



**OBSERVATÓRIO
SUS**
Florianópolis

Informativo nº 1

Núcleo Temático
Saúde Mental e
Atenção Psicossocial
do Observatório SUS

MAIO/2022

Panorama da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Florianópolis e planejamento de ações no âmbito do Observatório SUS

Carolina Pommer
Christina de Salles Juchem
Daniela Ribeiro Schneider
Felipe Faria Brognoli
Helena Moraes Cortes
Ian Jacques de Souza
Jeferson Rodrigues
Livia Maria Fontana
Mariana Schorn
Tânia Maris Grigolo

1. Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada no ideário da Reforma Psiquiátrica, preconiza a superação da lógica manicomial nas suas diferentes dimensões: teórica, jurídica, social e assistencial. Para superar a lógica manicomial na dimensão técnico-assistencial, **a política propõe a substituição do manicômio por uma rede de serviços substitutivos, a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Ou seja, substituir o manicômio não se reduz a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas sim, a implantação de uma **REDE** de serviços que consiga dar conta das necessidades das pessoas em sofrimento psíquico nas suas diferentes dimensões da vida.

Para normatizar a RAPS, a portaria ministerial 3088/2011¹ (e outras portarias que atualizam a rede) descreve os seus componentes e os serviços como segue abaixo:

¹ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União 2011.

I – Componente da Atenção Básica em saúde, formado por serviços como: Unidade Básica de Saúde (UBS), Consultório na Rua (CnaR), Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e Centros de Convivência e Cultura.

II – Componente da Atenção Psicossocial, formado por serviços como: CAPS, nas suas diferentes modalidades, e os Ambulatórios Especializados em Saúde Mental.

III – Componente da Atenção de Urgência e Emergência, formado por serviços como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), emergências hospitalares em Hospital Geral.

IV – Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório, formado por serviços como as Unidade de Acolhimento (UA).

V – Componente da Atenção Hospitalar, formado por serviços como as Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral e Hospital dia.

VI – Componente das Estratégias de Desinstitucionalização, formado pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (Residência Terapêutica) e o Programa de Volta pra Casa

VII – Componente das Estratégias de Reabilitação Psicossocial, formado pelas iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Assim, considerando o grande desafio que é implantar uma REDE de serviços, promovendo também a mudança do modelo de atenção e de conceitos e paradigmas, a **necessidade primeira** da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) em Florianópolis, é instituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma instância técnico-administrativa que, efetivamente, comprometa-se e responda pela implantação de uma **política pública municipal em saúde mental à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica**.

Qual a política municipal de saúde mental de Florianópolis? Onde está registrada? Quais os projetos e planejamentos a SMS tem encaminhado para desinstitucionalização dos cidadãos/ãs florianopolitanos/as “moradores/as” do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC) ou do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)? Quais estratégias a SMS tem para inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico no âmbito do trabalho e geração de renda? Numa situação de crise em saúde mental, mesmo que o SAMU faça os primeiros cuidados, quais outros recursos as pessoas em sofrimento psíquico têm para uma eventual internação, além do manicômio?

Verifica-se que em Florianópolis, dos sete componentes da RAPS descritos, só é possível contar com dois componentes: atenção básica em saúde e atenção psicossocial. Ou seja, consideramos que estamos bem longe de oferecer uma REDE de serviços; contamos com a inexistência completa de muitos serviços fundamentais para a implementação da Reforma Psiquiátrica em nível local e com a necessidade de ampliação e qualificação dos parques serviços já existentes.

O primeiro projeto de ações em saúde mental em Florianópolis iniciou em julho/1984, prioritariamente com ações de treinamento de profissionais da saúde da rede básica, por contar com apenas um único profissional responsável pela área. Em 1992, junto ao antigo Centro de Saúde (CS) Centro II, foram criados o Ambulatório de Saúde Mental e o Serviço de Saúde Mental e AIDS do Ambulatório de DST/AIDS (já não mais existentes atualmente). Em março/1996, instalou-se o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Ponta do Coral, hoje chamado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Ponta do Coral. Somente oito anos depois, em 2004, foi inaugurado o CAPS Infantil (CAPS i) e, no ano seguinte, em 2005, o CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) Continente. A partir de 2006, as equipes de saúde mental na atenção básica (profissionais da psicologia e da psiquiatria) foram sendo ampliadas compondo, a partir de 2008, as equipes dos antigos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), atuais Equipes Multiprofissionais de Apoio às eSF².

No ano de 2010, foi inaugurado o CAPS ad Ilha; ano em que também foi realizado o convênio da SMS com a Organização Social (OS) Instituto Arco-íris que, até hoje, executa o Centro de Convivência e Cultura. Por fim, em 2012, criou-se o Consultório na Rua (CnaR) do município de Florianópolis. No final de 2021, foi criado o Ambulatório de Saúde Mental Infantil. Em 2022, a gestão da saúde mental no município, o Departamento de Atenção Psicossocial (DAP), vem priorizando a abertura de Ambulatórios de Saúde Mental, agora para adultos, que se configuram nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM).

A partir disso, descrevemos o *status* da RAPS em Florianópolis a partir de cada componente e seus pontos de atenção:

I – Atenção Básica em saúde:

² Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=632>.

- Unidade Básica de Saúde (UBS): 49 CS's, com 159 equipes de Saúde da Família (eSF), formadas por profissionais da medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Nesse ponto, vale destacar a mudança de função dos ACS's que, já há alguns anos, estão fora do território, atuando muito mais como técnicos-administrativos / recepcionistas nas ilhas de atendimento do que no seu papel de elo entre os serviços e a comunidade, reconhecimento e monitoramento do território e promoção de vínculo e referência da comunidade - papel extremamente necessário e potencializador de capilarização para o cuidado em saúde mental.

- CnaR: 1 única equipe responsável por toda abrangência municipal, com necessidades eminentes de melhorias como, coordenação exclusiva, ampliação da equipe com profissionais de nível médio como agente social e consultório móvel próprio para o atendimento in loco.

- Equipes Multiprofissionais de Apoio às eSF: 53 equipes.

Em que pese as dificuldades já presentes nas equipes enquanto NASF, com a sua extinção, o processo de trabalho de várias categorias profissionais vem se modificando, configurando-se, cada vez mais, como atuação de especialistas de atenção secundária na Atenção Primária à Saúde (APS). Exemplo disso é a atuação da psiquiatria que já não circula mais no território e nas eSF's, atuando exclusivamente nas policlínicas. Importante também destacar, o crônico déficit de recursos humanos, sem novas contratações por concurso público e nem mesmo a reposição de vagas já existentes, como no caso da psicologia com oito vagas em aberto.

- Centros de Convivência e Cultura: 1 único centro, na região central do município, não executado de forma pública direta, mas sob convênio. Apesar de ser um ponto de atenção da APS, o convênio é feito via saúde mental (DAP).

II – Atenção Psicossocial:

- CAPS: 1 CAPS i, 1 CAPS adulto e 2 CAPS ad.

Os 4 CAPS são do tipo II, não temos CAPS III na cidade. O CAPS i e o CAPS adulto, são somente 1 CAPS de cada tipo para toda a abrangência municipal. O CAPS II adulto - CAPS II Ponta do Coral, além de ser o único para todo o município, está sediado num bairro continental, dificultando, ou mesmo impedindo, o acesso de vários/as moradores/as da cidade ao serviço. Também por isso, é imprescindível que a reforma do "casarão da Agrônômica" (que abrigava o CAPS II Ponta do Coral antes da sua mudança) seja retomada imediatamente; obra parada há 2 anos. Além disso,

verifica-se que os 4 CAPS contam com déficit crônico de recursos humanos, com necessidade de ampliação das equipes com contratação por concurso público. No que concerne aos 4 CAPS, apenas um conta com a estratégia de supervisão clínico-institucional, dispositivo fundamental para a qualificação e manutenção do serviço.

- Ambulatórios Especializados em Saúde Mental: 1 Ambulatório de Saúde Mental Infantil (ASMI).

Inexistentes até 2021, no final desse ano, foi aberto o ASMI, contando com 1 psicóloga, 2 psiquiatras e 1 assistente social e, novamente, sediado em bairro continental, longe das demais regiões da cidade. Importante ressaltar que a lógica ambulatorial tem importantes questões quanto ao seu funcionamento em rede: espera de vagas para atendimento de especialistas contribui para criar uma demanda reprimida de cronificação circular dos casos - agudização/crise/internação/alta/crise. Isso porque esse fluxo de atendimento funciona por regulação de rede e não porta aberta, ou seja, há condicionantes para cada acesso e encaminhamento aos serviços.

- Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental: 4 equipes, 1 por distrito, cada equipe contando com 1 assistente social, 1 psiquiatra e 2 psicólogos.

III – Urgência e Emergência:

- SAMU: 4 Ambulâncias de Suporte Básico de Vida

Apesar das situações de crise em saúde mental caracterizarem-se como situações de urgência / emergência em saúde (objeto do serviço), na prática, o SAMU ou não atende as demandas em saúde mental, ou só atende acompanhado da Polícia Militar. É preciso capacitar as equipes existentes e ampliá-las com a inclusão de profissionais da saúde mental.

- UPA: 3 UPA's (Sul, Norte e Continente)

A UPA Continente é executada por meio de convênio com OS, as demais, de forma pública direta. Entretanto, no que se refere à atenção em saúde mental, as 3 UPA's tendem a atuar de forma biomédica e mecânica, medicamentalizando casos atendidos. Da mesma forma que o SAMU, é preciso capacitar as equipes existentes e ampliá-las com a inclusão de profissionais com capacitação da saúde mental.

- Emergências hospitalares em Hospital Geral: 3 emergências hospitalares, sendo 2 estaduais - Hospital Geral Celso Ramos (HGCR) e Hospital Florianópolis (HF, terceirizado via OS) e 1 federal - Hospital Universitário (HU).

No geral, como os demais serviços acima, também as emergências hospitalares gerais tendem a atuar de forma biomédica, carecendo de um maior alinhamento às práticas da clínica da atenção psicossocial.

IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório:

- UA: não há UA, de nenhum tipo, em Florianópolis

V – Atenção Hospitalar:

- Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral: não há nenhuma unidade em saúde mental nos hospitais gerais.

Quando uma pessoa em sofrimento psíquico precisa de uma internação hospitalar, por agravamento de seu quadro clínico, a única opção de internação para os/as cidadãos/as florianopolitanos/as é o manicômio - Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC). Não existem leitos em saúde mental em nenhum hospital geral da cidade de Florianópolis, nem no HU, nem no HGCR, nem no HF. Também a rede não conta com CAPS III (24 horas) que poderiam oferecer leitos de internação de curta permanência. Mesmo os serviços de urgência e emergência (SAMU, UPA, emergências hospitalares), quando atendem situações de crise em saúde mental, tem se utilizado do manicômio como dispositivo para internação hospitalar. O Hospital Infantil (HI) não atende adolescentes entre 15 e 18 anos, obrigando os jovens a serem internados no Hospital Geral de Joinville, longe de suas famílias.

- Hospital dia: não há em Florianópolis

VI – Estratégias de Desinstitucionalização:

- Residência Terapêutica: não há Residência Terapêutica, de nenhum tipo, em Florianópolis.
- Programa de Volta pra Casa: 09 pessoas recebem o auxílio em Florianópolis.

VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial:

- iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e/ou cooperativas sociais: não há iniciativa alguma em Florianópolis.

Para além do exposto, vale apontar também, a má distribuição geográfica dos serviços no território. Nesta avaliação inicial dos componentes e serviços de saúde mental do município, consideramos que é de suma importância levarmos em conta a geografia da cidade e a sua larga extensão; bem como a mobilidade urbana. Assim, com base nesses elementos e na rede descrita, é de fácil constatação que as regiões centro e continente agregam a maior quantidade de serviços, em detrimento das regiões norte, sul e leste da ilha.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Acompanhar a implementação das políticas públicas na RAPS de Florianópolis, com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.2. Objetivos Específicos

- Construir indicadores de acordo com o contexto local dos serviços de atenção psicossocial que representem de maneira ampla as necessidades da população e permita agir sobre a produção de vulnerabilidades;
- Estabelecer estratégias de monitoramento com a intenção de ampliar e qualificar a política municipal de saúde mental a oferecer atenção e cuidado condizentes com as perspectivas da reforma psiquiátrica brasileira;
- Difundir amplamente avaliações periódicas de maneira a estabelecer relações democráticas entre instâncias de planejamento, gestão e controle social da política de saúde mental do município de maneira territorial e comunitária;

3. Metodologia

O Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Observatório SUS, com o apoio da Direção Técnica e demais sócios/as e convidados/as, reunir-se-á uma vez por mês para desenvolver as ações necessárias para o planejamento, monitoramento e avaliação da RAPS em Florianópolis, que englobam o conjunto de níveis de complexidade no sentido da atenção à populações específicas, inclusive para infância e juventude, no campo da Saúde Mental e do uso de Álcool e outras Drogas.

Para tal tarefa, elencamos uma lista dos principais indicadores a serem monitorados:

Indicador	Fonte
Cobertura de CAPS	CNES
Ações de acolhimento e de atenção à crise realizadas pelos CAPS	RAG
Ações de matriciamento pelos CAPS	RAAC
Ocupação e tempo médio de permanência de internações e reinternações psiquiátricas	AIH SIH/DATASUS
Atendimentos de urgência em saúde mental, álcool e outras drogas pelo SAMU/Bombeiro/PM	SIA/CNES

Notificações de Tentativas de Suicídio e óbitos por Suicídio	SINAN
Dispensação de medicamentos psicotrópicos	SDME
Ocupação por medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico	INFOPEN
Regularidade de liberação de recursos financeiros federais, aos estados e municípios, destinados à implantação e habilitação (custeio)	SIOPS
Implementação de novos serviços da RAPS, especialmente àqueles diretamente relacionados a processos de desinstitucionalização.	CNES

Este conjunto de indicadores propõe subsidiar os trabalhos desenvolvidos pelo Observatório, e consideram a necessidade de ampliar análises que contemplem metodologias de âmbito quanti/qualitativo, tendo em vista a amplitude do fenômeno psicossocial e seus desdobramentos para a política de saúde e saúde mental.

4. Resultados Esperados

O debate sobre o modelo assistencial é pauta legítima, e deve ser realizado em busca dos melhores caminhos para enfrentar os enormes desafios para a implementação da atenção psicossocial enfrentada na atualidade. Em um município de mais de 500 mil habitantes, caracterizados por suas demandas e necessidades, é de suma importância que possamos aprofundar análises sobre a produção de vulnerabilidades e iniquidades socioeconômicas, e em especial, no campo da saúde. Tais dificuldades se relacionam intimamente com a atual configuração anômala da política brasileira que propõe de maneira impositiva o retorno do paradigma manicomial por questões ideológicas, que não se sustentam em seu respaldo pseudocientífico. O percurso brasileiro da Reforma Psiquiátrica apresenta inúmeros resultados exitosos em termos de modelo de atenção, e fornece importantes orientações para estratégias que contribuem para a implementação da rede substitutiva à dependência do manicômio.

Espera-se contribuir para o processo de planejamento, gestão e controle social da política de saúde municipal, com a intenção de apoiar iniciativas que qualifiquem o processo de reforma psiquiátrica em direção a implantação de uma atenção de base territorial e comunitária, além de aproximar iniciativas intersetoriais. As iniciativas aqui apresentadas se direcionam a obter resultados que promovam espaços de pactuação mútua entre as instâncias de elaboração da política municipal, a elaborar coletivamente

estratégias robustas, contínuas e resolutivas, a fim de oferecer a gestores e trabalhadores que operam nestas redes assistenciais a possibilidade de ampliar ferramentas para contemplar as necessidades reais e concretas da população e de seus sistemas de cuidado. Tais sistemas apresentam complexidades elevadas quando referidas à singularidade do sofrimento psicossocial, uso de álcool e outras drogas, saúde mental da infância, juventude e de idosos, pessoas em situação de rua, tais demandam um avanço normativo e consolidação de uma perspectiva de sustentação de uma rede de cuidados pública, gratuita e de qualidade no cotidiano do município.

Em questões crônicas de atenção psicossocial é de fundamental importância apresentar iniciativas de cuidado em liberdade diuturnamente, que ofereçam modos concretos de vida digna e participação social cidadã. O uso de iniciativas que violam a liberdade, como manicômios e comunidades terapêuticas, devem ser desencorajadas em direção à ações mais contundentes e eficazes, como a orientação reticular de serviços de Atenção Básica, CAPS III, Residências Terapêuticas, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, Centros de Convivência e Cultura e Oficinas de Geração de Renda e Trabalho. É importante evidenciar os prejuízos sociais causados por instituições asilares, dado às desvantagens sociais, violações de direitos e contribuição para perpetuação de estigmas sociais, mas sim reafirmar a necessidade de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência digna de pessoas com questões de Saúde Mental, e Uso de Álcool e Outras Drogas.

INSTITUTO OBSERVATÓRIO SUS

📞 48 99125-3933

📷 @observatoriosus

🌐 www.observatoriosus.com.br

✉ contato@observatoriosus.com.br

📍 Rua Tenente Silveira, 482 | Sobreloja
Centro - Florianópolis/SC.
CEP: 88010-301

Diretor Geral – Sylvio da Costa Junior

Diretora Administrativa e Financeira – Elaine Cristina Novatzki Forte

Diretora de Comunicação – Josimari Telino de Lacerda

Diretor de Relações Institucionais – Ricardo Baratieri

Diretor Técnico – Jorge Lorenzetti

Núcleo Temático – Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Carolina Pommer

Christina de Salles Juchem

Daniela Ribeiro Schneider

Felipe Faria Brognoli

Helena Moraes Cortes

Ian Jacques de Souza

Jeferson Rodrigues

Livia Maria Fontana

Mariana Schorn

Tânia Maris Grigolo