p. 149–160).

Somente com a Constituição de 1988 é que se começou a delinear uma mudança significativa na abordagem da saúde mental no Brasil. A nova Carta Magna estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o que criou uma base legal para o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas e para a reforma psiquiátrica, que seria consolidada com a Lei n.º 10.216, de 2001, focada na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e na desinstitucionalização (Brasil, 2001).

Esse movimento de revisão das legislações asilares foi fundamental para a transformação do modelo manicomial. As legislações iniciais, que antes priorizavam o confinamento e a exclusão, passaram a ser questionadas e, posteriormente, substituídas por um sistema de cuidado comunitário e multidisciplinar. Assim, as primeiras legislações em saúde mental refletem um longo percurso de

institucionalização da loucura, que seria superado apenas com a Reforma Psiquiátrica e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no século XXI (Pitta, 2011, p. 4579).

2.3. Saúde Mental no Brasil hoje

Desde a pandemia de COVID-19, a demanda por serviços de saúde mental aumentou consideravelmente, levando a um reposicionamento das políticas e à ampliação da oferta de serviços, especialmente na atenção básica e na saúde digital (OPAS, 2022). Em 2024, o Brasil continua a enfrentar questões estruturais e políticas que impactam o cuidado em saúde mental, mas também dispensou atenção especial ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a integração dos serviços de saúde mental ao uso de tecnologias.

Com o crescimento dos transtornos mentais, como ansiedade e depressão, exacerbados pela pandemia e outros fatores socioeconômicos, o Ministério da Saúde passou a priorizar estratégias para aumentar a capilaridade dos serviços. Uma das principais ações tem sido a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se consolidam como o principal ponto de referência para pessoas com transtornos mentais graves. Em 2023, foram lançados novos programas de capacitação para os profissionais da rede de saúde mental e um plano de ampliação de CAPS para municípios de médio porte, o que permitiu ampliar a cobertura assistencial para regiões antes carentes desses serviços (Brasil, 2023).

Além disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem desempenhado um papel fundamental na atenção primária em saúde mental, promovendo o acompanhamento mais próximo das comunidades. Nos últimos anos, a integração da saúde mental com a atenção básica foi reforçada, criando equipes multidisciplinares para atuar diretamente com os casos identificados em territórios vulneráveis. De acordo com dados de 2023, mais de 50% das equipes da ESF em áreas urbanas contam com profissionais especializados em saúde mental, o que representa um avanço significativo na descentralização do cuidado (Santos, 2023, p 10-17).

Outro avanço recente importante foi a introdução de serviços de telepsiquiatria e telepsicologia dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), que começou a ser implementado durante a pandemia e foi consolidado em 2024 como

parte das políticas permanentes de saúde mental. Essa modalidade de atendimento permitiu ampliar o acesso ao cuidado, principalmente em regiões rurais ou afastadas dos grandes centros, onde há maior dificuldade de manter serviços presenciais. (Brasil, 2024).

Em 2024, um dos grandes desafios para o setor continua sendo a oferta de leitos psiquiátricos adequados em hospitais gerais, um ponto que ainda sofre com o déficit em muitas regiões do país. Apesar das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e dos esforços de desinstitucionalização, a ausência de leitos em hospitais gerais para casos de crises agudas ou emergências psiquiátricas persiste. O governo federal, em parceria com estados e municípios, anunciou um plano de ação para criar leitos especializados em saúde mental dentro dos hospitais gerais até o final de 2025, com o objetivo de reduzir o impacto das internações prolongadas e evitar a reinstitucionalização (Brasil, 2024).

Dentre as políticas de saúde mental, a política para usuários de drogas enfrenta desafios particulares, como a persistência do estigma e da criminalização do uso de substâncias. Em 2019, a Lei n.º 13.840/2019, que alterou a Lei de Drogas (n.º 11.343/2006), trouxe novas disposições para a internação involuntária de usuários de drogas, permitindo que familiares ou profissionais de saúde solicitem a internação sem o consentimento do usuário. Essa mudança foi alvo de críticas por parte de especialistas e organizações de direitos humanos, que argumentam que a medida pode violar os direitos dos usuários e reforçar práticas coercitivas em detrimento do cuidado humanizado e comunitário (Santos, 2020, p. 10-17).

A política de saúde mental voltada para usuários de drogas no Brasil, hoje propõe uma abordagem baseada na Redução de Danos, que se distancia do paradigma punitivo ou exclusivamente abstinente. A Redução de Danos visa minimizar as consequências negativas do uso de drogas, oferecendo aos usuários um atendimento que respeite sua autonomia e que busque diminuir os riscos à saúde sem exigir a interrupção imediata do consumo (Santos, 2020, p. 15). A política é alinhada aos princípios dos direitos humanos e reconhece a complexidade do uso de substâncias psicoativas, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Em 2023, o Ministério da Saúde reforçou as políticas de redução de danos e ampliou a cobertura dos serviços da RAPS para usuários de drogas em áreas de alta vulnerabilidade. Houve um aumento no número de Consultórios na Rua, equipes multidisciplinares que oferecem serviços de saúde, incluindo cuidado mental, para

peessoas em situação de rua e usuários de drogas. Os dispositivos têm um papel crucial no atendimento à população que historicamente enfrenta barreiras de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2023).

Em 2024, ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, marcando um importante momento para a reformulação das políticas de saúde mental no Brasil, após um intervalo de 13 anos desde a última edição. Realizada em Brasília, essa conferência teve como tema central "A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade". Um dos destaques foi o foco nos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, enfatizando a necessidade de cuidados em liberdade, em contraste com o modelo de internação psiquiátrica.

Entre os debates, destacou-se a luta contra as Comunidades Terapêuticas (CTs), que têm sido criticadas por diversas violações de direitos humanos, como relatos de abusos, maus-tratos e trabalho forçado, além de ser vista por muitos como um retrocesso na política antimanicomial. A conferência também trouxe a urgência de reforçar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliar o acesso a serviços de saúde mental humanizados e descentralizados, especialmente para populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua e usuários de drogas, áreas de grande preocupação nos últimos anos.

A conferência também reafirmou o compromisso com os avanços da Reforma Psiquiátrica, pautados na Lei 10.216/2001, que defende o tratamento em liberdade e o fechamento progressivo de hospitais psiquiátricos, além da expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A ampliação da assistência a usuários de drogas, com foco em estratégias de redução de danos e reinserção social, foi outro ponto relevante nas discussões recentes.

3. A SAÚDE MENTAL EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO

3.1. O município de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastião do Paraíso, situado no sul de Minas Gerais, apresenta uma população estimada em 71.796 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022). O município ocupa uma área de 1.025,3 km² e destaca-se como um importante polo econômico na região, especialmente na indústria do couro e calçados, sendo o maior centro curtumeiro do estado. Fundado em 1863, o município possui uma infraestrutura relevante de saúde mental, como o Hospital

Gedor Silveira e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi ampliada nos últimos anos com o CAPS AD III e o Serviço Residencial Terapêutico.

3.2. São Sebastião do Paraíso e sua RAPS

A trajetória da atenção psicossocial em São Sebastião do Paraíso reflete um processo gradual de transformação das práticas em saúde mental no município. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II – Saúde Mental) foi implantado em 2007, marcando o início da rede substitutiva local. Em seguida, ocorreu a inauguração do CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) em 2012 e, posteriormente, do CAPS Infantojuvenil, em 2016, ampliando a cobertura para diferentes públicos e faixas etárias. Já em novembro de 2023, o CAPS AD foi reclassificado como CAPS AD III, passando a oferecer atendimento contínuo, 24 horas por dia, e, simultaneamente, o município instituiu seu Serviço Residencial Terapêutico (SRT) — dispositivo fundamental no processo de desinstitucionalização e reintegração social de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas.

Além da rede substitutiva em consolidação, o território municipal ainda abriga o Hospital Psiquiátrico Fundação Gedor Silveira, instituição com mais de seis décadas de funcionamento, que hoje dispõe de aproximadamente 140 leitos e atende 154 municípios da região. Durante muito tempo, o hospital foi o único equipamento de referência em saúde mental, constituindo o modelo dominante de atenção e influenciando fortemente a cultura local, ainda marcada por concepções manicomiais e hospitalocêntricas. Essa herança histórica contribuiu para a construção de estigmas sociais associados à loucura e à internação, elementos que persistem, embora os princípios contemporâneos da Política Nacional de Saúde Mental e das portarias ministeriais já orientem a transição para modelos comunitários e humanizados de cuidado.

Mesmo com os avanços recentes, observa-se que o município continua destinando uma parte expressiva da sua demanda em saúde mental ao hospital psiquiátrico. A maioria dos leitos é ocupada por usuários dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas, configurando um perfil de internação recorrente. Durante muitos anos, o hospital também abrigou pacientes crônicos que residiam permanentemente na instituição, situação que deu origem à criação da Residência Terapêutica, um dos principais instrumentos de desinstitucionalização, voltado especialmente a pessoas que permaneceram internadas por períodos superiores a

dois anos.

O contexto nacional, entretanto, interferiu diretamente nesse processo. A partir de 2016, verificou-se uma redução expressiva no financiamento e na implantação de novos serviços comunitários de saúde mental, reflexo da crise econômica e da mudança de orientação política nacional, marcada por diretrizes de cunho neoliberal e conservador. Como destacam Cruz et al. (2020, p. 5–7), essa inflexão política implicou a adoção de medidas que contrariaram evidências científicas e diretrizes internacionais, como a integração de hospitais psiquiátricos e clínicas especializadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o reinvestimento em internações psiquiátricas e instituições asilares, além da ampliação das internações de crianças e adolescentes. Tais ações representaram um afastamento dos princípios centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira, comprometendo o fortalecimento dos serviços substitutivos e comunitários.

Nesse cenário, a implementação do CAPS AD III em 2023 assume papel simbólico e estratégico, pois marca uma retomada do compromisso municipal com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica e com a Política Nacional de Humanização em Saúde. Essa iniciativa sinaliza um movimento de reafirmação dos serviços substitutivos, consolidando um modelo de cuidado pautado na liberdade, no território e na valorização da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

4. O CAPS A.D. III - VITÓRIA



Figura 2: Fachada do CAPS AD III Vitória

FONTE: Acervo pessoal da coordenadora do serviço.

4.1. OS Caps AD e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas

O processo decisório que impulsionou a implementação do CAPS AD III teve início na Conferência Municipal de Saúde de 2021, quando foi proposta a qualificação de um dos CAPS do município para a modalidade III. Inicialmente, não havia definição se a mudança ocorreria no CAPS II ou no CAPS AD II, mas a coordenadora de saúde mental da época realizou um estudo de viabilidade, e a decisão final por eleger o CAPS AD (álcool e drogas) para se tornar III foi orientada tanto pela maior demanda nesse campo quanto pela possibilidade de acesso a um financiamento mais robusto. Além disso, organizou-se o serviço de forma a reservar ao menos um leito para usuários do CAPS II Saúde Mental, garantindo apoio em situações noturnas e assegurando a continuidade do cuidado no dia seguinte. Atualmente, o CAPS AD III - Vitória, conta com 09 leitos de acolhimento noturno e 02 leitos de desintoxicação. Os leitos de desintoxicação são destinados ao tratamento demandas clínicas e comorbidades físicas, enquanto os leitos de acolhimento noturno são destinados a pernoites quando identificadas necessidades sociais e psicológicas.

Leitos de desintoxicação



Leitos de acolhimento noturno



FIGURA 3: Leitos de desintoxicação e leitos de acolhimento noturno.

Fonte: Acervo pessoal da coordenadora do serviço.

Essa decisão estratégica também esteve alinhada à necessidade de preparar a rede local para o cenário de fechamento dos hospitais psiquiátricos, evitando situações de desassistência e fortalecendo a RAPS por meio de uma antecipação planejada às futuras demandas do território. A Ata da Conferência Municipal que deliberou a implementação do CAPS AD III em São Sebastião do Paraíso encontra-se na íntegra no ANEXO V dessa dissertação, e as deliberações de custeio foram aprovadas na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) em articulação com o estado, e constam no documento DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.698, DE 15 DE MAIO DE 2024.

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) constituem dispositivos centrais na política pública de saúde mental do Brasil. Sua criação reflete a necessidade de oferecer uma rede de atenção integral às pessoas que sofrem com transtornos relacionados ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Esses centros, ao se fundamentarem no modelo de atenção psicossocial, propõem uma abordagem que vai além da mera desintoxicação ou tratamento clínico. O foco dos CAPS AD está na reintegração social, na promoção da autonomia dos usuários e no respeito à singularidade dos sujeitos. Esse modelo de cuidado integra práticas terapêuticas e sociais, reconhecendo as múltiplas dimensões que o fenômeno do uso de drogas abrange, tais como aspectos culturais, econômicos e sociais.

A legislação brasileira que regula os serviços de saúde mental, incluindo os CAPS, está ancorada na Lei 10.216/2001, que consolidou a Reforma Psiquiátrica no país. Tal lei estabelece a prioridade do atendimento comunitário e da inserção social dos pacientes em detrimento da internação hospitalar prolongada (Brasil, 2001). Dentro desse arcabouço, os CAPS AD têm a função de garantir o acompanhamento contínuo e humanizado, sendo articulados com outros dispositivos da rede de atenção, como as unidades básicas de saúde, os serviços de urgência emergência, unidades de acolhimento e residências terapêuticas.

Embora os CAPS AD representem um avanço significativo na assistência a usuários de álcool e outras drogas, a implementação do modelo psicossocial encontra desafios significativos. Um dos principais problemas enfrentados por esses centros é a escassez de recursos financeiros e humanos, o que compromete a oferta de serviços de qualidade. Segundo levantamento de Oliveira *et al.* (2020),

muitos CAPS AD sofrem com a falta de equipes multidisciplinares completas, impactando diretamente a efetividade das intervenções terapêuticas. A sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, aliada a um número insuficiente de vagas para atendimento, gera uma subutilização do potencial desses serviços, que frequentemente se veem limitados a oferecer apenas o mínimo necessário em termos de acolhimento e acompanhamento.

Além disso, a descontinuidade de políticas públicas e a fragmentação da rede de saúde complicam a articulação entre os CAPS AD e os demais serviços. Conforme apontado por Lima e Cavalcanti (2019), a rede de atenção à saúde mental enfrenta dificuldades em garantir uma linha de cuidado integrada, o que resulta em lacunas no acompanhamento dos usuários após a alta dos CAPS AD. Essa falha de articulação dificulta a continuidade do tratamento e a reinserção social, que são objetivos primordiais do modelo de atenção psicossocial.

Outro aspecto relevante na discussão sobre os CAPS AD é o estigma que recai sobre os usuários de álcool e outras drogas. O preconceito social ainda prevalece como uma barreira importante ao acesso e à adesão ao tratamento. Mesmo dentro do ambiente institucional, relatos indicam que os usuários enfrentam discriminação e uma abordagem que muitas vezes perpetua a lógica de controle e punição, em vez de cuidado e acolhimento (Santos, 2021, p.10-17).

A superação desse estigma exige uma mudança de paradigma na forma como a sociedade e os próprios profissionais de saúde percebem o fenômeno do uso de substâncias. Em vez de tratar o uso de drogas exclusivamente como um problema moral ou de segurança pública, é necessário entendê-lo dentro de uma perspectiva biopsicossocial. A inclusão de práticas de redução de danos, já previstas no escopo dos CAPS AD, é uma estratégia que pode contribuir para mitigar esse preconceito, promovendo um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades do usuário (Silva, 2018, p. 149-160).

A estratégia de redução de danos, amplamente adotada pelos CAPS AD, parte do princípio de que o uso de substâncias psicoativas não pode ser tratado exclusivamente pela abstinência. Em vez disso, busca-se minimizar os impactos negativos do uso de drogas, respeitando o ritmo e as escolhas dos usuários. Essa abordagem se diferencia das estratégias tradicionais de "guerra às drogas", ao propor uma intervenção que reconhece a autonomia do sujeito e visa à melhoria da

qualidade de vida, independentemente da interrupção total do consumo (Silva, 2018, p. 149-160).

Contudo, a operacionalização da redução de danos ainda enfrenta resistências, tanto no âmbito político quanto entre os profissionais de saúde. Parte dessa resistência se deve à falta de capacitação específica para o manejo dessas práticas e à permanência de visões conservadoras sobre o tratamento de dependentes químicos. Para Silva e Moreira (2022), a implementação eficaz da redução de danos nos CAPS AD requer não apenas a ampliação dos recursos materiais, mas também uma mudança cultural que valorize a autonomia do usuário e o cuidado integral.

Os CAPS AD desempenham um papel fundamental no cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Brasil, ao promoverem uma abordagem psicossocial e inclusiva. No entanto, sua plena eficácia depende de uma série de melhorias, como a superação do estigma social, a garantia de recursos suficientes e a efetivação de uma rede de cuidado integrada. Além disso, a consolidação da redução de danos como estratégia central precisa ser reforçada, de modo a garantir que o protagonismo do usuário seja respeitado e promovido.

4.2 Equipe técnica

Hoje o CAPS AD III - Vitória conta com uma equipe de 47 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, monitores, profissionais de educação física, médicos clínicos e psiquiatras, farmacêutica, nutricionista, cozinheira, auxiliares de limpeza, motorista, auxiliares administrativos e coordenadora). Desde 01/04/2013 são 2207 usuários cadastrados (segundo informações colhidas junto a coordenação do próprio serviço), e destes cerca de 120 são atualmente ativos e frequentam assiduamente os atendimentos e oficinas terapêuticas oferecidas.

4.3 Terapêuticas realizadas

No CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III), a equipe multidisciplinar oferece práticas terapêuticas integradas e individualizadas, com o objetivo de atender às necessidades específicas dos usuários. As intervenções incluem atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas,

rodas de conversa e grupos de apoio mútuo, todas visando a promoção de habilidades sociais e o fortalecimento emocional diante do sofrimento psíquico que o levou a procurar o serviço. Além disso, são ofertadas atividades artísticas, esportivas e culturais que estimulam a reinserção social e ressignificação de vivências. O cuidado médico também integra esse conjunto, abrangendo consultas psiquiátricas, manejo clínico e ações de redução de danos, fundamentais para minimizar os riscos associados ao uso de substâncias. Em regime de atenção contínua, o CAPS AD III também disponibiliza leitos para desintoxicação e estabilização, onde o usuário pode pernoitar por até 14 dias garantindo suporte intensivo em momentos de crise.

O processo começa com o acolhimento, cada usuário é recepcionado e junto a equipe, é construído um Projeto Terapêutico Singular (PTS), onde fica definido um T.R.(técnico de referência), que será o profissional responsável por acompanhar mais de perto esse usuário, e as estratégias da equipe junto com a rede RAPS (Rede de Atenção psicossocial) e RAS (Rede de Atenção à Saúde, incluindo demais serviços da atenção primária e da atenção especializada) mais adequadas para seu caso.

Dentre as práticas terapêuticas, há a prática de atividades físicas, como yoga, futebol, caminhada e passeios em eventos e locais públicos da cidade. Além dos benefícios para a saúde física e mental já amplamente conhecidos pela ciência, tais atividades também contribuem para o fortalecimento das habilidades sociais, fomentando o trabalho coletivo, a cooperação, o respeito às regras e a construção de vínculos interpessoais, aspectos fundamentais para a reabilitação psicossocial e para a promoção da autonomia. Já os passeios em espaços públicos e eventos culturais possuem uma dimensão estratégica no processo de reinserção social dos usuários. Essas atividades permitem que os indivíduos ocupem a cidade como cidadãos ativos, favorecendo a ressignificação de seus papéis sociais e a superação de estigmas associados ao uso de substâncias. Ao fomentar a ocupação de espaços públicos, essa prática promove o sentimento de pertencimento social e amplia as possibilidades de convivência comunitária, rompendo barreiras que perpetuam a exclusão e marginalização. Além disso, a convivência e a expansão do círculo social enriquecem o repertório cultural dos participantes, proporcionando novas perspectivas e estímulos para a reconstrução de seus projetos de vida.

Outra atividade que se destaca é a Assembleia dos Usuários, que constitui um espaço de promoção da autonomia, protagonismo e auto-organização dos

indivíduos em tratamento. São reuniões periódicas que tem como objetivo central proporcionar um ambiente democrático e participativo, no qual os usuários podem expressar suas demandas, opiniões e propostas relacionadas ao funcionamento do serviço, às atividades ofertadas e às suas próprias trajetórias de cuidado. A assembleia, assim, configura-se como uma prática que fortalece a corresponsabilização no processo terapêutico, incentivando a escuta ativa e a construção conjunta de soluções, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, a assembleia desempenha um papel relevante na ressignificação dos papéis sociais dos usuários, frequentemente fragilizados pelo estigma associado ao uso de substâncias psicoativas. Por meio da participação ativa nesse espaço, os indivíduos exercem sua cidadania e desenvolvem competências relacionadas à tomada de decisões em conjunto, ao diálogo e à resolução de conflitos. Essa dinâmica contribui para a reconstrução de identidades individuais e coletivas, reforçando o sentimento de pertencimento e o empoderamento. Em entrevista, a Coordenadora pontua: *“A Assembleia é um lugar horizontal, onde ninguém está lá acima de ninguém - nem profissionais nem usuários - estão todos em pé de igualdade. É um espaço democrático, de igualdade, onde reforçamos a quem o serviço pertence e a quem ele serve: aos usuários.”*

4.4 Pesquisa

A presente pesquisa tem como objetivo analisar o processo de transição do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) do tipo II para o tipo III. A principal diferença entre o CAPS AD II e o CAPS AD III é a abrangência e a intensidade do atendimento prestado: Os CAPS tipo II funcionam em municípios de médio porte e oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo durante o dia. Tem capacidade para acolher um número significativo de usuários, mas não opera em regime de 24 horas. Já o tipo III opera em regime 24 horas, e oferece leitos de acolhimento noturno por até 14 dias. A evolução do CAPS AD para a modalidade III representa mudanças significativas na estrutura e dinâmica do atendimento, impactando no quadro de funcionários, no financiamento do serviço, e amplia o cuidado e as possibilidades oferecidas aos usuários, impactando assim todo o coletivo envolvido.

Foram entrevistados 3 categorias de participantes: gestores, trabalhadores e

usuários. Entre os gestores foram entrevistadas a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora do serviço, e entre os trabalhadores foram entrevistados diferentes profissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais e monitores) que atuam diretamente no atendimento aos usuários, com o objetivo é compreender as mudanças percebidas na rotina de trabalho, nos fluxos de atendimento e na qualidade dos serviços prestados. Entre os trabalhadores, o critério para o convite à participação na pesquisa foi selecionar aqueles que estiveram tanto no CAPS AD II quanto no CAPS AD III, acompanhando assim a transição. A entrevista com os usuários os convidou a relatar suas experiências e percepções sobre as alterações no acolhimento, na assistência e no acesso aos serviços com a transição para CAPS AD III e com os gestores para compreender os desafios administrativos e estruturais enfrentados na implementação da mudança, bem como suas estratégias para a adaptação do serviço. O critério para convidar os usuários às entrevistas seguiu o mesmo princípio: foram convidados aqueles que estiveram tanto no CAPS AD II quanto no CAPS AD III, acompanhando assim a transição.

5. METODOLOGIA

A escolha da abordagem metodológica qualitativa para esta dissertação fundamenta-se na necessidade de compreender os significados subjetivos e intersubjetivos que permeiam as ações e interações sociais dos sujeitos envolvidos no fenômeno estudado. Diferentemente das ciências naturais, que analisam objetos físicos de maneira objetiva e quantitativa, as ciências sociais devem considerar a intencionalidade e a reflexividade dos atores sociais para apreender os significados que atribuem às suas experiências (Amaral, 198, pass.).

O pensamento compreensivo e qualitativo, conforme defendido por Dilthey, parte do pressuposto de que os fenômenos humanos devem ser analisados historicamente, integrando representação, sentimento e vontade dentro de um contexto específico (Amaral, 1987, pass.). Weber, por sua vez, distingue entre a compreensão direta (objetiva) e a compreensão indireta (subjetiva), influenciando abordagens fenomenológicas como a de Schütz (1972). Assim, o estudo qualitativo permite captar tanto os "motivos para" (relacionados à intencionalidade do agente) quanto os "motivos porque" (derivados da observação de fatos passados), oferecendo uma análise mais aprofundada dos processos sociais e individuais

(Schütz, 1972, pass.).

Além disso, a abordagem qualitativa permite considerar a intersubjetividade, ou seja, o conjunto de regras e normas que favorecem o compartilhamento de crenças entre indivíduos inseridos em determinado contexto sociocultural (Amaral, 1987). Essa perspectiva se contrapõe à abordagem nomotética, que busca padronizar procedimentos, neutralizar diferenças individuais e distanciar o pesquisador do objeto de estudo, características que limitam a compreensão do fenômeno em sua complexidade (Schütz, 1972, pass.).

Dessa forma, a escolha pela abordagem qualitativa nesta pesquisa justifica-se pela necessidade de captar não apenas os dados objetivos, mas também os significados atribuídos pelos sujeitos em suas interações sociais. A metodologia adotada possibilitou uma investigação mais rica e aprofundada, alinhada aos princípios da compreensão do fenômeno em seu contexto histórico e cultural.

Diante do exposto, a técnica utilizada para as entrevistas, foi a de entrevistas livres não estruturadas, também chamadas de entrevistas abertas. A entrevista aberta embora permita maior liberdade ao entrevistado, ainda é direcionada pelo problema de pesquisa, com perguntas disparadoras que direcionam o caminho do tema. O pesquisador adota uma postura aberta, evitando perguntas rígidas e permitindo que o entrevistado expresse suas percepções livremente. O uso de um roteiro flexível orienta a entrevista sem restringir aprofundamentos relevantes.

As entrevistas qualitativas são largamente empregadas na pesquisa social, podendo ser de vários tipos e responder a objetivos diversos. Uma de suas finalidades é a de compreender um contexto particular, assim como a de ajudar na construção de modelos teóricos.

A relação intersubjetiva do entrevistador e do entrevistado é vista como uma característica central da entrevista qualitativa, por permitir a negociação de visões da realidade resultantes da dinâmica social onde os participantes constroem conhecimento e procuram dar sentido ao mundo que os cerca (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, pp.130-176, 1994).

A justificativa metodológica para essa abordagem reside na sua capacidade de captar a construção de significados dos participantes dentro de seu contexto social, reconhecendo que a realidade humana é moldada pela comunicação e pelas interações. Seu uso é estratégico, pois possibilita explorar informações detalhadas e pontos de vistas que escalas ou questionários não permitiriam, garantindo uma

investigação mais aprofundada e alinhada ao contexto e à percepção dos participantes.

Foram realizadas perguntas iniciais disparadoras e a entrevistada(o) pôde discorrer livremente o discurso destacando os pontos que mais trariam importância e significado, em seu ponto de vista. As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, permitindo identificar os padrões, diferenças e semelhanças que emergem dos discursos dos participantes. A coleta de dados foi realizada respeitando os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Em termos quantitativos, foi realizada uma análise comparativa utilizando dados fornecidos pela própria coordenação do serviço, relacionando o aumento de procedimentos realizados em 2024 dentro do modelo CAPSad III em comparação ao ano anterior, 2023, dentro do modelo CAPSad II.

DADOS

6.1. Quantidade de atendimentos realizados : comparativo 2023 (antes da transição) e 2024 (pós transição):

COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	COMPARATIVO 1º QUADRIMESTRE – ANO 2023 e 2024 – CAPS AD VITORIA		
		QUANTIDADE		
		1º quadrimestre 2023	1º quadrimestre 2024	Diferença
030108019-4	Acolhimento diurno	835	1976	1141
030108002-0	Acolhimento noturno	0	564	564
030108020-8	Atendimento individual	337	4866	4529
030108021-6	Atendimento em grupo	469	881	412
030108022-4	Atendimento familiar	116	112	-4
030108023-2	Acolhimento inicial	31	72	41
030108024-0	Atendimento domiciliar	28	18	-10
030108025-9	Ações de articulação de redes	0	34	34
030108027-5	Práticas corporais	356	342	-14
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	182	157	-25
030108029-1	Atenção às situações de crise	263	435	172
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica	0	11	11
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	462	572	110
030108035-6	Promoção de contratualidade no território		1	1
	TOTAL	3079	10041	6962

Tabela 1 - Comparativo de atendimentos do 1º quadrimestre de 2023 e 1º quadrimestre de 2024.
Fonte: Dados fornecidos pela própria coordenação do serviço.

COMPARATIVO 2º QUADRIMESTRE – ANO 2023 e 2024 – CAPS AD VITORIA III				
COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	QUANTIDADE		
		2º quadrimestre 2023	2º quadrimestre 2024	Diferença
030108019-4	Acolhimento diurno	882	1804	922
030108002-0	Acolhimento noturno		403	403
030108020-8	Atendimento individual	278	1591	1313
030108021-6	Atendimento em grupo	561	1193	632
030108022-4	Atendimento familiar	111	70	-41
030108023-2	Acolhimento inicial	45	62	17
030108024-0	Atendimento domiciliar	15	38	23
030108025-9	Ações de articulação de redes			0
030108027-5	Práticas corporais	303	272	-31
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	122	103	-19
030108029-1	Atenção às situações de crise	211	496	285
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica		8	8
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	487	295	-192
030108035-6	Promoção de contratualidade no território			
TOTAL		3015	6335	3320

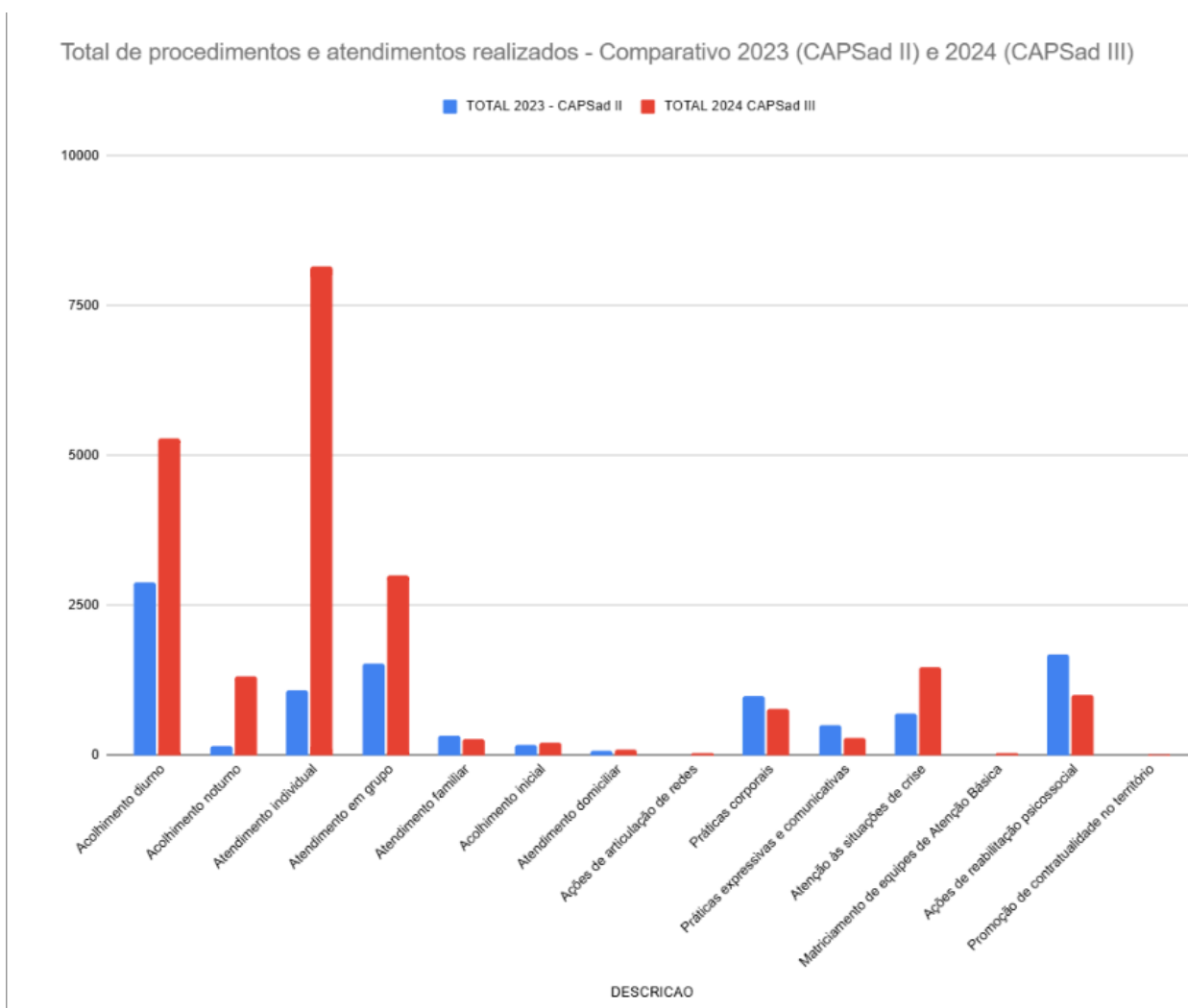
Tabela 2 - Comparativo de atendimentos do 2º quadrimestre de 2023 e 2º quadrimestre de 2024.
Fonte: Dados fornecidos pela própria coordenação do serviço.

COMPARATIVO 3º QUADRIMESTRE – ANO 2023 e 2024 – CAPS AD VITORIA III				
COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	QUANTIDADE		
		3º quadrimestre 2023	3º quadrimestre 2024	Diferença
030108019-4	Acolhimento diurno	1175	1515	340
030108002-0	Acolhimento noturno	154	346	192
030108020-8	Atendimento individual	457	1701	1244
030108021-6	Atendimento em grupo	491	925	434
030108022-4	Atendimento familiar	99	78	-21
030108023-2	Acolhimento inicial	94	72	-22
030108024-0	Atendimento domiciliar	20	29	9
030108025-9	Ações de articulação de redes	0	1	1
030108027-5	Práticas corporais	323	155	-168
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	202	24	-178
030108029-1	Atenção às situações de crise	222	540	318
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica	0	6	6
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	730	137	-593
030108035-6	Promoção de contratualidade no território	0	6	6
TOTAL		3967	5535	1568

Tabela 3 - Comparativo de atendimentos do 3º quadrimestre de 2023 e 3º quadrimestre de 2024.
Fonte: Dados fornecidos pela própria coordenação do serviço.

COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	TOTAL 2023	TOTAL 2024	DIFERENÇA
030108019-4	Acolhimento diurno	2892	5295	2403
030108002-0	Acolhimento noturno	154	1313	1159
030108020-8	Atendimento individual	1072	8158	7086
030108021-6	Atendimento em grupo	1521	2999	1478
030108022-4	Atendimento familiar	326	260	-66
030108023-2	Acolhimento inicial	170	206	36
030108024-0	Atendimento domiciliar	63	85	22
030108025-9	Ações de articulação de redes	0	35	35
030108027-5	Práticas corporais	982	769	-213
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	506	284	-222
030108029-1	Atenção às situações de crise	696	1471	775
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica	0	25	25
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	1679	1004	-675
030108035-6	Promoção de contratualidade no território	0	7	7
TOTAL		10061	21911	11850

Tabela 4 - Soma total dos procedimentos realizados, fazendo o comparativo e a diferença entre o ano de 2023 com o modelo CAPSad II e 2024 com o modelo CAPSad III.



6.2 Entrevistas

Na categoria profissionais, foram entrevistados 8 funcionários, eleitos com o critério: funcionários que estiveram tanto no CAPSad II quanto no CAPSad III, e acompanharam a transição. Foram entrevistados 10 usuários eleitos com o critério: usuários que estiveram tanto no CAPSad II quanto no CAPSad III, e acompanharam a transição. Foram entrevistados 2 médicos, 2 psicólogas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 nutricionista e 1 auxiliar administrativa. Na categoria gestores, foram entrevistadas a Secretária Municipal de Saúde que esteve no cargo durante a transição, e a Coordenadora do Serviço. Na categoria usuários, foram entrevistados 10 usuários, que frequentaram tanto o CAPS em sua modalidade II, e o CAPS em

sua modalidade III. Também foi respeitada a vontade e disponibilidade de cada um, sendo feito o convite, porém se condicionando ao aceite de cada indivíduo em participar. Foram realizadas entrevistas abertas semi-estruturadas com perguntas iniciais disparadoras do tema. Os temas foram:

- Quais as diferenças que podem ser observadas entre o CAPSad II e o CAPSad III?
- Quais os impactos desse novo modelo (III), na equipe e nos usuários?
- Quais os desafios enfrentados?
- Quais os ganhos dessa transição?
- O que ainda pode ser construído ou melhorado?

Apesar de parecerem perguntas simples, a escolha desse método, como justificado acima na metodologia, permitiu uma amplitude e profundidade de respostas que forneceu uma diversidade de dados a serem analisados sobre o funcionamento do serviço, as diferenças entre os modelos e o impacto que a transição teve em todas as suas esferas. Também vale reforçar, que as entrevistas e perguntas foram adaptadas e adicionadas de acordo com o curso de cada diálogo e a abertura de cada usuário e profissional. Alguns se sentiram mais a vontade para se expressar mais abertamente e com mais detalhes, outros preferiram contribuir com respostas mais curtas sem aprofundar o diálogo.

Todos os entrevistados assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em fornecer dados para este estudo e que suas falas sejam transcritas, garantindo a eles o sigilo e anonimato. Sendo assim, serão identificados por números: profissional 1, profissional 2, profissional 3 e assim por sequência. O mesmo se aplicará aos usuários entrevistados.

Abaixo, segue transcrição das falas coletadas:

Secretária de Saúde

Entrevistadora: *Como foi o Processo decisório que impulsionou a implementação do CAPS AD III?*

Secretária: *O processo decisório começou com a conferência municipal de saúde*

em 2021 onde uma das propostas foi a implantação de um CAPS III. Até então a gente não sabia qual seria, se ia ser o CAPS II ou o caps AD II que seria qualificado pra III é então. A coordenadora da saúde mental à época, ela fez um estudo de viabilidade e trouxe pra nós a informação que, independente de qual fosse, seria possível ter vaga para o outro serviço, então a gente acabou escolhendo o CAPS AD III por demanda e por financiamento. Então eu tenho um financiamento superior ao do CAPS Saúde Mental, e a gente fez um uma organização pra que pelo menos um dos leitos, ficasse reservado pra saúde mental, então em caso de necessidade o paciente do CAPS II Saúde Mental pode ir pro AD III no período noturno e no dia seguinte retornar pro seu CAPS. Então foi assim que a gente tomou essa decisão. Também pensando em se preparar, né pra possível fechamento do hospital psiquiátrico, porque aqui na cidade havia um estado de zona de conforto, uma vez que não era difícil ter para onde mandar os pacientes, mas a gente percebendo é a organização da RAPS, e as perspectivas de futuro (fechamento dos hospitais psiquiátricos) a gente não quis esperar, né, é, vamos dizer assim o que o pior acontecesse, né? Ou seja, a desassistência, para que a gente então corresse atrás de uma alternativa, a gente quis se preparar com antecedência e então foi esse motivo do processo decisório.

Entrevistadora: *Você falou de demanda, que foi eleito o CAPS Álcool e Drogas para se habilitar como III em razão da demanda ser maior do que a demanda do CAPS Saúde Mental. Existem dados ou registros sobre essa demanda?*

Secretária: *A gente não tem isso registrado, assim, a gente tem um registro apenas do número de atendimentos realizados por cada um dos CAPS, mas como não é um serviço que gera demanda reprimida, né, porque todo mundo que procura tem acesso, a gente não tem esse relatório, então isso partiu muito da percepção diária da Coordenação. Naquele momento era uma coordenação única para os 3 CAPS, então ela estava nos 3 ambientes, né e foi da percepção diária dela mesmo né de verificar o quanto que cada um dos serviços demandava.*

Entrevistadora: *O que motivou a gestão?*

Secretária: A necessidade de evitar as internações naqueles casos que a gente identificava que se o paciente ficasse um período continuado no CAPS seria possível que ele desintoxicasse e desse segmento no tratamento, e o acolhimento noturno faz muita diferença nisso, porque se a pessoa passa o dia no CAPS e ela volta para o ambiente dela, no qual ela utiliza das substâncias que ela levaram ela lá é muito mais difícil para ele resistir. Então foi porque a gente percebeu que só com uma estrutura 24 horas a gente conseguiria dar efetividade no tratamento, então assim a gente pode colocar que o princípio primeiro é evitar internação. Evitar internação e entrar em consonância com a política nacional de saúde mental, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica.

Entrevistadora: E aí o município entendeu que só conseguiria dar seguimento nisso com um serviço 24 horas?

Secretária: Exatamente.

Entrevistadora: Quanto custa o Caps AD III por mês?

Secretária: Quando a gente foi fazer estimativa para implantar, a gente viu que a gente ia ter uma contrapartida só com a equipe profissional de 50 mil mês. Só que nisso eu não considere aluguel, não considere os gêneros alimentícios que a gente utiliza a água luz, né? Então assim eu vou fazer uma estimativa, tá com uma margem aí eu diria que a gente complementa R\$ 100 mil reais mensais, além do recurso que vem do financiamento Estadual e Federal. Existe um financiamento tripartite, né?

Entrevistadora: Como foram as ações junto ao Estado?

Secretária: A gente recebeu algumas capacitações do estado. Eles vieram fazer visitas de formação. Aqui houve a conferência de saúde mental e a própria equipe já tinha essa consciência há muito tempo e o que muda é que eles conseguiram demonstrar isso para nós né? Não é que antes eles não entendessem isso, mas houve uma abertura maior nessa gestão para compreender e procurar conhecer um pouco melhor a saúde mental e aquilo que é preconizada na política nacional de

saúde mental, Então foi um conjunto de fatores. Os próprios profissionais foram os principais atores aí para nos conscientizar, mas houve também um trabalho do estado. Tá muito alinhado também com essa política e eles (estado) disponibilizaram em alguns momentos, oficinas e treinamentos para nós que abordaram esse assunto. Tudo isso aí que nos levou a entender que era importante e necessário. E tem uma outra coisa, assim que pesou muito, foi visitar o hospital psiquiátrico. A gente foi demandado pela promotoria para apurar algumas denúncias e conhecer o espaço e isso nos sensibilizou demais. A gente não pode dizer que a tenha visto algo de gravíssimo, de maus tratos direto que a gente tenha presenciado, alguma cena terrível, isso não... mas só estar ali você já percebe que aquilo ali não é favorável ao tratamento né? Então estar lá ver como que é, sabe, andar no meio das pessoas, olhar um ambiente onde tem tanta gente ali fechado, e até sem muita perspectiva... e teve mais uma coisa que ajudou um pouquinho, que foi um percurso formativo que é o estado custeou uma supervisão técnica para nós, e aí a presença da supervisor também impulsionou várias discussões sobre isso. Até que um dos pontos que ela tocou é: você retira a pessoa da sociedade e ela vai ficar sem uso da substância, mas quando ela volta os problemas estão ali esperando ela. E aí, o que foi feito para depois? Nada né? Então a gente percebeu que a inefetividade do tratamento do hospital psiquiátrico. Não é por incompetência maldade, é porque de fato não se vai na causa né? E aí quando a pessoa volta, totalmente desintoxicada, todas as razões que de alguma forma levaram a estar naquela condição estão presentes na vida dela, e ninguém conversou com ela sobre como enfrentar. Isso é o que o CAPS se propõe, o CAPS se propõe a fazer um trabalho contínuo, né. Um trabalho integrado que é justamente a atenção psicossocial. Então pode colocar como meta, como a meta efetiva, a redução de internação e a promoção da qualidade de vida e a garantia do tratamento contínuo dessas pessoas. Esse é o objetivo né? O objetivo principal é esse, inclusive, pensando que se esse paciente recair, que ele tenha vontade, e que ele se sinta respeitado e acolhido no serviço, que a recaída faz parte do tratamento... E possa residir, vivendo no território com o aporte do serviço. Então se a gente coloca isso como meta e a gente entende que ele está ali para ofertar ou não só a redução de internação, mas também esse acompanhamento psicossocial contínuo.

Entrevistadora: Hoje com mais ou menos um ano de CAPS AD III como que você entende que essas metas estão sendo atingidas?

Secretária: Eu vejo que elas estão, porque em uma mental algum a gente idealizou que não existiriam internações, né? Então a gente pensou em redução e não eliminação. Então existem momentos e pessoas que necessitam ainda de internação e a gente demanda para o hospital psiquiátrico, já que a gente não tem o leito de saúde mental em Hospital Geral. Mas a gente tem assim dados né de comparações aí de anos anteriores. E houve sim a redução das internações com relação a ao tratamento do território, né? Eu não tenho assim o dado preciso, mas eu acompanho o serviço e com uma certa distância e sei que tem várias pessoas também que conseguiram uma reabilitação né? Que consegue estar inseridas hoje na sua vida social? Alguns tem até vida profissional e frequenta um CAPS, e o tem ali como um suporte para mesmo depois de alta né? Que eles sabem que se alguma coisa mudar eles podem voltar ali. Então a gente percebe que sim que os objetivos foram atingidos.

Entrevistadora: Para fechar, então vale a pena o investimento no CAPS AD III?

Secretária: Com certeza vale a pena. O interesse pelo serviço aumentou depois que o CAPS AD passou a funcionar 24 horas. Até a equipe de envolveu mais, flexibilizou horários, etc. A procura pela população em situação de rua também aumentou depois dessa mudança.

Entrevistadora: Na sua visão, qual o desempenho da Política dentro dos seguintes indicadores: eficácia: entrega do produto; efetividade: impacto da entrega do produto e eficiência: relação custo/benefício?

Secretária: Eficácia: o produto ganhou qualidade e abrangência. Com o funcionamento ininterrupto você deixa de quebrar o tratamento, além do mais, os usuários sabem que se houver necessidade, as portas se abrirão. Efetividade: o impacto da redução de danos na vida do paciente e no seu ambiente é notável. Além de garantir melhoria do quadro clínico a reinserção social do paciente é de extrema importância. Eficiência: não temos dados para responder essa pergunta,

mas posso afirmar que neste tipo de serviço os interesses sociais superam os econômicos. Entretanto, ao se comparar com o custo do serviço terciário (hospitalar) o CAPS certamente é viável economicamente falando.

Profissional 1

Entrevistadora: *Quais são as primeiras impressões do CAPSad III em comparação ao CAPSad II? Quais principais mudanças você observa nessa transição?*

Profissional 1: *Sabe, acho que o comportamento dos pacientes mudou bastante. No dia a dia, percebemos uma melhora significativa depois do acolhimento noturno. Eles ficam mais tempo aqui, o que representa uma diferença importante. Antes, ficavam até determinada hora e, ao sair, muitos iam para casa, bebiam, usavam drogas. Agora, eles têm a oportunidade de evitar esse tipo de situação ficando aqui. Durante o tratamento, observamos melhoras em três dias. É uma diferença muito grande.*

Entrevistadora: *Você acha que o cuidado ficou mais intensivo e também oferece mais segurança?*

Profissional 1: *Com certeza.*

Entrevistadora: *Depois que o serviço transicionou para AD III, aumentou o número de usuários?*

Profissional 1: *Sim, aumentou bastante. Os números comprovam isso.*

Entrevistadora: *Como você observa a participação da família no tratamento?*

Profissional 1: *Parece que as famílias estão mais preocupadas. Elas vêm para visitas e, às vezes, trazem roupas ou outras coisas para os pacientes. Notamos que algumas famílias realmente se importam, mas também existem aquelas que não estão nem aí.*

Entrevistadora: *Você acha que a participação da família aumentou?*

Profissional 1: *Sim, com certeza aumentou.*

Entrevistadora: Quais são os desafios administrativos e técnicos?

Profissional 1: Eu não tenho tanta experiência, mas percebo que o fluxo de funcionários aumentou bastante. A demanda está alta, o serviço está bem sobrecarregado. Falta tempo para quase tudo, estamos sempre correndo. Mas faz parte, e está dando certo. Administrativamente, o serviço cresceu, e a equipe também. Com mais profissionais, o volume de trabalho também aumentou.

Entrevistadora: Já faz um ano desde essa transição, certo?

Profissional 1: Sim, já faz um ano e noventa dias.

Entrevistadora: E nesse tempo, vocês já conseguem ver resultados?

Profissional 1: Sim, acredito que a equipe multidisciplinar também tem observado isso. Notamos diferenças... antes, os pacientes chegavam em surto e, agora, vêm mais calmos e tranquilos. Não que os surtos tenham acabado, mas a abordagem mudou, e isso é faz muita diferença. Com a redução de danos conseguimos perceber a diferença diretamente.

Entrevistadora: Já houve casos de pessoas tentando fazer mau uso do serviço?

Profissional 1: Sim, isso acontece. Muitas vezes, moradores de rua chegam querendo apenas tomar banho, comer de graça, mas sem interesse real no tratamento. No entanto, a proposta do serviço é oferecer tratamento, não assistência só. Sempre tentamos filtrar para atender quem realmente deseja se tratar.

Entrevistadora: Alguma outra observação?

Profissional 1: Antes de trabalhar aqui, eu não sabia exatamente como era esse serviço. Fiquei impressionado e gostei muito. Tenho orgulho de fazer parte dessa equipe, que é muito profissional e comprometida com os pacientes. Ver o engajamento deles é gratificante.

Entrevistadora: O local sofre preconceito por parte da comunidade?

Profissional 1: *Sofre muito. Os vizinhos reclamam bastante. Às vezes, até chamam a guarda para intervir em situações que nem sempre justificam uma abordagem. Tentamos promover "Café" para aproximar a comunidade, mas não deu muito certo.*

Entrevistadora: *Quais são as principais reclamações?*

Profissional 1: *Algumas pessoas acham que os pacientes falam alto, fazem barulho nas oficinas e na rua. Mas ultimamente as reclamações diminuíram. Talvez estejam percebendo a importância do trabalho que fazemos aqui... parece que está havendo uma mudança na forma como a comunidade nos enxerga. Antes era pior, mas agora a situação melhorou. O preconceito ainda existe, mas estamos trabalhando para mudar isso. O importante é continuar oferecendo apoio e tratamento para quem precisa.*

Profissional 2

Entrevistadora: *Quais foram as principais mudanças que você observou com a transição para o novo modelo de atendimento?*

Profissional 2: *Acho que, de primeira, a maior diferença de todas é a possibilidade de acolhimento noturno para os pacientes. Antes, tínhamos grande dificuldade quando identificávamos um paciente com demanda de desintoxicação ou uma demanda química específica, que necessitava de assistência médica. Não conseguíamos oferecer esse suporte da forma como fazemos hoje, pois não tínhamos esse recurso disponível. Muitas vezes, éramos obrigados a recorrer à internação psiquiátrica, algo que sempre tentamos evitar ou, ao menos, esgotar todas as possibilidades antes de buscar essa alternativa. Para alguns casos de intoxicação, um ambiente assistido é essencial, mas as famílias nem sempre conseguem proporcionar isso. As clínicas psiquiátricas são importantes, mas nem sempre permitem que o paciente passe pelo processo de desintoxicação em casa. Por isso, a mudança que trouxe essa possibilidade de acolhimento foi, sem dúvida, a mais significativa. Além disso, houve uma expansão no serviço, com a chegada de novos profissionais para compor a equipe multidisciplinar. O número de profissionais aumentou e o serviço se tornou mais completo. Quando cheguei, ainda estávamos na pandemia, e muitos serviços não funcionavam da forma ideal. Os pacientes*

tinham apenas acompanhamento individual uma vez por semana, e os grupos estavam praticamente extintos. Houve um período em que parecia haver um boicote ao setor, com poucos profissionais e grande dificuldade para atender a demanda. Com a chegada do novo modelo, isso mudou muito. Na época, estávamos passando por um período de contrarreforma psiquiátrica, com alterações nas portarias e o fortalecimento de comunidades terapêuticas como alternativa. Esse contexto dificultava ainda mais nosso trabalho, mas agora conseguimos atender melhor os pacientes.

Entrevistadora: *Você acredita que o leito noturno preencheu um vazio assistencial?*

Profissional 2: *Com certeza. Antes, quando tínhamos essa lacuna, a alternativa muitas vezes era a internação. O novo modelo também possibilitou um aumento no fluxo de usuários. O CAPS AD tem uma dinâmica muito flutuante, pois os pacientes têm acompanhamento contínuo. Sempre brincamos que a regra é a recaída, então esse movimento de entrada e saída é natural. Além disso, há uma grande demanda social. Em alguns momentos conseguimos ampliar o atendimento, mas, em outros, não temos estrutura suficiente. O serviço de saúde tem limitações e, às vezes, a interlocução com a Secretaria de Desenvolvimento Social é bem restrita. A Secretaria ainda é recente, e antes estava ligada à saúde. Hoje, com menos recursos, há dificuldades para dar suporte adequado.*

Entrevistadora: *Como você vê a relação da comunidade com o serviço?*

Profissional 2: *Existe um estigma muito grande. A cidade tem uma mentalidade ainda muito manicomial, e a internação é vista como única solução. Além disso, há medo e preconceito. O CAPS AD está no centro da cidade, o que incomoda algumas pessoas, pois não estão acostumadas a ver os usuários do serviço frequentando o espaço público. Nosso objetivo é promover a inclusão. Tentamos incentivar os pacientes a ocuparem a cidade, promovendo atividades externas e oficinas em espaços públicos. Mas é um desafio constante.*

Entrevistadora: *Após mais de um ano da transição para o novo modelo, quais resultados você observa?*

Profissional 2: Conseguimos grandes avanços, tanto no atendimento aos pacientes quanto no fortalecimento do serviço. Antes, havia casos que considerávamos impossíveis de manejar sem internação, mas agora conseguimos oferecer desintoxicação e continuidade do tratamento dentro do CAPS. Com o acolhimento noturno, os pacientes recebem acompanhamento diário da equipe. Temos maior controle dos sintomas e evitamos casos mais graves de abstinência alcoólica, por exemplo. Reduzimos a necessidade de internações hospitalares, que muitas vezes eram solicitadas por falta de estrutura. Hoje, conseguimos conduzir um processo de desintoxicação em três ou quatro dias, permitindo que o paciente volte para casa rapidamente e continue o tratamento ambulatorial.

Entrevistadora: Podemos dizer que uma das principais motivações para a transição foi evitar internações?

Profissional 2: Com certeza. Havia muitos casos que sabíamos que poderiam ser manejados no CAPS, caso tivéssemos um leito disponível. A internação psiquiátrica é um processo longo, e conseguimos evitar muitas delas ao proporcionar suporte contínuo dentro do serviço. Hoje, conseguimos manter pacientes em acolhimento noturno por alguns dias e já iniciar o processo terapêutico. Assim, em pouco tempo, eles podem retomar suas rotinas com acompanhamento diário, sem precisar de uma internação prolongada.

Profissional 3

Entrevistadora: Quais são as principais diferenças que você percebe entre o CAPS AD II e o CAPS AD III?

Profissional 3: A principal diferença, na minha percepção, foi o perfil do público atendido. No CAPS AD II, atendíamos mais idosos e usuários de bebida alcoólica, geralmente com uma estrutura familiar um pouco mais consolidada. Com a transição para o CAPS AD III e a oferta de acolhimento noturno e nos finais de semana, houve um aumento significativo na demanda social. Passamos a receber mais pessoas em situação de vulnerabilidade extrema, como usuários de crack em situação de rua, o que não era tão comum antes. Isso exigiu uma reestruturação do serviço para incorporar mais assistência social.

Entrevistadora: Isso alterou a forma de funcionamento do CAPS AD III?

Profissional 3: Sim, completamente. No primeiro momento, mantivemos o funcionamento do CAPS AD II, mas com a nova demanda, precisávamos reorganizar o tratamento oferecido. Começamos a incluir mais recursos sociais, mas percebemos que isso descaracterizava o serviço de saúde. O desafio foi encontrar um equilíbrio entre o atendimento social e o foco no tratamento de saúde mental.

Entrevistadora: Você acha que a oferta desses recursos sociais pode ser uma ponte para reter os usuários no tratamento?

Profissional 3: Tentamos utilizar essa estratégia: atrair os usuários pelo banho, acolhimento e alimentação, e depois introduzi-los no tratamento. No entanto, percebemos que para muitos, o interesse se limitava aos recursos sociais, sem aderência ao tratamento. Mas para outros, conseguimos criar vínculos fortes, e mesmo quando restringimos um pouco esses acessos, eles continuaram vindo.

Entrevistadora: Como é a interlocução com a Secretaria de Desenvolvimento Social?

Profissional 3: Tentamos muito essa articulação, realizamos reuniões mensais, mas ainda há dificuldades. A demanda da população em situação de rua cresceu e eles não tinham acesso ao mínimo. Quando oferecemos algo a mais, percebemos que nem a rede sabia como lidar com essa população. Chegamos a sugerir a criação de um Centro Pop para absorver essa demanda e permitir que o CAPS AD III focasse mais no tratamento, mas isso não avançou.

Entrevistadora: Você acredita que a transição para CAPS AD III revelou demandas que antes eram invisíveis?

Profissional 3: Com certeza. Sempre ouvimos que "não há moradores de rua no município", mas ao abrimos o CAPS AD III, percebemos que essa população existia, só não estava sendo vista. Muitas dessas pessoas tinham casa e família, mas viviam na rua devido ao uso de substâncias.

Entrevistadora: E quais foram os ganhos dessa transição?

Profissional 3: *Hoje temos mais recursos de tratamento. Antes, se um paciente chegasse numa sexta-feira, muitas vezes não havia o que oferecer, então ele desanimava e desistia do serviço. Agora, conseguimos ofertar atendimento integral, finais de semana, e isso fortaleceu nossa assistência clínica. Muitas condições médicas que antes passavam despercebidas agora são identificadas e tratadas.*

Entrevistadora: *A adesão dos usuários ao tratamento aumentou?*

Profissional 3: *É difícil dizer. Conseguimos melhorar a articulação com outras redes e ofertar mais serviços, mas não sei se isso impactou diretamente na adesão ao tratamento. O que mudou foi nossa forma de trabalhar, tivemos que nos reinventar como equipe.*

Entrevistadora: *A rede passou a reconhecer mais a importância do CAPS AD III?*

Profissional 3: *Sim, a visibilidade do serviço aumentou. Agora, a rede confia mais em nosso trabalho e nos aciona com mais frequência. Mas também enfrentamos desafios, pois nem todos os profissionais entendem a proposta dos leitos e do acolhimento noturno.*

Entrevistadora: *Qual é a verdadeira proposta do acolhimento noturno?*

Profissional 3: *O principal objetivo é possibilitar a desintoxicação para melhor compreensão das necessidades do paciente e planejamento do tratamento. No início, havia uma expectativa irreal de que 15 dias de acolhimento resolveriam todos os problemas, mas aprendemos que o impacto está na redução de danos, e não apenas na abstinência total.*

Entrevistadora: *Como você avalia os resultados após mais de um ano da transição?*

Profissional 3: *Melhoramos muito enquanto equipe, e a rede tem mais confiança em nós. Reduzimos drasticamente o número de internações, o que justifica a existência do CAPS AD III. A população usuária também se modificou: os pacientes antigos estranharam a chegada de novos perfis, como pessoas em situação de rua e mulheres trans, e houve resistência inicial. Hoje, a aceitação é maior, mas o manejo dessa diversificação do público continua sendo um desafio.*

Entrevistadora: O CAPS AD III também representa um avanço na inclusão de pessoas que nunca haviam sido atendidas pela rede?

Profissional 3: Sim, recebemos muitos usuários que nunca tiveram contato com serviços de saúde ou assistência. Isso abriu novos desafios, pois precisamos equilibrar acolhimento social e tratamento. Ainda estamos aprendendo como oferecer suporte adequado sem desviar do foco principal do CAPS AD III.

Profissional 4

Entrevistadora: Quais foram as principais mudanças que a transição do CAPS AD II para CAPS AD III trouxe?

Profissional 4: Eu acho que aumentou a demanda de pacientes, até porque agora recebemos pessoas de outros estados. O CAPS II já estava sobrecarregado e, com a mudança, o fluxo só aumentou. Também houve mudanças na oferta de alimentação, incluindo refeições que não existiam antes, como um lanche da tarde, jantar e ceia. Além disso, passamos a oferecer atendimento nos finais de semana. Outra mudança foi o aumento da equipe, especialmente na enfermagem, para dar conta da demanda. Com a ampliação do horário de funcionamento, conseguimos alcançar mais pessoas, pois o plantão estendido facilita o atendimento de quem antes não conseguia vir em horários comerciais.

Entrevistadora: O serviço permanece de porta aberta das 7h às 19h, certo?

Profissional 4: Isso, funcionamos em escala de plantão, de segunda a segunda, das 7h às 19h. O médico está presente de segunda a sexta-feira, e nos finais de semana a enfermagem assume. Se houver necessidade, podemos acolher menores de idade que são usuários do CAPS Infantil, mas com a condição de estarem acompanhados por um responsável.

Entrevistadora: Quais são os principais desafios que você observa na equipe?

Profissional 4: Um dos principais desafios é a alta rotatividade de funcionários. Com uma equipe maior, nem sempre conseguimos ter um contato mais próximo entre todos. Quem trabalha à noite, por exemplo, pode não ter muito contato com os demais. Na cozinha, também houve mudanças. Agora são duas cozinheiras e não

trabalhamos mais com marmitas, o que melhorou a qualidade das refeições e reduziu custos. Outro desafio é a adaptação da equipe às novas demandas e horários. Todos tiveram que se reorganizar para garantir o funcionamento 24 horas. Isso exige mais compromisso e planejamento para que sempre haja profissionais disponíveis.

Entrevistadora: *Quais foram os ganhos com essa transição?*

Profissional 4: *Ganhamos muita prática e experiência no dia a dia. A equipe foi treinada em primeiros socorros, então conseguimos agir rapidamente em situações de emergência. Também fortalecemos a integração com a rede de saúde, o que facilita o acesso a exames e tratamentos. Com isso a gente consegue acompanhar melhor os pacientes e perceber mudanças importantes. Por exemplo, quando um paciente passa alguns dias internado, vemos o impacto da abstinência e entendemos melhor sua história e suas dificuldades. Isso nos ajuda a combater o preconceito e a compreender que o uso de substâncias não é uma simples escolha, mas algo atravessado por diversas questões.*

Entrevistadora: *Como o CAPS AD III trabalha a redução de danos?*

Profissional 4: *O CAPS não é um espaço de colonização ou imposição de normas. Não podemos obrigar a pessoa a parar de usar substâncias, mas podemos oferecer informação, apoio e alternativas para reduzir os riscos. O importante é que o paciente se sinta acolhido e confiante para falar sobre o que sente, sem medo de ser julgado. Se ele chega e diz que está com vontade de usar algo, nosso papel é oferecer uma ação terapêutica alternativa, e não simplesmente proibir. Isso faz parte da construção de um cuidado respeitoso.*

Entrevistadora: *Algo mais que você considera importante ressaltar?*

Profissional 4: *Acho essencial lembrar que estamos lidando com pessoas que têm histórias complexas e que já passaram por muitas dificuldades. Muitas vezes, a sociedade enxerga apenas o uso de drogas, sem considerar o que levou aquele indivíduo até ali. Nosso papel é oferecer um ambiente de segurança e acolhimento. Para alguns pacientes, a abstinência total pode nunca ser uma realidade, mas podemos ajudar a reduzir os danos e melhorar a qualidade de vida dele.*

Profissional 5

Profissional 5: *Então, o CAPS AD começou como um serviço voltado pro acolhimento de pessoas com sofrimento mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas. No começo, a estrutura era mais limitada, a equipe era reduzida, e a gente enfrentava desafios pra conseguir atender todo mundo que precisava. Mas, com o tempo, fomos ajustando o serviço, qualificando os profissionais e ampliando o atendimento.*

Entrevistadora: *E quais foram os principais desafios nessa caminhada?*

Profissional 5: *Olha, um dos maiores desafios foi lidar com o estigma. Muitas pessoas viam o CAPS AD como um lugar pra "loucos" ou "viciados", e isso dificultava o acesso ao tratamento. Outro ponto foi a falta de investimento adequado, porque a demanda sempre foi grande e, às vezes, não tínhamos estrutura suficiente. Mas acho que o mais difícil mesmo foi conseguir integrar o CAPS com outros serviços da rede de saúde e assistência social.*

Entrevistadora: *E essa questão da transição pro CAPS AD III, como você vê?*

Profissional 5: *Acho essencial! O CAPS AD II já não dava conta da demanda, e a ampliação pra CAPS AD III significa mais estrutura, mais profissionais e um atendimento mais qualificado. Sem falar que um CAPS III funciona 24 horas, então a gente pode oferecer acolhimento em momentos críticos, como crises de abstinência ou surtos. Isso faz toda a diferença.*

Entrevistadora: *Você acha que a população entende a importância dessa mudança?*

Profissional 5: *Ainda tem muita desinformação, mas a gente vê avanços. Quando conseguimos mostrar que o CAPS não é um lugar de internação, mas um espaço de cuidado, de reinserção social, as pessoas passam a enxergar com outros olhos. O problema é que muita gente só percebe a importância quando precisa do serviço de verdade. Muita gente acha que ampliar o CAPS é um gasto desnecessário, mas, na verdade, isso reduz custos com internações hospitalares e atendimentos emergenciais. Além disso, quando o serviço funciona bem, as pessoas conseguem se reintegrar à sociedade, voltar a trabalhar, melhorar a qualidade de vida. Então, a*

longo prazo, até fora daqui tem impacto. Espero que a gente consiga fortalecer isso nessa transição pro CAPS AD III e que a rede de saúde mental se fortaleça cada vez mais. A ideia é garantir um atendimento digno, humanizado e que realmente faça a diferença na vida das pessoas. A luta é grande, mas a gente segue firme.

Profissional 6

Entrevistadora: *Qual a principal diferença entre um CAPS AD II e um CAPS AD III?*

Profissional 6: *Eu acho que a principal diferença é a forma de tratamento. O CAPS AD III funciona 24 horas, ele não fecha e consegue dar um suporte maior para as crises, para as pessoas que estão precisando. É isso que se espera de um CAPS AD III. A demanda se intensifica, com um público em maior vulnerabilidade, pessoas invisíveis na sociedade, como moradores de rua e a população LGBTQ+. O serviço amplia o acesso e revela demandas que antes estavam encobertas. Quando o CAPS AD II se tornou III, ele passou a revelar outras camadas da sociedade, trazendo à tona demandas antes não vistas. Com isso, outros setores também precisam enxergar essas pessoas e enfrentamos desafios ético-políticos. Antes, muitos desses usuários não apareciam porque ninguém os via, mas agora eles acessam o serviço, exigem direitos, e o CAPS AD III se torna um farol na garantia desses direitos.*

Entrevistadora: *Na prática, o que mudou na transição do CAPS AD II para o III?*

Profissional 6: *Percebo que a maior mudança foi o perfil dos usuários que começaram a acessar o CAPS. O município não tem suporte adequado para acolher essa população em situação de rua e vulnerabilidade extrema, e essas pessoas veem o CAPS como um lugar onde podem ficar temporariamente. Mas nós não conseguimos suprir a demanda social sozinhos. Teve uma ampliação específica na equipe, principalmente na enfermagem, o que também representa uma mudança significativa.*

Entrevistadora: *Quais são os principais desafios da transição para o CAPS AD III?*

Profissional 6: *Um dos desafios é a formação da equipe. Entraram novos profissionais, muitos com uma visão biomédica, que querem padronizar o serviço*

sem compreender que o CAPS é um espaço aberto, de acesso livre. É necessário um letramento tanto da equipe quanto da sociedade sobre o funcionamento do CAPS AD III. Outro grande desafio é a relação de poder da equipe sobre os usuários, pois a transição exige uma mudança de lógica no cuidado.

Entrevistadora: *Como a sociedade percebe o CAPS AD III e sua função?*

Profissional 6: *A percepção da sociedade ainda está muito ligada à lógica da internação. Muitos familiares procuram o serviço querendo que seus parentes sejam internados por períodos longos, para que a família descanse sem resolver os problemas de fato. O CAPS AD III precisa desempenhar um papel ativo na educação da comunidade, mostrando o que é e como funciona o serviço.*

Entrevistadora: *Qual a função do acolhimento noturno no CAPS AD III?*

Profissional 6: *O acolhimento noturno pode ter diferentes funções. Pode ser um espaço para a pessoa se afastar temporariamente das drogas, contribuindo para a redução de danos. Os profissionais da saúde muitas vezes focam na desintoxicação, mas o objetivo também deve ser entender como o usuário se relaciona com o uso de substâncias. O acolhimento pode ter um papel social também, dependendo do grau de vulnerabilidade e risco que a pessoa enfrenta.*

Entrevistadora: *Quais são os ganhos com a ampliação do serviço para CAPS AD III?*

Profissional 6: *Acredito que o maior ganho é a possibilidade de cuidado em liberdade, evitando internações desnecessárias e combatendo o estigma da intervenção psiquiátrica. Entretanto, passamos por momentos de crise existencial, questionando se estamos conseguindo cumprir nosso papel. Inicialmente, conseguimos acolher os usuários oferecendo refeições, banho, corte de cabelo, mas em determinado momento isso se rompeu. O desafio é garantir que o CAPS AD III realmente se efetive como um espaço de cuidado integral e humanizado.*

Entrevistadora: *Como você observa a articulação em rede do CAPS AD III com outros serviços?*

Profissional 6: O desenvolvimento social é um dos equipamentos que mais acessamos, devido às demandas sociais dos usuários. Também temos interação com os CRAS, a infectologia e outros setores. Existe um diálogo inicial, mas ainda não vemos um trabalho de rede eficaz. Essa articulação ainda está em construção.

Entrevistadora: A transição para CAPS AD III fortaleceu esse diálogo em rede?

Profissional 6: Sim, acredito que deu maior visibilidade às demandas antes ocultas, trazendo-as para discussão. No entanto, não percebo uma mudança significativa na postura da rede em relação aos usuários. Há um pouco mais de cuidado quando sabem que o usuário frequenta o CAPS, mas ainda falta um entendimento mais profundo sobre o manejo adequado dessas pessoas. É um processo em andamento. Mas assim, não vamos ser hipócritas de falar que mudou tudo, mas era o esperado. Acho que a gente precisa se colocar mais politicamente. Continua sendo esperado, né? Continua sendo um dos objetivos fazer esse letramento e se posicionar. Ainda falta espaços de discussão, falar com o judiciário, promover debates... A gente vê essa necessidade de mobilização mesmo, né? De criar esses espaços para discutir o que está acontecendo no serviço e na rede.

Entrevistadora: Já que você citou que o CAPS AD III ainda está em construção e contornando desafios, o que você diria que falta? Se tivéssemos que fazer um balanço, o que ainda está pendente tanto no serviço quanto na rede e na interlocução?

Profissional 6: Acho que falta muita coisa. Falta estrutura física, falta profissional, falta iniciativa política e falta fomento. Tudo isso pesa. Mas, além disso, o que mais pega hoje é o estigma. Nosso município ainda carrega muito essa exclusão, e isso ressoa na forma como os usuários são vistos e atendidos. Isso se reflete até no nível político.

Entrevistadora: Você mencionou a questão da infraestrutura física. E a equipe? Está preparada para lidar com a complexidade do CAPS AD III?

Profissional 6: Falta uma preparação maior da equipe sobre o que é o CAPS e sobre a complexidade do cuidado com álcool e drogas. Além disso, falta um equipamento que acolha essa nova demanda que apareceu com a transição para o

CAPS AD III, como unidades de acolhimento e centros POP. As pessoas ainda não são reconhecidas plenamente como sujeitos de direitos, e nem mesmo o Estatuto da População em Situação de Rua é conhecido e aplicado. Então, falta essa mobilização para garantir esses direitos.

Entrevistadora: *Como você percebe essa relação entre a implantação de novas políticas públicas e o surgimento de novas demandas?*

Profissional 6: *Isso acontece com toda política pública social. Quando uma nova política é implantada, ela evidencia demandas que antes estavam ocultas. O CAPS AD III jogou luz sobre um público que antes não aparecia. Agora essas pessoas estão aí, e a gente precisa decidir o que fazer. Ignorar não é uma opção. Isso nos leva a refletir sobre o nosso papel social enquanto CAPS AD III.*

Entrevistadora: *E quais foram os principais ganhos dessa transição?*

Profissional 6: *O principal ganho foi a ampliação do acesso para uma população mais diversa. Também conseguimos avançar na mudança de lógica do atendimento. Antes, o CAPS AD II trabalhava com a lógica da abstinência. Agora, estamos implementando a redução de danos. Se a pessoa quer parar de beber, ótimo, mas se ela não quiser, o foco não é mais forçar a abstinência, e sim promover cuidado. Isso tem sido uma mudança fundamental.*

Entrevistadora: *Essa mudança no serviço trouxe alguma resistência por parte dos usuários?*

Profissional 6: *Sim, houve resistência. Muitos usuários questionaram a mudança, dizendo: "Que CAPS é esse?". Alguns vieram com demandas diferentes, como simplesmente querer um banho ou um prato de comida. Mas a lógica do serviço precisa equilibrar questões sociais com as questões clínicas. O CAPS AD III tem que ser um espaço de baixa exigência, mas, mesmo assim, só uma pequena parcela dos usuários em sofrimento nos acessa. Então, apesar de termos ampliado o acolhimento, ainda há muito a ser feito para garantir que o serviço chegue a todos que precisam.*

Profissional 7

Entrevistadora: Qual a principal mudança com o novo modelo de atendimento?

Profissional 7: Acho que o principal é a possibilidade de oferecer um serviço que permite o acolhimento de diversos pacientes que antes eram destinados à internação. Agora, a gente consegue fazer um tratamento menos intervencionista, com maior participação do paciente. Durante uma internação psiquiátrica, há um controle total sobre o que acontece com o paciente, especialmente na parte medicamentosa. Aqui, o modelo é diferente: conseguimos realizar o acompanhamento sem esse controle absoluto, o que torna o processo mais humanizado e permite entender melhor as demandas do paciente. Mas a gente ainda enfrenta desafios, como a necessidade de maior capacitação da equipe.

Entrevistadora: Houve mudança no perfil dos pacientes que procuram o serviço?

Profissional 7: Sim. A gente observa um aumento na demanda de pessoas em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua. Muitos procuram o serviço sem ter consciência do tratamento que precisam, buscando apenas um local para dormir. Isso também resultou em um aumento dos casos de violência, pois esses pacientes trazem consigo comportamentos aprendidos em uma realidade difícil.

Entrevistadora: Como a equipe lida com essa situação?

Profissional: A equipe aciona outros equipamentos do município para dar suporte, pois nem sempre conseguimos resolver tudo sozinhos.

Entrevistadora: Essa articulação com outros serviços é eficiente?

Profissional: De modo geral, sim. No entanto, há desafios. Por exemplo, temos apenas dois CAPS no município, o que pode limitar o atendimento. Muitas vezes, lidamos com pacientes que fazem uso abusivo de substâncias e precisam de um acompanhamento especializado. Isso faz com que o serviço seja sobrecarregado e precise de uma melhor definição de fluxos e parcerias.

Entrevistadora: A transição para o modelo CAPS III fortaleceu essa articulação?

Profissional: Sim, a relação entre os CAPS se estreitou. Agora, podemos acolher pacientes que antes seriam internados, reduzindo a necessidade de hospitalização psiquiátrica. Isso permitiu um acompanhamento mais contínuo dos pacientes e uma adesão maior ao tratamento.

Entrevistadora: O novo modelo é mais efetivo?

Profissional: Sim. Antes, ficávamos reféns de algumas limitações estruturais e não conseguíamos acolher pacientes em abstinência. Agora, temos condições de oferecer um suporte mais completo e humanizado.

Entrevistadora: Quais são os resultados mais evidentes após um ano de funcionamento?

Profissional: Observamos um tratamento mais complexo e eficiente. Antes, perdíamos contato com pacientes internados, pois muitas clínicas não mantinham comunicação com a equipe de origem. Agora, conseguimos acompanhar a evolução dos pacientes e ajustar os tratamentos conforme necessário.

Entrevistadora: Como está a adesão dos pacientes ao tratamento?

Profissional 7: A adesão é maior entre os pacientes que estão em processo de recuperação. Pacientes em recaída geralmente têm mais dificuldade em seguir o tratamento, pois perdem a rotina e a responsabilidade.

Entrevistadora: E a participação da família no tratamento?

Profissional 7: Infelizmente, muitos pacientes não contam com suporte familiar. As famílias já passaram por muitas tentativas frustradas e acabam se afastando. Isso é um grande desafio, pois o envolvimento familiar é fundamental para a recuperação.

Entrevistadora: Como a equipe lida com a população em situação de rua?

Profissional 7: No início, tentamos suprir todas as demandas sociais, mas percebemos que a gente não ia conseguir dar conta sozinhos. Passamos a focar no tratamento e dividir as responsabilidades com outros serviços sociais. No entanto, ainda falta estrutura, como um Centro POP, para um melhor atendimento a essa população.

Entrevistadora: *Quais foram os principais ganhos com a transição para o CAPS III?*

Profissional 7: *A ampliação da equipe e do atendimento 24 horas permitiu uma abordagem mais completa. Agora, conseguimos acompanhar melhor cada paciente, entender suas necessidades e oferecer um suporte mais adequado.*

Entrevistadora: *A transição fortaleceu a RAPS como um todo?*

Profissional 7: *Sim, mas ainda há muitas pessoas que desconhecem o funcionamento do CAPS III. Precisamos fortalecer essa conscientização.*

Entrevistadora: *O modelo de atendimento mudou?*

Profissional 7: *Sim, e se tornou mais efetivo. Com uma equipe maior e atendimento ininterrupto, conseguimos oferecer suporte mesmo nos fins de semana, que é quando muitas vezes os pacientes buscam ajuda.*

Entrevistadora: *A adesão dos pacientes melhorou?*

Profissional 7: *Sim, especialmente para aqueles que realmente estão focados no tratamento. Alguns ainda veem o CAPS só como um espaço de convivência, mas, no geral, a adesão aumentou.*

Entrevistadora: *Após um ano de funcionamento, quais são os principais aprendizados?*

Profissional 7: *Aprendemos a trabalhar melhor como equipe e a enfrentar os desafios do dia a dia. Continuamos aprendendo e aprimorando o serviço.*

Entrevistadora: *Como é a articulação com a microrregião?*

Profissional 7: *Dependendo da cidade, o suporte é muito bom. Quando os pacientes vêm encaminhados, geralmente há um acompanhamento adequado.*

Entrevistadora: *Alguma consideração final?*

Profissional 7: *Acredito que tivemos um grande avanço para o município. Ainda há desafios, mas estamos caminhando na direção certa. O projeto é muito bom e merecia mais reconhecimento.*

Profissional 8

Entrevistadora: Qual a principal diferença no acolhimento e na oferta de tratamento ao longo das mudanças no CAPS?

Profissional 8: A principal diferença acaba sendo na forma do acolhimento e na oferta de tratamento. Antes, quando éramos um CAPS II, o tratamento era limitado ao horário de funcionamento. Com a transição para CAPS III, tivemos uma maior compreensão do sofrimento das pessoas com dependência química. Percebemos que, apesar de o serviço fechar às 16h, a vida continua para eles. O CAPS III permite um acompanhamento mais amplo, onde os usuários nos convidam para conhecer suas realidades, seja na praça, em espaços de uso ou na dinâmica familiar. Isso ampliou nossa visão sobre o sofrimento e possibilitou intervenções mais diretas. O tratamento não se limita apenas às drogas, mas às dinâmicas de vida dessas pessoas.

Entrevistadora: Como a ampliação do horário de funcionamento impactou o serviço?

Profissional: A extensão do horário de atendimento não se resume apenas a uma carga horária maior, mas muda toda a dinâmica do serviço. Ele se torna um espaço de suporte, onde os usuários podem permanecer por mais tempo e se sentir seguros. Essa segurança não é uma ferramenta de controle, mas um suporte genuíno. No CAPS III, não se trata apenas de um local para tratar a dependência, mas de um espaço de convivência, onde os ganhos ocorrem na interação e na construção de novas dinâmicas sociais. Os usuários muitas vezes preferem falar sobre a vida em vez das drogas, pois entendem que a substância em si é apenas um detalhe dentro de um contexto muito maior.

Entrevistadora: Quais são os desafios dessa transição para CAPS III?

Profissional: O maior desafio ainda está na ideologia da cidade e na cultura local em relação à dependência química. Há uma mentalidade conservadora que enxerga as drogas como um problema a ser erradicado, sem considerar os contextos sociais e econômicos que incentivam o uso de álcool e outras substâncias. Também enfrentamos resistência dentro da própria rede de saúde. Muitas vezes, os usuários

chegam ao CAPS com a expectativa de serem internados, porque essa é a orientação que recebem em outros serviços. Nosso desafio é mudar essa mentalidade, mostrando que o tratamento é um processo de autonomia e não de isolamento.

Entrevistadora: O modelo de CAPS III impactou a rede de funcionamento da RAPS?

Profissional: *Sim, mas ainda enfrentamos desafios culturais. Há uma interpretação errada de que, se o CAPS III não exige a abstinência total, então o serviço “não serve para nada”. Trabalhamos com estratégias de redução de danos, mas muitos ainda enxergam a saúde mental como algo restrito ao CAPS. Quando ocorrem mudanças na rede, é comum voltarmos à mentalidade anterior de que “o problema é do CAPS”. Nosso desafio é expandir essa compreensão para toda a rede. Nós tivemos um caso recente de um paciente em situação de rua que não queria sair da rua. A rede discutiu o que poderia ser feito e percebeu que a solução não era simplesmente tirá-lo dali ou oferecer uma casa perfeita. Trabalhamos a redução de danos para minimizar sua vulnerabilidade, proporcionando banhos e curativos. No entanto, ainda existe resistência de alguns serviços em atendê-lo por ele ser irritado ou estar alcoolizado. O curioso é que ele nunca bebe antes de vir ao CAPS, pois respeita o espaço.*

Entrevistadora: Quais são os ganhos dessa transição?

Profissional: *O acolhimento noturno permitiu aos pacientes quebrar padrões de comportamento e desintoxicar temporariamente, facilitando uma reflexão mais crítica sobre suas histórias. Isso levou a um maior empoderamento, onde os próprios usuários passaram a definir seus processos de tratamento, ao invés de dependerem das decisões de suas famílias. Além disso, a população mais vulnerável passou a nos convidar para seus espaços, como praças e locais de uso. Esse vínculo fez com que o CAPS transcendesse suas paredes, estendendo-se para os territórios onde os usuários estão.*

Entrevistadora: Como foi a transição para a equipe do CAPS?

Profissional: No início, havia uma sincronia entre os profissionais, pois todos compreendiam a filosofia do tratamento. Com a chegada de novos profissionais, encontramos embates e questionamentos sobre o modelo de redução de danos. Muitos perguntavam: "Se eles vão ao CAPS sem a obrigação de parar de usar drogas, qual é a função do serviço?" Para lidar com isso, promovemos debates, apresentação de vídeos e discussões sobre novas abordagens. Ao final do ano, percebemos uma mudança na forma como a equipe via a questão. Passaram a compreender que a droga é apenas um sintoma e que o foco deve ser a história e as emoções do usuário.

Entrevistadora: Algum outro ponto relevante?

Profissional: A redução de danos tem sido muito importante. Um caso interessante foi de um usuário que veio pedir ajuda para usar de forma mais segura. Trabalhamos com ele o uso de cachimbos mais adequados, evitando queimaduras e contaminação. Quando ele trouxe um cachimbo modificado para maior segurança, foi um sinal de que ele compreendeu e internalizou o conceito de cuidado na liberdade. Isso também gerou discussões entre os profissionais, mas evidenciou que o modelo funciona. Agora estamos planejando montar kits de redução de danos e realizar intervenções na praça. Isso também gerou ideias para campanhas e até estampas de camisetas, promovendo informação de forma acessível e que possa impactar a sociedade para fazer repensar.

Coordenadora

Entrevistadora: O modelo de atenção 24 horas refere-se aos leitos de acolhimento noturno, porém o novo horário de funcionamento porta aberta foi estendido das 07h às 19h, correto? Como esse dispositivo influencia no tratamento oferecido pelo Caps?

Coordenadora: Sim, exatamente. Esse horário ampliado faz uma grande diferença na oferta do cuidado. Hoje, conseguimos oferecer atendimento de segunda a segunda. Mesmo que nos finais de semana não tenhamos equipe completa, o serviço permanece aberto com equipe de enfermagem. Isso permite que os usuários possam vir no sábado, no domingo, sem precisar esperar até a segunda-feira. Antes, encerrávamos às 16h de sexta e só reabríamos na segunda, e isso gerava

muita angústia, pois não sabíamos como os usuários estariam ao longo do fim de semana. Esse é um dos principais avanços, além do aumento significativo da equipe, que mais do que dobrou.

Entrevistadora: *Quais foram os maiores desafios dessa transição?*

Coordenadora: *Um dos maiores desafios foi convencer a gestão de que essa mudança era necessária e benéfica, apesar do custo mais alto. Também enfrentamos desafios logísticos, como organizar um cronograma que atendesse ao novo horário de funcionamento. Além disso, houve dificuldades na gestão de conflitos dentro da equipe, pois muitos profissionais vieram sem experiência em Caps ou em saúde mental. Tivemos que ampliar a equipe de enfermagem, e muitos profissionais estavam acostumados com um modelo hospitalar, onde a medicação era o foco do tratamento. Explicar a redução de danos e o fato de que não medicamos todos os pacientes o tempo todo gerou bastante conflito. Também tivemos que adaptar os médicos, pois alguns estavam acostumados a trabalhar em unidades de pronto atendimento (UPAs) e tiveram que compreender a dinâmica diferente do Caps.*

Entrevistadora: *Qual é a diferença entre atuar no hospital e atuar no Caps?*

Coordenadora: *O atendimento no Caps é mais dinâmico. Aqui, não existe a hierarquia tão rígida onde o médico decide tudo. Os atendimentos são compartilhados entre a equipe. No hospital, muitas vezes, a prioridade é estabilizar e liberar o paciente rapidamente. No Caps, entendemos que nem tudo é urgência e que nem todo mundo precisa de medicação. O acolhimento precisa ser diferenciado, levando em conta as necessidades de cada usuário.*

Entrevistadora: *Você mencionou que a internação não é necessariamente um tratamento. Como o Caps trabalha essa questão?*

Coordenadora: *Dentro da política pública, a internação psiquiátrica não é a primeira opção de tratamento. No hospital psiquiátrico, muitas vezes, ocorre uma padronização de tratamentos e a invalidação do sujeito. No Caps, o tratamento deve ser singular, cada paciente recebe um plano terapêutico individualizado. Por exemplo, no hospital ainda se quebra comprimidos para facilitar a ingestão, mesmo*

quando o paciente não tem dificuldade para tomar a medicação inteira. Esse tipo de prática padronizada é algo que evitamos no Caps.

Entrevistadora: *Você acha que todas as internações podem ser evitadas?*

Coordenadora: *Não necessariamente. Não temos uma rede completamente estruturada para evitar todas as internações. O que evitamos são as internações em hospitais psiquiátricos, mas, em alguns casos, um leito em um hospital geral pode ser necessário. Em situações de intoxicação por drogas, muitas vezes é possível manejar o paciente sem internação. Mas o maior desafio é lidar com a pressão social para que os usuários tenham um padrão de vida considerado "normal", sem uso de substâncias. Precisamos respeitar a individualidade de cada um.*

Entrevistadora: *O que falta na rede para melhorar esse atendimento?*

Coordenadora: *Falta um Caps III que não seja do tipo AD (para álcool e drogas), pois não conseguimos dar suporte a todas as demandas. O ideal seria termos um Caps Saúde Mental tipo III para acolher de forma mais estruturada, e também um Centro de Convivência e uma unidade de acolhimento. Hoje, também sentimos falta de supervisão institucional, pois tivemos que aprender a gerir um Caps 3 por conta própria, visitando outros serviços e estudando. A supervisão faria uma grande diferença para gente ter mais segurança nas práticas.*

Entrevistadora: *Quais avanços você percebeu desde que o Caps 3 foi implementado?*

Coordenadora: *A ampliação do acesso foi um grande avanço. Agora conseguimos atender pessoas que trabalham em horário comercial, pois estamos abertos até às 19h. Também conseguimos reduzir burocracias, como a exigência de documentos para iniciar o atendimento. Outro avanço importante foi a consolidação do modelo de redução de danos, em vez de abstinência total. A gestão também passou a respeitar mais nossa autonomia e deixou de interferir tanto nas nossas decisões. Antes, gestores e vereadores pressionavam por internações, mas agora percebo que conseguimos passar melhor nosso recado, e a intervenção externa diminuiu. Acho que, mesmo que devagar, conquistamos nosso espaço. Ainda há desafios, como evitar que o Caps se torne um substituto do hospital psiquiátrico, onde a pessoa só*

pode ser feliz se estiver aqui dentro e abstinência. Mas temos clareza de que o caminho é manter um espaço de tratamento aberto e acolhedor, respeitando as individualidades dos usuários.

Entrevistadora: *Aproveitando que você mencionou a microrregião e a relação com outros municípios, como é o seu diálogo com essas demais cidades?*

Coordenadora: *Existe esse diálogo, mas ele varia conforme o município. Com alguns, a parceria é mais estreita, enquanto outros ainda apresentam dificuldades nessa aproximação e na compreensão do papel do CAPS. Há municípios que não possuem CAPS e outros que têm, mas em modelos mais ambulatoriais, como os CAPS I. Acreditamos que, com o tempo, essa interação tem melhorado, principalmente na questão do matriciamento e na conscientização sobre alternativas ao internamento psiquiátrico. O CAPS acaba servindo como um farol, um direcionador das boas práticas em saúde mental na região.*

Entrevistadora: *Você percebeu mudanças na forma como os municípios tratam os usuários após a implementação do CAPS?*

Coordenadora: *Em alguns casos, sim. Antes, as opções eram limitadas às unidades estratégicas, às clínicas particulares ou aos hospitais psiquiátricos. Hoje, temos o CAPS como uma alternativa alinhada à Política Nacional de Saúde Mental. Isso tem reduzido preconceitos e ajudado a desconstruir a lógica de controle sobre os indivíduos, permitindo um resgate da cidadania e da autonomia dos usuários. Ainda enfrentamos desafios, mas avançamos no reconhecimento da importância desse modelo de atenção psicossocial.*

Entrevistadora: *O CAPS pode evitar qualquer tipo de internação?*

Coordenadora: *Acredito que seja possível. Um exemplo inspirador é o CAPS de Brasilândia, em São Paulo, que tem o selo da ONU e há décadas não realiza internações, nem mesmo em hospitais gerais. Isso demonstra que, com uma rede estruturada e suporte adequado, é possível manter os usuários estabilizados no território. Depende de como se enxerga a vida do outro: se acreditamos que esses corpos precisam ser controlados ou se entendemos que o cuidado pode ser oferecido de forma integrada e humanizada.*

Entrevistadora: Como é a articulação do CAPS III com outros serviços da rede?

Coordenadora: A gente tem buscado estreitar esse diálogo. A relação com a UPA, por exemplo, melhorou bastante; conseguimos comunicar melhor os casos de urgência e emergência, garantindo que os pacientes sejam estabilizados e retornem ao CAPS para o acompanhamento adequado. A Santa Casa também tem sido uma parceira importante nesse fluxo. Ainda há desafios, principalmente quando falamos de unidades de saúde que nem sempre se percebem como parte dessa rede. Muitas vezes, os profissionais dessas unidades veem o CAPS como um serviço à parte, quando na verdade somos todos parte de uma mesma engrenagem.

Entrevistador: Como isso impacta o atendimento ao usuário?

Coordenadora: O impacto é grande. Ainda há dificuldades em fazer com que as unidades de saúde compreendam que os usuários do CAPS também são pacientes da rede básica. Por exemplo, se um paciente do CAPS tem cirrose, é a unidade que deve acompanhar o tratamento. Não faz sentido ele ser tratado exclusivamente pelo CAPS, pois a responsabilidade pelo seu cuidado é compartilhada. Às vezes, percebemos que as unidades desconhecem quais pacientes do seu território estão no CAPS. Isso mostra a necessidade de maior integração e troca de informações.

Entrevistadora: Quais avanços vocês conseguiram nesse sentido?

Coordenadora: Um grande avanço foi a abertura para o diálogo. Hoje, conseguimos um contato mais próximo com a UPA e a Santa Casa, o que facilita o fluxo dos atendimentos. Também repensamos nossa estratégia de matriciamento para focar nos pontos mais críticos da rede. Ainda é um desafio fazer com que todas as unidades de saúde compreendam seu papel dentro dessa rede integrada, mas estamos caminhando nessa direção. O essencial é garantir que os pacientes não sejam vistos como "apenas do CAPS", mas sim como cidadãos que têm direito ao acesso pleno à saúde em todas as suas dimensões.

Entrevistadora: Podemos dizer que então o CAPS III vale a pena?

Coordenadora: Eu consigo pensar várias questões assim do quanto compensou abrir o Caps né? Então a oferta de cuidado ela se amplia, o público, ele modifica né? Então antes a gente se a gente tinha mais alcoolistas hoje a gente consegue

atender maior quantidade de usuários de crack, pessoas em situação de rua que antes não tinha espaço nenhum e agora tem pelo menos o Caps. É, o cuidado no final de semana, o horário estendido para para quem não consegue chegar até às 4:00, 5:00 da tarde para atendimento. E a questão da internação, né? A gente consegue evitar significativamente internação em hospital psiquiátrico. E se a gente tivesse Hospital Geral com leito a gente não utilizaria nem Hospital psiquiátrico. Então eu só assim penso vantagens de se ter um Caps 24 horas. Posso pensar outros motivos também, mas assim esses são os principais.

Entrevistadora: Certo. Algo mais a ser considerado?

Coordenadora: Acho que não. É isso.

Entrevistadora: Muito obrigada.

6.3. Entrevista com Usuários:

Usuário 1

Entrevistadora: Há quanto tempo você frequenta o CAPS?

Usuário 1: Vixe... deve fazer uns cinco anos, eu acho.

Entrevistadora: O levou a procurar o CAPS.?

Usuário 1: Melhora... os profissionais pra ajudar, por causa que eu sou um alcoólatra... e é muito difícil... então pra tomar os remédios e... me cuidar um pouco. Procurar um apoio sabe, dos funcionarios... conversar com psicólogo. Procurar um tratamento. To passando com uma doutora... a rua é um ambiente muito pesado.

Entrevistadora: Foi você que decidiu procurar ajuda ou alguém sugeriu que você procurasse?

Usuário 1: A primeira vez que eu comecei foi com o Dr. Eduardo. O CAPS estava lá em cima, perto da UPA. Eu vim da clínica, o homem da clínica que me levou, o

português, quando eu estava internado lá na clínica R.. Aí ele me levou para passar no psiquiatra, no Doutor E.

Entrevistadora: Então você conheceu o CAPS porque alguém te levou até lá, não foi algo que você buscou sozinho? O que fez você permanecer no CAPS por cinco anos?

Usuário 1: Uai, pra tentar recuperar... do álcool, da droga... Foi onde eu encontrei um apoio, um acolhimento... aí fiquei. Teve um pouco de melhora. Aí eu fiquei vindo.

Entrevistadora: Você acha que esses cinco anos no CAPS ajudaram de alguma forma?

Usuário 1: Ajudou. Pelo menos cê não fica tanto tempo na rua, aí cê passa a beber menos. Eu passo menos pelo CAPS agora. Antigamente eu ficava o dia inteiro aqui. Agora, só dois dias na semana.

Entrevistadora: O acolhimento noturno do CAPS te ajuda?

Usuário 1: Ajuda. É pesado por causa que a abstinência é muito forte... igual... eu bebo álcool, hoje eu amanheci, nossa... daquele jeito. Eu entrei ontem, mas hoje passei mal. Mas eu tomei medicamento para ver como meu corpo reage.

Entrevistadora: O CAPS está ajudando você a cuidar da sua saúde?

Usuário 1: Sim, ajuda. Ah eu não to muito bem de saúde. To com o fígado alterado, por causa da bebida. Mas aqui a gente passa com médico, com doutor...

Entrevistadora: O que você acha que poderia melhorar no CAPS?

Usuário 1: É... pra mim... achei diferente aqui só que mudou os funcionários. Ta diferente. O resto pra mim, ta normal.

Entrevistadora: Você sabe qual a diferença entre o CAPS 2 e o CAPS 3?

Usuário 1: Não.

Entrevistadora: A diferença é que antes o CAPS funcionava até as 16 horas de segunda a sexta, agora ele funciona 24 horas com leitos de acolhimento onde vc

está, e das 7:00 as 19:00 com atendimento porta aberta. Você percebeu essa mudança?

Usuário 1: *É, melhorou, porque agora à noite pode ter socorro. Tem mais médicos também.*

Entrevistadora: *O atendimento e os profissionais mudaram?*

Usuário 1: *Mudou.*

Entrevistadora: *Como foi receber novos usuários?*

Usuário 1: *Ah... eu fico mais na minha. Tem uns que conversam mais. Às vezes é pesado, porque tem conflito, gente querendo brigar. Mas eu já parei com isso tem muito tempo... Na rua tem muita bebida, é fácil de acessar. A bebida é barata, vendida em qualquer lugar*

Entrevistadora: *Você sente que houve alguma mudança na sua vida durante esse tempo no CAPS?*

Usuário 1: *Sim. Pelo menos nesse tempo, eu não to na rua e não to bebendo. Na rua tem muita bebida, é fácil... A bebida é barata, vende em qualquer lugar, qualquer um te da...*

Entrevistadora: *Você tem contato com sua família?*

Usuário 1: *Tenho minha irmã e meu irmão. De vez em quando a gente conversa, mas não temos muito contato.*

Entrevistadora: *Isso acontece porque você está na rua?*

Usuário 1: *É. Eles já vieram aqui no CAPS. Mas foi uma vez só*

Entrevistadora: *Você disse que tem uma filha. Ela participa do seu tratamento?*

Usuário 1: *Não... a gente só conversa por telefone...*

Entrevistadora: *Você tem vontade de retomar o contato com ela?*

Usuário 1: *Sim, tenho muita vontade de dar um abraço nela e conviver mais com ela. Mas depois que me separei da mãe dela, a gente distanciou... Conversamos pelo celular, mas não é a mesma coisa que ver pessoalmente, dar um abraço, um beijo. Isso me dá mais vontade de me recuperar, mas não é fácil.*

Nesse momento o usuário pediu para encerrar a entrevista.

Usuário 2

Entrevistadora: *Faz quanto tempo que o senhor frequenta o CAPS?*

Usuário 2: *Ah, uns 3 anos...*

Entrevistadora: *E antes, o CAPS era diferente? O senhor chegou a conhecer o CAPS quando era em outro local?*

Usuário 2: *Sim, era em outro lugar, não era aqui. Era no bairro onde eu morava, lá perto da creche. O atendimento era às terças e sextas, depois mudou para cá. Lá era uns três dias na semana.*

Entrevistadora: *O senhor conheceu o CAPS AD, esse CAPS aqui, antes dele ser 24 horas?*

Usuário 2: *Antes, eu ia lá embaixo. Agora venho pra cá.*

Entrevistadora: *E o senhor acha que é bom esse modelo 24 horas?*

Usuário 2: *É.*

Entrevistadora: *O que fez o senhor buscar o CAPS?*

Usuário 2: *De vez em quando eu vinha pra cá pra distrair um pouco a cabeça, ver o tempo passar... A gente fica focado em casa sem fazer nada, enjoa, né?*

Entrevistadora: *Mas qual foi o problema que trouxe o senhor para o CAPS?*

Usuário 2: Foi minha irmã. Quando eu tava lá na casa dela de vez em quando eu andava bebendo uma cerveja por lá e ficava tomando conta da casa. Aí quando ela se mudou, fiquei meio sem rumo, comecei a dar trabalho na rua...

Entrevistadora: E o senhor acha que o CAPS te ajuda?

Usuário 2: Ajuda sim. A gente fica conversando com o povo, o dia passa e nem vê. Melhor do que ficar socado dentro de casa direto. Não tem condição...

Entrevistadora: E o atendimento dos profissionais, o senhor acha bom?

Usuário 2: O atendimento aqui é bom. Atendimento de qualquer um aqui. Você passa por atendimento na hora que você precisar.

Entrevistadora: O senhor acha que o CAPS ajudou o senhor a parar de beber ou a reduzir a bebida?

Usuário 2: Ajudou, quando eu tava em casa era muita coisa, né... não tinha controle... aí quando a gente fica aqui distrai um pouco a cabeça, tira o foco da bebida, faz outras coisas...

Entrevistadora: O senhor já precisou dormir aqui?

Usuário 2: Já.

Entrevistadora: E como foi?

Usuário 2: Foi bom... me senti acolhido, a gente sai um pouco da rua né... da pra dar uma desintoxicada, né?

Entrevistadora: Sua família participa do seu tratamento?

Usuário 2: Eles gostam quando eu venho pra cá, a gente faz muita coisa aqui né? Eles já vieram aqui, minha família já veio me trazer.

Entrevistadora: E o que o senhor mais gosta aqui no CAPS?

Usuário 2: Aqui é bom demais. Finalmente, agora, alguém pra conversar, gente que não me julga... fico o dia inteiro aqui. Isso me ajuda. Já tô aqui.

Entrevistadora: E o que o senhor acha que pode melhorar aqui no CAPS?

Usuário 2: Tá ótimo do jeito que tá. Não precisa melhorar nada. Tá bom.

Usuária 3

Entrevistadora: Faz quanto tempo que você frequenta o CAPS?

Usuária 3: Olha, eu iniciei em 2019 para 2020. E era o CAPS AD 2, né? Nessa época eu peguei dois endereços: um perto da creche e depois, quando transferiu, foi para perto da UPA.

Entrevistadora: E como você percebeu as diferenças entre os dois modelos?

Usuária 3: Eu acho que os pontos positivos do CAPS 2 eram que tinha menos visitantes, menos usuários ou dependentes. Era mais focado nos pacientes, e a gente tinha um feedback do médico melhor. Não que agora não tenha, mas lá era mais intenso. O médico fazia uma consulta longa, de uma hora. A gente podia falar, esclarecer, soltar a voz. Já no CAPS 3 isso é bem menos. Não é tão intenso, não é tão focado no médico.

Entrevistadora: E sobre a equipe?

Usuária 3: No CAPS 2, a equipe multidisciplinar era menor, mas também a gente não tinha tanto acesso a ela. Psicólogo, por exemplo, tinha, mas não recebia a gente para conversar. Nas vezes que fui, não tinha muito. Tinha oficinas, mas eram muito básicas.

Entrevistadora: E sobre o espaço físico?

Usuária 3: Se tivesse um espaço maior seria ótimo, mas aí não tá no meu poder, né? A gente gostaria. Ainda assim, essa casa está legal, mas acho que está pequena.

Entrevistadora: E quanto à desintoxicação, que agora é oferecida no CAPS 3?

Usuária 3: Isso foi um ponto muito positivo. No CAPS 2 não tinha. Acho importante, porque chega um ponto que a pessoa precisa estar isolada. Eu mesma não estava conseguindo priorizar, e o médico sugeriu que eu ficasse aqui. Aceitei de boa. As

meninas achavam que eu podia estar apresentando alguma coisa, mas não precisei dormir aqui. Meu caso era só de dia, e eu gosto de dormir em casa.

Entrevistadora: *E essa experiência te ajudou?*

Usuária 3: *Sim! Fiz uma semana de manhã, todos os dias. Isso despertou minha criatividade de novo, porque eu não estava pintando mais. Tava sem ânimo. Só de ficar aqui o dia inteiro, com a cabeça mais leve, pintando... pinteí umas três ou quatro telas. Isso melhorou meu humor, minha depressão também. Eu tenho depressão crônica e agora estou na menopausa, então é uma transição louca. Aqui no CAPS 3 eu encontrei autoconhecimento. No CAPS 2 não tive isso, mas talvez porque não era a hora. Lá eu não tinha tempo, o funcionamento era até as 4 da tarde e eu ia só de manhã.*

Entrevistadora: *E em relação à atuação do médico?*

Usuária 3: *Eu acho que ainda tem uma questão com a equipe multidisciplinar. O médico, às vezes, não tem muita voz. Acho isso um ponto negativo, porque o médico deveria sim ter voz nas oficinas. Não que os outros profissionais não sejam capacitados, mas o médico é especialista. Seria importantíssimo ele colocar suas ideias em prática também.*

Entrevistadora: *Você sente que o médico está sendo deixado de lado?*

Usuária 3: *Sim. Parece que o médico é o último que fala. A equipe multidisciplinar é quem manda, e eu não acho isso legal. Tinha que ser todo mundo junto. Tiraram o médico de uma oficina e achei errado. Pela lei, o médico pode sim dar oficina, é prioridade. Não sei por que isso não foi respeitado. Todos os profissionais realizam, e o Marcelo realiza brilhantemente.*

Entrevistadora: *Você considera que a mudança do CAPS 2 para o 3 trouxe mais benefícios ou malefícios?*

Usuária 3: *Eu acho que teve muito mais benefícios que malefícios. Essa transição do CAPS 2 para o 3 foi uma evolução bacana. Mas ainda pode melhorar, claro. Acho que está em fase de adaptação.*

Entrevistadora: Tem mais algum ponto que você queira colocar? Algo que ache importante?

Usuária 3: Não acredito que tenha mais nada não. Acho que é isso mesmo.

Entrevistadora: Obrigada!

Usuária 4

Entrevistadora: Faz quanto tempo que você frequenta o CAPS desta vez?

Usuária 4: Faz dois anos, mas já frequentei antes. Desde que começou aqui, eu participei também do Jardim das Paineiras, depois eles foram para a Vila Santa Maria, que é próxima ao pronto-socorro. Nesse meio tempo, eu fiquei sete anos sóbria e o CAPS me deu alta.

Entrevistadora: Então, se for contar tudo, quanto tempo faz que você frequenta?

Usuária 4: Sete anos e oito meses desde a primeira vez no CAPS.

Entrevistadora: E qual foi o motivo que te levou? Você foi por conta própria ou alguém te levou?

Usuária 4: Naquela época o postinho de saúde não encaminhava, era recente e poucos sabiam. Eu fiquei sabendo e fui sozinha, sem encaminhamento. Naquele tempo não era necessário. Hoje, não sei te dizer se ainda é assim.

Entrevistadora: E como você ficou sabendo do CAPS?

Usuária 4: Eu tava com depressão e tratava com um psiquiatra, ele me falou que o CAPS poderia me ajudar mais. Então ele achou melhor que eu fosse para lá, um local mais apropriado para tratamento.

Entrevistadora: Nessa época você já fazia uso de substâncias?

Usuária 4: Sim. Depois que comecei a frequentar o CAPS novamente, entrei nesse processo de recuperação e sobriedade. Eu participava com mais frequência, ia todos os dias, como eles achavam necessário. Me ajudaram muito. Também

participei dos Narcóticos Anônimos. A gente precisa de uma rede de apoio, sozinha é complicado. No CAPS eu tinha o apoio psicológico e psiquiátrico, além das oficinas. E tinha meu grupo do Narcóticos Anônimos, que me ajudou muito a manter a sobriedade.

Entrevistadora: *E como o CAPS te ajudou no problema com as drogas?*

Usuária 4: *Primeiramente, você tem que querer. Tem gente que frequenta aqui e continua usando, mas o CAPS não é pra isso. Minha intenção era acabar com meu sofrimento. Aqui encontrei um psiquiatra, o Marcelo, a psicóloga, e as oficinas que falam muito sobre a dependência e sobre ferramentas para evitar recaídas. A recaída não vem de uma hora pra outra, você começa a ter sinais. Se você tá em acompanhamento, consegue se antecipar. Hoje eu consigo identificar os sinais. A doença é mental, e com a ajuda do CAPS eu consigo perceber quando estou indo para uma recaída. O que é falado aqui, nas oficinas e pelos profissionais, me dá ferramentas, me dá bagagem para enfrentar o problema. A gente usa até as recaídas como aprendizado. A recaída mostra quando você começa a perder coisas — emprego, bens materiais, estabilidade financeira. Eu cheguei no CAPS limpa, mas sofrendo muito, realmente precisando de ajuda. E encontrei esse acolhimento.*

Entrevistadora: *Nesse tempo que você frequenta o CAPS, o que mudou na sua vida?*

Usuária 4: *Mudou tudo. Emocional, psicológico, qualidade de vida. Recuperei a confiança da minha família, voltei a trabalhar, a ser produtiva, inserida na sociedade. Voltei a ser uma boa mãe, uma boa filha, uma boa profissional. A droga tava tirando tudo isso de mim. E tudo isso voltou com a sobriedade. Estou com 8 meses sóbria agora e já recuperei tudo isso. Estabilizei minha vida financeira, voltei a trabalhar, a cuidar do meu filho. Faço meu tratamento aqui e tô bem psicologicamente, tomando os remédios. Me sinto ótima, acordo cedo, cumpro minhas obrigações de mãe e de trabalho. Estou numa fase muito boa.*

Entrevistadora: *O CAPS passou por uma mudança: antes era tipo II, agora é tipo III, funcionando 24 horas. O que achou dessa mudança?*

Usuária 4: Achei ótimo. Na minha última recaída, eu não sabia que podia ficar aqui. Cheguei num momento de muita vulnerabilidade, muito mal. E o CAPS me acolheu sem julgamentos, com muito cuidado. Minha vontade era ir embora logo, mas fiquei.

Entrevistadora: Você chegou a dormir aqui, fazer o acolhimento noturno?

Usuária 4: Fiquei oito dias.

Entrevistadora: E esses oito dias te ajudaram?

Usuária 4: Muito. Eles não obrigam a gente a ficar, mas eu tava realmente decidida a parar com aquela destruição na minha vida. O acolhimento deles me segurou.

Entrevistadora: Quais são os melhores pontos do CAPS que você destacaria?

Usuária 4: Aqui é um lugar onde posso falar o que estou sentindo, dividir minhas dificuldades. Não é fácil se manter na sobriedade. Aqui eu consigo falar abertamente, até quando tenho vontade de usar. Se eu falasse isso pra minha família, eles não entenderiam. Aqui tem apoio psiquiátrico, com um médico excelente que me ajudou muito. Me sinto bem aqui, é um lugar onde encontro o que preciso para continuar minha caminhada sem drogas.

Entrevistadora: E o que o CAPS pode melhorar?

Usuária 4: Quando abriu para acolhimento foi complicado. Tinha muita gente, todos os dias, muitas discussões, atritos. Às vezes eu saía pior do que entrei. Mas depois fizeram modificações e melhorou. O problema era a lotação, e isso sobrecarregou os profissionais. Tinha gente querendo tomar banho, lavar roupa, virou bagunça. As profissionais deixaram de fazer o trabalho delas pra resolver essas coisas. Depois que entenderam o propósito do acolhimento, tudo melhorou.

Entrevistadora: E hoje, tem algo que você acha que poderia ser oferecido a mais?

Usuária 4: Do jeito que está hoje, não. Tá funcionando bem. Se eu precisar de acolhimento noturno, sei que posso vir. Sei que vão me acolher. Tem pessoas aqui para ajudar.

Entrevistadora: Tem mais alguma coisa que você queira falar?

Usuária 4: Não, tem algo que você queira saber?

Entrevistadora: Não, acho que foi suficiente. Obrigada!

Usuário 5

Entrevistadora: Faz quanto tempo que você frequenta o CAPS?

Usuária 5: Desde 2018.

Entrevistadora: O que te levou a procurar o CAPS?

Usuária 5: Ajuda... (silêncio)

Entrevistadora: Você percebeu que o CAPS passou por algumas mudanças?

Usuária 5: Sim... agora, depois que passou a funcionar 24 horas...

Entrevistadora: O que você viu de diferente?

Usuária 5: No caso, agora a gente pode vir aqui na porta quando estiver precisando, né? Isso é bom, porque aumentou o horário. Também da pra dormir aqui se precisar, ficar no acolhimento noturno... Eu tava na rua, tava precisando, e uma pessoa me trouxe aqui novamente. Fiquei nove dias. E o resto da minha família não tá nem aí pra mim.

Entrevistadora: Você acha que o CAPS te ajuda? De que forma?

Usuária 5: Ajuda no alimento, porque é difícil ter na rua. A gente precisa pedir. E aqui eles ajudam bastante.

Entrevistadora: E o tratamento que é oferecido aqui? Você acha que ajuda a parar ou reduzir o uso de drogas?

Usuária 5: Ajuda sim, ajuda a "firmar a cabeça", a pensar melhor. Mas depende de você. Porque depois que acaba o acolhimento, o que você vai fazer lá fora? Tem amigos que dizem ser meus amigos, mas são usuários... e isso atrapalha. Oferecem droga, essas coisas.

Entrevistadora: *Você já conseguiu ficar limpa por algum tempo?*

Usuária 5: *Já. Minha mãe... quando ela era viva, eu fiquei 10 anos limpa. Dez anos.*

Entrevistadora: *O que tem de melhor no CAPS hoje? Quais são os pontos positivos?*

Usuária 5: *Eles dão assistência, coisa que outras pessoas na rua não têm. Como eu disse, o alimento... como a gente mora na rua, precisa. E agora tem mais apoio, até no período noturno. Tem banho, tem apoio.*

Entrevistadora: *O que você acha que pode melhorar?*

Usuária 5: *Os dias. Podia ter mais tempo. Agora são só 14 dias. Podia ter mais tempo pras pessoas que querem, né? Pra cabeça da gente melhorar, ficar mais forte pra sair lá fora.*

Entrevistadora: *Antes de conhecer o CAPS, você fez tratamento em outro lugar?*

Usuária 5: *Já. Fui internada uma vez. Mas depois que minha mãe morreu, fiquei sozinha no mundo. Só Deus mesmo, e hoje tem o CAPS, são eles.*

Entrevistadora: *Tem algo mais que você queira falar? Algum ponto importante?*

Usuária 5: *Não. Só isso.*

Entrevistadora: *Muito obrigada.*

Usuário 6

Entrevistadora: *Faz quanto tempo que você frequenta o CAPS?*

Usuário 6: *Eu comecei faz uns três anos. Fiquei lá uns quatro dias, mas abandonei pra ir trabalhar em outra cidade. Depois voltei, fiquei mais uma semana, mas também acabei saindo. Agora voltei de novo, entrei na segunda passada.*

Entrevistadora: *Então faz um bom tempo desde a primeira vez. Vai fazer uns três anos?*

Usuário 6: Isso, por aí. Acho que fiquei uns cinco anos fora mais ou menos.

Entrevistadora: O que te levou a procurar o CAPS? Você foi sozinho ou alguém te levou?

Usuário 6: Eu fui por conta própria mesmo.

Entrevistadora: E o CAPS te ajudou de alguma forma nesses atendimentos?

Usuário 6: Sim, ajudou. Teve uma época que eu frequentei certinho, mas por pouco tempo. No outro lugar também fiquei só uns quatro dias. Aqui já faz 11 dias que tô, nunca fiquei tanto tempo assim.

Entrevistadora: Então agora você está em acolhimento noturno?

Usuário 6: Tô dormindo aqui, sim.

Entrevistadora: Isso tá te ajudando?

Usuário 6: Tá. Eu tava tendo convulsão direto. Acordava às 4 horas da manhã tremendo demais, sem forças nas pernas, sem banheiro em casa... Aí tinha que tomar alguma coisa até melhorar. Também tava sem comer. Aqui tem alimentação, banho... É diferente.

Entrevistadora: E sobre sua família, você mora com quem?

Usuário 6: Eu tenho um filho que casou. Quando cheguei em casa, ele já tinha amigado. Hoje já tenho 62 anos, fiquei meio sozinho no mundo...

Entrevistadora: Seu filho participa do seu tratamento? Ele te apoia a frequentar o CAPS?

Usuário 6: Mais ou menos. Ele sabe, mas não se envolve muito.

Entrevistadora: Tem algo mais que você queira falar sobre o CAPS? Algo que acha que poderia melhorar?

Usuário 6: Acho que poderiam deixar a gente ficar mais, não só liberar rápido. Mas sei que a gente pode ir embora a hora que quiser também.

Entrevistadora: Certo. Tem mais alguma coisa que você queira falar?

Usuário 6: Não.

Entrevistadora: Obrigada.

Usuário 7

Entrevistadora: Faz quanto tempo que você frequenta o CAPS?

Usuário 7: Já tem um tempo. Foi minha mãe que me trouxe da primeira vez. Já fazem uns três anos.

Entrevistadora: Você acha que o CAPS te ajudou?

Usuário 7: Muito. Ajudou com certeza. Diminuiu bastante o uso da cachaça. Não vou falar que parei de vez, mas tô bebendo bem menos. Do jeito que eu tava antes... tava demais. Nem ficava em casa.

Entrevistadora: Você percebeu que o CAPS mudou? Antes era CAPS II, agora é CAPS III. Antes funcionava só até as 4 da tarde, agora funciona 24 horas. Você percebeu essa mudança?

Usuário 7: Percebi sim. Mudou bastante, melhorou demais.

Entrevistadora: O que exatamente melhorou? Como você sentiu essa melhora?

Usuário 7: O espaço ficou melhor, o atendimento melhorou, as pessoas também. Tem gente que fala que o pessoal aqui é meio chatinho, mas acho que é normal. Melhorou bastante mesmo. Agora da pra dormir aqui se precisar. Tô dormindo aqui esses dias, mas terça-feira eu vou embora.

Entrevistadora: E aqui, o senhor está cuidando da sua saúde?

Usuário 7: Bastante. Antes eu não tava nem aí, agora tô cuidando mesmo. Tem medico, tem psicologo pra orientar a gente...

Entrevistadora: Então o senhor acha que o CAPS, do jeito que é agora, está melhor do que antes?

Usuário 7: Com certeza! Tá muito melhor. Muito legal, tudo certinho.

Entrevistadora: Tem algo que ainda falta? Algo que poderia melhorar?

Usuário 7: Não. Desse jeito tá bom demais da conta.

Entrevistadora: Esse acolhimento noturno está te ajudando?

Usuário 7: Tá ajudando muito. Aqui a gente fica sem beber, fica assistido. Não fica pra rua, aí é mais fácil...

Entrevistadora: Quais são as melhores coisas que o CAPS oferece na sua opinião?

Usuário 7: As oficinas, tipo pintura, mexer na máquina de costura... E o Marcelo (psicólogo), que ajuda muito.

Entrevistadora: Sua família participa do seu tratamento?

Usuário 7: Minha mãe me trouxe. Teve outra vizinha que veio junto também.

Entrevistadora: Antes de frequentar o CAPS, você já fez tratamento em outro lugar?

Usuário 7: Já. Fiquei quase um ano, oito meses mais ou menos, lá na chácara do Português (comunidade terapêutica local).

Entrevistadora: E qual é a diferença entre o CAPS e os outros tratamentos?

Usuário 7: Lá eles eram sem educação, tudo na base da pressão. Tratamento duro mesmo, sem respeito. Aqui é diferente.

Entrevistadora: Aqui você conseguiu reduzir o uso da bebida?

Usuário 7: Sim. Antes eu ficava aqui até 11 da manhã, depois ia embora e bebia. Aí conversei com o Marcelo e consegui ficar aqui até mais tarde. Agora até durmo aqui, quando preciso. O Marcelo é firmeza.

Entrevistadora: Tem mais alguma coisa que o senhor queira falar sobre o CAPS, do jeito que está hoje?

Usuário 7: Tá ótimo. Tá bom demais da conta. Não tenho mais nada pra falar não.

Entrevistadora: Muito obrigada!

Usuário 8

Entrevistadora: Então, há quanto tempo você frequenta o CAPS?

Usuário 8: Olha, eu comecei no caps lá por 2010, por aí, né? E eu fui levado, não quis muito ir, né? Mas conversaram muito, eu cheguei a ir. No começo eu até que gostei, mas não achei que era muito apropriado pra mim. Mas não era que não era apropriado — era o meu entendimento, né? Porque eu tava no auge da droga né, aí não entendi as coisas direito

Entrevistadora: Quem te levou?

Usuário 8: Foi minha família. Eu agradeço muito. Se não fosse minha família, em primeiro lugar Deus né, e minha família, que eu conheci o CAPS, né? Foi aí que eu conheci, até cheguei a levar dois amigos meus. Conheci na época do Dr. Eduardo, que foi um excelente profissional. Todos aqui são né? No começo o problema era comigo mesmo, né, que não trabalhava na aceitação... mas depois fui entendendo.

Entrevistadora: Você percebeu a mudança do CAPS, do modelo antigo que você conhecia, para o modelo que você conhece agora?

Usuário 8: O modelo de agora mudou. Mudou mais duas vezes. Eu fui uma, duas vezes, e depois não fui mais — problema meu. E mudou, mudou.

Entrevistadora: O que mudou?

Usuário 8: Olha, eu voltei pra cá de novo já tem mais de um ano. Foi quando eu sofri o segundo acidente. Eu tava bem ruim e falei assim: “Não”. Aí a aceitação entrou, né? Afinal, eu precisava. Então eu cheguei aqui, os primeiros dias foram bem constrangedores, assim, bem acanhado, mas aí os profissionais... ótimos, né? Conversaram comigo, me tranquilizei. Então já faz mais de um ano, nesse caso, nesse CAPS aqui. E de lá até hoje eu nunca mais tive uso de nada. Mas eu acho que quando tem assim, ou às vezes tem um lá, hoje um vai ter, que eu já sinto falta.

Porque eu aprendi muita coisa, tanto com os pacientes quanto com os profissionais, né? Então melhorei. Minha família... minha família é tudo. Então agora eu sou outra pessoa... eu estou bem convicto que não quero ir pra substância nenhuma, nem álcool, nem droga, nem nada. Eu tento ajudar algumas pessoas, né? Que eu vejo que estavam na mesma situação que eu. Mas eu sei que o começo é difícil. Aí você tem que tomar uma decisão, né? Ou continua ou volta pro fundo do poço... ou às vezes nem volta mais, né? E eu tomei essa decisão com o apoio da minha família e do pessoal do CAPS também, né? Os profissionais. Aqui sempre que eu venho... se sinto uma dúvida, chego em qualquer um, nós conversa na hora. Então pra mim foi ótimo, tá sendo ótimo.

Entrevistadora: *E se te falassem “você não precisa mais de um CAPS”?*

Usuário 8: *Aí eu falo: “Pô, cara, eu acostumei. Me faz bem.” Hoje eu tô vindo duas vezes por semana, na quarta e na sexta. E tô aprendendo tudinho assim, aprendi muita coisa. Tive que deixar muitas coisas lá de trás pra chegar nessa disposição. E não é continuar suave...*

Entrevistadora: *E o que você acha que mudou no CAPS?*

Usuário 8: *Olha, o CAPS é uma segunda casa, né? Porque às vezes eu falo pra minha mãe: “Hoje eu tô bem, tô desanimado.” Ela fala: “Não, vai lá. Vai, é sua casa também.” Porque eles nos dão uma força. E sabendo que eu tô aqui, eu me sinto bem. Aqui é uma ajuda muito boa, porque a gente se sente em liberdade. Eu mesmo, hoje, se eu tiver uma recaída, que eu tô bem convicto que não quero isso mais pra mim, eu acho que seria uma decepção muito grande pra todo mundo, principalmente pra mim. Então eu tomei essa decisão. Mas tem que ser com ajuda dos profissionais, porque sozinho é bem complicado, é bem difícil.*

Entrevistadora: *E o que que o CAPS te oferece de bom?*

Usuário 8: *Ferramentas, vamos dizer: conversas, psicólogos, os psiquiatras, os enfermeiros, até as cozinheiras... o pessoal, é um conjunto, né? Aqui oferece tudo, né? A gente que tem que se abrir. Então hoje aqui eu vejo muita gente tendo uma nova chance de continuar... Então, a gente tem que agradecer também, né? O prefeito também, né? Agradecer os profissionais, principalmente porque eles fazem*

a gente adquirir uma sabedoria das coisas que a gente pode, das coisas que a gente não pode. Então, pra mim, eu não tenho que reclamar de nada. Só agradecer. Agradeço a todos. Eu tô muito bem, graças a Deus. Tô muito bem. O CAPS me trouxe muita coisa boa. Traz.

Entrevistadora: *O que CAPS pode melhorar? O que esse formato novo pode melhorar?*

Usuário 8: *O CAPS é um lugar que você chega, às vezes a pessoa chega mal, tu aqui tá melhor, o outro tá mais mal... você tá melhor... Não devia ficar junto né... Tipo uma escala assim, pra gente ficar com quem ta mais parecido com a gente... porque, assim, se misturar, fica mais difícil, entendeu?*

Entrevistadora: *Então você acha que deviam separar as pessoas de forma diferente?*

Usuário 8: *É, porque tem algumas pessoas que chegam bem frustradas, né? E a gente já tá bem, então a gente fica também frustrado. Não é separar... tá tudo perfeito. Assim, o tratamento é o mesmo, igual, não tem ninguém aqui tratado diferente do outro. Mas é específico pra cada caso, pra cada grupo.*

Entrevistadora: *Não entendi... você acha que ficam muitos pacientes juntos que estão em momentos diferentes?*

Usuário 8: *Isso! São pessoas boas também, sabe? Mas a gente já passou daquela fase, né? Já tá melhor um pouco, e esses estão caminhando pra isso também. Então ali o choque entre os dois... assim, não é o mesmo diálogo, não é a mesma conversa. Mas aqui é muito bem preparado. Tem brigas, tem frustração de cada um, devido ao uso, né? A gente entende, porque a gente já teve nessa fase. Mais ou menos por aí. Assim, não sou muito bom com as palavras, é o que eu posso dizer.*

Entrevistadora: *Tem algo mais que você queira dizer?*

Usuário 8: *Claro! Tem sim. Eu quero agradecer, né? Agradecer principalmente porque virou uma segunda casa. De muitos lugares, eu prefiro vir aqui, porque faz bem. Me fez, faz tempo. Muita gente. Então você vê a melhora. Muito obrigada, tá?*

Usuário 9

Entrevistadora: *Há quanto tempo você frequenta o CAPS?*

Usuário 9: *Há uns seis anos, mais ou menos.*

Entrevistadora: *O que te trouxe até aqui?*

Usuário 9: *A situação de rua, né... Eu não uso nenhuma substância não. A minha substância é lícita, é a pinga. Nunca mexi com nenhuma droga, não. Graças a Deus.*

Entrevistadora: *Você percebeu que o CAPS mudou nesse último ano?*

Usuário 9: *Mudou muito. É... logo eu já vim pro acolhimento noturno, né? É o acolhimento noturno que eu fiquei que é a novidade né. Já que o CAPS antes funcionava só até às 4 horas da tarde, de segunda a sexta. Agora ele funciona 24 horas, a gente pode vir aqui domingo, sábado... passar a noite aqui se precisar.*

Entrevistadora: *E o que que você acha que mudou aqui no CAPS com essa transição, esse novo formato?*

Usuário 9: *No meu caso... eu tava com convulsão né. Assim, toda vez que eu parava de beber, que eu tentava parar de beber, me dava convulsão. E dessa vez não me deu porque eu fiquei aqui no acolhimento noturno, e teve as enfermeiras, e teve os remédios. Se não fosse eu tava na rua, e só Deus sabe...*

Entrevistadora: *Entendi. E você ficou no acolhimento noturno por causa da abstinência?*

Usuário 9: *Foi por causa da abstinência. E ajudou muito.*

Entrevistadora: *O que você acha que tem de melhor no CAPS hoje?*

Usuário 9: *É tudo bom aqui. Os profissionais.*

Entrevistadora: *O que que o CAPS te oferece de bom?*

Usuário 9: *Tudo.*

Entrevistadora: E o que que poderia ser melhorado especificamente?

Usuário 9: Nada, pra mim.

Entrevistadora: Você vê algum desafio que a equipe enfrenta? Algo que o CAPS poderia melhorar? Não só para os usuários, mas também entre a equipe?

Usuário 9: Sempre dá pra melhorar alguma coisa. Tem pacientes, assim, que chegam no erro, sabe? Então, se tiver drogado ali, tem que ter paciência. Aqui não tem aquele negócio de pôr a mão, nem nada. Todo mundo tenta conversar, acalmar. Da equipe não tem nada que pode ser melhorado, no meu ponto de vista.

Entrevistadora: E você acha que a ajuda que recebeu aqui foi suficiente?

Usuário 9: É suficiente, sim. Eu tive alta ontem, mas vou continuar vindo todo santo dia, de segunda a segunda, até nos feriados, pra eu tomar meus remédios. E pra não ficar na rua. Aí eu só fico durante o dia na rua, e a noite que eu posso dormir aqui. É mais fácil assim.

Entrevistadora: Entendi. Tem algo mais que você queira dizer?

Usuário 9: Pra mim o que tem de melhor agora no CAPS é poder passar mais tempo aqui... é melhor do que ficar o dia inteiro na rua. Porque na rua, você tem muito acesso à bebida. Bebida você encontra em qualquer lugar. Você sai daqui, cinco minutos, já encontra. Então eu já saio daqui com os remédios tomados, e eu sei que misturar pinga com remédio vai fazer mal pra mim. Em vez de fazer bem, vai fazer mal. E aí eu pensei em mim. E aí eu prefiro vir e frequentar e ficar limpo...
(silêncio) É só isso mesmo. Tem mais nada pra falar não.

Entrevistadora: Certo. Muito obrigada, viu?

Usuário 10

Entrevistadora: Faz quanto tempo que você frequenta o CAPS?

Usuário 10: Mais de 15 anos.

Entrevistadora: E o que te trouxe?

Usuário 10: *Álcool.*

Entrevistadora: *Você procurou o CAPS sozinho, por conta própria, ou alguém te levou?*

Usuário 10: *Procurei sozinho.*

Entrevistadora: *Como você ficou sabendo?*

Usuário 10: *A minha mãe já frequentava antes de eu começar. Ela tem problema com alcoolismo também. Aí depois ela parou. Aí eu também comecei a beber e vim.*

Entrevistadora: *Você percebeu a mudança do CAPS II para o CAPS III? O que mudou?*

Usuário 10: *A atenção dos profissionais tem que melhorar muito. Os profissionais conversavam mais com a gente antes. Mudou o horário de funcionamento, ficou melhor o horário, mas antes a gente tinha mais tempo com os profissionais. Mais tempo nas consultas. Era melhor, mas é conforme cada um vai trabalhando de um jeito, né? Nem todos trabalham da mesma maneira. Foi mudando as equipes, aí foi ficando diferente o atendimento. Mas agora tem o acolhimento noturno, que é melhor pra gente também né...*

Entrevistadora: *Você já fez uso do acolhimento noturno?*

Usuário 10: *Eu tive o acolhimento noturno por um problema que eu tive no coração. Aí eu tive que ficar um tempo aqui, tomando umas medicações, trabalhando minha mentalidade, minha saúde mental e física. E aí me ajudou a pensar mais em mim. Na minha saúde, entendeu? E aí, conforme eu fui vindo depois, a minha mente começou a fluir novamente. As coisas boas fortaleceram, fui começando a pensar que eu queria ter uma vida digna no meio da sociedade, me valorizar mais... por eu ter um pouco de dificuldade em lidar com emoções... decepção com a ex-mulher... eu não conseguia. Depois que eu firmei no tratamento eu comecei a viver novamente. Voltei a tomar os remédios. E o lugar que abre as portas é o CAPS. Já procurei muitas vezes a família, mas a família não dá atenção. Eles acham que a gente não tem vergonha na cara e bebe porque gosta. Mas não é que a gente gosta, é porque é um meio que a gente procura pra fugir daquela realidade.*

Entrevistadora: E o CAPS te ajuda como?

Usuário 10: Ah, me oferece a porta de desabafar, de ouvir, de refletir.

Entrevistadora: O que que tem de melhor no CAPS depois dessa mudança?

Usuário 10: Os psicólogos. Eles são excelentes. Que nem o Marcelo. Eles sabem lidar com aquele problema que a gente tem. Sabem acalmar o ânimo da pessoa. Ele [o psicólogo] tá ali totalmente inteiro para saber do que você precisa, do que pode mudar, do que não pode mudar.

Entrevistadora: E o que que ainda precisa melhorar no CAPS? Lembrando que é 100% anônimo.

Usuário 10: É mais alguns profissionais, né? Os que estão chegando agora, os novatos. Eles ainda não sabem lidar com as pessoas, com os pacientes. Às vezes são mais arrogantes. Eles podem ser arrogantes com a gente, mas a gente não pode ser grosseiro com eles. Eles podem falar certas palavras, e a gente não pode falar nada. Mas nem todos são assim também. É que tem esses atos de superioridade... Não é porque eu tô aqui, tô doente, que quer dizer que sou pior do que eles. Então, falta um pouco mais de profissionalização. Tinha que começar a colocar umas câmeras de segurança aqui, né? Aí no dia que eu falei isso, era para proteger tanto os pacientes quanto os profissionais. Porque às vezes, no caso de alguns pacientes mais agressivos, tem que ter esse cuidado. E tem que ter igualdade. Não pode ter desigualdade. Porque tudo tem que ser de igual pra igual, principalmente no trato com os pacientes. Igualdade, sabe?

Entrevistadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Usuário 10: Fora isso, não.

Entrevistadora: Certo. Muito obrigada.

7. ANÁLISE DE DADOS

Em primeira comparação, podemos observar o que os números revelam: o aumento substancial de procedimentos realizados dentro no novo modelo CAPS ad

III em relação ao modelo anterior CAPSad II. No total houve o aumento de cerca de 118% de procedimentos realizados, considerando o período de 12 meses (comparação de Janeiro a Dezembro de 2023 x Janeiro a Dezembro de 2024).

As maiores diferenças podem ser observadas no número de atendimentos individuais, atendimentos em grupo, acolhimento noturno e acolhimento diurno. O aumento no número de atendimentos pode ser atribuído também ao aumento da equipe de profissionais, e à expansão do horário de atendimento, uma vez que o CAPSad II contava com 19 profissionais e horário de atendimento das 8:00 às 16:00 de segunda a sexta; e o CAPSad III conta com 46 profissionais e horário de funcionamento 24 horas, de segunda a segunda em regime de acolhimento nos leitos de desintoxicação, e horário de atendimento em regime porta aberta das 7:00 às 19:00 de segunda à domingo.

O acolhimento noturno é um procedimento que se estabeleceu dentro do tipo III, o qual é marcado por leitos onde os usuários podem ficar em permanência 24 horas por até 14 dias, passando o dia e também pernoitando, principal diferença técnica em relação ao tipo II. Porém, os dados evidenciam que mesmo o acolhimento diurno teve expressivo aumento dentro do modelo III, fato que também pode ser atribuído ao aumento de equipe e à integralidade do cuidado que o novo modelo propõe. Segundo as falas dos profissionais coletadas nas entrevistas, um marco da transição foi o aumento da oferta de serviços e atendimentos aos usuários, o que proporciona maior adesão e utilização do CAPSad III. Também em análise das entrevistas é possível observar o aumento da abrangência dos usuários, onde o novo modelo desvelou uma demanda reprimida existente na cidade: usuários em situação de rua, e em camadas ainda mais profundas de vulnerabilidade que antes não conheciam nem frequentavam o serviço, mas com a ampliação do mesmo para o modelo 24 horas, passaram a frequentá-lo e também fazer uso de seu acolhimento noturno.

Considerando o aumento da demanda evidenciado pelos números de procedimentos registrados, e fazendo um paralelo com as informações trazidas pela equipe, temos um dado importante: não houve um simples aumento de demanda, mas também uma diversificação e complexificação da mesma.

Dentre o novo perfil de usuários, pessoas em extrema situação de vulnerabilidade e exclusão social, a maioria destes nem sequer haviam frequentado

outros dispositivos de saúde anteriormente. Segundo os relatos, nem mesmo os dispositivos da Atenção Básica, como as Unidades de Saúde da Família, que são porta inicial de entrada dentro do Sistema de Saúde. Ao mesmo tempo que, também a maioria, apresentava demandas clínicas de saúde, seja por desnutrição, falta de acesso a higiene adequada, infecções e comprometimentos diversos à saúde em decorrência da situação de rua ou de moradia precária, aliada ao uso das substâncias. Com isso, podemos entender que o CAPSad III se tornou um farol de cuidado, onde tais usuários encontraram um lugar de identificação, onde se sentiram seguros em buscar ajuda e tratamento, constituindo assim o primeiro passo para a busca da melhoria da qualidade de vida, tratamento e dignidade.

Ao ouvir os usuários, os mesmos relatam que a possibilidade de estar mais tempo no serviço impacta sua dinâmica de vida de forma que eles passam menos tempo na rua, e por consequência, reduzem o uso do álcool e de outras substâncias. Aumentar o tempo fora do uso é crucial para processos de desintoxicação e para aumentar a janela de tolerância até que chegue a abstinência, o que tem total relação com a política de redução de danos. Também se observa que o serviço ampliado, também os traz para maiores cuidados com sua saúde física e clínica, os torna mais conscientes do auto cuidado e encontram um espaço para

Os leitos de acolhimento noturno que podem ser utilizados por até 14 dias também se tornam uma alternativa à internação psiquiátrica, uma vez que internações não fazem mais parte da Política Nacional de Saúde Mental, e estão na contramão da Reforma Psiquiátrica. O acolhimento noturno nos modelos do cuidado em liberdade como se vê nos CAPS III tem se mostrado alternativa eficiente em estratégias de desintoxicação e contenção de crises que necessitam maior intervenção e condução especializada por maior tempo, coisa que antes só se pensava ser possível com a internação.

Tanto nas falas dos profissionais quanto na fala dos usuários, também fica evidente que a participação da família é muito pouca. Quase nula. No desenho inicial da metodologia desse projeto, seriam realizadas entrevistas com os familiares. Mas não foi possível realiza-las, uma vez que não houve familiares disponíveis para a entrevista, e nem mesmo como localiza-los uma vez que os usuários relatam não ter contato próximo com as famílias. Diante do exposto, também não haveria contribuição possível dos familiares para a pesquisa, uma vez que os mesmos não participam e nem acompanham o processo de tratamento

desses usuários.

Um dos fatores que podem influenciar esse afastamento é o fato da dependência química ainda ser amplamente associada a um viés moralista e pejorativo, onde o usuário é visto como alguém sem força de vontade ou caráter. Esse estigma afeta não apenas o dependente, mas também sua família, que pode se sentir envergonhada ou rejeitada socialmente. Como resultado, muitos familiares preferem se afastar para evitar julgamentos da sociedade. Além disso, a criminalização do uso de substâncias ilícitas e sua associação com a marginalidade intensificam o afastamento. O uso de drogas em contextos de vulnerabilidade social é um fator que amplia a exclusão tanto do usuário quanto de sua rede de apoio.

Outro fator importante é o histórico de conflitos familiares. A dependência química gera dinâmicas disfuncionais dentro da família, marcadas por discussões, agressões verbais e, em alguns casos, violência física. Estudos indicam que a convivência com um usuário de substâncias pode ser exaustiva emocionalmente, levando familiares a adotarem estratégias de afastamento para preservar sua própria saúde mental (Alvarez *et al.*, 2012, p. 133-140). Outro aspecto é a frustração de familiares que, após várias tentativas de ajudar o dependente, acabam se sentindo impotentes diante das recaídas, optando por romper os laços como mecanismo de autopreservação.

A falta de informação sobre a dependência química também contribui para o afastamento da família. Muitas vezes, os familiares não compreendem que a adição é uma condição de saúde que requer tratamento contínuo e suporte emocional. Em famílias com baixa escolaridade, esse desconhecimento pode ser ainda maior, resultando em percepções errôneas sobre o usuário e seu comportamento (Viegas, 2022, p.29). Além disso, a ausência de orientação profissional sobre como lidar com um dependente químico leva muitos familiares a acreditarem que o afastamento é a única solução viável.

A condição socioeconômica também tem um papel significativo. Muitas famílias que convivem com usuários de substâncias sofrem com dificuldades financeiras, o que limita o acesso a tratamento adequado e gera um ambiente de tensão. A necessidade de priorizar a sobrevivência faz com que alguns familiares deixem de acompanhar o tratamento do dependente, principalmente quando há a percepção de que ele não está demonstrando melhora (Nascimento & Dantas, 2021, p.2-8). A falta de recursos também reduz a possibilidade de deslocamento frequente

até os CAPS AD, especialmente para aqueles que moram em regiões mais afastadas ou sem transporte público eficiente.

Estudos apontam que em algumas famílias o abandono ocorre porque outros membros também fazem uso de substâncias psicoativas. Quando há múltiplos usuários em um mesmo núcleo familiar, o suporte tende a ser negligenciado, já que o ambiente é marcado por instabilidade e falta de recursos para auxiliar um único membro (Almeida, 2013, p. 65-69). Além disso, o envolvimento de familiares com atividades ilícitas pode levar a uma maior vulnerabilidade do usuário, afastando-o dos serviços de saúde e reduzindo a participação da família no seu tratamento.

A inexistência de políticas públicas eficazes para fortalecer os vínculos familiares nos processos de recuperação é outro elemento agravante. Alguns CAPS AD oferecem grupos de apoio para os familiares, mas a adesão ainda é baixa devido à falta de divulgação ou à dificuldade de deslocamento. A busca ativa por pacientes que abandonam o tratamento é um fator determinante para reduzir o afastamento familiar. Porém, muitas unidades não possuem infraestrutura suficiente para realizar esse trabalho de forma contínua.

A transição do CAPS AD II para o CAPS AD III representa uma mudança significativa na organização e oferta dos cuidados em saúde mental e atenção psicossocial voltados às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A escuta atenta das narrativas de usuários que vivenciaram esse processo permite compreender, de forma mais sensível e aprofundada, os impactos práticos e subjetivos dessa transformação no cotidiano dos atendidos.

Entre as mudanças mais marcantes percebidas pelos usuários está a ampliação do horário de funcionamento, com o CAPS passando a operar em regime 24 horas. Essa alteração foi amplamente reconhecida como positiva, pois ampliou o acesso aos cuidados em momentos de maior vulnerabilidade, especialmente para pessoas em situação de rua ou sem rede de apoio familiar. O acolhimento noturno, nesse contexto, surgiu como um importante dispositivo de cuidado, garantindo condições básicas como alimentação, higiene e descanso, e fortalecendo o vínculo entre os usuários e a equipe de saúde.

Além da ampliação do acesso, muitos usuários relataram uma diminuição no uso de substâncias psicoativas, atribuída à rotina de acompanhamento contínuo e à oferta de atividades terapêuticas. Oficinas como pintura, costura e outras práticas expressivas foram mencionadas como importantes catalisadoras do autocuidado e

da reorganização subjetiva, contribuindo para o alívio de sintomas depressivos, estímulo da criatividade e resgate de sentimentos de autoestima e pertencimento.

Entretanto, as falas dos usuários também revelam tensões e desafios persistentes. Uma das críticas recorrentes refere-se à percepção de que, com a ampliação das equipes e a incorporação de uma abordagem mais multiprofissional, houve certo esvaziamento do papel do médico no processo terapêutico. Enquanto no CAPS AD II os atendimentos médicos eram mais frequentes e individualizados, no CAPS AD III alguns usuários relatam sentir falta de um acompanhamento clínico mais próximo e protagonismo médico nas atividades coletivas. Para esses sujeitos, a presença ativa do médico é entendida como fundamental, tanto para a condução terapêutica quanto para a segurança subjetiva no processo de cuidado.

Outro aspecto que emerge das entrevistas é a fragilidade dos laços familiares. Em muitos casos, os usuários relatam a ausência de apoio por parte de seus familiares, o que torna o CAPS não apenas um espaço terapêutico, mas também um lugar de acolhimento afetivo e social. O centro passa, assim, a desempenhar um papel que vai além da função técnica ou clínica, configurando-se como um ponto de referência emocional e relacional na vida de muitos.

Quanto à infraestrutura, embora os usuários reconheçam avanços em relação à estrutura física do antigo CAPS AD II, como o aumento do espaço e a melhora nas condições de acolhimento, ainda há apontamentos sobre a limitação do espaço físico frente à demanda crescente. Esse dado reforça a necessidade de constante avaliação e redimensionamento da capacidade de atendimento, considerando o volume e a complexidade dos casos recebidos.

Em síntese, a transição do CAPS AD II para o CAPS AD III foi majoritariamente percebida como um avanço no cuidado em saúde mental e na redução de danos, especialmente pelo fortalecimento da política do acolhimento contínuo e pelo reconhecimento das múltiplas dimensões do cuidado. No entanto, os relatos dos usuários apontam para a importância de preservar e fortalecer vínculos terapêuticos individualizados, garantir a escuta qualificada dos profissionais, e seguir investindo na qualificação da estrutura e da atuação interdisciplinar, sempre respeitando as singularidades e os tempos subjetivos de cada pessoa em sofrimento.

Quantidade de atendimentos realizados : comparativo 2023 (antes da transição) e 2024 (pós transição):

COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	COMPARATIVO 1º QUADRIMESTRE – ANO 2023 e 2024 – CAPS AD VITORIA		
		QUANTIDADE		
		1º quadrimestre 2023	1º quadrimestre 2024	Diferença
030108019-4	Acolhimento diurno	835	1976	1141
030108002-0	Acolhimento noturno	0	564	564
030108020-8	Atendimento individual	337	4866	4529
030108021-6	Atendimento em grupo	469	881	412
030108022-4	Atendimento familiar	116	112	-4
030108023-2	Acolhimento inicial	31	72	41
030108024-0	Atendimento domiciliar	28	18	-10
030108025-9	Ações de articulação de redes	0	34	34
030108027-5	Práticas corporais	356	342	-14
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	182	157	-25
030108029-1	Atenção às situações de crise	263	435	172
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica	0	11	11
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	462	572	110
030108035-6	Promoção de contratualidade no território		1	1
TOTAL		3079	10041	6962

Tabela 1 - Comparativo de atendimentos do 1º quadrimestre de 2023 e 1º quadrimestre de 2024.
Fonte: Dados obtidos através de sistema de prontuário eletrônico, fornecidos pela coordenação do serviço.

COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	COMPARATIVO 2º QUADRIMESTRE – ANO 2023 e 2024 – CAPS AD VITORIA III		
		QUANTIDADE		
		2º quadrimestre 2023	2º quadrimestre 2024	Diferença
030108019-4	Acolhimento diurno	882	1804	922
030108002-0	Acolhimento noturno		403	403
030108020-8	Atendimento individual	278	1591	1313
030108021-6	Atendimento em grupo	561	1193	632
030108022-4	Atendimento familiar	111	70	-41
030108023-2	Acolhimento inicial	45	62	17
030108024-0	Atendimento domiciliar	15	38	23
030108025-9	Ações de articulação de redes			0
030108027-5	Práticas corporais	303	272	-31
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	122	103	-19
030108029-1	Atenção às situações de crise	211	496	285
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica		8	8
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	487	295	-192
030108035-6	Promoção de contratualidade no território			
TOTAL		3015	6335	3320

Tabela 2 - Comparativo de atendimentos do 2º quadrimestre de 2023 e 2º quadrimestre de 2024.
Fonte: Dados obtidos através de sistema de prontuário eletrônico, fornecidos pela coordenação do serviço.

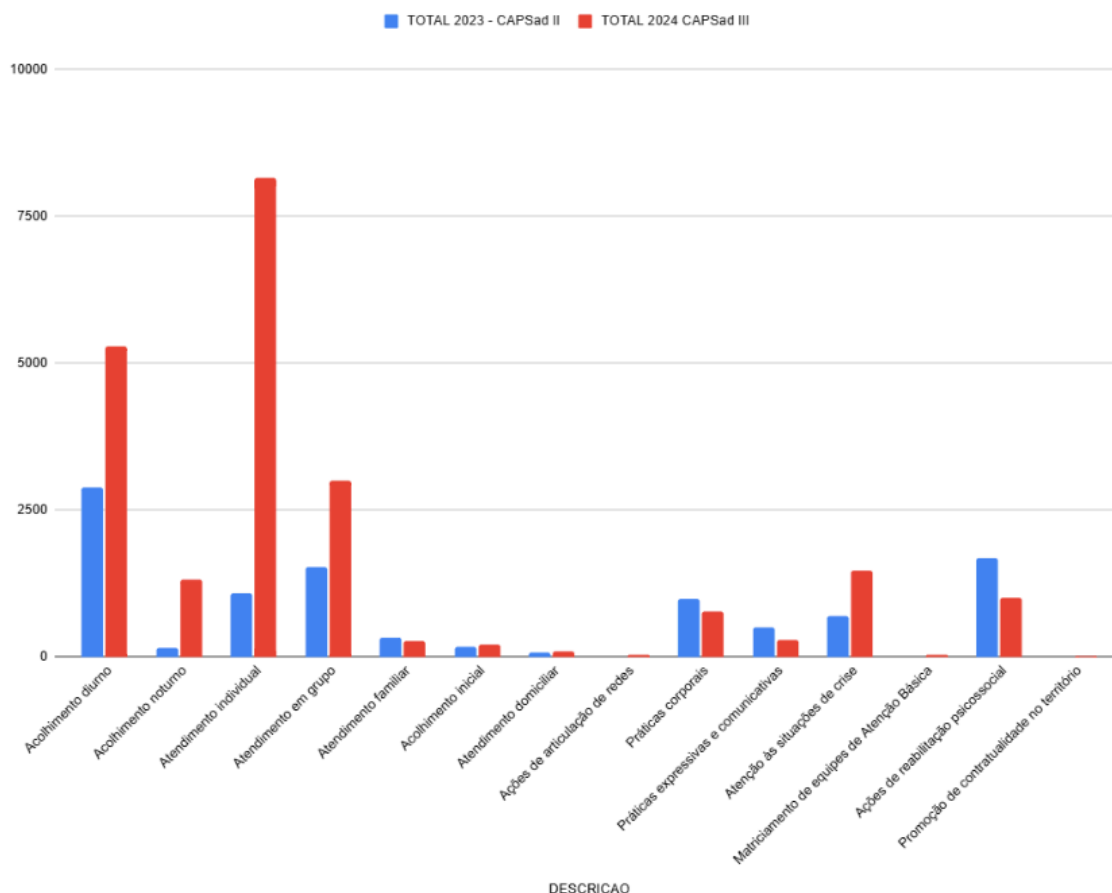
COMPARATIVO 3º QUADRIMESTRE – ANO 2023 e 2024 – CAPS AD VITORIA III				
COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	QUANTIDADE		
		3º trimestre 2023	3º trimestre 2024	Diferença
030108019-4	Acolhimento diurno	1175	1515	340
030108002-0	Acolhimento noturno	154	346	192
030108020-8	Atendimento individual	457	1701	1244
030108021-6	Atendimento em grupo	491	925	434
030108022-4	Atendimento familiar	99	78	-21
030108023-2	Acolhimento inicial	94	72	-22
030108024-0	Atendimento domiciliar	20	29	9
030108025-9	Ações de articulação de redes	0	1	1
030108027-5	Práticas corporais	323	155	-168
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	202	24	-178
030108029-1	Atenção às situações de crise	222	540	318
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica	0	6	6
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	730	137	-593
030108035-6	Promoção de contratualidade no território	0	6	6
TOTAL		3967	5535	1568

Tabela 3 - Comparativo de atendimentos do 3º trimestre de 2023 e 3º trimestre de 2024. Fonte: Dados obtidos através de sistema de prontuário eletrônico, fornecidos pela coordenação do serviço.

COD. PROCEDIMENTO	DESCRICAO	TOTAL 2023	TOTAL 2024	DIFERENÇA
030108019-4	Acolhimento diurno	2892	5295	2403
030108002-0	Acolhimento noturno	154	1313	1159
030108020-8	Atendimento individual	1072	8158	7086
030108021-6	Atendimento em grupo	1521	2999	1478
030108022-4	Atendimento familiar	326	260	-66
030108023-2	Acolhimento inicial	170	206	36
030108024-0	Atendimento domiciliar	63	85	22
030108025-9	Ações de articulação de redes	0	35	35
030108027-5	Práticas corporais	982	769	-213
030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas	506	284	-222
030108029-1	Atenção às situações de crise	696	1471	775
030108030-5	Matriciamento de equipes de Atenção Básica	0	25	25
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	1679	1004	-675
030108035-6	Promoção de contratualidade no território	0	7	7
TOTAL		10061	21911	11850

Tabela 4 - Soma total dos procedimentos realizados, fazendo o comparativo e a diferença entre o ano de 2023 com o modelo CAPSad II e 2024 com o modelo CAPSad III.

Total de procedimentos e atendimentos realizados - Comparativo 2023 (CAPSad II) e 2024 (CAPSad III)



8. COMPARATIVO ENTRE OS MODELOS CAPS AD II e CAPS AD III: Análise de Eficácia, Efetividade e Eficiência

A consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil tem demandado o aprimoramento contínuo dos modelos assistenciais voltados ao cuidado de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Nesse contexto, a transição de unidades de CAPS AD II para CAPS AD III representa um avanço significativo na qualidade e abrangência da atenção psicossocial, sobretudo pela ampliação do horário de funcionamento para atendimento 24 horas, incluindo pernoite e acolhimento noturno. A partir disso, este capítulo realiza uma análise comparativa entre os modelos CAPS AD II e CAPS AD III a partir de três dimensões clássicas da avaliação de políticas públicas: eficácia

(entrega do produto), efetividade (impacto do produto) e eficiência (relação custo-benefício).

Eficácia: Entrega do Produto

A eficácia de uma política pública pode ser compreendida como a medida da capacidade de um programa ou serviço entregar o que foi proposto em seus objetivos imediatos (BOVEN, 2007). No caso dos CAPS AD, essa entrega refere-se à disponibilização de atendimentos multiprofissionais, acolhimentos, atividades terapêuticas e ações de articulação intersetorial, especialmente voltadas à redução de danos e à reabilitação psicossocial dos usuários.

Na prática, a transição do modelo CAPS AD II para CAPS AD III proporcionou ganhos significativos em termos de capacidade instalada e continuidade do cuidado. O CAPS AD II, por operar em regime de atendimento apenas diurno, apresentava limitações quanto à resposta a situações emergenciais ou crises fora do horário comercial. A experiência observada após a transição para CAPS AD III — com o serviço passando a funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana — demonstrou aumento na procura, especialmente por parte da população em situação de rua, e maior engajamento da equipe multiprofissional, que passou a atuar de maneira mais flexível e responsiva.

Furtado *et al.* (2017, p. 76) destacam que o modelo tipo III “é indicado para territórios com alto índice de vulnerabilidade e requer capacidade de acolhimento contínuo, inclusive noturno”, o que permite assegurar o princípio da integralidade do cuidado. Com o funcionamento ininterrupto, observa-se também a diminuição da fragmentação no tratamento, uma vez que o usuário passa a contar com acolhimento imediato em momentos críticos, sem necessidade de recorrer a serviços hospitalares.

Efetividade: Impacto da Entrega do Produto

A efetividade refere-se aos impactos reais do serviço sobre a vida dos usuários e da comunidade. No campo da saúde mental, essa dimensão é sensível a indicadores como melhoria no quadro clínico, redução de recaídas, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além da reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

Os efeitos da mudança de modelo operacional são visíveis na ampliação do

impacto das ações do CAPS. No CAPS AD III, ao contrário do que se observa no modelo II, os usuários têm acesso a uma estrutura que permite intervenções mais potentes nos momentos de maior vulnerabilidade. O serviço ininterrupto é especialmente relevante na lógica da redução de danos, que pressupõe um acompanhamento constante e individualizado, pautado em escuta qualificada e intervenções acolhedoras.

Conforme analisado por Furtado *et al.* (2017, p. 79), “a possibilidade de acolhimento noturno aumenta a segurança clínica, tanto do ponto de vista do usuário quanto da equipe, e contribui para estabilizar quadros agudos sem necessidade de internação hospitalar”. Essa característica fortalece o vínculo terapêutico e amplia a confiança dos usuários em relação ao serviço, além de contribuir diretamente para a diminuição de internações psiquiátricas em serviços terciários.

Ainda segundo os autores, a reinserção social deve ser compreendida como elemento estruturante do cuidado, e não apenas como consequência do tratamento. O modelo tipo III favorece a construção de projetos terapêuticos singulares com maior densidade e efetividade, ao possibilitar um acompanhamento mais intensivo e continuado.

Eficiência: Relação Custo-Benefício:

A dimensão da eficiência, tradicionalmente associada à racionalidade econômica, ganha novos contornos no campo das políticas públicas de saúde. No caso dos CAPS, a análise da eficiência deve considerar não apenas os custos diretos da operação dos serviços, mas também os benefícios indiretos gerados pela prevenção de agravos, redução de internações e reintegração social dos usuários. Embora não haja dados estatísticos exatos na experiência relatada, a percepção é de que o modelo CAPS AD III se mostra mais eficiente

9. DISCUSSÃO

Com base nas entrevistas realizadas, é possível identificar, a partir das narrativas subjetivas, os efeitos concretos da mudança de modelo assistencial, sobretudo na dimensão da efetividade e do impacto na vida cotidiana dos sujeitos em sofrimento psíquico. Os relatos demonstram que o acolhimento noturno e a presença contínua da equipe possibilitaram intervenções mais rápidas e assertivas diante de episódios críticos, como crises de abstinência e agravamento de quadros

clínicos. A confiança nos profissionais, construída pelo vínculo e pela escuta qualificada, emerge como fator decisivo na adesão ao tratamento. Como ilustra o depoimento do Usuário 9, o acesso ininterrupto ao serviço contribuiu para evitar recaídas, reforçando a importância de um cuidado que não se limita ao horário comercial e que reconhece as especificidades da população em vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua.

Além disso, os relatos ressaltam o papel do CAPS AD III como espaço de reconstrução de projetos de vida e resgate da autonomia, indo além da função terapêutica tradicional. Os usuários apontam o serviço como uma “segunda casa”, destacando não apenas a escuta profissional, mas também o acolhimento entre pares como elemento terapêutico. Essa dimensão comunitária do cuidado, se torna ainda mais evidente quando os sujeitos mencionam a possibilidade de se sentirem úteis ao ajudar outros colegas em sofrimento. A potência da convivência, somada à abordagem interdisciplinar, fortalece a perspectiva de reabilitação psicossocial, possibilitando que os usuários deixem de ser vistos como portadores de um problema e passem a ser reconhecidos em sua singularidade e potencialidade.

Por outro lado, os relatos também expõem desafios persistentes na dimensão da eficácia e da qualificação profissional, especialmente em relação à rotatividade das equipes e à preparação dos novos trabalhadores. Usuários como o entrevistado 10 relatam experiências de desrespeito e distanciamento por parte de alguns profissionais recém-chegados, o que revela fragilidades na consolidação de um modelo de cuidado pautado na horizontalidade e no acolhimento. Tal percepção reforça a necessidade de investimentos contínuos em formação e supervisão técnica, garantindo que os princípios da Reforma Psiquiátrica, como a valorização da autonomia, do território e da cidadania, não sejam comprometidos por práticas autoritárias ou distanciadas da realidade dos usuários.

Por fim, torna-se evidente, a partir das falas, que o modelo CAPS AD III precisa ser pensado de forma articulada com outras políticas públicas, especialmente assistência social, moradia e segurança alimentar. A complexidade dos casos atendidos, marcados por comorbidades clínicas, abandono familiar e exclusão social, demanda um cuidado que vá além da clínica, ampliando-se para um trabalho em rede que assegure direitos básicos e dignidade. Diante disso, percebe-se que a efetividade da atenção psicossocial da construção de estratégias intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. As vozes dos usuários, nesse

sentido, são fundamentais para qualificar as práticas e reafirmar que o cuidado em saúde mental é também um projeto ético, político e coletivo.

Com base nas entrevistas com as gestoras, foi possível identificar um consenso quanto ao impacto positivo da transição do modelo II para o modelo III, sobretudo no que diz respeito ao fortalecimento da rede de cuidado e à ampliação do acesso da população em situação de maior vulnerabilidade. As gestoras relataram que a implementação do funcionamento 24 horas permitiu maior capacidade de resposta às situações de crise, reduzindo significativamente a dependência de internações hospitalares e fortalecendo a autonomia da RAPS local. Ressaltaram, ainda, que o acolhimento noturno e a intensificação das ações terapêuticas possibilitaram intervenções mais precoces e humanizadas, consolidando o CAPS AD III como ponto de atenção estratégico no território, e evitando internações no hospital psiquiátrico.

Entretanto, as gestoras também trouxeram à tona tensões institucionais e desafios de gestão decorrentes da complexificação do serviço, como o aumento da carga de trabalho da equipe, a necessidade de reorganização dos fluxos internos e a dificuldade de manter profissionais qualificados no atendimento contínuo. Apontaram que a alta rotatividade e a sobrecarga emocional da equipe exigem investimentos constantes em educação permanente, supervisão técnica e apoio institucional. As entrevistas revelaram, ainda, que a efetividade do CAPS AD III não depende apenas da expansão da estrutura física ou do horário de funcionamento, mas sim da consolidação de um modelo de gestão participativa, comprometido com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com a escuta dos trabalhadores e usuários. Nesse sentido, o fortalecimento do modelo passa também pela valorização das condições de trabalho, o que inclui estabilidade, formação e apoio psicossocial às equipes.

Outro ponto destacado pelas gestoras foi a insuficiência da rede de retaguarda e a frágil articulação intersetorial, especialmente no tocante às políticas de habitação, assistência social e geração de renda. Afirmaram que, embora o CAPS AD III tenha ampliado a resolutividade das demandas clínicas e psicossociais, muitos dos casos atendidos demandam ações que extrapolam o campo da saúde, como acesso à documentação civil, programas de moradia e enfrentamento da violência. A não existência de alguns serviços específicos no campo do Desenvolvimento Social, acaba sobrecarregando o CAPS, que frequentemente assume funções que deveriam ser compartilhadas com outras políticas públicas.

Dessa forma, as gestoras enfatizam que o êxito do CAPS AD III está condicionado à efetiva implementação de estratégias intersetoriais que garantam a continuidade e integralidade do cuidado.

Já os profissionais, relataram que a ampliação do funcionamento para 24 horas trouxe ganhos inegáveis para o cuidado, especialmente na possibilidade de intervenções em tempo oportuno, sem a necessidade de recorrer a serviços hospitalares em momentos de crise. Destacaram que o acolhimento noturno representou uma mudança de paradigma no cuidado a usuários em situação de rua, usuários em surto e pessoas em vulnerabilidade extrema, garantindo um espaço de cuidado contínuo, com escuta qualificada e proteção. A percepção geral foi de que o CAPS AD III tornou-se um “porto seguro” no território, promovendo maior vínculo com os usuários e maior eficácia na abordagem da crise.

Ao mesmo tempo, os profissionais também relataram uma intensificação da carga de trabalho e um aumento expressivo da complexidade dos casos atendidos. O funcionamento ininterrupto exige turnos de trabalho diferenciados, plantões noturnos e reorganização das rotinas terapêuticas, o que tem impactado diretamente na saúde mental dos próprios trabalhadores. Muitos relataram exaustão emocional, desgaste físico e falta de reconhecimento institucional. A ausência de apoio técnico e supervisão contínua foi apontada como um fator agravante, assim como a carência de espaços formais para discussão de casos e planejamento terapêutico compartilhado. Esses relatos revelam que, para além da estrutura física e da ampliação da cobertura, a sustentabilidade do modelo CAPS AD III requer o fortalecimento da política de cuidado com os cuidadores, com foco na valorização profissional, formação permanente e suporte psicossocial às equipes.

Outro ponto recorrente nas falas dos profissionais, foi a fragilidade da articulação com a rede intersetorial e a dificuldade em garantir a continuidade do cuidado fora do CAPS. Muitos usuários, sobretudo aqueles em situação de rua ou com vínculos familiares rompidos, não contam com suporte da assistência social, habitação ou políticas de geração de renda, o que dificulta a efetividade dos projetos terapêuticos. Os profissionais relataram que frequentemente se veem sozinhos diante de demandas que extrapolam sua competência técnica, como acesso à documentação, alimentação, roupas e moradia. Tal cenário revela a sobreposição de papéis atribuídos ao CAPS AD III, que muitas vezes funciona como único ponto de atenção disponível para usuários em múltiplas situações de exclusão. Assim, os

profissionais reforçam a importância de uma rede intersetorial fortalecida, capaz de promover a responsabilização compartilhada pelo cuidado e evitar o colapso dos serviços de saúde mental.

Por fim, os depoimentos dos trabalhadores apontam que, embora a transição para o CAPS AD III represente uma conquista importante na ampliação do cuidado em liberdade, ela também evidencia o subfinanciamento crônico da política de saúde mental e as tensões cotidianas do trabalho na RAPS. Muitos relataram frustração diante da dificuldade de efetivar práticas antimanicomiais em contextos marcados por preconceito, escassez de recursos e estigmatização dos usuários. Ainda assim, os profissionais reafirmaram o compromisso ético com os princípios da Reforma Psiquiátrica, apontando que a existência do CAPS AD III é, por si só, uma forma de resistência. Suas falas evidenciam que a manutenção do modelo requer investimento político, financeiro e simbólico, e que o cuidado de qualidade só será possível com o reconhecimento das condições concretas de trabalho e com o fortalecimento das práticas coletivas de cuidado.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição para o modelo CAPSad III revelou-se uma medida estruturante para a qualificação do cuidado em saúde mental e no atendimento a usuários de substâncias psicoativas. O aumento substancial no número de atendimentos, aliado à amplificação do horário de funcionamento e da equipe multiprofissional, permitiu que uma parcela da população anteriormente marginalizada tivesse acesso a serviços especializados, fortalecendo os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A expansão do serviço não apenas elevou a capacidade assistencial do CAPSad III, mas também trouxe à tona demandas reprimidas, evidenciando lacunas históricas na rede de atenção à saúde mental. A emergência de novos perfis de usuários, como aqueles em situação de rua e condições extremas de vulnerabilidade social, destaca o papel central do CAPSad III como dispositivo de acolhimento, funcionando não apenas como um espaço terapêutico, mas também como um ponto de referência para o acesso a direitos fundamentais.

No entanto, a maior procura pelos serviços não representa apenas um

aumento quantitativo na demanda, mas também uma complexificação dos casos atendidos. A presença de comorbidades clínicas associadas, tais como doenças infectocontagiosas, desnutrição e transtornos psiquiátricos graves, exige abordagens interdisciplinares e integração com outras políticas públicas, incluindo assistência social, habitação e justiça. Dessa forma, a efetividade do modelo CAPSad III está intrinsecamente relacionada à capacidade do sistema de saúde de articular redes intersetoriais que garantam o atendimento integral e a continuidade do cuidado.

Nesse contexto, a articulação com outras secretarias e setores governamentais emerge como um desafio fundamental para que o modelo de atenção psicossocial não se restrinja à abordagem biomédica, mas se constitua como um eixo de transformação social. A efetivação de políticas públicas integradas é imprescindível para que os avanços alcançados pelos CAPSad III não fiquem limitados à melhoria da infraestrutura e ao aumento do número de atendimentos, mas sejam refletidos na promoção da inclusão social e da cidadania dos usuários.

As entrevistas realizadas com usuários, gestores e profissionais, somadas às análises de eficácia, efetividade e eficiência, revelaram que a consolidação desse modelo demanda não apenas investimentos estruturais, mas sobretudo estratégias de gestão e integração intersetorial que garantam a sustentabilidade do serviço e a ampliação de seus impactos sociais.

Em primeiro lugar, é imprescindível que o município fortaleça a governança intersetorial entre saúde, assistência social, habitação, trabalho e justiça. As falas dos usuários e dos profissionais evidenciaram que, embora o CAPS AD III seja referência de acolhimento e vínculo, permanece sobrecarregado por demandas que extrapolam a saúde, como moradia, documentação e reinserção social. Assim, recomenda-se a criação de fluxos formais de articulação, pactuados em instâncias de gestão municipal, que permitam corresponsabilidade entre setores, evitando que o CAPS funcione isoladamente como única resposta às situações de vulnerabilidade. Também, para capilarizar a assistência, e fornecer melhor integralidade do cuidado, seria recomendado investir em outras estratégias que fortalecem e ampliam ainda mais a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contemplando a implementação dos serviços: Unidade de Acolhimento, e Centro de Convivência e Cultura e Consultório de Rua.³ Ao diversificar os dispositivos de

³ Unidade de Acolhimento (UA), Centro de Convivência e Cultura (CeCC) e Consultório na Rua (CnaR) são dispositivos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria

atenção, o município poderia oferecer respostas mais adequadas às múltiplas demandas da população, potencializando a prevenção, a inclusão social e a construção de uma rede mais resolutiva

Além disso, recomenda-se a valorização e proteção das equipes multiprofissionais, elemento central para a sustentabilidade do CAPS AD III. O funcionamento 24 horas amplia a resolutividade, mas também aumenta a sobrecarga e o desgaste emocional dos trabalhadores, como relataram nas entrevistas. É urgente que a gestão municipal assegure políticas permanentes de educação continuada, supervisão técnica, apoio psicossocial às equipes e condições de trabalho dignas, de modo a reduzir a rotatividade, fortalecer o vínculo com os usuários e preservar a saúde mental dos profissionais.

Outro eixo de recomendação refere-se à participação social e ao fortalecimento do controle social da política de saúde mental. Os depoimentos de usuários demonstram que o CAPS AD III se tornou um espaço de escuta, pertencimento e reorganização da vida cotidiana, mas também trouxeram críticas importantes relacionadas ao tempo de escuta clínica e à rotatividade de profissionais. Nesse sentido, propõe-se a criação de conselhos locais de saúde mental ou comissões de usuários e familiares vinculadas ao Conselho Municipal de Saúde, possibilitando que as experiências vividas orientem continuamente o planejamento e a avaliação do serviço.

Portanto, consideramos até aqui que a implementação do CAPSad III representa um avanço significativo na assistência a usuários de álcool e outras drogas, ao passo que também expõe fragilidades estruturais que necessitam ser enfrentadas por meio de ações intersetoriais. O fortalecimento dessas políticas, aliado ao monitoramento contínuo dos indicadores de atendimento e à ampliação de

nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, voltada ao cuidado integral de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A Unidade de Acolhimento é um serviço residencial transitório, de caráter voluntário, destinado a pessoas em sofrimento psíquico ou em uso problemático de drogas que necessitam de acolhimento e cuidado contínuo, articulando-se com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

O Centro de Convivência e Cultura é um equipamento público territorial que promove inclusão social, cultura e cidadania, fortalecendo vínculos e autonomia de pessoas em sofrimento mental por meio de atividades culturais, artísticas e comunitárias, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e do Plano Nacional de Cultura (BRASIL, 2014).

O Consultório na Rua constitui uma equipe multiprofissional itinerante que atua na Atenção Primária à Saúde, ofertando cuidados de saúde integrais à população em situação de rua, articulando ações intersetoriais de promoção da saúde, prevenção e reinserção social, conforme a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

estratégias de redução de danos, será determinante para garantir a sustentabilidade e a efetividade do modelo.

11. PRODUTO

O produto final desta pesquisa será apresentado como uma devolutiva técnica ao município, reunindo dados empíricos, análises comparativas e interpretações críticas acerca da transição do CAPS AD II para o CAPS AD III. Trata-se de um feedback qualificado, fundamentado em evidências científicas e na escuta dos diferentes atores envolvidos (usuários, gestores e profissionais) que permitirá ao município avaliar, de maneira mais precisa, os avanços e desafios na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, podemos transcender a dimensão acadêmica da pesquisa, e convertê-la em instrumento estratégico de gestão, orientando decisões, subsidiando o planejamento de políticas públicas e reforçando o compromisso com o cuidado em liberdade e a inclusão social. Ao propor recomendações que vão desde o fortalecimento das equipes multiprofissionais até a ampliação da oferta de serviços complementares, como Centros-Dia e Centros de Convivência e Cultura, o produto contribui de forma concreta para o aperfeiçoamento da política municipal de saúde mental, constituindo-se como um legado técnico e social desta pesquisa.

11. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. *Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas em João Pessoa*. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/handle/tede/6542>. Acesso em: 04 mar. 2025.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; OLIVEIRA, A. M. N. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 2, p. 133-140, 2012. DOI: 10.1590/S1983-14472012000200015.
- Alves-Mazzotti, A.J. & Gewandsznajder (1994). *Paradigmas qualitativos*. Em R. Bogdan & S.K. Biklen (org.), *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução a teoria e aos métodos* (pp.130-176). Porto, Portugal: Porto Editora.
- Amaral, M.C.P. (1987). Dilthey: *Um conceito de vida e uma pedagogia*. São Paulo: EDUSP.
- Amarante, P. (2017). *Saúde mental e atenção psicossocial: o caminho da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em: https://www.fiocruz.br/amarante_2017. Acesso em: 16 out. 2024.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. Preparando cidadãos: a chegada da psiquiatria no Brasil (1852-1893). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 18, n. 2, p. 365-384, 2011.
- AMARANTE, Paulo, et al. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. Acesso em: 19 jul. 2024.
- AMARANTE, Paulo; NICÁCIO, Flávio. *Franco Basaglia e a psiquiatria brasileira: repercussões e antagonismos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4vhsx/pdf/amarante-9788575416413.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.
- BARBOSA, Adriana, et al. A saúde mental no Brasil e os seus desafios na atualidade. *Revista Científica Semana Acadêmica*, v. 1, n. 200, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.35265/2236-6717-200-8964>. Acesso em: 23 jul. 2024.
- BARROS, Marcelo Tavares de; PASSOS, Eduardo. *História da saúde mental no Brasil: o início da institucionalização da loucura*. Rio de Janeiro: EDUFRJ, 2017. Disponível em: <http://www.edu.ufrj.br/index.php/livros/historia-da-saude-mental>. Acesso em: 16 out. 2024.
- BORGES, M.; BAPTISTA, M. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24,

n. 2, 2008. DOI: 10.1590/s0102-311x2008000200025.

BOTTI, Nadja, et al. *Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 10, n. 4, p. 725-729, 2006.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452006000400015>. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRAGA, V. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, 2019. DOI: 10.1590/s0104-12902019190125.

Brasil. (2001). Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Decreto nº 119-A, de 7 de janeiro de 1890. Em Aberto, 2022. DOI: 10.24109/2176-6673.emaberto.35i114.5520. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Senado Federal, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), setembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>/ Acesso em 20 mai 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de expansão da telepsiquiatria no SUS até 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/telepsiquiatria>. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, no 12. Informativo Eletrônico. Brasília, 2015 Acesso em 21 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/saude-mental>. Acesso em: 16 out. 202

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em 21 jul. 2023

BRASIL. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 236, 22 dez. 2017. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Acesso em: 16 out. 2024.

CAMPOS, Rosana, et al. Atuação dos centros de atenção psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.113>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CARVALHEDO, Ligia, et al. Perspectivas sobre a esquizofrenia: da medicina psiquiátrica à terapia psicanalítica. *Archives of Health*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 208-227, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.46919/archv4n1-020>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CARVALHO, José Marcelo Freire de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 8, n. 2, p. 539-551, 2001.

CASTRO, Eliane, et al. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 11, n. 22, p. 365-376, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832007000200017>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CAVALCANTI, Marcus, et al. Imagens do inconsciente: alianças entre arte e terapia. *Revista Valore, Rio de Janeiro*, v. 2, n. 2, p. 259-271, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22408/reva22201777259-271>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CECCIM, Ricardo, et al. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, v. 13, n. suppl 1, p. 531-542, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000500006>. Acesso em: 23 jul. 2024.

COELHO, V. A. A. et al.. Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33004, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018. Brasília, DF: CNS, 2018. Acesso em: 19 jul. 2024

CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (CNDH). Recomendações sobre a Nova Política de Saúde Mental. Brasília, DF: CNDH, 2019. Acesso em: 19 jul. 2024

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Nota pública sobre os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: CFP, 2018. Acesso em: 19 jul. 2024

Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. *"Tudo o que você precisa saber sobre a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental"*. Disponível em: cesrj.org. Acesso em: 16 out. 2024. Acesso em: 19 jul. 2024

Conselho Nacional de Saúde. *"A voz e a vez das pessoas usuárias na Saúde Mental"*. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 16 out. 2024.

CORDEIRO, Priscilla et al. Educação permanente em saúde: experiências inovadoras em saúde mental na atenção básica à saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe3, p. 210-222, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e318>. Acesso em 31 de julho de 2024.

COSTA, Igor, et al. A arte no processo de desenvolvimento de pessoas portadoras do transtorno do espectro autista (TEA). *Research, Society and Development*, Brasília, v. 10, n. 8, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353172090_A_arte_no_processo_de_desenvolvimento_de_pessoas_portadoras_do_Transtorno_do_Espectro_Autista_TEA. Acesso em: 19 jul. 2024.

COSTA, N. R.; SIQUEIRA, S. V.; UHR, D.; SILVA, P. F. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n12/09.pdf. Acesso em 04 mai 2025..

CRUZ, R. et al. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. São Paulo: Paz e Terra, 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3XbLjNdGsbsFGMzNtcNcH6Q/?format=pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

DIMENSTEIN, M. et al. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2020. DOI: 10.1590/1982-3703003242817.

ENGEL, Magali, et al. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 547-563, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59701999000100001>. Acesso em: 19 jul. 2024.

FERREIRA, F. et al. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde em Debate*, 2019. DOI: 10.1590/0103-110420191211.

FEUERSCHUETTE, Ana, et al. Avaliação da satisfação de usuários do CAPS em uma capital do sul do Brasil. *Revista Psicologia e Saúde*, 2024, p. e1652485. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2485>. Acesso em: 23 jul. 2024.

Fontana, A. & Frey, J.H. (2000). *The Interview: from structured questions to negotiated text*. Em N. Denzin & Y.S. Lincoln (orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 645-672). London: Sage Publications Inc.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G.. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 14, n. 28, p. 139–152, maio 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/paideia/a/MmkPXF5fCnqVP9MX75q6Rrd/?lang=pt>. Acesso em 04 mai 2025.

FRAYZE-PEREIRA, João, et al. *Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política*. Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 197-208, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142003000300012>. Acesso em: 19 jul. 2024.

FURTADO, J. P. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, v. 41, spe, p. 71-83, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07>. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kCLMSXvttpqcQs4QvVQNGxm>. Acesso em: 10 maio 2025.

GADELHA, C.; COSTA, L. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 2012. DOI: 10.1590/s0034-89102012005000062.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QPxPwKFy9bky6hcTwHyCdXC/?format=pdf>. Acesso em 04 mai 2025.

GEDOR SILVEIRA. Fundação Gedor Silveira . Disponível em: <<https://gedorsilveira.com.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2025.

GONÇALVES, T. S.; NUNES, M. R. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial álcool e drogas-CAPS AD. *Perquirere*, v. 11, n. 2, p. 109-124, 2014. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/article/view/3484>. Acesso em: 04 mar. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo Demográfico Brasileiro de 2022. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-sebastiao-do-paraiso.html> Acesso em: 20 mai 2024

IBIAPINA, I. et al. Bioética principialista e internação compulsória: tensionamentos entre autonomia e vulnerabilidade. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 8, n. 2, 2016. DOI: 10.20435/2177-093x-2016-v8-n2(04).

INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE JULIANO MOREIRA. Hospital Pedro II: 150 anos de história e assistência psiquiátrica. Rio de Janeiro: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, 2003.

JORGE, M. S. B. et al.. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, jul. 2011. <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?lang=pt#> Acesso em 20 mai 2024

JUNIOR, Mauri et al. Saúde mental na atenção primária à saúde. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 60, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5582>. Acesso em 31 de julho de 2024.

KAMERS, Michele, et al. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v18i1p153-165>. Acesso em: 19 jul. 2024.

KANTORSKI, L. et al. *Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia*. Journal of Nursing and Health, v. 11, n. 2, 2021.

DOI: 10.15210/jonah.v11i2.207667.

KING, Ana Lucia; COUTO, Berenice Rojas. *História da Psiquiatria no Brasil. Documentário e Livro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

KIRSCHBAUM, Débora, et al. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, p. 19-30, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11691997000500003>. Acesso em: 19 jul. 2024.

LEOPOLDO, R.; ROSA, M. A descidanização das pessoas com transtorno mental a partir da Nota Técnica 11/2019. 2019. DOI: 10.17648/cbcs-2019-110638.

LIMA F.C., SCHNEIDER D.R.. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Humanidade*. 2013

LIMA, A. P.; GARCIA, P. S. A Constituição de 1988 e os desafios da saúde mental no Brasil: entre a cidadania e a exclusão. *Revista Brasileira de Política e Saúde*, v. 18, n. 2, p. 45-60, 2020. Disponível em: <https://revistabps.org.br/artigos/constituicao-saude-mental>. Acesso em: 16 out. 2024.

LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 572-595, ago. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000200017&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 02 jun. 2024.

Lima, M. A., & Cavalcanti, M. T. (2019). Fragmentação da rede de atenção à saúde mental e os desafios para os CAPS AD. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 11(2), 45-59. Disponível em: https://www.scielo.br/revistas/capsad/desafios_2019. Acesso em: 16 out. 2024.

LIMA, Sônia, et al. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 46, p. e4006, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>. Acesso em: 23 jul. 2024.

LOPEZ-CORVO, Rafael et al. O inconsciente. *Psicanálise - Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, v. 9, n. 1, p. 189-211, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.60106/rsbppa.v9i1.251>. Acesso em: 23 jul 2024.

LOURAU, René. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MARQUES, Thatiana, et al. “Olhar de Nise”: análise filmográfica sob a ótica dos direitos humanos dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 14, ed. especial, p. 26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v14iedsup.24222>. Acesso em: 19 jul. 2024.

Minayo, M.C. de S. (1998). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.

NABARRETE, Luiza, et al. A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental no Brasil. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 8, p. 10181-10202, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/rcv3n8-014>. Acesso em: 23 jul. 2024.

NACAMURA, Paula, et al. Avaliação de quarta geração em centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0302>. Acesso em: 23 jul. 2024.

NARVAI, Paulo Capel. - SUS : *Uma Reforma Revolucionária : para defender a vida*. Belo Horizonte : Autentica, 2022.

NASCIMENTO, L. E. F.; DANTAS, J. M. L. F. Fatores associados ao abandono do tratamento de álcool e outras drogas em moradores de rua. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e23826162021, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23826.

NETO, Manoel et al. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-98932013000400014>. Acesso em: [data de acesso].

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81.

OLIVEIRA MAF, CESTARI T.Y., PEREIRA M.O., PINHO P.H., GONÇALVES R.M.D.A., CLARO H.G.. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2014

OLIVEIRA, Cleide, et al. Loucura em liberdade: vivências e convivências em Crato-CE (1930-1970). *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 138-142, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672003000200005>. Acesso em: 19 jul. 2024.

OLIVEIRA, M. Por uma Saúde e uma Psicologia equitativa e interseccional. *Revista Polis e Psique*, 2021. DOI: 10.22456/2238-152x.109934.

OLIVEIRA, Marcos et al. Análise documental da rede de atenção psicossocial brasileira nos últimos 10 anos. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, v. 10, n. 1, p. 584-601, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2023v10n1p584-601>. Acesso em: [data de acesso].

OLIVEIRA, V. C.; CAPISTRANO, F. C. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do Sul do Brasil. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2017. Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/16350/35643>.

Acesso em 04 mai 2025.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/>. Acesso em 04 mai 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental: uma análise regional. Washington, DC: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid-19-e-saude-mental>. Acesso em: 16 out. 2024.

PAIM, J. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, 2008. DOI: 10.1590/s0103-73312008000400003.

PARENTE, J. et al. Reform of psychiatric care in Brazil: reality and perspective. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 2, n. 2, 2013. DOI: 10.26694/reufpi.v2i2.788.

PEIXOTO, C.; PRADO, C. H. O.; RODRIGUES, C. P. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/dq4M3C5sNM5788pXZZDFLhL/>. Acesso em 04 mai 2025.

PEREIRA, L.; OLIVEIRA, M. *Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas*. 2009. DOI: 10.11606/t.7.2009.tde-11012010-145632.

PINHEIRO, Ana, et al. História da gestão da psiquiatria no Instituto Municipal Nise da Silveira: ações criativas e culturais que impactam a desconstrução asilar na sociedade brasileira. *Diálogo com a Economia Criativa, Rio de Janeiro*, v. 8, n. 23, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22398/2525-2828.823150-167>. Acesso em: 19 jul. 2024.4.

PINHO, Leandro, et al. Operation of a psychosocial care center for the treatment of crack users / Funcionamento de um centro de atenção psicossocial para o atendimento a usuários de crack. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 9, n. 4, p. 1099-1106, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1099-1106>. Acesso em: 23 jul. 2024.

PITTA, Ana, et al. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001300002>. Acesso em: 23 jul. 2024

PITTA, Ana. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: a constituição de um novo modelo de atenção*. São Paulo: Hucitec, 2011. Disponível em: <https://www.huciteceditora.com.br/reforma-psiquiatica>. Acesso em: 16 out. 2024.

ROCHA, K. B.; ZANARDO, G. L. DE P.. Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avalia-CAPS-P. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. e00144121, 2022. <https://www.scielo.br/j/physis/a/yMNnLkcMGJrCSwQWLKbGRWC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 mai 2024

ROZA JUNIOR, J. A.; LOFFREDO, A. M.. Residências Terapêuticas e a cidade: enfrentamentos de normas sociais vigentes. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 287–295, jan. 2018. Acesso em 20 mai 2024

SAMPAIO, J. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. DOI: 10.1590/s1413-81232011001300017.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P.. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANT'ANNA, Tatiana, et al. A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 26, n. 3, p. 368-383, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-98932006000300004>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SANTOS, Maria Clara dos. *Desafios da saúde mental no Brasil: entre o avanço da reforma e a precarização dos serviços públicos*. São Paulo: Cortez, 2023. Disponível em: <https://www.cortezeditora.com.br/desafios-da-saude-mental-no-brasil>. Acesso em: 16 out. 2024.

SANTOS, Milton et al. *Aspectos relacionados à reforma psiquiátrica no Brasil*. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47094/978-65-6036-057-0/10-17>. Acesso em: 16 out. 2024.

SCHNEIDER, M. Mental health care network: the interaction importance between the primary. *Ciência & Saúde*, 2010. DOI: 10.15448/1983-652x.2009.2.4843.

Schütz, A. (1972). *Fenomenologia del mundo social*. Buenos Aires: Editorial Paidós

SERAPIONI, M.. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, n. 4, p. 1169–1187, out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/#> Acesso em 28 mai 2024.

SILVA, Joyce et al. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n1.2743>. Acesso em: 16 out. 2024.

SILVA, Lúcia Maria da. *O Hospital Colônia de Barbacena e a exclusão social no Brasil: uma análise crítica da psiquiatria no século XX*. Belo Horizonte: UFMG, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-A9SFRP>. Acesso em:

16 out. 2024.

SILVA, Lúcia Maria da. *Psiquiatria e controle social: o caso do Hospital Colônia de Barbacena*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, P. S. *O papel da família no cuidado do usuário em uso abusivo de álcool e outras drogas: fatores de risco e de proteção*. 2019. Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/handle/123456789/327>. Acesso em: 04 mar. 2025.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 1, p. 149–160, jan. 2017. <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZfGT8VhrwjHLFX5pByXkx3f/?lang=pt> Acesso em 21 mai 2024

SOARES, Roberta, et al. Ajustamentos à loucura: a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários no cotidiano de um centro de atenção psicossocial. *Sociologia & Antropologia*, v. 13, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2238-38752023v1337>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SOUZA, Mariana Alves de. *O Holocausto Brasileiro: a história de um hospital psiquiátrico e a violação dos direitos humanos*. 3. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2020.

TAKAHARA, A. H.; FURINO, V.; MARQUES, A. C.; ZERBETTO, S. Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. *APS - Revista de Atenção Primária à Saúde*, v. 20, n. 1, p. 46-52, 2017. DOI: 10.34019/1809-8363.2017.v20.15999.

TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. Caps AD: A Relevância dos Serviços e as Contribuições da Psicologia. Edição Eletrônica *Rev. Mult. Psic.* V V. 15, N. 54 p. 699-712, fevereiro/2021 - ISSN 1981-1179. Ilhéus, 2021. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/?ogbl#inbox?projector=1> Acesso em: 20 jul. 2023.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P.. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983–1010, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RHJYmhbjt3DHjHkPt9xy8TK/?lang=pt> Acesso em: 21 jul 2023.

VIEGAS, E. M. *Fatores relacionados ao abandono do tratamento da dependência de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes no Brasil: revisão da literatura*. 2022. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/4748>. Acesso em: 04 mar. 2025.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 2, p. 171–178, fev. 2016. Acesso em: 20 mai 2024

12. ANEXOS

ANEXO I – TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: ____ Nº ____ GÊNERO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____.

Eu, _____,

declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa **A IMPLANTAÇÃO DO CAPS III EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG E OS CONSEQUENTES AVANÇOS DA RAPS MUNICIPAL E REGIONAL**. O projeto de pesquisa será conduzido por **Natália Batista Andrade** do Programa de Pós-Graduação em **Planejamento e Análise**, orientada pelo **Prof. Dr José Roberto Gnecco** e co-orientada pela **Profª Dra. Anaísa Leal Barbosa Abrahão**, pertencentes ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de Dissertação observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição.

A presente pesquisa visa analisar e avaliar a transição do CAPS Alcool e Drogas II para CAPS Alcool e Drogas III, seus desafios e potencialidades, a partir da perspectiva de seus usuários, familiares dos usuários e profissionais.

Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Unesp - Campus de Franca
Av. Eufrásia Monteiro Petraglia, 900 - Jd. Dr. Antônio Petraglia - CP 211. CEP: 14409-160 - FRANCA - SP
Telefone: (16) 3706-8723 - Fax: (16) 3706-8724 - E-mail: comiteetica@franca.unesp.br**

interromper a minha participação no momento que achar necessário.



São Sebastião do Paraíso, de de .

Assinatura do participante

Documento assinado digitalmente
 NATÁLIA BATISTA ANDRADE
 Data: 05/06/2024 12:53:17-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

(assinatura)

Pesquisador Responsável

Nome: Natália Batista Andrade

Endereço: Av Zezé Amaral, 800, apto 443, Residencial Morada dos Ipês
 São Sebastião do Paraíso - MG

CEP 37953140

Tel: (35) 98449-1267

E-mail: nb.andrade@unesp.br

Documento assinado digitalmente
 JOSE ROBERTO GNECCO
 Data: 05/06/2024 13:31:56-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

(assinatura)

Orientador

Prof. Dr. José Roberto Gnecco

Endereço: DEF/IBRC/UNESP CP 199

Av. 24-A, n. 1.515

Jardim Bela Vista

Rio Claro - SP

CEP 13506-900

Tel: (61) 98229-5945

E-mail: jose-roberto.gnecco@unesp.br

ANEXO II - Ofício de autorização de Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DO CAPS III EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG E OS CONSEQUENTES AVANÇOS DA RAPS MUNICIPAL E REGIONAL

Pesquisador: NATALIA BATISTA ANDRADE

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 2

CAAE: 80354924.9.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.994.598

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de forma clara e concisa. Todos os elementos necessários para a compreensão da pesquisa, notadamente sobre como se dará a pesquisa de campo, estão presentes. As demandas identificadas em análise e parecer anteriores foram todas sanadas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa foi explicitado de forma clara e direta, a saber: "Analisar a estruturação e os avanços do CAPS A.D. III como expansão da RAPS do município, com o intuito de compreender sua organização, identificar desafios enfrentados e avaliar a efetividade dessa nova política de saúde mental".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos, nesta nova submissão, foram muito bem considerados, tomando-se por base o parecer anterior e também trazendo novas considerações. Os benefícios também foram bem demonstrados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como toda pesquisa bem orientada e fundamentada, esta é relevante e demonstra claramente como se dará o contato com 70 participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram corretamente preenchidos e inseridos no

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.994.598

sistema. Com a redução do número de participantes da pesquisa de 80 para 70, idealmente uma nova Folha de Rosto deveria ter sido gerado e assinada. Contudo, como se deu a redução do número de participantes, no processo de correção, esta relatoria entende que esta questão não deve gerar nova pendência que atrase o início da pesquisa de campo.

Recomendações:

Não cabem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Não há pendência ou inadequações e a pesquisa de campo pode ser iniciada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum do colegiado pelo coordenador deste Comitê de Ética.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2355528.pdf	08/07/2024 15:11:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNESP_assinado_assinado.pdf	08/07/2024 15:11:40	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/06/2024 17:28:32	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/06/2024 16:35:19	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	QUESTIONARIOS.pdf	05/06/2024 16:19:42	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	Autorizacao_pesquisa_caps.pdf	05/06/2024 12:47:39	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	03/06/2024 12:40:52	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_projeto_CAPS_III_Natalia.pdf	03/06/2024 11:36:18	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.994.598

Sim

FRANCA, 09 de Agosto de 2024

Assinado por:
José Fernando Siqueira da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

ANEXO III - Solicitação enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa com a justificativa para a alteração da metodologia da coleta de dados

São Sebastião do Paraíso/MG, 19 de março de 2025

Remetente: Natália Batista Andrade

Destinatário: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

Assunto: Mudança na metodologia e instrumento de coleta de dados e alteração de título em pesquisa já aprovada

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Prezados,

Sobre a pesquisa aqui submetida e aprovada, A IMPLANTAÇÃO DO CAPS III EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG E OS CONSEQUENTES AVANÇOS DA RAPS MUNICIPAL E REGIONAL, reforço que a mesma tem como objetivo compreender as percepções e experiências de usuários e profissionais do CAPS AD III, em relação a implementação do serviço.

Ao estruturar a metodologia, elaborei questionários, fundamentados em instrumentos já conhecidos, e foi com essa metodologia que enviei o projeto ao CEP, e obtive aprovação para realização da pesquisa.

Porém, durante o percurso de desenvolvimento da dissertação, com novos estudos e perspectivas, optei por realizar a coleta de dados com o método de entrevistas abertas, decisão fundamentada em novos estudos que destacam a importância desse método na pesquisa qualitativa em saúde. Segundo Fontanella, Campos e Turato (2006), as entrevistas não-dirigidas são extremamente reconhecidas na literatura internacional como um instrumento essencial para investigações qualitativas, pois permitem captar, de forma mais espontânea e aprofundada, os significados atribuídos pela participação.

No campo da saúde, compreender o que os indivíduos conhecem e imaginam sobre suas próprias condições é essencial para estabelecer uma relação clínico-paciente mais adequada. Como apontam Fontanella, Campos e Turato (2006), os significados que as

peças atribuem às suas experiências desempenham um papel estruturante na organização de suas vidas, incluindo os cuidados com a própria saúde. Dessa forma, o uso de entrevistas abertas possibilita um espaço de expressão mais livre para os participantes, permitindo que suas narrativas sejam construídas de forma genuína e co

Diante disso, a adoção desse método se justifica não apenas pela sua relevância metodológica, mas também pela sua adequação ética, uma vez que respeita as perspectivas e subjetividades dos entrevistados, favorecendo uma abordagem mais humanizada e alinhada às diretrizes da qualidade da pesquisa.

Ainda, retifico que durante a coleta de dados, não foi possível adesão do grupo “familiares de usuários”, os quais inicialmente seriam entrevistados também. A motivação é que os familiares dos usuários assistidos não participam do tratamento dos usuários, e também não se mostraram acessíveis.

Por fim, diante do que foi coletado em campo, percebo que o título mais adequado para a pesquisa é A IMPLANTAÇÃO DO CAPS III EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG : POTENCIALIDADES E DESAFIOS; e assim, peço deferimento para alteração de título.

Desde já, agradeço a atenção dispensada

At.te.

Documento assinado digitalmente
 NATÁLIA BATISTA ANDRADE
 Data: 18/03/2025 21:56:44-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Natália Batista Andrade

Referência bibliográfica:

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R.. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 5, p. 812–820, set. 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KhvFsGT6xf5yxKXTqQ5PkRN/?lang=pt>

ANEXO IV - Declaração de anuência e aprovação das alterações pelo Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DO CAPS III EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG E OS CONSEQUENTES AVANÇOS DA RAPS MUNICIPAL E REGIONAL

Pesquisador: NATALIA BATISTA ANDRADE

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 4

CAAE: 80354924.9.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.478.467

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de forma clara e concisa. Todos os elementos necessários para a compreensão da pesquisa, notadamente sobre como se dará a pesquisa de campo, estão presentes. As explicações presentes no arquivo "Nova Justificativa ao Comitê de Ética" sanaram integralmente as pendências e atenderam às recomendações feitas no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa foi explicitado de forma clara e direta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os potenciais riscos foram bem considerados, em consonância com o disposto na Resolução CNS 510 de abril de 2016. Também foram apresentadas formas evitá-los e/ou para diminuir seus impactos. Os benefícios também foram suficientemente conjecturados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como toda pesquisa bem fundamentada, a presente é relevante e apresenta de forma clara como se dará o contato com os participantes da pesquisa, ao todo 22 indivíduos. A nova metodologia da pesquisa de campo, muito bem justificada no arquivo anexado intitulado "Nova Justificativa ao Comitê de Ética", é pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória para este projeto foram corretamente

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 7.478.467

preenchidos e inseridos, a saber: Informações Básicas do Projeto, Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorização da entidade onde se pretende realizar a pesquisa de campo, arquivo com o projeto original completo. Por se tratar de uma pesquisa de campo que buscará dar maior liberdade de fala ao participante da pesquisa, não é preciso figurar arquivo com qualquer questionário, mas a orientação geral da condução das entrevistas está apresentada no arquivo intitulado "Nova Justificativa ao Comitê de Ética".

Recomendações:

Todas as recomendações tecidas no parecer anterior foram integralmente atendidas, o que pode ser visualizado no arquivo intitulado "Nova Justificativa ao Comitê de Ética". Também foram feitas as alterações solicitadas no preenchimento das abas do sistema, sobretudo a respeito do número de entrevistados e também a respeito do cronograma da pesquisa de campo. Assim, não cabem outras recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que todas as pendências anteriormente apontadas (parecer anterior) foram integralmente sanadas. Assim, não há pendências ou inadequações e a pesquisa de campo pode ser realizada. A posição desta relatoria é pela APROVAÇÃO do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum do Colegiado pelo coordenador deste Comitê de Ética.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2519827_E1.pdf	28/03/2025 15:09:10		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	28/03/2025 15:08:52	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	Nova_Justificativa_ao_Comite_de_Eticaassinado.pdf	28/03/2025 15:02:13	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Justificativa_ao_Comite_de_Eticaassinado.pdf	18/03/2025 22:06:51	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNESP_assinado_assinado.pdf	08/07/2024 15:11:40	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	Autorizacao_pesquisa_caps.pdf	05/06/2024	NATALIA BATISTA	Aceito

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160

UF: SP **Município:** FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8808

E-mail: comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 7.478.467

Outros	Autorizacao_pesquisa_caps.pdf	12:47:39	ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_projeto_CAPS_III_Natalia.pdf	03/06/2024 11:36:18	NATALIA BATISTA ANDRADE	Aceito

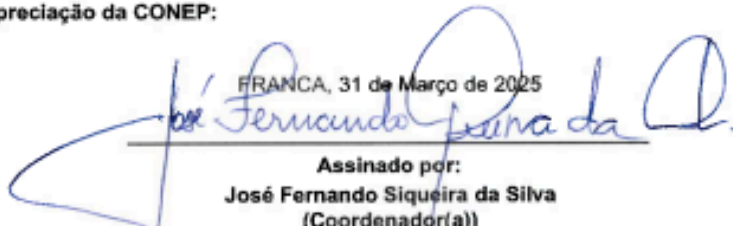
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

FRANCA, 31 de Março de 2025



Assinado por:
José Fernando Siqueira da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Euláxia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

ANEXO V - Ata da Conferência Municipal de 2021



Ata da VII Conferência Municipal de Saúde de São Sebastião do Paraíso/MG 21 de Setembro de 2021

Estiveram reunidos no Teatro Municipal "Sebastião Furlan" situado no 2º andar do prédio da Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, Estado de Minas Gerais, localizado à Praça dos Imigrantes, n.º 100, Bairro Lagoinha, no dia 21 de Setembro de 2021, os Conselheiros Municipais de Saúde, o Prefeito Municipal, Marcelo de Moraes, o Vice-Prefeito Dr. Daniel Tales de Oliveira, a Secretária Municipal de Saúde, Adelma Lúcia da Silva, a Comissão Organizadora da VII Conferência Municipal de Saúde nomeada pela Portaria n.º 45/2021, vereadores, representantes dos gestores e prestadores de serviços, dos trabalhadores da saúde e dos usuários do SUS, conforme lista de presença (Anexo I). Antes do início da Conferência, o Coordenador Geral, Sr. Christian Alves Neto reuni-se com a Presidente da Conferência, Sra. Eloiza Cristina Amorim, e verificaram que alguns participantes/servidores públicos cadastraram-se equivocadamente como Prestadores de Serviços, mas na verdade, fazem parte do Gestão, a saber: Sra. Ângela dos Santos Guiraldeli, Sra. Flaviana Marcela da Silva, Sra. Leticia Terezinha de Oliveira Sales, Sra. Fernanda Caproni, Sra. Flávia Malaguti e Sra. Irlane Amanda Alves Pessoni. Diante disso, e, objetivando a paridade, estas foram alocadas ao bloco correto, ou seja para a Gestão. Face ao cadastramento que foi inclusive divulgado em toda rede, e, no site oficial desta Municipalidade, a ordem dos delegados se deu por cronologia de inscrição, considerando o dia e hora, necessitando estarem presentes neste evento. Assim, considerando as faltas existentes, lista-se a seguir: Delegados dos usuários do SUS: 1.) Marcos Vinicius Aloise; 2.) Renusa Campos Costa Lataro; 3.) Miguel A. F. Oliveira; 4.) Cecília Aparecida Aloise; 5.) Regina Célia Nunes; 6.) Marly Donizete Hilário; 7.) Natália Batista Andrade; 8.) Barbara Pelucio Marinzeck Borges; 9.) Nayara Nascimento Fressa; 10.) Silvia das Graças Brottell Tamasso; 11.) Elaine da Silva; 12.) Ronaldo de Carvalho; 13.) Rafael Silva Rodrigues; 14.) Sônia Divina Augusto e 15.) Jean Maldini.

Delegados Prestadores de serviços de saúde do SUS: 1.) Larissa Aparecida Frazão; 2.) Noberto Silva Nunes; 3.) Larissa Maíra Murari; 4.) Bruna Gabriela dos Santos; 5.) Laís Melo; 6.) Jéssica Duarte e 7.) Daniela Gonçalves de Aguiar.

Delegados Gestão/Trabalhadores do SUS: 1.) Adelma Lúcia da Silva; 2.) Ronaldo Rocha Rezende; 3.) Fernanda A. Sposito Scarano; 4.) Angela dos Santos Guiraldeli; 5.) Flaviana Marcela da Silva; 6.) Damiana Rodrigues e 7.) Ana Carolina Leite Coelho Ferreira.

Ressalta-se que foram alocados três membros como delegados usuários do SUS, contudo, por trataram-se de servidores desta Municipalidade, e por solicitação do Sr. Marcos Vinicius Aloise, membro do Conselho Municipal de Saúde, após votação com os conselheiros, foram retirados como delegados usuários do SUS, e colocados no lugar três servidoras do Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira. (Anexo II). A Conferência

Assinaturas: [Assinatura de Marcos Vinicius Aloise] [Assinatura de Renusa Campos Costa Lataro] [Assinatura de Miguel A. F. Oliveira] [Assinatura de Cecília Aparecida Aloise] [Assinatura de Regina Célia Nunes] [Assinatura de Marly Donizete Hilário] [Assinatura de Natália Batista Andrade] [Assinatura de Barbara Pelucio Marinzeck Borges] [Assinatura de Nayara Nascimento Fressa] [Assinatura de Silvia das Graças Brottell Tamasso] [Assinatura de Elaine da Silva] [Assinatura de Ronaldo de Carvalho] [Assinatura de Rafael Silva Rodrigues] [Assinatura de Sônia Divina Augusto] [Assinatura de Jean Maldini]

iniciou-se às 08h28min. do dia 21 de Setembro de 2021, com abertura oficial realizada pelo cerimonialista, Ralph Vinicius Santos Diniz, o qual apresentou a todos o tema geral da Conferência, a saber: "A Saúde Pós Pandemia e seus Desafios". Na sequência, convidou as autoridades presentes para fazer a composição da mesa: Marcelo de Moraes, Prefeito Municipal, o Vice-Prefeito Municipal, Dr. Daniel de Oliveira Tales, Maria Aparecida Cerize Ramos, representando a Câmara de Vereadores, Adelma Lúcia da Silva, Secretária Municipal de Saúde e Eloiza C. Silva A. Silvestre, presidente do Conselho Municipal de Saúde. Destaca a presença do Cabo Rafael da Silva Rodrigues, representando o Corpo de Bombeiros e o Senhor Rildo Domingos representando o Sindicato dos Trabalhadores Municipais e demais convidados. Foi realizada a apresentação do Hino Nacional. Após, dada a palavra ao Prefeito Municipal, o qual, inicia sua fala com homenagem ao Ricardo Oliveira, ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde. Discorre sobre os momentos de tensão, apoio e trabalho dos servidores da Saúde, situação inclusive intensificada pela Pandemia advinda pela COVID-19. Menciona sobre suas propostas, pleiteando transformar sonhos e objetivos em formas práticas e efetivas de trabalho. Agradece a presença do representantes do Hospital Gedor Silveira, salientando que gostaria da presença de Representantes da Santa Casa Local, a qual, até o momento não foi identificada, e, discorre que quer que estes prestadores façam parte da Rede, mas, caso não busquem atender, o Município não estará refém e promoverá a busca de novos mecanismos para sempre promover o atendimento à população. Ademais, salienta que todos os atos que adotados no combate à pandemia foi objetivando buscar atendimento ao usuário, de forma digna, justa e integral, sendo este o objetivo principal: ou seja, efetivar a saúde do paciente. Diante desta situação, pede para que as propostas sempre visem, em primeira plana, o atendimento ao paciente. Por fim, declara aberta oficialmente a VII Conferência Municipal de Saúde. Passada a palavra ao Vice-Prefeito Municipal, Dr. Daniel Tales de Oliveira, que enaltece a presença de todos e discorre acerca de sua trajetória na Conferência Municipal de Saúde, e ressaltando os desafios vivenciados pela pandemia ocasionada pela COVID-19. Ressalta a presença de todos os trabalhadores e usuários do SUS, exceto dos Representantes da Santa Casa de Misericórdia local. Destaca que o objetivo da presente Conferência Municipal de Saúde é, primordialmente, traçar o plano da Saúde que será aplicado nos próximos anos (2022/2025). Ressaltou que o objetivo do Sistema Único de Saúde é promover a integração do ser em todos os seus âmbitos, ressaltando que o "SUS e para todos e por todos", sendo um direito de todo cidadão e um dever do poder público aplicá-lo com qualidade. Finaliza sua fala desejando a todos uma excelente Conferência. Dada a palavra a Secretária Municipal de Saúde desejou boas vindas, mencionando Ação de Graças por tudo que vivenciamos para estar neste momento, graças ao Ricardo, graças a toda equipe que sempre faz acontecer, ao Prefeito e Vice-Prefeito, à Eloiza pela assunção na presidência do Conselho Municipal de Saúde, sabendo da importância que o Ricardo teve, e à Câmara Municipal pelo apoio. Discorre que muitos reclamam que não são ouvidos, mas, que este também é o momento para terem voz, e, por meio disto, inclusive, ter forças para decidir políticas que impactarão o atendimento de saúde à população. Finaliza desejando um bom trabalho a todos. Passada a palavra à vereadora representando a Câmara Municipal, Sra. Maria Aparecida Cerize Ramos esta destaca a necessidade da participação de todos na defesa de um

uncon

de univ. de

Daniel:

[Signature]

Rattaro

[Signature]

Sistema Único de Saúde eficaz e humanitário, objetivando sempre, o cuidado ao cidadão usuário do SUS. Ressalta a importância da participação de todos de acordo com sua área de atuação no elenco e contribuição das propostas e melhorias na Rede de Saúde. Destaca sua felicidade em participar do Evento. Finaliza a fala desejando a todos bons trabalhos e colocando-se à disposição. Passada a palavra a Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Sra. Eloiza Cristina Amorim, que inicia sua exposição destacando a importância da Conferência Municipal de Saúde na expressão de demandas pela população e pleiteando ações e planos de saúde a médio e longo prazo, reafirmando, impulsionando e efetivando diretrizes do SUS, de forma a garantir seus princípios constitucionais. Homenageia o ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde, Ricardo Oliveira, destacando toda sua trajetória à serviço da população paraense, notadamente no Sistema Único de Saúde, lutando pelos interesses dos usuários do SUS. Finaliza sua fala, agradecendo pela atuação de Ricardo no serviço de saúde da população paraense e homenageando sua irmã com flores. O Prefeito Municipal enalteceu Ricardo, pois acredita que ele gostaria de nos vermos felizes, menciona, inclusive, seu amor ao time Palmeiras. O cerimonialista, Ralph, enalteceu a presença do Secretário de Desenvolvimento Social, Ronaldo de Carvalho. No mais, passa a palavra ao Servidor, Ronaldo Rezende, que promove a apresentação da prestação de contas da Saúde deste Município, referente ao 2º (segundo) quadrimestre de 2021 (maio a agosto) (Anexo III). Durante a exposição da palestra, notadamente quanto ao histórico dos casos de COVID-19 na população, foi dirigida uma indagação à eventual representante da Santa Casa de Misericórdia local presente na Conferência, sobre a utilização dos leitos da Santa Casa de Misericórdia local que foram desocupados em razão da desinternação dos casos de COVID-19. Contudo, não foi constatada a presença de nenhum representante da Santa Casa local para responder à dúvida. Indagou-se, ainda, acerca da atual situação das cirurgias eletivas nesta Municipalidade, ocasião em que, a Diretora de Saúde, Sra. Adriana Rogeri Franco informou que as cirurgias estão retornando gradativamente, priorizando, aquelas cirurgias mais simples, e que não necessitem, de tratamento em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A vereadora Maria Aparecida Cerize Ramos indagou sobre o controle utilizado pela Municipalidade nos casos confirmados e suspeitos pela COVID-19, situação em que, a Coordenadora da Vigilância em Saúde, Sra. Fernanda Amorim Sposito Scarano discorreu sobre todo o fluxo adotado pela Rede Municipal de Saúde na supracitada situação. Em seguida, foi retomada a exposição dos Indicadores de Saúde, pelo servidor Ronaldo Rezende, o qual abre palavra para perguntas. A vereadora Aparecida Cerize, questiona sobre a referência da OPME, situação em que, Ana Carolina, Gerente de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, discorre que depende da necessidade clínica de cada paciente, ressaltando que esta, em fase de consolidação, a Junta Reguladora Municipal para OPME. Miguel, atual membro do Conselho de Saúde, questiona o Secretário de Desenvolvimento Social, sobre um munícipe que, segundo informações coletadas, está causando contaminação na mina da cooperação, o Secretário, menciona os trabalhos já realizados, a nível social. Houve o questionamento sobre a Junta, situação em que, Fabíola, atual presidente, discorreu sobre o fluxo até o momento adotado, sendo que a deficiência física, atualmente, é buscada junto ao Setor de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde. No que tange ao aparelho auditivo,

Opinações

Assinaturas: [Assinatura 1] [Assinatura 2] [Assinatura 3] [Assinatura 4]

a referência é Alfenas/MG, sendo que, após todos os trâmites administrativos e médicos, há o encaminhamento para a cidade de referência. Após a apresentação, a palavra foi retornada ao cerimonialista, o qual, registra, neste momento, a presença de representante da Santa Casa Local, Sra. Larissa Frazão. Retomando as atividades, o cerimonialista registra a presença da Sra. Elaine Silva, Representante do Conselho das Pessoas com Deficiência e do Vereador Sr. Luiz de Paula. Foi anunciada a apresentação do médico Dr. José Carlos Costa Júnior, para apresentação da palestra com o tema: "A Saúde Pós Pandemia e seus Desafios", (Anexo IV). Na sequência, pontualmente às 11h30min, o cerimonialista pausa a Conferência destinando um período para o horário de almoço, retomando às 13h00min. De volta às atividades, o cerimonialista passa a palavra para o Coordenador da VII Conferência Municipal de Saúde, Sr. Christian Alves Neto, que aloca os participantes de acordo com o interesse em cada subtema. O Prefeito, Marcelo, pede para que as equipes, em seus raciocínios, sempre pensem em meios para:

- Minimizar demora no atendimento;
- Mudar conceito de Unidade da Saúde da Família (reformulação saúde primária);
- Urgência e Emergência – sistema interligado (SAMU, bombeiro) – criação de fluxo;
- Saúde especializada – minimizar a dificuldade para o cidadão adentrar no sistema.

Por fim, o Coordenador Geral, explica que será adotada a dinâmica de 30 (trinta) minutos para formação da discussão da situação atual de acordo com cada subtema, apontando os problemas e projetos, a qual, foi prorrogada por mais 15 (quinze) minutos. Após este prazo, o coordenador geral, concedeu prazo de 20 (vinte) minutos para que os presentes promovessem soluções aos problemas apontados, bem como as escolhas das temáticas principais.

Encerrado o tempo para a elaboração das propostas pelos grupos de trabalho, foi solicitado que se fizesse a leitura das mesmas pelos coordenadores dos grupos. As propostas foram levadas para aprovação ou reprovação na Plenária Final.

Para o Subtema 1 – “Gestão em Saúde”: foram apresentadas 5 propostas, a saber: **1-** Pactuar o prestador um cronograma para execução das cirurgias eletivas e da demanda reprimida – **APROVADA**; **2-** Adesão à descentralização do componente especializado da Assistência Farmacêutica – **APROVADA**; **3-** Estruturação e efetivação da Junta Reguladora de forma a garantir o acesso dos cidadãos que necessitem de OPME – **APROVADA**; **4-** Informatização da Saúde e digitalização de prontuários e fichas de atendimento, de forma a garantir o acesso aos documentos e informações da saúde, bem como disponibilização de tablet para os agentes de comunitários e de endemias para lançarem as visitas – **APROVADA**, e **5-** Criação de protocolos e comissões para atender e analisar as demandas judiciais e protocolos - **APROVADA**

Durante a discussão do subtema, notadamente em relação à proposta “1”, Larissa Aparecida Frazão pede a palavra e menciona que a Câmara convocou reunião sobre cirurgias, promoveram questionamentos sobre demanda existentes; a representante da Santa Casa informa a existência de 12 doze leitos; discorre que a Santa Casa vai solicitar a abertura de leitos de hospital dia, inclusive por conta disto chegou

Handwritten notes in the left margin:
 - "Larissa" (vertical)
 - "Opme" (vertical)
 - "SS" (vertical)
Handwritten signatures at the bottom:
 - "Larissa" (vertical)
 - "SS" (vertical)
 - "Larissa" (horizontal)
 - "SS" (horizontal)
 - "Larissa" (horizontal)
 - "SS" (horizontal)

atrasada, pois estavam em reunião. Prefeito questiona sobre a demanda de cirurgia, a exemplo, cirurgia de vesícula, sendo que Larissa informa que a análise é feita mensal, e que atualmente possui 12 leitos cirúrgicos, sendo que distribuem 50% eletivo e 50% urgência. Marcelo questiona que a série histórica da Santa Casa demonstra 6 procedimentos de urgência por dia, Larissa discorre que o cálculo é feito por quantidade de leitos do CNES e que em alguns momentos já fez 8 eletivos.

No que concerne ao Subtema 2 - "Urgência e Emergência": foram apresentadas 06 propostas, a saber:

1- Regularização de leito psiquiátrico retaguarda adulto, infantil e álcool/drogas dentro do Município em situação de crises psiquiátricas - **REPROVADA**; **2-** Reabertura do Laboratório Municipal para agilizar resultados de exames de urgência - **APROVADA**; **3 -** Ações educacionais à população de forma contínua sobre o correto uso dos serviços de saúde em Urgência/Emergência, respeitando o fluxo de atendimento do SUS, tais como Atenção Primária, Secundária e Terciária - **APROVADA**; **4 -** Reorganizar o desenho do Fluxo Municipal de Saúde, instituindo a autonomia dos serviços e equipamentos reguladores da rede, enfatizando, por exemplo, o tempo de aceite do Sus-Fácil em casos de ortopedia e ampliação de leitos nas salas de urgência (sala vermelha) na Santa Casa de Misericórdia local - **APROVADA** e, **5 -** Cobrar efetividade do Conselho Municipal de Saúde em ações de fiscalização e regularização das instituições envolvidas no serviço de saúde - **APROVADA** e **6 -** Criar aproximação entre UPA, CAPS e Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira para suporte em crises de psiquiatria - **APROVADA**.

Para o Subtema 3 - "Atenção Especializada": foram apresentadas as seguintes propostas: **1-** Estruturação do CAPS AD III, com estrutura física dos demais CAPS com transporte e fortalecimento de RH e centro de convivência - **APROVADA**; **2 -** A implantação de Medicina Integrativa, com implementação de cuidados paliativos e equipe especializada em oncologia - **APROVADA**; **3 -** Diagnóstico para crianças com deficiência (por exemplo, com TDH, autismo, etc.) e acessibilidade para pessoas com deficiência e local adequado para seu atendimento - **APROVADA**; **4 -** Residência terapêutica para desinstitucionalização de moradores do Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira que são de São Sebastião do Paraíso/MG - **APROVADA**, e **5 -** Reforma estrutural do CEO com acessibilidade - **APROVADA**.

No que tange o Subtema 4 - "Vigilância em Saúde", foram apresentadas 05 propostas como temáticas principais, quais sejam: **1 -** Construção de um Centro de Zoonose - **APROVADA**; **2-** Reforma e adequação do Prédio do Posto de Puericultura, em caso de não autorização por tratar-se de um imóvel da União, construção de um novo prédio para vacinação - **APROVADA**; **3 -** Informatização da Vigilância em Saúde - **APROVADA**; **4 -** Adequação do cargo de Agente de Endemias - **APROVADA**, e **5 -** Fortalecimento da Vigilância em Saúde - **APROVADA**.

Sobre o Subtema 5 - "Atenção Primária" foram apresentadas 5 propostas como temáticas principais:

1 - Implantação de novas Unidades de Saúde da Família, incluindo equipe da zona rural e termópolis e saúde da hora - **APROVADA**; **2 -** Segurança nas USF's - **APROVADA**; **3 -** Implantação de consultório odontológico em todas USF's existentes - **APROVADA**; **4 -** Reestruturação da equipe

Assinaturas: [Assinaturas manuscritas]

multidisciplinar, antigo NASF – **APROVADA: 5** – Gestão do trabalho – análise da estruturação dos cargos da Atenção Básica – **APROVADA.**

Registra-se que a delegada, Natália Batista Andrade, foi embora às 17h03min.

A presidente do conselho agradece a presença e requer a presença de todos conselheiros na reunião agendada para a próxima terça-feira, ou seja, 28/09/2021, às 17h00min para leitura e aprovação da ata. Não tendo mais nenhum outro assunto a ser tratado, a Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Eloiza C. Silva A. Silvestre, agradece a presença de todos e encerra a VII Conferência Municipal de Saúde, cuja Ata está lavrada por Ana Carolina de Souza, Chefe de Departamento e Gabriela da Silva, Assessora Administrativa, ambas lotadas na Secretaria Municipal de Saúde e relatoras da Conferência.

São Sebastião do Paraíso/MG, 21 de setembro de 2021.

Eloiza C. Silva A. Silvestre

Regina Celia Nunes

Gabriel

Ana Carolina de Souza

Eloiza C. Silva A. Silvestre
Regina Celia Nunes
Gabriel
Ana Carolina de Souza
Gabriela da Silva