



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL – SES/PB**

**RELATÓRIO DO MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DA  
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DA PARAÍBA  
EM 2018.2**

JOÃO PESSOA - 2020



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

***Geraldo Antonio de Medeiros***

GERENCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE

***Maria Izabel Ferreira Sarmiento***

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

***Iaciara Mendes de Alcantara***

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO MONITORAMENTO

***Lucívio Eleutério da Silva***

PLATAFORMA DE COLETA DE DADOS

***Mayara Silva Fernandes do Rego***

***Robson Fernandes de Sena***

***Stephane Flaviane de Oliveira Bezerra***

ANÁLISE DOS DADOS E ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

***Amanda Fernandes de Araújo***

***Andressa Leite Bertoldo***

***Jefferson Thalles Jerônimo Coelho***

***Larissa Rodrigues Moreira***

***Lucívio Eleutério da Silva***

REVISÃO FINAL DO RELATÓRIO

***Daniel Adolpho Daltin Assis***

***Gabriela Cristina da Silva Firmino***

***Iaciara Mendes de Alcantara***

***Jefferson Thalles Jerônimo Coelho***

***Larissa Rodrigues Moreira***

***Lucívio Eleutério da Silva***

***Natália Ramos da Silva***

***Robson Gomes Santos***

COLABORAÇÃO

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL/UFPB**



## SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS .....	4
LISTA DE TABELAS .....	5
LISTA DE QUADROS .....	5
1 INTRODUÇÃO .....	6
1.1 O instrumento de Monitoramento 2018.2 .....	7
1.2 O que queremos com esses dados? .....	8
2 SERVIÇOS MONITORADOS NA RAPS/PB.....	10
3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA .....	15
3.1 Gênero.....	16
3.2 Cor/Raça/Etnia .....	18
3.3 Faixa Etária .....	22
3.4 Estado Civil.....	24
3.5 Grau de Escolaridade .....	24
3.6 Trabalho e Renda .....	25
4 ITINERÁRIO PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA PARAÍBA (RAPS/PB) .....	28
4.1 Referência e Contrarreferência .....	28
4.2 Admissão e Alta.....	29
5 INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	31
5.1 Internação.....	31
5.2 Privação de Liberdade ou Medidas Socioeducativas .....	35
6 DADOS SOBRE SUICÍDIO .....	37
7 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (CID 10).....	39
7.1 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA'S) .....	45
8 CRONOGRAMA E EQUIPE .....	50
8.1 Cronograma de Atividades .....	51
8.2 Equipe Profissional.....	52
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAPS/PB EM 2018.2.....</b>	<b>11</b>
<b>GRÁFICO 2 –FEEDBACK DOS DISPOSITIVOS AO MONITORAMENTO</b>	
2018.2 .....	11
<b>GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS CAPS POR SEXO.....</b>	<b>16</b>
<b>GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DE UAs E SRTs POR SEXO....</b>	<b>17</b>
<b>GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS CAPS POR COR/RAÇA/ETNIA</b>	<b>19</b>
<b>GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS UAs E SRTs POR</b>	
<b>COR/RAÇA/ETNIA .....</b>	<b>20</b>
<b>GRÁFICO 7 – POPULAÇÃO INDÍGENA EM ATENDIMENTO POR REGIÃO</b>	
<b>DE SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
<b>GRÁFICO 8 – POPULAÇÃO CIGANA EM ATENDIMENTO POR REGIÃO</b>	
<b>DE SAÚDE .....</b>	<b>22</b>
<b>GRÁFICO 9 – USUÁRIOS CAPS POR FAIXA ETÁRIA.....</b>	<b>23</b>
<b>GRÁFICO 10 – USUÁRIOS DAS UAs E SRTs POR FAIXA ETÁRIA .....</b>	<b>23</b>
<b>GRÁFICO 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DA RAPS/PB POR</b>	
<b>ESTADO CIVIL.....</b>	<b>24</b>
<b>GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS POR ESCOLARIDADE.....</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICOS 13 e 14 – TRABALHO E RENDA.....</b>	<b>26</b>
<b>GRÁFICO 15 – RELAÇÃO DOS USUÁRIOS REFERENCIADOS POR DIFERENTES</b>	
<b>INSTITUIÇÕES .....</b>	<b>28</b>
<b>GRÁFICO 16 – NOVOS USUÁRIOS ADMITIDOS.....</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 17 – NÚMERO DE USUÁRIOS QUE RECEBERAM ALTA .....</b>	<b>30</b>
<b>GRÁFICO 18 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR REGIÃO DE SAÚDE.....</b>	<b>33</b>
<b>GRÁFICO 19 – USUÁRIOS QUE ESTIVERAM EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE OU</b>	
<b>CUMPRINDO MEDIDA SÓCIO-EDUCATIVA .....</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICO 20 – USUÁRIOS QUE TENTARAM SUICÍDIO SEM ÓBITO .....</b>	<b>37</b>
<b>GRÁFICO 21 – USUÁRIOS QUE TENTARAM SUICÍDIO COM ÓBITO.....</b>	<b>38</b>
<b>GRÁFICO 22 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDs REGISTRADOS EM</b>	
<b>TODOS OS SERVIÇOS .....</b>	<b>39</b>
<b>GRÁFICO 23 – COMPARATIVO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDs</b>	



ENTRE AS REGIÕES DE SAÚDE .....	40
<b>GRÁFICO 24 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS EM TODOS OS SERVIÇOS DA RAPS/PB.....</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICO 25 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDs EM CAPS I, II e III.....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 26 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDs EM CAPS AD/ADIII.....</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICO 27 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDsCAPSi (Infantojuvenil).....</b>	<b>44</b>
<b>GRÁFICO 28 e 29 –USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....</b>	<b>45</b>
e 46	
<b>GRÁFICO 29A –USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DIVIDIDOS POR SUBSTÂNCIA.....</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICO 30 – QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS POR TIPO DE SERVIÇO... </b>	<b>52</b>
<b>GRÁFICO 31 – FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DECLARADOS PELOS SERVIÇOS.....</b>	<b>53</b>

#### **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 – NÚMERO E PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES NO COMPLEXO PSQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA .....</b>	<b>31</b>
<b>TABELA 2 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR REGIÃO DE SAÚDE.....</b>	<b>32</b>

#### **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1– MUNICÍPIOS/DISPOSITIVOS QUE RESPONDERAM AO MONITORAMENTO 2018.2 .....</b>	<b>11</b>
<b>QUADRO 2– MUNICÍPIOS/DISPOSITIVOS QUE NÃO RESPONDERAM AO MONITORAMENTO 2018.2 .....</b>	<b>15</b>
<b>QUADRO 3– ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DA RAPS/PB... </b>	<b>51</b>
<b>QUADRO 4 –PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR.....</b>	<b>54</b>
<b>QUADRO 5 –PROFISSÕES DE NÍVEL MÉDIO/TÉCNICO .....</b>	<b>55</b>
<b>QUADRO 6 –PROFISSÕES DE NÍVEL FUNDAMENTAL .....</b>	<b>56</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O Estado da Paraíba dispõe hoje de uma importante rede para cuidados em saúde mental que se amplia a cada dia e visa garantir assistência aos usuários com transtornos e sofrimento mental, incluindo os com problemas de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. As ações neste campo têm como foco atual o tratamento regionalizado, o respeito aos vínculos familiares e comunitários e a promoção de autonomia diante do próprio processo de cuidado e tratamento. Cuidar da Rede é cuidar para que cada gestão, serviço e trabalhador de saúde mental possa exercer seu ofício com condições adequadas.

O usuário pode contar atualmente com os serviços específicos da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS para o atendimento, conforme preconiza a Portaria nº 3088, republicada em 21 de maio de 2013 (inclusa na Portaria de Consolidação nº 03/2017). Destes serviços da RAPS/PB, a Paraíba possui 68 CAPS I (serviço para 15 mil habitantes); 09 CAPS II (serviço para 70 mil habitantes); 05 CAPS III - 24 horas (serviço para 150 mil habitantes), 06 CAPS AD (serviço para 70 mil habitantes); 09 CAPS AD III - 24 horas (serviço para 150 mil habitantes); 12 CAPS Infantojuvenis (serviço para 70 mil habitantes), 14 Residências Terapêuticas; 05 Consultórios na Rua; 04 Unidades de Acolhimento; 20 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 65 beneficiários do Programa de Volta Pra Casa (PVC).

Dos serviços acima elencados, os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e os Beneficiários do Programa de Volta Pra Casa ainda não estão sendo monitorados. Os leitos passam a responder em 2019.2 o monitoramento com a nova plataforma e ainda estão sendo criados critérios para identificar e mapear os usuários incluídos no PVC. Os demais serviços todos dispõem de questionário com itens comuns à maioria e outros específicos adequados a cada público e proposta de cuidado. Vale destacar o quanto a falta da resposta de um serviço afeta a análise de muitas especificidades. No caso da coleta em 2018.2, a falta de dados sobre os Consultórios na Rua em João Pessoa e em Campina Grande, que receberam questionário específico, e não os responderam, deixam uma lacuna considerável na leitura das informações sobre a população de rua e saúde mental.

Os serviços da RAPS/PB são estimulados à participação no monitoramento a cada seis meses e desta forma, também assumem uma dinâmica mínima na atualização e adaptação dos próprios prontuários para a coleta, o que permite intensificar a constante avaliação e coleta dos dados locais, que por sua vez visa dinamizar a política própria do serviço, a sua atuação comunitária, a atualização dos projetos e o planejamento das ações que caracterizam e dão identidade à rotina destes serviços. Algo que retrata o compromisso e a responsabilidade no repasse das informações.

### **1.1 O instrumento de Monitoramento 2018.2**

O instrumento utilizado para monitorar a RAPS na Paraíba foi criado em 2013 para melhor acompanhar os serviços a cada seis meses de trabalho. A princípio, cada serviço recebia um formulário que deveria ser preenchido e devolvido à equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental para apresentação dos dados pertinentes a cada momento deste processo. Nos primeiros anos de monitoramento, os dados se resumiam a dados quantitativos brutos e nestes últimos anos foram aos poucos acrescentadas questões relativas à qualidade destes números, ao planejamento e ao funcionamento cotidiano de cada dispositivo.

Desde o início da coleta dos dados, os formulários forneceram informações relevantes para mapeamento de ações essenciais na manutenção e defesa das políticas públicas problematizadas nos espaços democráticos de debates: Semana Estadual da Luta Antimanicomial; Grupo Condutor Estadual da RAPS-PB; Colegiados Estaduais de Coordenadoras(es) de Saúde Mental do Estado da Paraíba, além de serem utilizados como ferramenta singular para o planejamento de ações regionais e de monitoramento por parte da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Neste período, os dados eram analisados e apresentados de modo mais pontual e específico, considerando as demandas solicitadas nos espaços de discussão e dos diversos órgãos de interesse no funcionamento da RAPS/PB e em especial da imprensa.

Devido à presença qualitativa das(os) Profissionais Residentes em Saúde Mental da UFPB desde 2018, foi possível modernizar a forma de coletar e quantificar



estes dados, através de uma plataforma digital, que possibilita melhor apreciação e aproveitamento das informações repassadas. Diante dessa conquista, passamos de uma devolutiva individual de orientação para os gestores em cada serviço para a visualização e o entendimento da rede como um grande complexo. Os dados passam a ser apresentados de forma consolidada e tendem a fomentar o compromisso de cada parte em fornecer informações constantemente atualizadas, para retratar como a RAPS está funcionando nos Municípios, nas Regiões de Saúde e no Estado como um todo.

## **1.2 O que queremos com esses dados?**

A publicação deste Relatório tem por objetivo principal garantir a defesa das políticas públicas conquistadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus cuidados substitutivos ao manicômio. A apresentação destes dados e sua análise é uma reivindicação em âmbito nacional, estadual e municipal para que haja prioridade nos investimentos aplicados para ampliação e manutenção da RAPS/PB e que qualquer alteração na Política de Saúde Mental seja amplamente discutida com os órgãos de controle social, movimentos sociais e em especial com usuárias e usuários, familiares e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial.

Dos 110 CAPS existentes no Estado, apenas 01 é de gestão estadual e os outros são de responsabilidade dos próprios municípios. Estes serviços são considerados dispositivos “porta aberta”, que não necessitam de encaminhamento para o atendimento. A importância e intervenção de cada serviço são muito valiosas, porém a RAPS/PB vem sofrendo atualmente com a lentidão do Ministério da Saúde em apreciar e atender solicitações de habilitações, bem como sua disposição em aumentar o valor da diária dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas têm sido um desestímulo aos gestores locais na inauguração e manutenção de novos serviços de base comunitária.

Atualmente, serviços na Paraíba aguardam habilitação e custeio federal, os CAPS tipo I de Alagoinha, Belém do Brejo do Cruz, CAPS tipo II de Cuité; CAPS Infantojuvenil de Conceição e Serviço Residencial Terapêutico de Cajazeiras estão aguardando recursos há quase um ano, funcionando somente com fundos próprios





municipais. Além desses, cinco serviços RAPS/PB foram inaugurados em 2019 e aguardam habilitação e custeio junto ao Ministério da Saúde.

No Estado, quatro serviços foram fechados após implantação pela falta de previsão no repasse de recursos: os CAPS I de Capim, Juripiranga, Montadas e Santa Terezinha. Vale destacar que no período de construção deste relatório o CAPS Infantojuvenil de Conceição foi fechado, e, apesar de constar na análise dos dados de 2018.2 não está em funcionamento.

O Plano da RAPS/PB foi definido a partir em 2013, com base na importância de seus dispositivos para cada usuária, usuário e comunidade que dela participa e se beneficia. Destacamos a necessidade da garantia dos recursos para implantação, custeio e manutenção dos serviços como via de efetivação dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Desta forma, monitorar a RAPS/PB é essencial para auxiliar coordenadores e gestores municipais que dispõem da regularidade no repasse de recurso de custeio para manutenção do mesmo e devida aplicabilidade. Pelo monitoramento, fazemos destaque às ações de matriciamento com a Atenção Básica, indicador nacional para saúde mental do Ministério da Saúde, e intensificamos constante compromisso e revisão do registro da produção dos serviços. Vale destacar que os dados referentes ao matriciamento serão apresentados nos próximos relatórios, pois para esse momento não foi possível receber dados de todos os serviços sobre essas ações e para o próximo monitoramento será de grande importância a participação e registro dessas ações por todos os serviços.

O Monitoramento de Dados Epidemiológicos da RAPS/PB em 2018.2 aponta que foram atendidos nesta rede cerca de 38 mil usuárias e usuários. Neste âmbito, o cuidado em Saúde Mental desafia as várias áreas do conhecimento, em uma ação contínua e conjunta da saúde, educação, justiça, segurança pública, assistência social, dentre outras, na perspectiva da atenção psicossocial como uma maneira de cuidar reconhecendo a pessoa em todas as suas necessidades e complexidades.

Desta forma, espera-se que a partir dos resultados desse monitoramento, se fomente nas equipes da RAPS/PB a criatividade de lançarem mão de estratégias dinâmicas para gerir os processos de gestão, de trabalho, de cuidado e de relações seguras, a fim de potencializar e aprimorar a rede e as linhas de cuidado, bem como

garantir a equidade na atenção prestada às usuárias e usuários, considerando suas singularidades, os marcadores sociais que as/os atravessam e seu acesso às políticas públicas e aos direitos sociais.

Nesse sentido, a Coordenação de Saúde Mental do Estado da Paraíba amparada pela Lei Estadual nº 7639 de 23 de julho de 2004, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba, reconhece que a atual Política Nacional de Saúde Mental entra em conflito com a Reforma Psiquiátrica brasileira notoriamente no que tange ao incentivo – técnico, institucional e financeiro – às comunidades terapêuticas e aos hospitais psiquiátricos” (Nota técnica 11/2019/Portaria 3588/2017, bem como as de Consolidação respectivas – CGMAD/DAPES/DAS/MS). Consolidar e publicar os dados deste monitoramento reitera nossa posição em defesa do Sistema Único de Saúde - SUS e seus princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade.

## **2 SERVIÇOS MONITORADOS NA RAPS/PB**

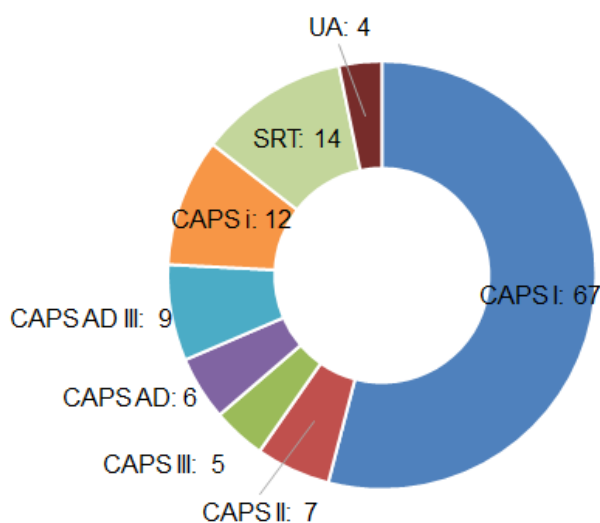
O Gráfico 1 mostra a distribuição dos 124 Serviços da RAPS/PB no período 2018.2, somando-se a estes, existem outros dispositivos na Rede, como equipes de Consultório na Rua - eCR, quatro em João Pessoa e uma em Campina Grande, e 20 Leitos de Saúde Mental em um Hospital Geral - HG, na cidade de Campina Grande. Além desses serviços, a Paraíba conta ainda com suporte a 65 pessoas que são beneficiadas com o Programa de Volta Pra Casa - PVC<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> PVC: garante, no âmbito financeiro, o auxílio reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos.

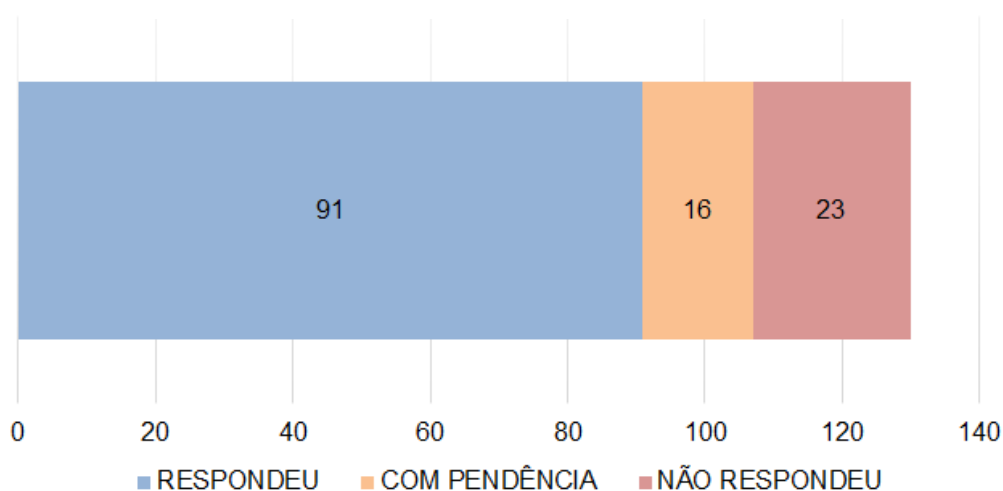


**GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAPS/PB EM 2018.2**



Dos 130 serviços e/ou dispositivos existentes no período, 107 responderam ao Monitoramento 2018.2 (Gráfico 2), destes, 91 enviaram todos os dados solicitados (formulário online e anexos) e 16 responderam parcialmente, finalizando a coleta com alguma pendência. O total de dispositivos que não enviaram nenhum dado somam 23, sendo todas as eCR e o HG com os leitos de saúde mental, alguns CAPS, SRTs e uma UAA.

**GRÁFICO 2 – RESPOSTA DOS DISPOSITIVOS AO MONITORAMENTO 2018.2**





No Quadro 1 seguem os dados referentes aos municípios e seus respectivos dispositivos que responderam ao Instrumento de Monitoramento 2018.2 (Formulário online) e enviaram os anexos com informações sobre o cronograma de atividades e composição das equipes até o dia 30 de junho de 2019.

**QUADRO 1** - Municípios/Dispositivos que responderam ao Monitoramento 2018.2

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>DISPOSITIVOS</b>
ÁGUA BRANCA	CAPS I
AGUIAR	CAPS I
ALAGOINHA	CAPS I
ALCANTIL	CAPS I
ALHANDRA	CAPS I*
ARAÇAGI	CAPS I
ARARUNA	CAPS I
AROEIRAS	CAPS I
BANANEIRAS	CAPS I
BARRA DE SANTANA	CAPS I
BARRA DE SANTA ROSA	CAPS I
BAYEUX	CAPS II
BELÉM	CAPS I
BELÉM DO BREJO DO CRUZ	CAPS I
BOQUEIRÃO	CAPS I/ SRTs*
CAAPORÃ	CAPS I
CABEDELO	CAPS I**/ CAPS AD
CACIMBA DE AREIA	CAPS I*
CAJAZEIRAS	CAPS II/ CAPS AD/ CAPSi*/ SRT
CAMPINA GRANDE	CAPS I (Galante e São J. da Mata*)/ CAPS II/ CAPSi (Intervenção Precoce e Viva Gente)/ CAPS AD/ CAPS AD III/ SRTs*
CATOLÉ DO ROCHA	CAPS I



CONCEIÇÃO	CAPS I / CAPSi
CONDE	CAPS I
COREMAS	CAPS I
CUITÉ	CAPS I**
ESPERANÇA	CAPS I
GUARABIRA	CAPS AD
ITABAIANA	CAPS I
ITAPORANGA	CAPS I
ITAPOROROCA	CAPS I
JACARAÚ	CAPS I
JOÃO PESSOA	CAPS III (Caminhar* e Gutemberg Botelho*)/ CAPS AD III (David Capistrano* e Jovem Cidadão)/ CAPSi/ UAI/ SRTs*
JUAZEIRINHO	CAPS I
JURU	CAPS I*
LAGOA SECA	CAPS I
MAMANGUAPE	CAPS I / CAPS AD III
MARI	CAPS I
MATARACA	CAPSi
MONTEIRO	CAPS I*
MULUNGU	CAPS I*
PEDRAS DE FOGO	CAPS I
PIANCÓ	CAPS III/ CAPS AD III/ CAPSi
PILAR	CAPS I
PITIMBU	CAPS I
POCINHOS	CAPS I
POMBAL	CAPS I / CAPSi*
PRATA	CAPS I
PRINCESA ISABEL	CAPS I / CAPS AD III/ CAPSi/ UAA*/ UAI
QUEIMADAS	CAPS I



REMÍGIO	CAPS I
RIACHO DOS CAVALOS	CAPS I
RIO TINTO	CAPS I
SANTA LUZIA	CAPS I
SANTA RITA	CAPS II
SÃO BENTO	CAPS I
SÃO JOÃO DO CARIRI	CAPS I*
SÃO JOÃO RIO DO PEIXE	CAPS I
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS	CAPS I
SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA	CAPS I
SAPÉ	CAPS II/ CAPS AD III/ CAPSi/ SRT*/ UAA
SERRA BRANCA	CAPS I
SOLÂNEA	CAPS I
SOLEDADE	CAPS I*
SOUSA	CAPS III*/ CAPSi
SUMÉ	CAPS I
TAPEROÁ	CAPS I
UIRAÚNA	CAPS I
UMBUZEIRO	CAPS I*

\* Serviços que responderam ao Monitoramento 2018.2 com pendências.

\*\* CAPS que funcionam como tipo II (sem repasse de custeio), mas que responderam como tipo I, para a presente análise foram considerados os dados enviados pelos serviços.

No Monitoramento 2018.2 houve uma maior resposta por parte dos serviços, comparando-se às coletas de períodos anteriores, a exemplo da coleta de 2018.1 que 85 serviços responderam ao monitoramento. Uma quantidade significativa de dispositivos enviou parcialmente ou não enviou os dados. Segue abaixo, no Quadro 2, a relação dos municípios e dispositivos que não atenderam às solicitações de preenchimento e envio de dados para o Monitoramento 2018.2.



**QUADRO 2 – Municípios/Dispositivos que não responderam ao Monitoramento 2018.2**

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>DISPOSITIVOS</b>
ALAGOA GRANDE	CAPS I
BOM SUCESSO	CAPS I
CAMPINA GRANDE	CAPS III/ eCR/ Leitos HG
DESTERRO	CAPS I
DIAMANTE	CAPS I
GUARABIRA	CAPS II
INGÁ	CAPS I
JOÃO PESSOA	ECRs
MONTEIRO	CAPS AD III
PATOS	CAPS II/ CAPS AD/ CAPSi
PICUÍ	CAPS I
POMBAL	CAPS AD III
QUEIMADAS	SRT
SOUSA	CAPS AD/ SRT
TEIXEIRA	CAPS I

A Secretaria de Estado da Saúde ressalta que os municípios e serviços têm autonomia para responder às solicitações do Monitoramento, sendo facultativo o preenchimento da Plataforma e envio dos dados. Contudo, vale destacar que o compromisso com a coleta desses dados visa ao aperfeiçoamento da assistência prestada às usuárias e usuários do Sistema Único de Saúde.

### **3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA**

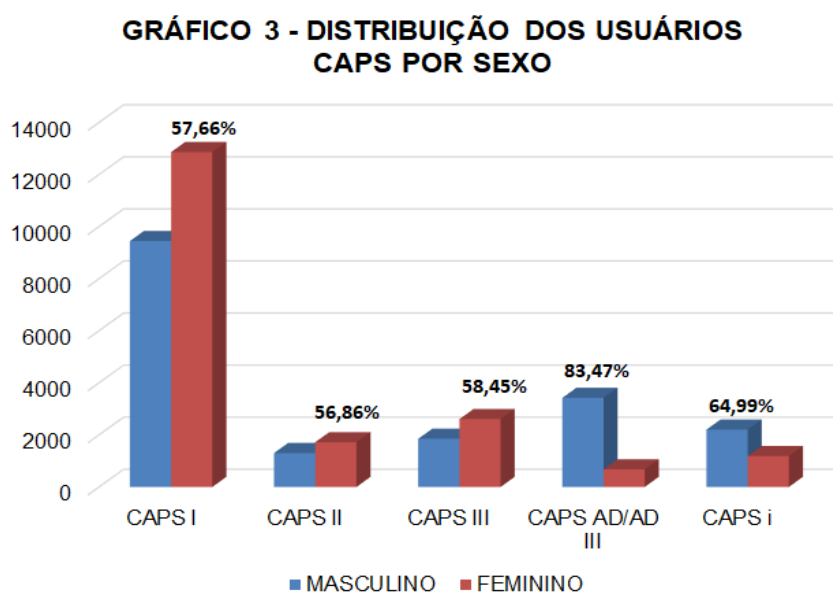
De acordo com os dados fornecidos pelos serviços, no período 2018.2 estavam sendo atendidas 37.423 usuárias e usuários. Para melhor compreender as características sócio-demográficas da população, foram utilizadas diversas variáveis:

sexo, cor/raça/etnia, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade e informações sobre trabalho/renda/benefícios.

### 3.1 Sexo

As distribuições da população atendida nos Centros de Atenção Psicossocial, segundo sexo<sup>2</sup> são apresentadas no Gráfico 3, onde se pode observar que nos serviços CAPS I, CAPS II e CAPS III possuem mais pessoas do sexo feminino em comparação com os CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi que atendem uma maior quantidade de pessoas do sexo masculino.

Esse perfil encontrado nos CAPS I, II e III é semelhante, no qual um pouco mais da metade das pessoas são do sexo feminino. Já nos CAPS AD/AD III, do total de 4102 pessoas atendidas, 83,47% (3424) são do sexo masculino e nos CAPSi (3391) a proporção de homens corresponde a 64,99% (2204).



<sup>2</sup> Neste relatório foi considerado sexo biológico (designado no nascimento) como referente às características biológicas, como genitália, cromossomo, entre outros. Entende-se que há uma distinção entre a dimensão biológica e a dimensão social, na qual há pessoas em que seu gênero se identifica com o sexo biológico (cisgênero), e que há pessoas em que seu gênero difere do designado no nascimento (transgênero). Ainda há pessoas que não estão dentro da noção binária homem/mulher (OPAS; OMS, 2018).



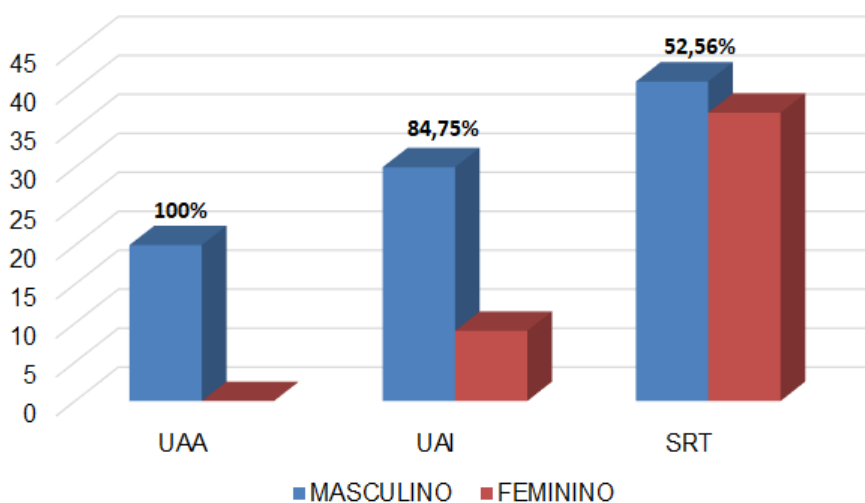


O perfil de utilização de substâncias psicoativas pela população brasileira é apresentado no III Levantamento Nacional sobre a utilização de Drogas na População Brasileira, onde os homens, em comparação com as mulheres, relataram mais o uso de substâncias e apresentaram uma maior prevalência no acesso ao tratamento para uso de tabaco, álcool ou outras substâncias na vida (Brasil, 2019). O que corrobora com o perfil encontrado nos serviços AD da RAPS/PB.

As mulheres são um grupo mais difícil de ser acessado, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas, que permanecem anônimas, não conseguindo ter acesso aos serviços de tratamento especializado, devido ao preconceito e à estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos (ELBREDER et al., 2008; BASTOS e BERTONI, 2014). Ainda nessa perspectiva, Souza (2018) afirma que “(...) a perspectiva de transgressão normativa de gênero se expressa de forma efetiva, o que coloca o comportamento de uso de drogas como não esperado dentro dos padrões normativos e hegemônicos da sociedade para as mulheres”.

Ao analisar a distribuição por sexo dos usuários nas Unidades de Acolhimento (UAs) observa-se um perfil semelhante ao dos CAPS AD/AD III, sendo uma maioria considerável do sexo masculino (Gráfico 4). Na UA Adulto que respondeu ao Monitoramento 2018.2, todos os acolhidos são do sexo masculino (20), e nas Unidades de Acolhimento Infantil 84,75% (30) dos acolhidos são jovens do sexo masculino, tendo apenas 15,25% (9) de jovens do sexo feminino acolhidas.

**GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DE UAs E SRTs POR SEXO**





A Paraíba possui 14 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), distribuídos em 07 municípios, dos quais 06 são mistos, 04 femininos e 04 masculinos. Desses dispositivos, 12 SRTs responderam ao formulário online do Monitoramento, contabilizando um total de 78 moradoras e moradores, dos quais 52,56% (41) são do sexo masculino e 47,44% (37) são do sexo feminino, como mostra o Gráfico 4.

A análise das usuárias e usuários apenas por sexo biológico apresenta algumas limitações, com relação à orientação sexual, como também a identidade de gênero das sujeitas e sujeitos, que pode não corresponder ao equivalente do sexo biológico. Assim, as próximas análises de Monitoramento podem ser aprimoradas para inserção desse parâmetro tão importante para a inclusão e o reconhecimento da população atendida nos serviços da RAPS/PB.

Além disso, vale destacar a necessidade latente de abordar os dados referentes à população atendida nos serviços da RAPS/PB a partir das interseccionalidades presentes, como já anunciado anteriormente no caso das mulheres e o uso de substâncias psicoativas e como aparecerá em outros momentos deste relatório. Lima (2017) afirma que “quando [são abordadas] as questões referentes às mulheres negras, o quadro analítico se torna mais complexo, nos colocando frente à necessidade de uma leitura interseccional onde a questão racial encontra-se atravessada pelas opressões de gênero, pela sexualidade, pelo geracional, pelos territórios, entre outros lugares que atravessam a multiplicidade dos modos de vidas de mulheres negras”.

Em suma, dentre os serviços e a variável sexo, é notória a frequência maior de mulheres em pontos de atenção generalistas (CAPS I, II e III), como, por outro lado, a hegemonia de homens em dispositivos especializados, como os relacionados a álcool e outras drogas e os residenciais terapêuticos

### **3.2 Cor/Raça/Etnia**

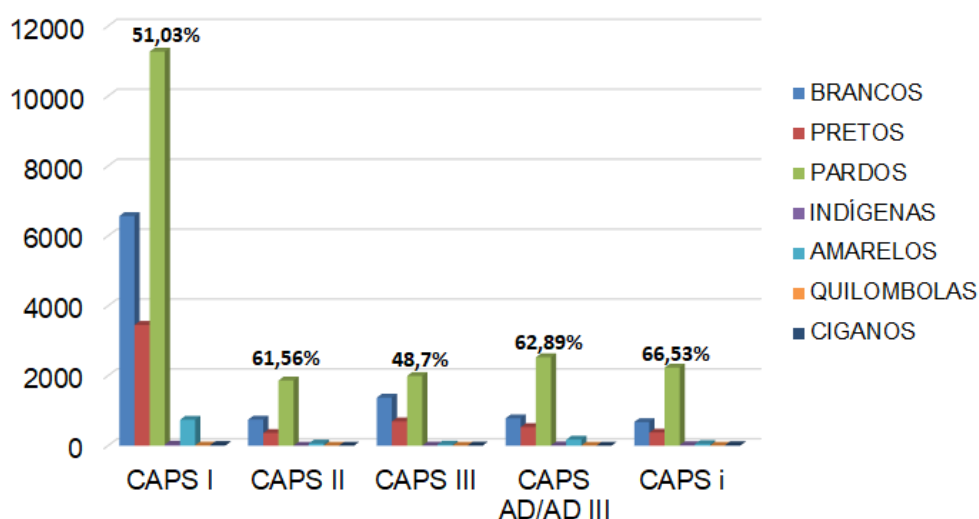
Os Gráficos 5 e 6 mostram a distribuição das usuárias e usuários da RAPS/PB de acordo com sua cor de pele, raça ou etnia e trazem como resultado que todos os serviços possuem mais pessoas com identificação de cor parda, em

média 54,28%, seguido de pessoas de cor branca com 27,77% e 14,84% pessoas de cor preta. Ao analisar esse panorama, percebe-se que o perfil majoritário é de pessoas pretas e pardas(69,12%) sendo atendidas nos serviços da RAPS/PB.

Autoras como Sueli Carneiro (2005), Abdias do Nascimento (2017) e Lélia Gonzales (2011) citados por Souza (2018) “denunciam que esse lugar de não humanidade destinado às negras e aos negros no Brasil teve como base a cor/raça como critério central. Ambos afirmam que essa política visava e visa até hoje a higienização das raças, a partir de uma prática de genocídio da população negra e da busca incessante de embranquecimento da sociedade”, fato que pode explicar um grande número de pessoas que se identificam como pessoas pardas.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE) na Paraíba 52,7% da população se autodeclara como parda e 5,57% como preta, assim o perfil encontrado entre as pessoas atendidas pela RAPS/PB é semelhante ao perfil de identificação de cor parda da população geral do estado, enquanto que a porcentagem de pessoas identificadas como pretas nos serviços da RAPS/PB é mais representativa quando comparada ao último Censo do IBGE na Paraíba.

**GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS CAPS POR COR/RAÇA/ETNIA**

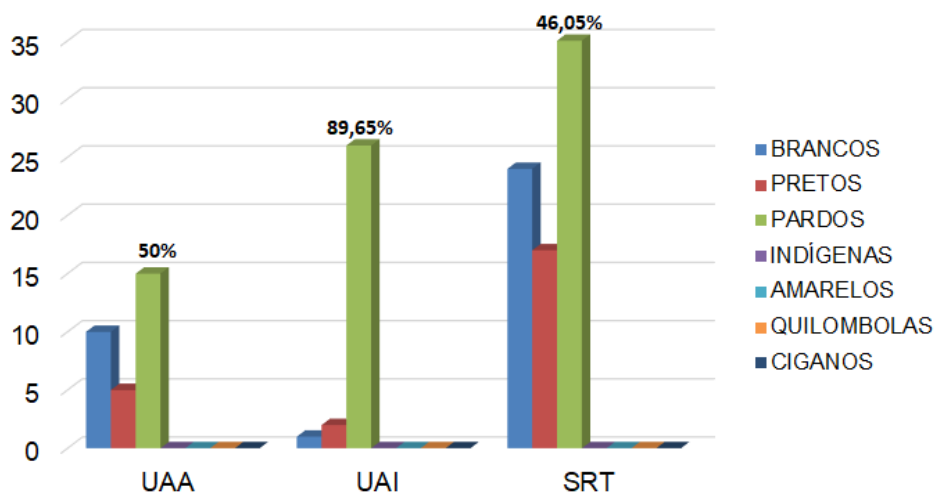


Apesar de representar duas categorias, em termos de identidade coletiva pretos e pardos pertencem ao mesmo grupo, o negro, tendo como parte dessa

ligação o preconceito e a discriminação racial brasileira que perpassa diversas nuances, compreendendo um dos obstáculos à luta por igualdade racial a parca consciência identitária do negro brasileiro. Como a construção de identidade se realiza por meio de trocas com a coletividade, com base nesse histórico difícil, atrelado ao mito da democracia racial, construir uma identidade negra no Brasil ainda é complicado, onde as pessoas que assim são percebidas não conseguem se enxergar como tal (SABOIA, 2012; CAMPOS, 2013).

Ter uma maior representação nos serviços da RAPS/PB de usuárias e usuários negros demonstra que os serviços precisam promover e estimular cada vez mais em suas atividades a discussão contra o racismo, que muitas vezes é um fator desencadeante de sofrimento dessa população, como também o fortalecimento e reconhecimento da cultura da população negra paraibana.

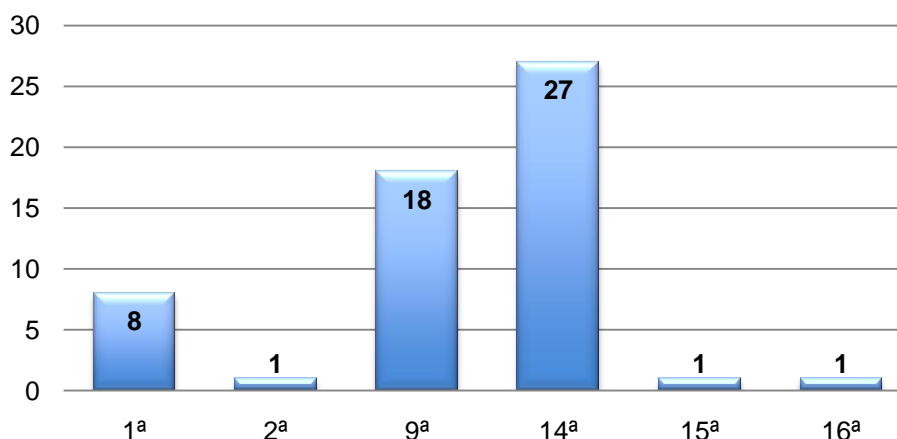
**GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS UAs E SRTs POR COR/RAÇA/ETNIA**



Dentre a classificação étnico-racial das usuárias e usuários se incluem também amarelos (descendência asiática), indígenas, quilombolas e ciganos. Porém a quantidade dessas populações sendo atendidas nos serviços da RAPS/PB é bem menor, correspondendo a 2,83% de amarelos, 0,15% de indígenas, 0,09% de ciganos e 0,01% de quilombolas, nos gráficos 7 e 8 é possível analisar melhor o perfil dessas populações.

Neste levantamento foi registrado atendimento a usuárias e usuários de origem indígena em serviços de seis Regiões de Saúde (Gráfico 7). De acordo com dados da Área Técnica da População Negra e Povos Tradicionais da SES/PB (2019), as Regiões 1ª e 14ª possuem comunidades indígenas mapeadas, e estão, portanto, entre as que mais registraram atendimento a essa população. Além dessas, a 9ª Região também se destacou com dezoito pessoas de origem indígena sendo atendidas em um de seus serviços.

**GRÁFICO 7 - QUANTIDADE DE INDÍGENAS EM ATENDIMENTO POR REGIÃO DE SAÚDE**

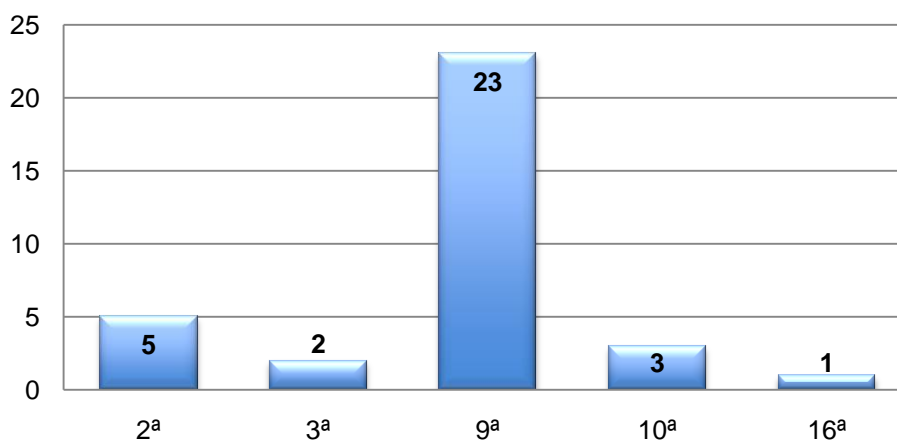


Com relação ao atendimento de pessoas de origem cigana na RAPS/PB (Gráfico 8), serviços de seis municípios, distribuídos em cinco Regiões de Saúde, realizaram essa identificação, sendo a 9ª Região com mais usuárias e usuários (23).

Segundo dados da Área Técnica da População Negra e Povos Tradicionais da SES/PB (2019), foram mapeadas 365 famílias ciganas em cinco cidades de quatro Regiões de Saúde, contudo estima-se que há presença de ciganos vivendo nos territórios de 26 municípios paraibanos. Apenas o serviço da 10ª Região registrou atendimento a essa população e está localizado em uma dessas cidades que já foram mapeadas.



**GRÁFICO 8 - QUANTIDADE DE CIGANAS(OS) EM ATENDIMENTO POR REGIÃO DE SAÚDE**



Com relação a identificação da população tradicional quilombola atendida na RAPS/PB, apenas um serviço na 6ª Região registrou um total de cinco usuárias e usuários pertencentes a essa comunidade.

Diante dessa identificação da diversidade da população atendida na RAPS/PB, os serviços devem estimular por meio de ações cotidianas a garantia do acolhimento, valorização e reconhecimento das particularidades étnicas e culturais dos povos tradicionais, ampliando assim, o cuidado em saúde das usuárias e usuários.

Ressalta-se que o Instrumento de Monitoramento não nos permite saber se as usuárias e usuários se autodeclaram ou se os profissionais registram de acordo com sua percepção, sem levar em consideração a voz da própria pessoa ao declarar sua raça e cor.

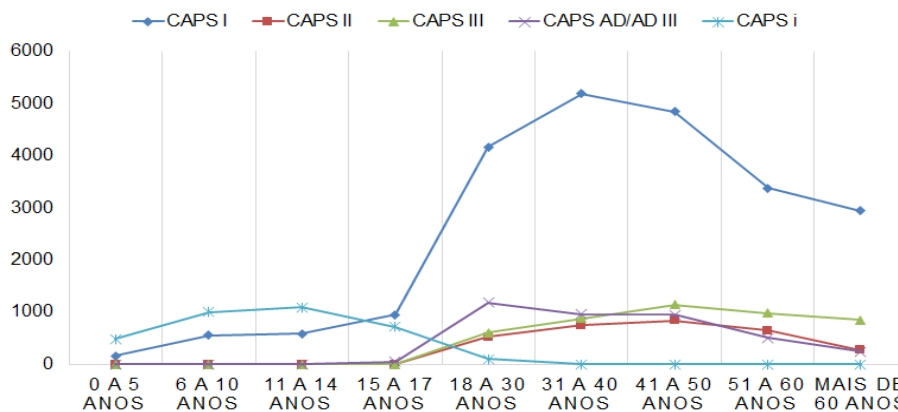
### 3.3 Faixa Etária

Outro parâmetro utilizado para percepção da população atendida na RAPS/PB foi a idade. O gráfico abaixo mostra que a predominância da faixa etária nos CAPS I foi de 31 a 40 anos (22,79%). Nos CAPS II e CAPS III se tem mais usuárias e usuários de 41 a 50 anos (27,85% e 25,62%, respectivamente), enquanto que nos CAPS AD/AD III têm uma maior quantidade de pessoas de 18 a 30 anos



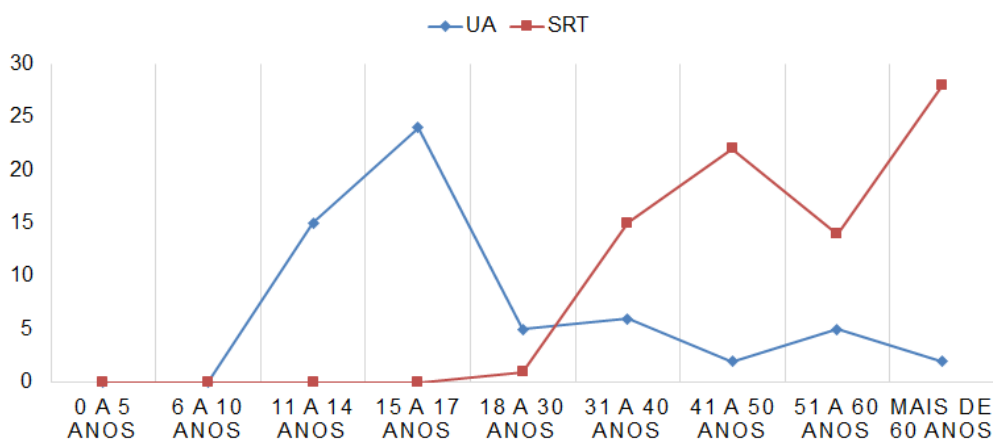
(30,48%). Como esperado, as usuárias e usuários dos CAPSi são os mais jovens e a faixa etária de 11 a 14 anos é a que mais predomina nestes serviços (32,06%).

**GRÁFICO 9 - USUÁRIOS CAPS POR FAIXA ETÁRIA**



Os dados dos SRTs apresentaram um perfil (Gráfico 10) com moradoras e moradores de faixa etária mais avançada, onde 35% tem mais de 60 anos. E referente aos acolhidos de UAs, como duas UAs responderam ao monitoramento, tem mais acolhidas e acolhidos com idade de 15 a 17 anos.

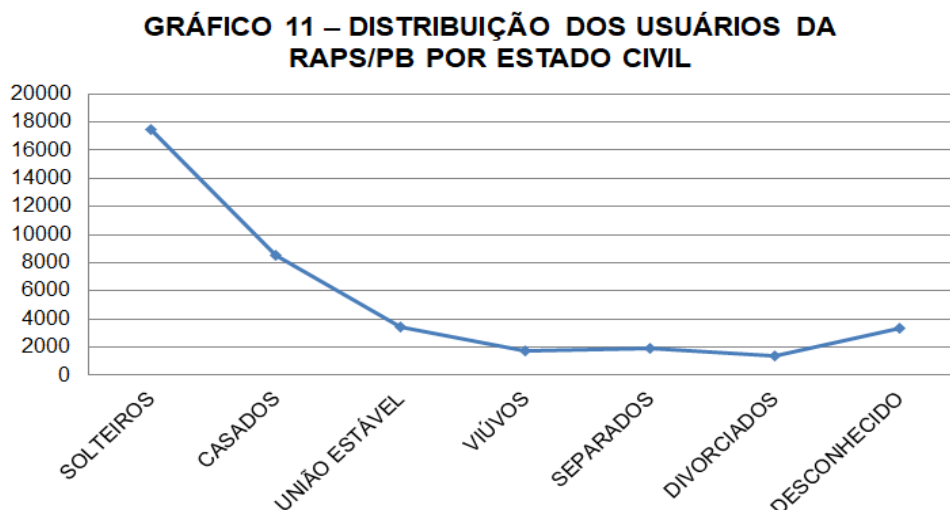
**GRÁFICO 10 - USUÁRIOS DAS UAS E SRTS POR FAIXA ETÁRIA**





### 3.4 Estado Civil

Referente ao estado civil das usuárias e usuários, o Gráfico 11 apresenta um panorama geral do que foi respondido pelos serviços.



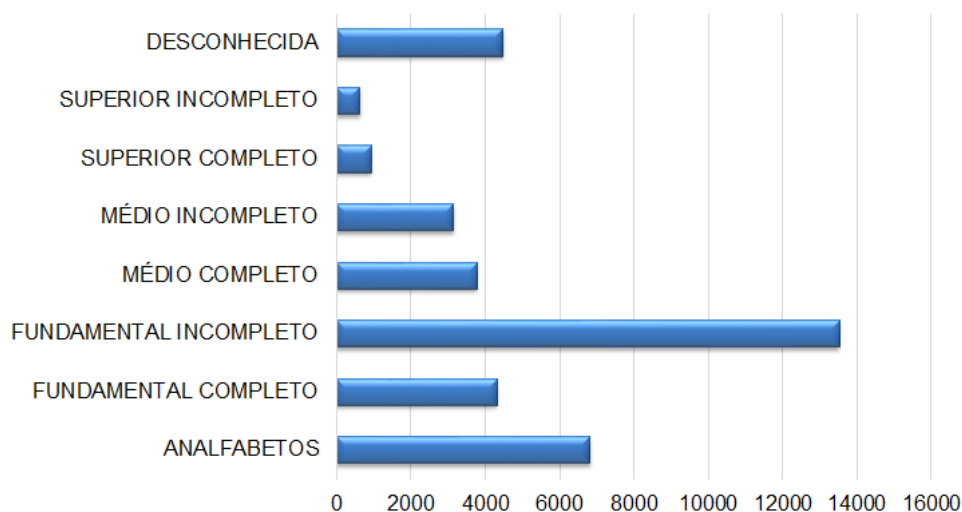
A quantidade de pessoas solteiras foi de 46,23% (17464), seguido das casadas com 22,61% (8461). Um número significativo no monitoramento foi referente ao estado civil desconhecido, que corresponde a 8,84% (3342) dos dados. Isso demonstra uma necessidade de estratégias para facilitar o reconhecimento da rede de apoio das usuárias e usuários que frequentam os serviços da RAPS/PB.

### 3.5 Grau de Escolaridade

Esse parâmetro pode ser utilizado para análise do acesso ao direito à educação por parte dos usuários, entendendo esse como um dos direitos básicos previstos na Constituição Federal de 1988 e abordado no Instrumento Direito é Qualidade (DéQ - 2015), utilizado como ferramenta para avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.



**GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS POR ESCOLARIDADE**



O nível de escolaridade ensino fundamental incompleto foi registrado em 35,96% (13527) das usuárias e usuários, seguido de analfabetos com 18,1% (6810) e de escolaridade desconhecida em 11,88% (4471) dessa população. Sendo assim, vamos compreendendo as características da população atendida na RAPS/PB, que por enquanto são maioria mulheres, pretas e pardas, com idades variáveis de acordo com o tipo de serviço e com baixa escolaridade e/ou analfabetos e analfabetas. Dados que demonstram como os determinantes sociais precisam ser levados em consideração quando analisamos o sofrimento psíquico de determinada população.

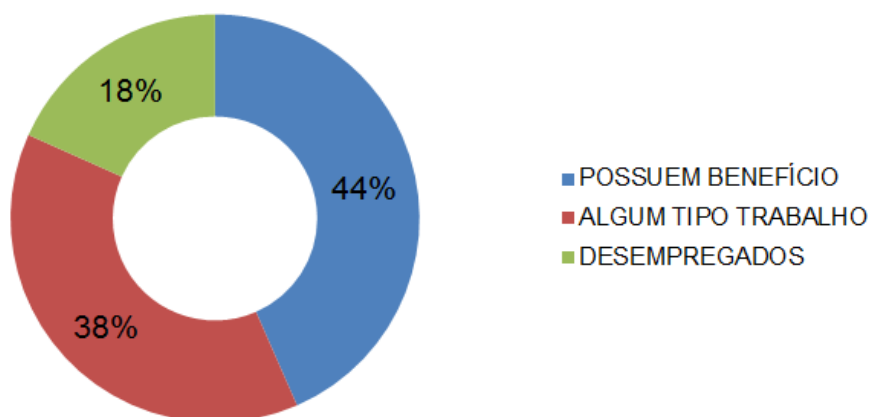
### 3.6 Trabalho e renda

Segundo a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, no Art. 3º: “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990). Neste sentido, os dados relacionados a trabalho e renda das usuárias e usuários da RAPS/PB são apresentados nos Gráfico 13 e 14. O Gráfico 13 mostra



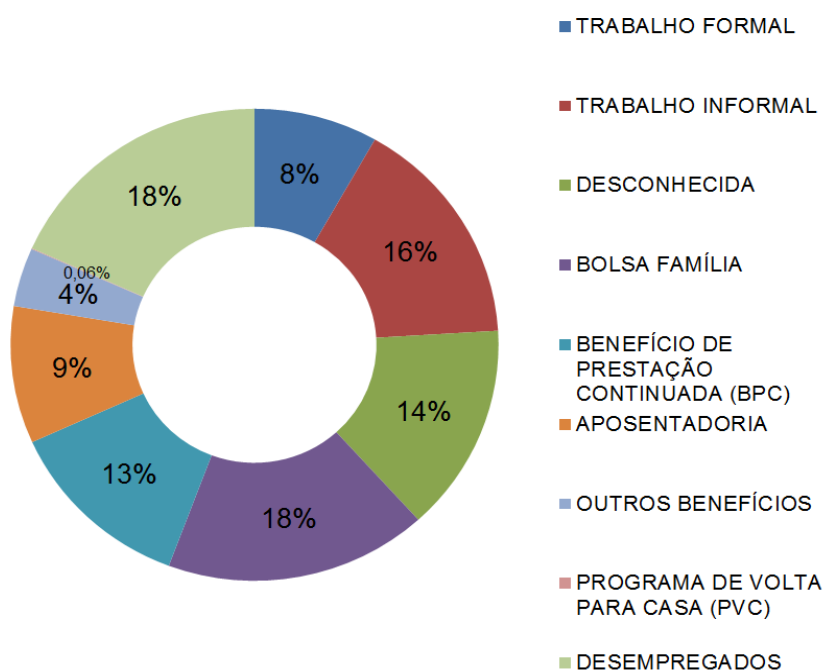
os dados gerais da população analisada de acordo com o tipo de renda (se possuem benefício, algum tipo de trabalho forma ou informal ou estão desempregados).

**GRÁFICO 13 - TRABALHO E RENDA**



Já o Gráfico 14 traz dados com relação ao tipo de trabalho realizado pelas usuárias e usuários dos serviços da RAPS e sobre o tipo de benefício que recebem.

**GRÁFICO 14 - TRABALHO E RENDA**





Foram realizados 51.674 registros de trabalho e renda das usuárias e usuários dos serviços da RAPS/PB, que atende 37.423 pessoas, sendo assim, supõe-se que há pessoas que possuem mais de um registro de trabalho e renda.

Um fator que chama a atenção é o número de registros de desempregados (18%), 9.301 registros e que recebem Bolsa Família, também 18% dos registros para essa categoria. Provavelmente, há pessoas desempregadas que recebem Bolsa Família, então não é possível calcular a quantidade total de pessoas que não possui emprego e vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza. Porém, esses dados devem ser subsídio para análise das particularidades das populações atendidas, pois 36% dos registros (n=18.602) sobre trabalho e renda refletem a realidade de uma população que não possui emprego e/ou vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza, levando em consideração que o Bolsa Família é ofertado apenas a pessoas pertencentes a famílias que vivem com menos de R\$ 178,00 por pessoa (Fonte: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>).

Analisando o fator trabalho e renda em conjunto com a escolaridade da população analisada, percebemos que as usuárias e usuários da RAPS/PB são majoritariamente beneficiários e possuem baixa escolaridade, sendo 36% com fundamental incompleto (13.527) e 18% são analfabetos (6.810), podendo ser um dos fatores de baixa adesão dessa população a trabalhos formais, apenas 8% (Gráfico 13).

Além disso, a discriminação e a exclusão social das pessoas com transtornos mentais são históricas e os números apresentados expressam a urgência em se pensar ações intersetoriais que visem a garantia do direito ao trabalho e renda a essas pessoas, para que elas tenham cada vez mais autonomia e possibilidades de melhoria de suas condições de vida. Esses dados evidenciam a necessidade de pensar ações de geração de renda na RAPS/PB, serviços ainda ausentes na Paraíba, assim como os Centros de Convivência, dispositivos essenciais para garantia de cuidado e ampliação da autonomia dos usuários e usuárias dos serviços de saúde mental.



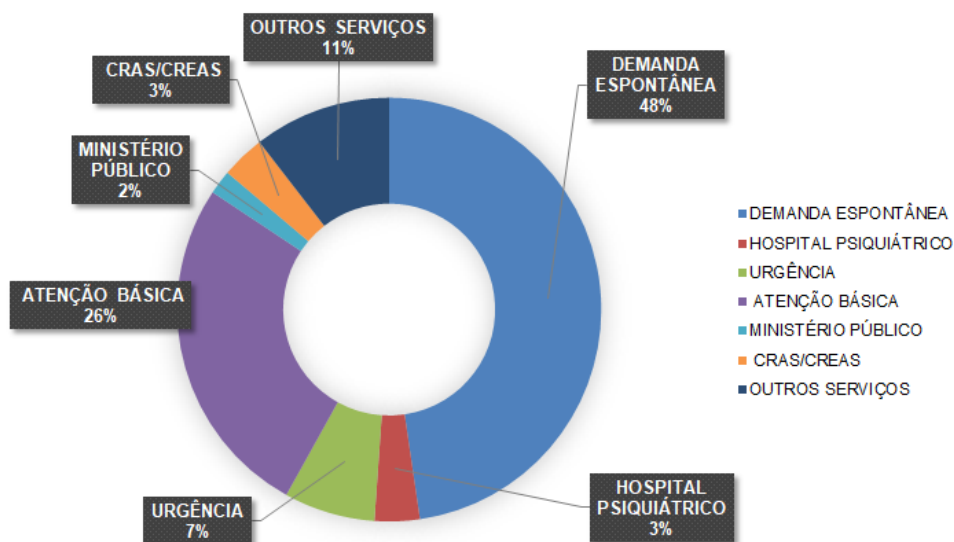
## 4 ITINERÁRIO NA RAPS/PB

### 4.1 Referência e Contrarreferência

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios a integralidade, que é entendida por Fratini (2008) como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. É a partir desse princípio que se deve efetivar o mecanismo da referência e contrarreferência, para garantir que usuárias e usuários tenham suas necessidades de saúde atendidas.

O gráfico abaixo apresenta a porcentagem de usuárias e usuários referenciados por diferentes instituições ao Centro de Atenção Psicossocial.

**GRÁFICO 15 - RELAÇÃO DE USUÁRIOS REFERENCIADOS POR DIFERENTES INSTITUIÇÕES**



Nota-se que a maior parte do público que chega ao CAPS é através da demanda espontânea (48%), seguido da atenção básica que referencia 26% das

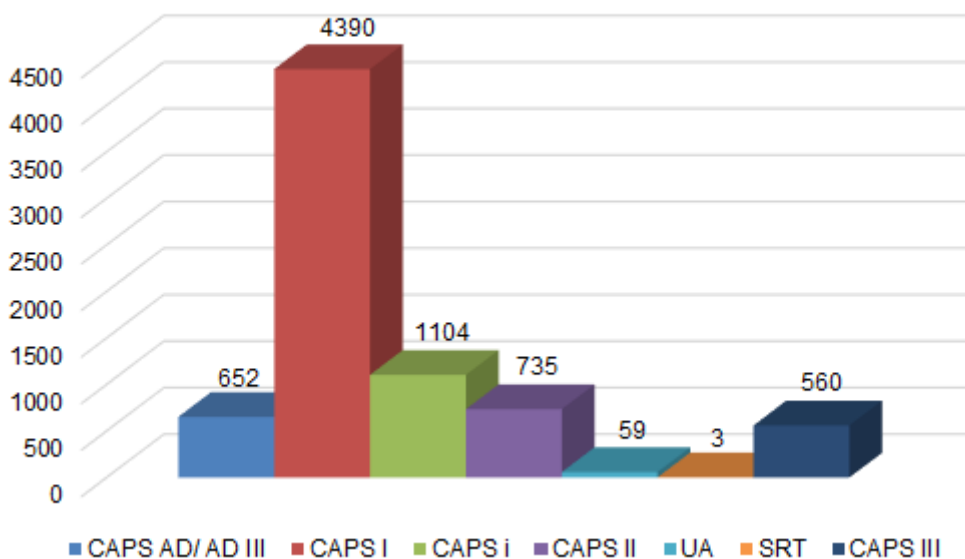


pessoas para os CAPS. No gráfico 15 destaca-se a referência do Hospital Psiquiátrico ao CAPS, apenas 3%.

#### 4.2 Admissão e alta

O Centro de Atenção Psicossocial para além de um espaço de produção de cuidado e subjetividade é um espaço para articular as redes de apoio e suporte social no território. Considerando que um dos objetivos do serviço de atenção psicossocial é a reinserção social do indivíduo, podemos inferir que em um dado momento essa/esse usuária ou usuário terá alta do serviço. Nessa perspectiva, os dados relacionados a usuários admitidos e usuários que receberam alta são apresentados nos Gráficos 16 e 17.

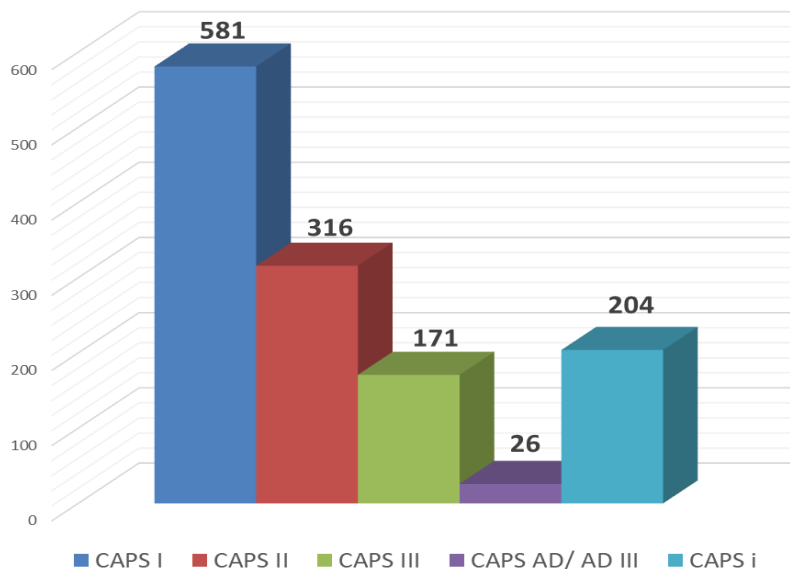
**GRÁFICO 16 - NOVOS USUÁRIOS ADMITIDOS**



O Gráfico acima evidencia que o CAPS tipo I é o serviço que possui o maior número de admissões no 2º semestre de 2018, seguido pelo CAPSi e CAPS II. Ao realizar a soma das usuárias e usuários admitidos nos Centros de Atenção Psicossocial têm-se um total de 7.414 novas admissões.



### GRÁFICO 17 - NÚMERO DE USUÁRIOS QUE RECEBERAM ALTA



O Gráfico 17 apresenta o número de usuárias e usuários que receberam alta. O CAPS I apresenta o maior número de altas (581), seguido do CAPS II (316) e do CAPS III (171). Quando somados os números de todos os CAPS têm-se 1.298 (3,46%) pessoas que obtiveram alta no segundo semestre de 2018.

Os gráficos acima evidenciam uma diferença considerável entre o número de novas pessoas admitidas nos serviços e o número de pessoas que obtiveram alta, a diferença é especificamente de 6.116 pessoas.

Apesar dos avanços na RAPS/PB e de atender 37.423 usuárias e usuários, os números relacionados aos gráficos 16 e 17 refletem a necessidade de pensar em outros pontos de atenção para além do CAPS, como Cooperativas e/ou Serviços de Geração de Renda e Centros de Convivência, que são espaços potencializadores do componente Reabilitação Psicossocial, previstos na portaria normativa da RAPS (3088/2011), e pensando a longo prazo, do processo de alta das usuárias e usuários.

Vale ressaltar que, para além do processo de alta é necessário pensar a continuidade do cuidado desse usuário na rede. A prática do matriciamento, o diálogo e desenvolvimento de ações compartilhadas com a Equipe de Saúde da

Família, podem ser estratégias que articulem a vinculação desse usuário a outros dispositivos sociais e serviços públicos.

## 5 INSTITUCIONALIZAÇÃO

### 5.1 Internações

A Tabela 1 apresenta dados relacionados ao número e percentual de internações no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) de acordo com os municípios de origem das pessoas internadas no hospital durante o segundo semestre de 2018. Os dados são agrupados por Região de Saúde de acordo com a divisão disponibilizada pela Coordenação de Saúde Mental da SES/PB.

**TABELA 1 – NÚMERO E PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES NO COMPLEXO PSQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA NO 2º SEMESTRE DE 2018**

Região de Saúde	Número de internações	Percentual de Internações
1º Região de Saúde	286	44%
2º Região de Saúde	90	13,84%
3º Região de Saúde	27	4,15%
4º Região de Saúde	22	3,38%
5º Região de Saúde	1	0,15%
6º Região de Saúde	23	3,53%
7º Região de Saúde	4	0,60%
8º Região de Saúde	13	2%
9º Região de Saúde	34	5,23%
10º Região de Saúde	12	1,84%
11º Região de Saúde	2	0,30%
12º Região de Saúde	56	8,61%
13º Região de Saúde	19	2,92%
14º Região de Saúde	50	7,69%



15º Região de Saúde	3	0,46%
16º Região de Saúde	8	1,23%
Total de internações	650	100%

FONTE: CPJM

A Tabela 1 mostra que a 1º Região de Saúde é responsável por 286 (44%) internamentos no CPJM, seguida pela 2º Região de Saúde com 90 (13,84%) internamentos. Na Paraíba, há ainda na 16ª Região de Saúde, em Campina Grande, a Clínica Dr. Maia, instituição privada com cerca de 150 leitos pelo CNES, dos quais não tivemos acesso aos dados de internação para as regiões mais próximas.

Vale destacar que para ser realizada a internação psiquiátrica é necessário o laudo médico circunstanciado e o tratamento deve ser na perspectiva da reinserção da usuária e usuário em seu meio, o que demonstra a importância do mecanismo da referência e contrarreferência.

A Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), é fruto da luta antimanicomial, formada por usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental e comunidade, que reivindicam a garantia dos direitos sociais, civis e humanos para a população com algum sofrimento psíquico e a mudança do modelo manicomial e asilar para um modelo baseado na comunidade e território, priorizando o cuidado em liberdade. A lei da RPB orienta que internações psiquiátricas só serão indicadas quando todos os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

A Tabela 2 e o Gráfico 18 apresentam o número e a porcentagem de internações, de pessoas que são usuários dos dispositivos da RAPS/PB por Região de Saúde, monitorados a partir de cada serviço que respondeu ao monitoramento 2018.2.

**TABELA 2 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR REGIÃO DE SAÚDE**

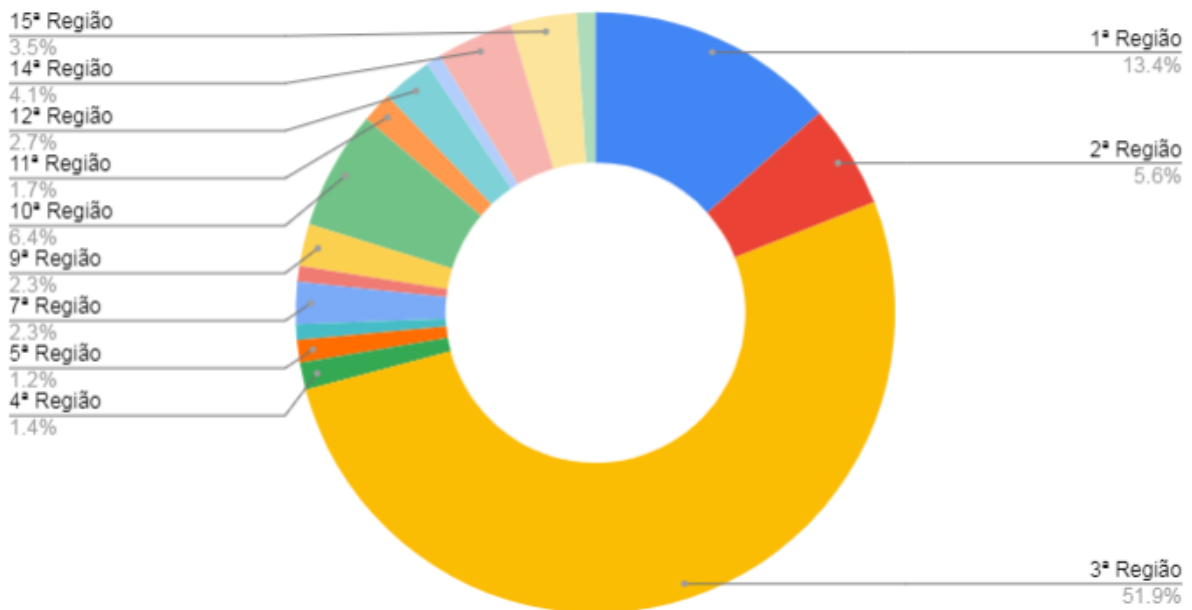
Região de Saúde	Número de internações	Percentual de internações
1ª Região	65	13%
2ª Região	27	6%
3ª Região	251	52%





4ª Região	7	1%
5ª Região	6	1%
6ª Região	4	1%
7ª Região	11	2%
8ª Região	4	1%
9ª Região	11	2%
10ª Região	31	6%
11ª Região	8	2%
12ª Região	13	3%
13ª Região	4	1%
14ª Região	20	4%
15ª Região	17	4%
16ª Região	5	1%
Total de internações	484	100%

**GRÁFICO 18 – Internações psiquiátricas por Região de Saúde segundo resposta dos serviços ao Monitoramento 2018.2**



A Tabela 2 e o Gráfico 18 demonstram que a 3ª Região de Saúde possui o maior número e percentual de internações psiquiátricas com um total de 52% (251), seguida da 1ª Região de Saúde com um total de 13% (65) de internações só no segundo semestre de 2018. Esses números devem ser analisados continuamente, a fim de garantir que o cuidado seja realizado com foco na reinserção social e a internação seja utilizada apenas quando os demais recursos extra hospitalares se esgotarem, como prevê a Lei 10.2016/2001.

Vale destacar que a RAPS/PB, atendeu 37423 usuários e o Hospital Juliano Moreira realizou 650 internações no mesmo período. São dados que confirmam que o modelo asilar mantém-se ainda pela falta de investimento político e financeiro em leitos de Hospitais Gerais. Esses dados devem subsidiar a análise feita por gestores quanto ao investimento nos dispositivos da RAPS/PB, analisando os custos e benefícios de cada dispositivo. Esperamos que estes dados tornem possível a realização de uma análise sobre os gastos e resultados de cada tipo de dispositivo nas regiões, confirmando de forma mais intensa que o planejamento dos investimentos e a alocação de recursos, são determinantes no avançar da superação de velhos modelos e na promoção da qualidade de vida de nossas usuárias e usuários.

É necessário pensar em estratégias e recursos para diminuir o número de internações psiquiátricas, pois apesar de ser dispositivo disponível, o Hospital Psiquiátrico mantém estrutura e costumes manicomial. A extensão do horário de funcionamento dos serviços extra-hospitalares, a articulação com outros dispositivos da rede de saúde para implementação de leitos em hospitais gerais e fluxos/manejos de atendimento a crise psiquiátrica em diversos serviços de urgência, como UPAs e demais serviços disponíveis nos territórios, associados ao cuidado atento e intensivo, à assistência domiciliar e em conjunto com a família, podem ser ações desenvolvidas para reduzir continuamente o número de internações psiquiátricas.

## 5.2 Privação de Liberdade ou Medidas Socioeducativas

A privação de liberdade pode ser pena, essa está fundada na culpabilidade e é aplicada somente a quem é imputável. É caracterizada por uma sanção estabelecida de acordo com a gravidade e tem como objetivo promover prevenção geral e especial contra o crime (CORREIA,2017). Para pessoas consideradas semi-imputáveis e inimputáveis a medida de segurança é imposta, essa se caracteriza pela possibilidade de internamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou instituição similar, e o tratamento ambulatorial. O prazo mínimo de duração é um a três anos, determinado pela juíza ou juiz (CORREIA, 2017).

É importante sinalizar que a Paraíba está avançando no cuidado às pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei no Estado. Está em andamento um Grupo Interinstitucional de Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental (Gitis) para construção do Plano Estadual de Atenção da Pessoa em Sofrimento Mental e em Conflito com a Lei nos serviços da rede de saúde mental do estado e não somente no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) e na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF), como acontece atualmente.

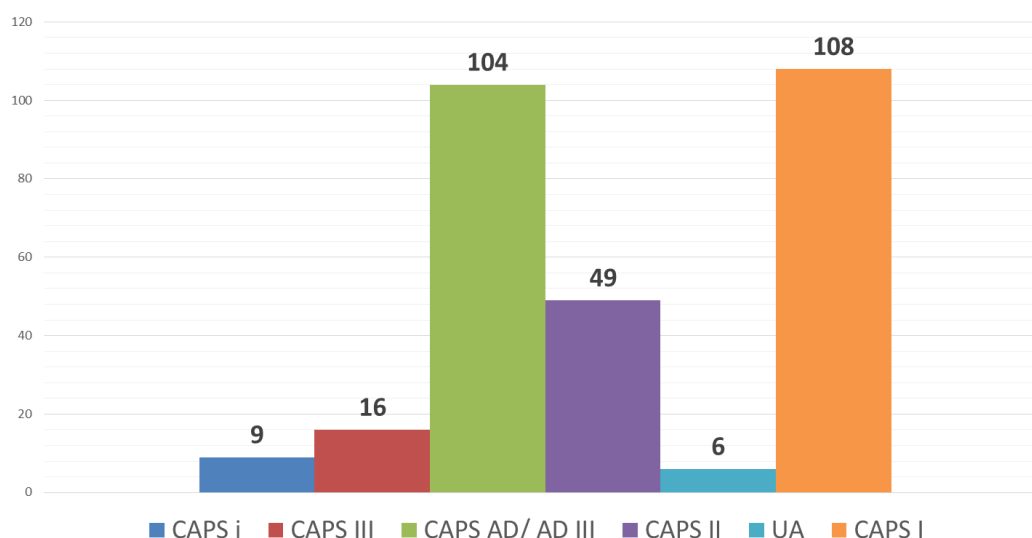
Todas as mulheres do Estado que estão em cumprimento de medida de segurança de internação são encaminhadas ao CPJM, e todos os homens para a PPF. O diálogo com os demais serviços da RAPS/PB ainda é frágil, ponto que já vem sendo trabalhado pelos órgãos que compõem o Gitis, a saber: Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Poder Judiciário estadual, Secretaria Estadual de Saúde, Sistema Penitenciário, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Grupo de Extensão Loucura e Cidadania, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros órgãos da sociedade civil e do poder público. (Fonte: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/plano-estadual-de-atencao-da-pessoa-em-sofrimento-mental-e-em-conflito-com-a-lei-comeca-a>)

A medida socioeducativa é aplicada ao adolescente que tenha praticado ato infracional, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), “considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal”. A medida

socioeducativa poderá ser aplicada pela autoridade competente em forma de advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional (privação de liberdade). A medida deve considerar a gravidade e as circunstâncias da infração, assim como a capacidade do adolescente em cumpri-la (BRASIL,2019).

Neste sentido, o Gráfico 19 mostra dados relacionados aos usuários que estiveram em penas privativas de liberdade ou medida socioeducativa. Sendo o CAPS I e o CAPS AD/AD III, os serviços com o maior número de usuários e usuárias que estiveram cumprindo algum tipo de pena.

**GRÁFICO 19 - USUÁRIOS QUE ESTIVERAM EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE OU CUMPRINDO MEDIDA SÓCIO-EDUCATIVA**



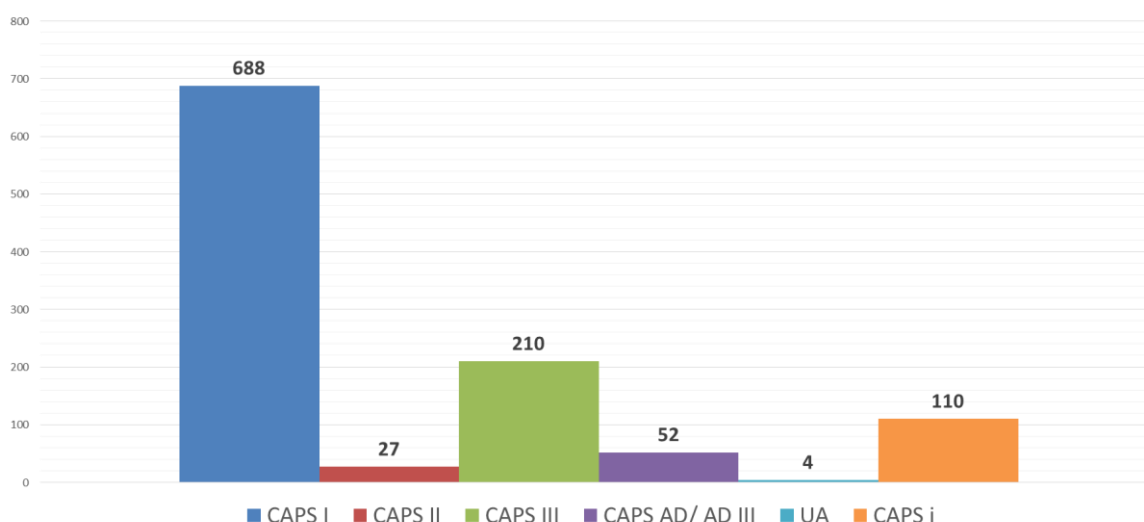
Ao considerar a população atendida pelo CAPS I e CAPS AD/AD III, e refletir sobre a Política Nacional Sobre Drogas, que é baseada no proibicionismo e na criminalização da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, tais números se justificam. Vale destacar que a Saúde Pública durante um determinado tempo não se ocupou das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, ao passo que outros órgãos, como da justiça, segurança pública e instituições religiosas assumiram esse papel de “cuidado”. Essa omissão reverbera nas políticas de

cuidado a pessoas que fazem o uso de drogas lícitas e ilícitas, e traz implicações sociais sobre como essas pessoas são vistas pela sociedade.

## 6 Dados sobre Suicídio

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado, podendo ser prevenido com ações baseadas em dados confiáveis. Esse fenômeno pode afetar pessoas de diferentes classes sociais, idades, etnia/raça, identidades de gênero e orientações sexuais. Outros determinantes sociais da saúde como economia, política, empregabilidade e ambiente devem ser levados em consideração (BRASIL, 2017).

**GRÁFICO 20 - USUÁRIOS QUE TENTARAM SUICÍDIO SEM ÓBITO**

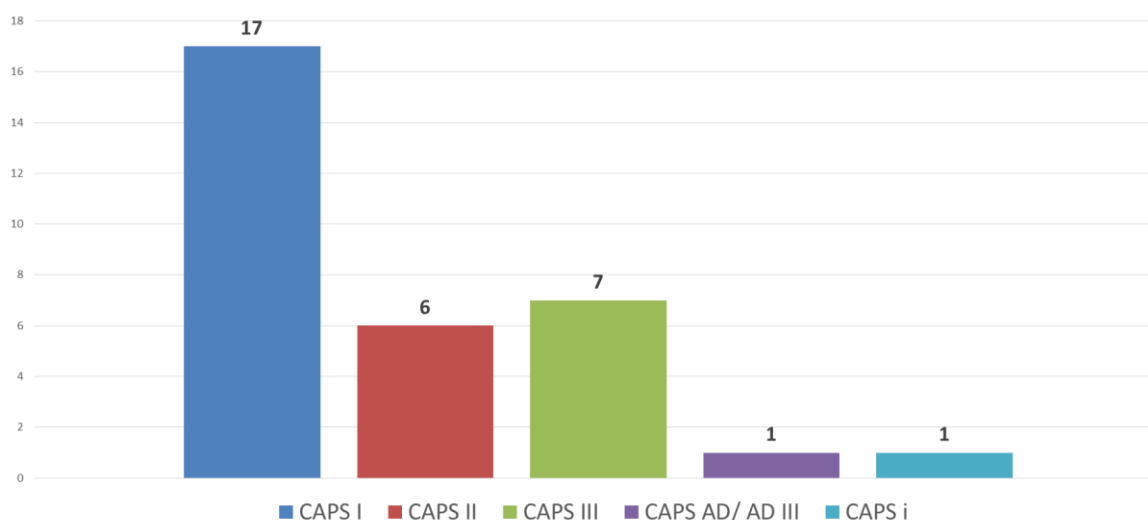


Nesse sentido, o Gráfico 20 mostra o número de usuárias e usuários que tentaram suicídio sem óbito no segundo semestre de 2018. É possível observar que CAPS I é o serviço com o maior número de pessoas que tentaram suicídio, sendo 688; no CAPS III 210 usuárias e usuários tentaram suicídio; seguido de CAPS i com 110 pessoas; CAPS AD/AD III com 52 usuárias e usuários; CAPS II com 27 pessoas e UA com 4 usuárias e usuários. Com um total de 1.091 tentativas, correspondendo a 2,91% de usuárias e usuários.

O Gráfico 21, apresenta o número de usuárias e usuários que tentaram suicídio com óbito. Observa-se que o serviço com o maior número de óbitos por

tentativa de suicídio é o CAPS I com 17 óbitos; seguido do CAPS III com 07 óbitos; CAPS II com 06 óbitos; CAPS AD/AD III e CAPS i com 01 óbito em cada serviço. Segundo o DATASUS, no ano de 2017 no Estado da Paraíba foram registradas 250 mortes causadas por lesões autoprovocadas voluntariamente (Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10pb.def>).

**GRÁFICO 21 - USUÁRIOS QUE TENTARAM SUICÍDIO COM ÓBITO**



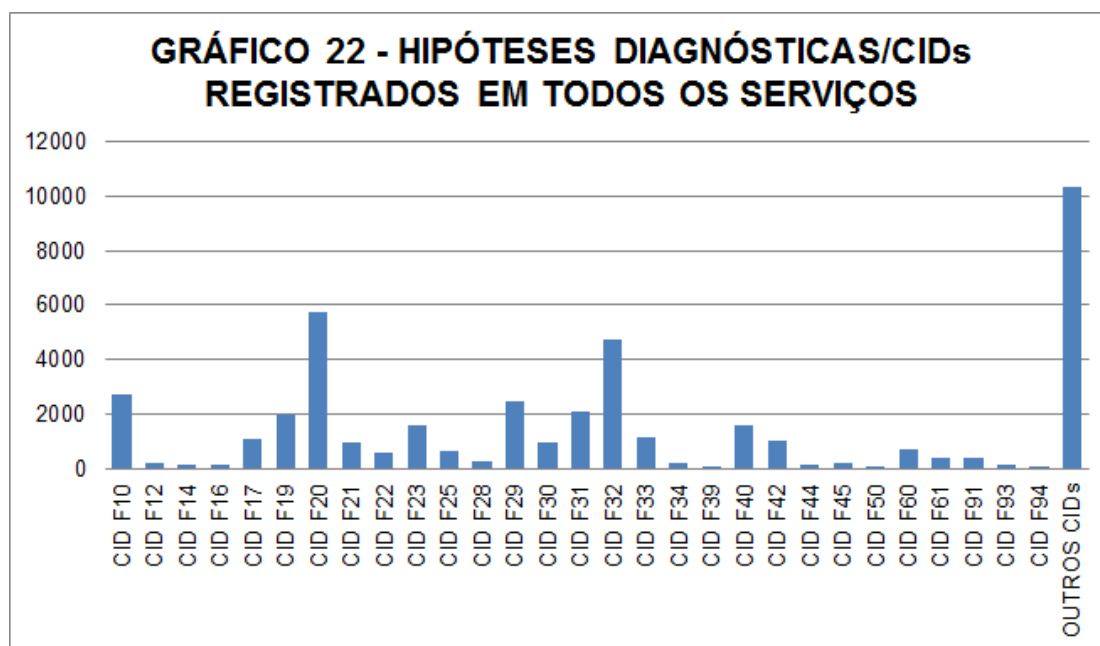
Segundo o Ministério da Saúde (2017), a existência de um CAPS no território reduz em 14% o risco de suicídio, sendo um fator de proteção. Para além da expansão dos serviços CAPS, como fator de proteção e estratégia de prevenção ao suicídio, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2017 a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, com o objetivo de ampliar e fortalecer ações para a redução de mortes por suicídio.

O Ministério Público da Paraíba que conta com um Grupo de Trabalho para discutir ações e estratégias relacionadas ao suicídio, publicou no ano de 2019 'A Nota Técnica Conjunta 01/2019', um documento para nortear as ações de prevenção, assistência e posvenção em situações que envolvam suicídio e tentativa. É necessário compreender que essas ações envolvem articulação inter e

intra-setorial, como o campo da educação e da comunicação, para que o trabalho seja o mais qualificado e disseminado possível.

## 7 Hipóteses diagnósticas (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10)

Nesse tópico serão apresentados os dados referentes às hipóteses diagnósticas registradas nos formulários encaminhados à SES. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) é o sistema de classificação utilizado como base. Segue abaixo, no gráfico 22, as hipóteses diagnósticas relacionadas a todos os serviços que encaminharam os dados do Monitoramento 2018.2.

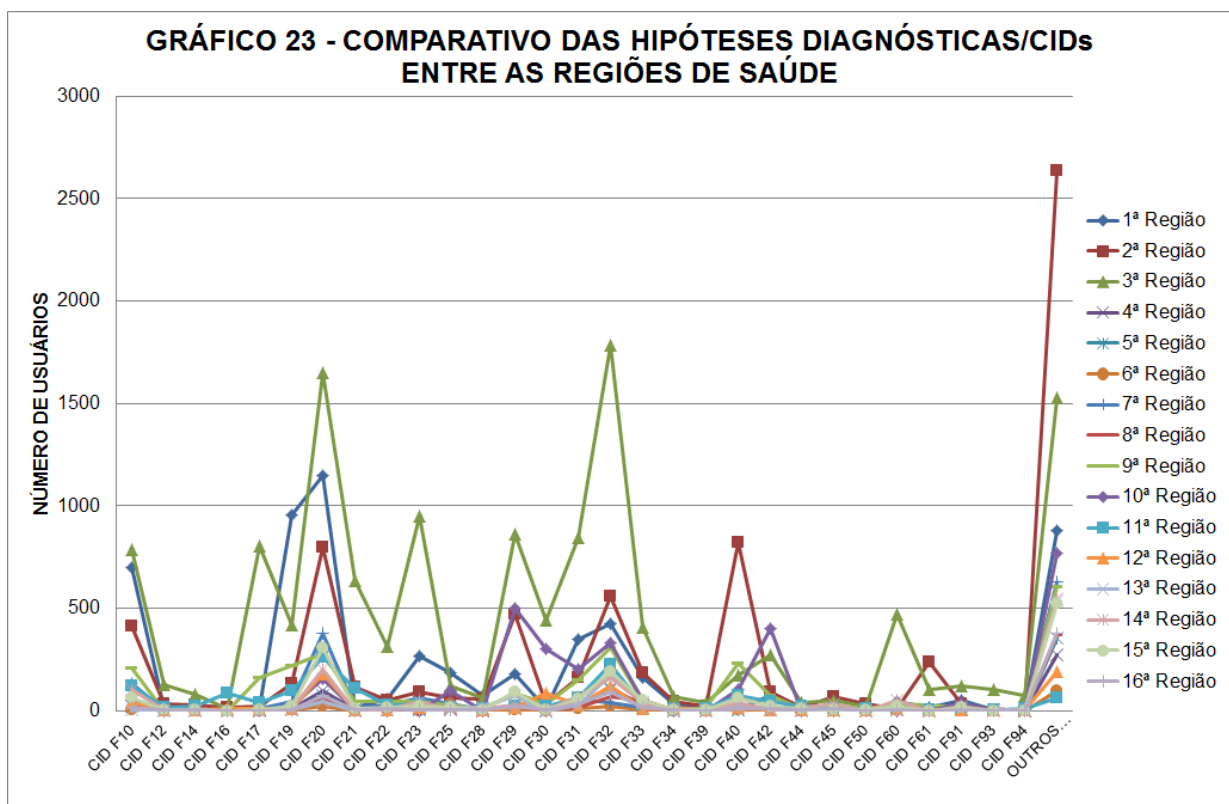


Os CIDs que aparecem em maior número são F20 - Esquizofrenia, F32 - Episódios depressivos e a categoria outros CIDs. Vale destacar que em um total de 37423 usuárias e usuárias são registrados 42661 CIDs, o que pode ser justificado pelo fato de uma usuária ou usuário ter em seus registros de prontuário mais de um CID.

Quando analisamos os dados comparando todos os serviços não são percebidas mudanças significativas nesse padrão de prevalência, mantendo-se F20,



F19 e outros CIDs em destaque, como é possível visualizar no gráfico 23. Porém, vale destacar que a 2ª região apresenta uma discrepância quando comparada às demais regiões na frequência registrada do CID F40 - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes, dado que pode ser relevante para que a região observe as questões que mais embasam esse tipo de diagnóstico e quais medidas preventivas podem ser tomadas para redução desse número e melhor manejo das situações.

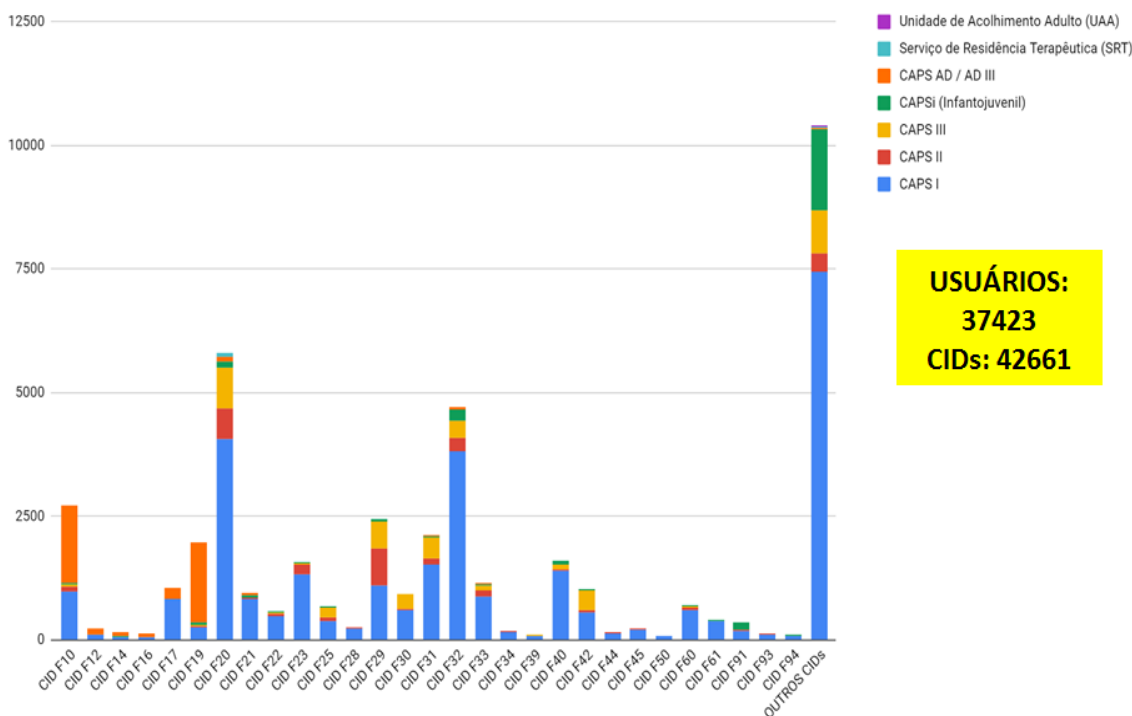


Segue outro gráfico que apresenta esses dados comparativos entre todos os serviços em outro formato para que a visualização seja feita a partir de outra perspectiva e se tenha uma melhor compreensão dos dados.





**GRÁFICO 24 – HIPÓTESES DIGNÓSTICAS/CID<sub>s</sub> EM TODOS OS SERVIÇOS DA RAPS/PB**



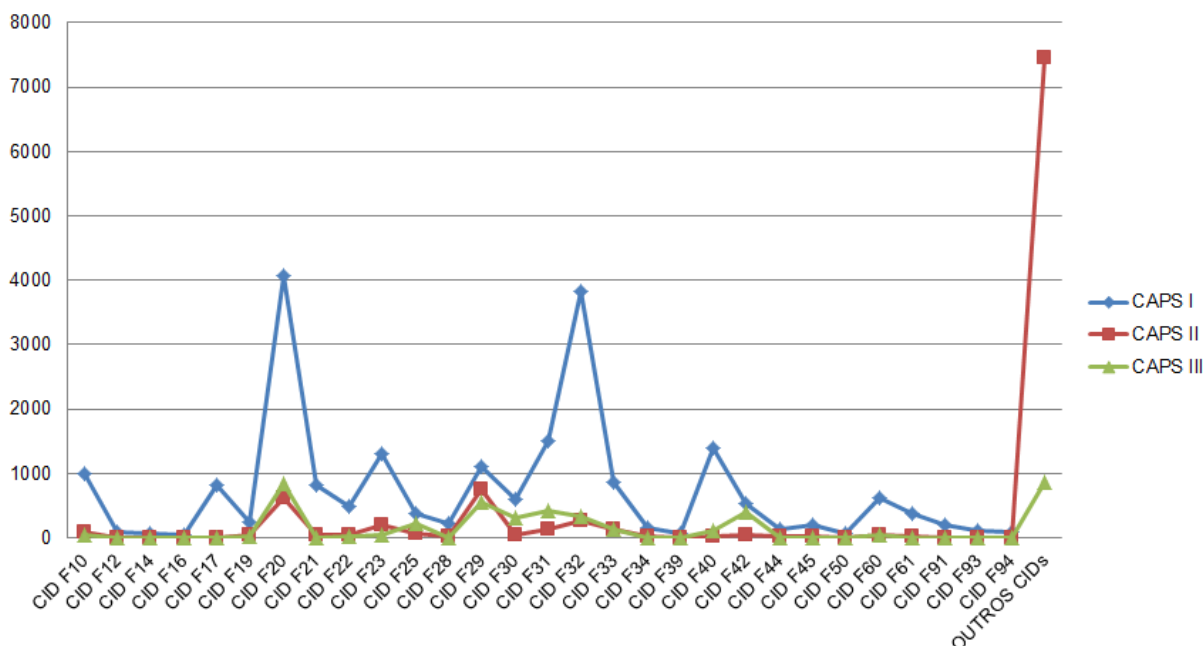
Tanto no gráfico 24, quanto no 25, percebe-se que o número de registros na categoria Outros CIDs é prevalente, devido ao instrumento de análise que não tem possibilidade de categorizar todos os CIDs apresentados pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) ou mesmo devido à especificidades de cada público atendido pelas unidades.

As diferenças entre a prevalência dos CIDs começa a se tornar evidente quando fazemos uma análise a partir da tipologia dos CAPS - I, II e III; AD e AD III; e CAPS i.

O Gráfico 25 evidencia que para os CAPS tipo I, II e III a prevalência de hipóteses diagnósticas têm principais concentrações em CID F20 - Esquizofrenia, F32 - Episódios depressivos e outros CIDs.



**GRÁFICO 25 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDs  
CAPS I, II e III**

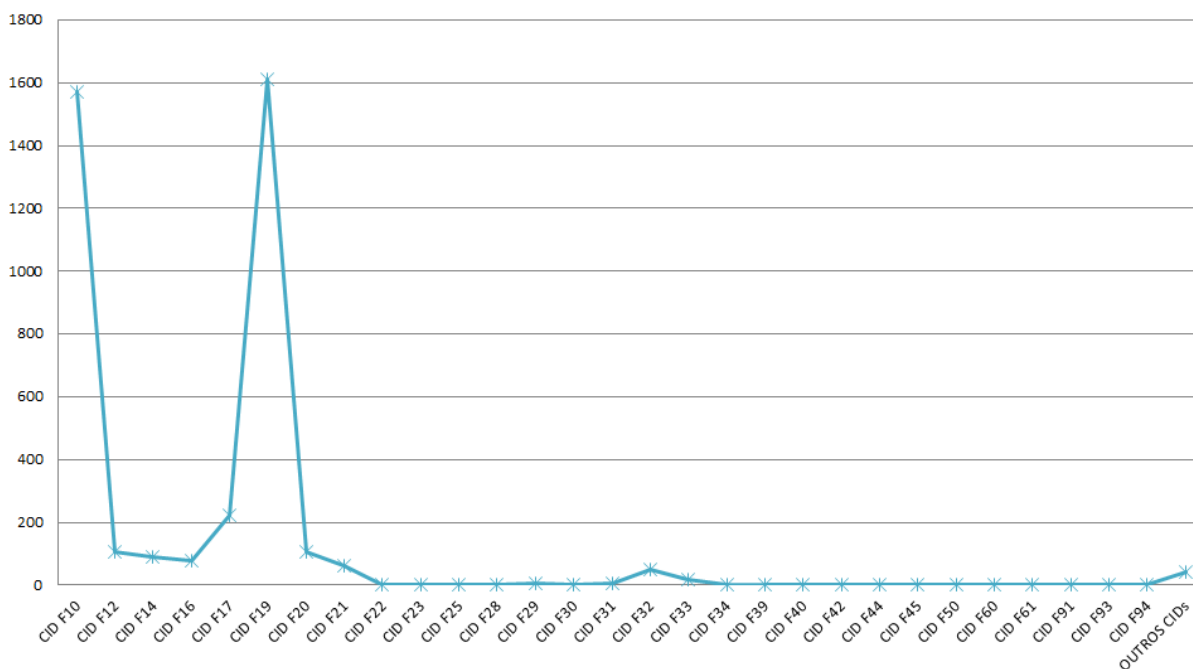


Além desses dados, um ponto que merece atenção no gráfico se refere ao F29 - Psicose não-orgânica não especificada, pois apesar de o número de registros para CAPS I ser maior que os demais e mantendo os dados de CAPS I acima dos demais, nesse CID os dados se aproximam numericamente, ou seja, foram feitos 1104, 743 e 555 registros para CAPS I, II e III, respectivamente, sendo que, o número de pessoas atendidas é 22310, 3023 e 4460 usuários e usuárias nesse tipo de CAPS. Vale destacar que um único CAPS III informou registros de 500 pessoas com a hipótese diagnóstica F29. Esses dados devem ser averiguados com cautela e a unidade deve estar atenta ao registro dos dados e às especificidades da população que tem atendido.

O Gráfico 26 apresenta dados referentes aos CAPS AD e AD III.



GRÁFICO 26 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CIDs  
CAPS AD / AD III

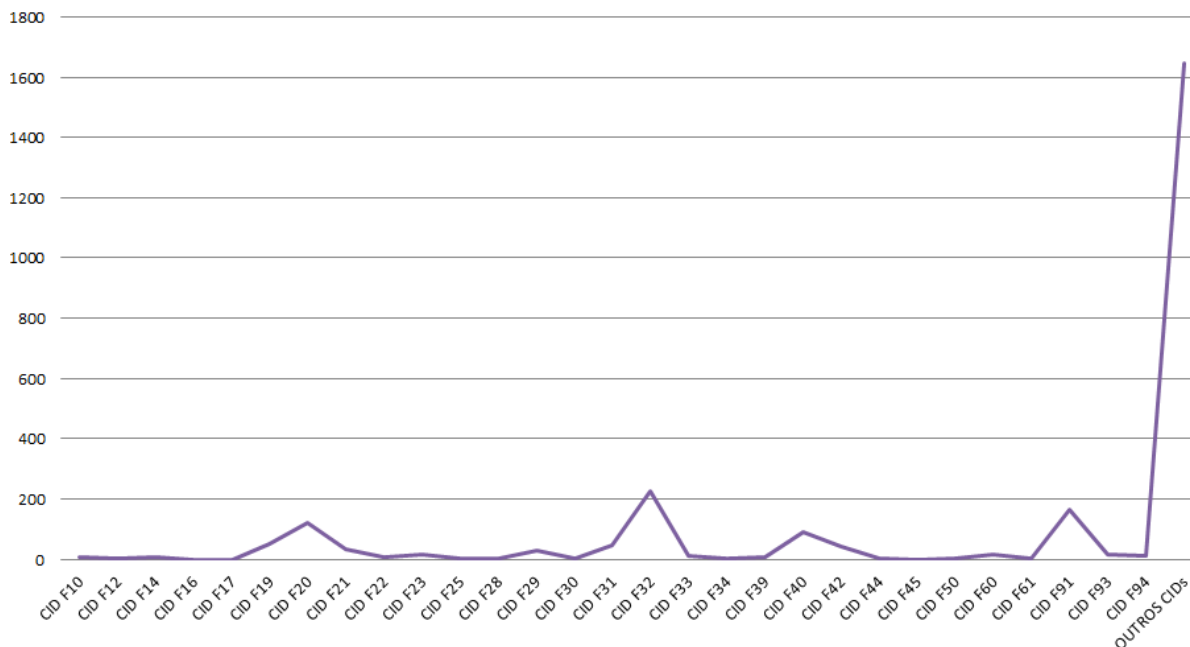


A partir do gráfico acima é possível perceber que a prevalência de CIDs apresentadas pelos CAPS AD e AD III são F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, corroborando com a especificidade do público que deve ser atendido nesse tipo de serviço. Porém, é importante salientar que essa especificidade não exclui pessoas que possuem comorbidades ou mais de uma hipótese diagnóstica da população atendida por esse tipo de unidade. Vale destacar que F20 - Esquizofrenia, F 21 - Transtorno Esquizotípico, F32 - Episódios depressivos e outros CIDs apresentam dados mais expressivos que os demais CIDs, pois há poucos registros para as demais hipóteses, sendo que em muitas não há registros.

As hipóteses diagnósticas dos CAPSi são expostas no Gráfico 27 e nesse caso o dado referente a outros CIDs chama atenção, possivelmente pelo fato de quando trata-se do público infantojuvenil não é possível definir diagnósticos precisos, pois as crianças e adolescentes estão em processo de desenvolvimento e em constante transformação do funcionamento psíquico e social.



GRÁFICO 27 - HIPÓTESES DIAGNÓTICAS  
CAPSi (Infantojuvenil)



De acordo com o gráfico acima os CIDs prevalentes registrados para o público infantojuvenil são: F32 (8,92%), F91 (6,49%), F20 (4,69%) e F40 (3,56%).

A categoria 'Outros CIDs' representa 64,34% dos registros totais para esse público. Dentre esses os mais prevalentes são: F70 – Retardo mental (24,8%), F84 – Transtornos globais do desenvolvimento (25,66%), hipóteses diagnósticas não especificadas aparecem em 13,32% dos registros, F71 – Retardo Mental Moderado, e F90 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (7,23%). Essas categorias somam 80,84% dos registros totais em 'Outros CIDs' e sendo assim os demais registros totalizam menos de 20%.

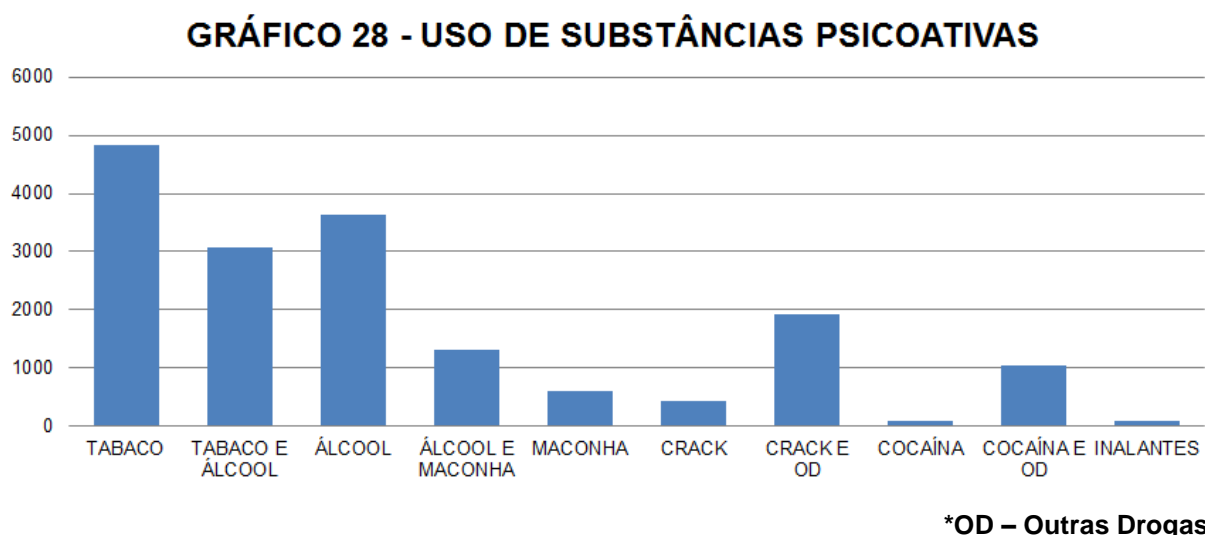
O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) reconhece que crianças e adolescentes são seres em desenvolvimento, seres “por vir” e possuem especificidades, além disso o ECA enfatiza que crianças e adolescentes são sujeitos de direito e afirma no Art. 3º que: “gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e

facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (ECA, 2017).

Nesse sentido, o trabalho prestado nos serviços especializados de atendimento a essa população deve levar em consideração todas as necessidades apresentadas por cada sujeito atendido e no que diz respeito a discussão acerca das hipóteses diagnósticas, como já sinalizado anteriormente, é imprescindível que essa análise seja feita em conjunto com outros dados da história de vida e contexto em que a criança e adolescente atendidos estão inseridos.

### 7.1 Uso de Substâncias Psicoativas (SPA’S)

A partir desse momento será feita a análise sobre o uso de substâncias psicoativas pelas pessoas atendidas nos serviços da RAPS/PB. O Gráfico 28 apresenta os dados a partir do questionamento sobre o uso de substâncias psicoativas no instrumento de Monitoramento 2018.2, de acordo com as categorias abaixo.

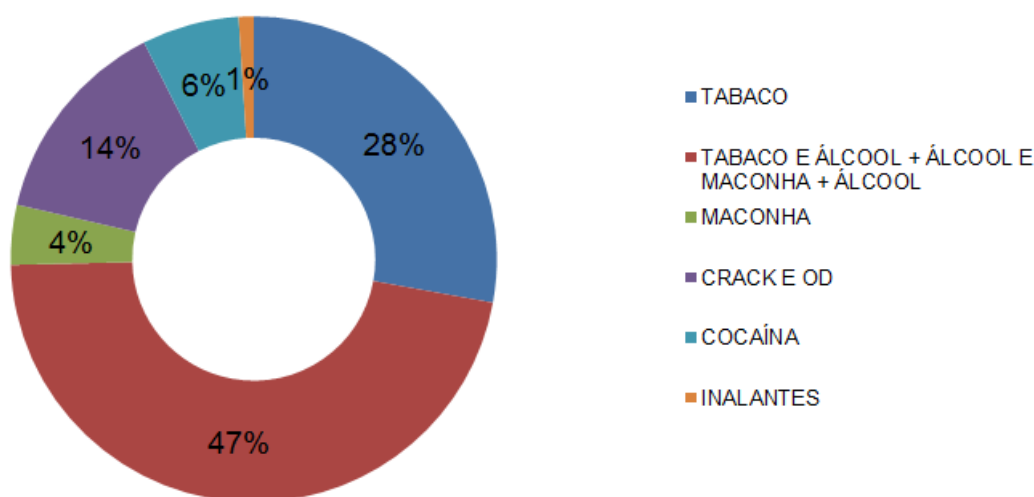


Os dados referentes ao uso de substâncias psicoativas (SPAs) foi abordado de forma generalizada sem fazer recortes populacionais, sendo assim, do total de 37423 pessoas atendidas na RAPS foram registradas 17059 (45,58%) pessoas que



fazem uso de SPAs lícitas ou ilícitas. Dentre as pessoas que fazem uso de alguma SPA, segue abaixo a descrição das substâncias utilizadas.

## GRÁFICO 29 - USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS



\*OD – Outras Drogas

O Gráfico 29 foi construído a partir da somatória das categorias apresentadas no Gráfico 28, a fim de proporcionar melhor visualização dos dados, sendo assim optou-se por somar em conjunto as categorias 'tabaco e álcool', 'álcool e maconha' e 'álcool', a fim de analisar a relevância dos dados referentes ao uso de álcool, que no Levantamento realizado pela Fiocruz em 2016, 2017 (FIOCRUZ, 2017) sobre o uso de substâncias psicoativas demonstra que o uso de álcool tem destaque em todo o país.

Do total de pessoas atendidas nos CAPS que fazem uso de substâncias psicoativas, o crack não é a substância mais usada, sendo que o que mais chama atenção são os dados referentes aos usuários de álcool, tabaco e maconha, que juntos somam 79% da população atendida. As demais drogas, crack, cocaína e inalantes representam 21%, e nesse sentido vale destacar que a situação deve ser analisada a partir do viés da redução de danos e da construção do cuidado integral e compartilhado entre as equipes, familiares e usuários dos serviços.

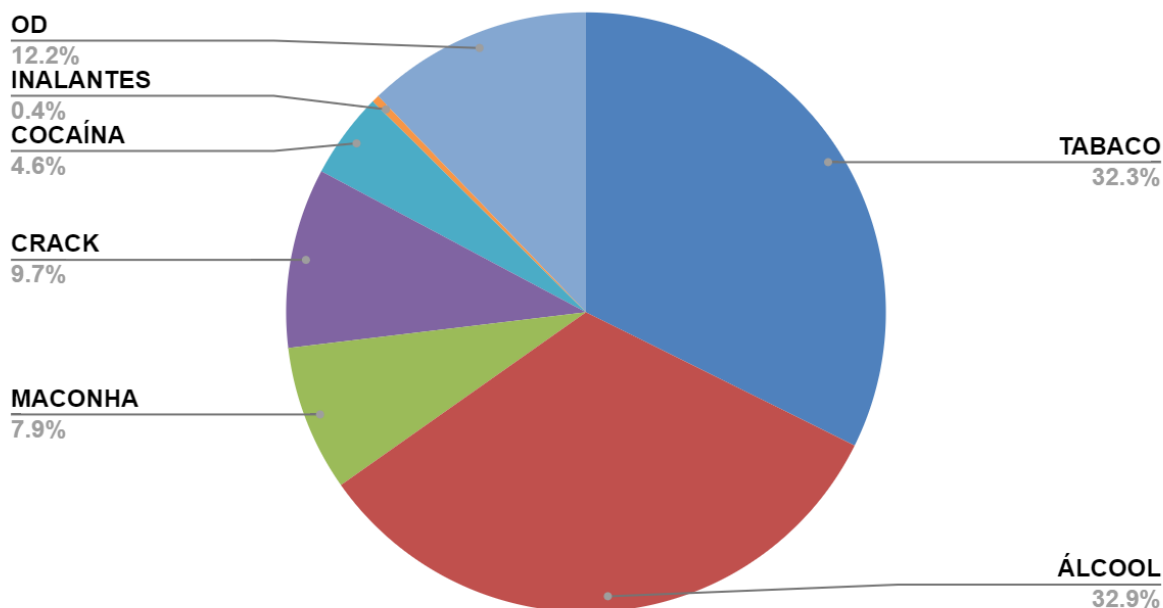
Levando em consideração que a maconha é uma substância ainda considerada ilícita no nosso país, optou-se por distinguir as substâncias lícitas das



ilícitas, o que será demonstrado no Gráfico 29A, apresentado a seguir. A construção do Gráfico 29A se deu a partir do somatório por cada substância, sendo assim o número total é maior que o número apresentado no Gráfico 29, que se refere ao número de pessoas que fazem uso de cada substância psicoativa apresentada nas categorias do Gráfico 28. Por exemplo, somando-se os 4822 registros para uso de 'álcool' mais os 3076 registros do uso de 'tabaco e álcool' totalizam-se 7898 registros para tabaco, enquanto os registros para 'álcool' passam a somar 8035 quando são acrescentados os 3076 registros para a categoria 'tabaco e álcool'.

Sendo assim, temos um total de 24428 registros de substâncias psicoativas, considerando na somatória as repetições, o que resulta em um número maior que o registro do número de pessoas que fazem uso de alguma SPA (17059).

**GRÁFICO 29A - USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DIVIDIDOS POR SUBSTÂNCIA**



\*OD – Outras Drogas

Como podemos visualizar no Gráfico 29A o uso de álcool e tabaco representa mais de 60% das SPA's utilizadas, sendo que o álcool ainda se mantém como SPA mais utilizada (32,9%), seguida de tabaco (32,3%) e outras drogas (12,2%), ficando o crack com 9,7% do total. É importante ressaltar que a abordagem das substâncias utilizadas deve ser feita com base na compreensão dos fatores sociais determinantes para que o uso se torne abusivo e prejudicial. Fatores econômicos,



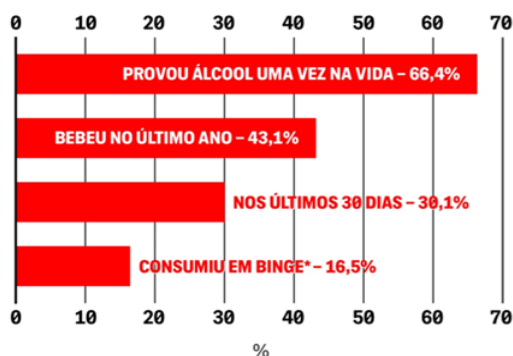
sociais, da história de vida e as possibilidades de construção de cidadania devem ser foco de construção para que o sujeito conquiste autonomia e coparticipação no seu próprio cuidado e tratamento.

Os dados levantados pelo monitoramento 2018.2 da SES corroboram com os dados apresentados no III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira (2017) realizado pela Fiocruz, onde são discutidos dados que refutam a teoria de que estamos vivendo uma “Epidemia do Crack”, pois os dados referentes ao uso de crack são expressivamente inferiores às demais substâncias (Brasil, 2019).

A justificativa do uso exacerbado de crack é utilizada para implementação de políticas anti-drogas baseadas na marginalização e extermínio das pessoas que fazem uso de substâncias, sem abarcar a dimensão do cuidado a essas pessoas e com ênfase apenas na abstinência. Assim como na RAPS da Paraíba, nesse levantamento nacional é possível perceber que o álcool é a substância que mais chama atenção, devido a facilidade de acesso e utilização por toda a população de diversas faixas etárias, como é perceptível no gráfico a seguir extraído do levantamento feito pela Fiocruz (2019).

## Álcool

População que já...

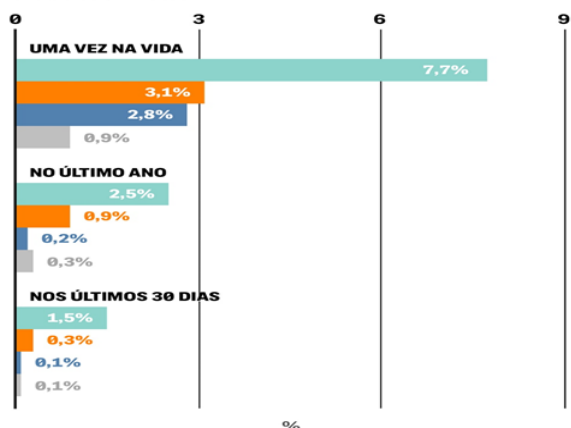


\* quando se bebe, em uma única ocasião, cinco ou mais doses para homens ou quatro ou mais doses para mulheres.

## Substâncias ilícitas

Comparação entre drogas específicas

maconha, haxixe e skank    cocaína    solventes  
crack e similares



Fonte: III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira 2017. Divulgado por: The InterceptBrasil (2019).





Além dessa comparação com os dados nacionais é importante fazer um recorte relacionado a tipologia dos CAPS, quando analisamos os dados apresentados pelos CIDs nos CAPS AD e AD III, vemos que se mantém como prevalente o número de registros relacionados ao uso de álcool.

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira realizado pela Fiocruz (2019) apresenta dados relativos ao consumo de drogas ilícitas por macrorregião (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Segundo os dados obtidos a prevalência no Brasil para uso de maconha, SPA's ilícitas (exceto maconha) e crack, é de 3,1%, 1,9% e 1,1%, respectivamente, enquanto que no Nordeste os números são 2,9%, 1,9% e 1,3%, respectivamente. Não se pode considerar que os dados referentes ao Nordeste são expressivamente maiores do que os dados apresentados pelo Brasil, pois os dados não apresentam diferenças significativas em nível de 5%, mas apenas de 0,2%. Nesse sentido, não se pode considerar que João Pessoa é a capital que mais consome crack proporcionalmente, pois os dados apresentados pela Fiocruz trazem os dados da Macrorregião Nordeste, composta por 28 regiões, dentre essas, 9 capitais, das quais seis são consideradas pelo IBGE como as maiores cidades do Nordeste (Salvador, Recife, Fortaleza, Natal, Teresina e Maceió), e João Pessoa não está entre as capitais mais populosas.

Outro fator relevante é que o Nordeste é “a segunda região mais populosa do Brasil, com cerca de 30% da população brasileira” (Fonte: <https://www.estadosecapitaisdobrasil.com/regiao/nordeste/>), ou seja, as diferenças apresentadas pelos dados citados acima acerca do consumo de drogas ilícitas quando analisados pela perspectiva da alta densidade populacional da região não apresenta dados expressivos quando comparados aos dados nacionais.

Alguns dados apresentados em João Pessoa, sugerem que há na capital da Paraíba 7 mil usuários de crack, segundo os dados da Fiocruz (2019), porém esse cálculo foi feito calculando diretamente o número da população de João Pessoa, 720.954 habitantes (IBGE, 2010) pela prevalência de 1,1% de usuários de crack e/ou similares pela população brasileira, mas como dito anteriormente a base de cálculo não pode ser feita sem as devidas considerações da diversidade



populacional das Macrorregiões que compõem o Brasil e são base para o estudo (Fiocruz, 2019).

Vale ressaltar que para o devido tratamento e acompanhamento de pessoas que fazem uso prejudicial e nocivo de álcool e/ou outras drogas é necessário um acompanhamento integral e intersetorial através de ações conjuntas entre saúde, educação, assistência social e outros setores, a fim de reduzir o impacto dos determinantes sociais associados ao sofrimento psíquico da população de baixa renda, com baixa escolaridade e negra atendida nos serviços da RAPS/PB, como pôde ser observado nos dados apresentados neste relatório.

As ações de prevenção são de extrema importância e o cuidado no território, sem privação de convivência das pessoas atendidas é imprescindível, Basaglia (2005) afirma que “a liberdade é terapêutica”, portanto é a partir desse pressuposto que todas as ações de saúde e cuidado à população que faz uso de álcool e/ou outras drogas devem ser pensadas e executadas, com respeito à dignidade humana e garantindo condições de sobrevivência a população atendida. Comida na mesa, lazer, educação, trabalho, moradia, devem ser algumas das condições mínimas que todo ser humano deve acessar, portanto a análise só faz sentido se vislumbrar os determinantes sociais na história de cada pessoa atendida.

## **8 Cronograma e Equipe**

Os dados do Monitoramento 2018.2 são compostos também por dois anexos com questões relacionadas à programação de atividades semanais e composição das equipes de profissionais que atuam nos serviços que também dispõe de informações pertinentes ao funcionamento dos mesmos.

Com base na devolutiva dessas informações, identifica-se além do quantitativo de respostas recebidas, as atividades que são realizadas, o número de profissionais trabalhando na RAPS/PB, com a apresentação dos profissionais por nível de formação (Fundamental, Médio/Técnico, Superior); por núcleo específico de formação. Realizamos também a recomendação das equipes mínimas para atuação nos serviços de Saúde Mental do Estado da Paraíba em consonância das atividades

dos cronogramas dos serviços conforme Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.

### 8.1 Cronograma de Atividades

Após análise dos arquivos referente ao cronograma de atividades, conclui-se que de modo geral, as unidades apresentam as atividades em consonância com a Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. A grande maioria dos serviços não apresentam oficinas com ênfase na geração de renda, contudo, apresentam oficinas de artesanato, que poderiam de acordo com os objetivos, também atender esse quesito. No quadro 3 é possível observar as atividades que apresentaram maior recorrência nos cronogramas enviados pelos serviços:

**QUADRO 3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS DA RAPS/PB**

<b>TIPO DE SERVIÇO</b>	<b>PRINCIPAIS ATIVIDADES INFORMADAS</b>		
<b>CAPS I</b>	Artesanato (27)	Música (23)	Atividade Física (20)
<b>CAPS II</b>	Atividade Física (3)	Música (2)	Consciência/Expressão corporal (2)
<b>CAPS III</b>	Música (1)	Artesanato (1)	Atividade Física (1)
<b>CAPS AD/AD III</b>	Atividade Física (5)	Redução de Danos (3)	Música (3)
<b>CAPS i</b>	Grupo de Família (3)	Atividades de lazer (2)	Atividade Física (2)
<b>SRT</b>	Oficinas (5)	Atividades de lazer (3)	Atividade Física (3)
<b>UAA/UAI</b>	Grupos (3)	Música (2)	Atividade Física (2)

No cronograma dos serviços, observa-se oficinas com nomenclaturas semelhantes, assim como também atividades de caráter mais específico (casos das atividades de Redução de Danos nos CAPS AD/ADIII). Conforme o tipo de serviço,

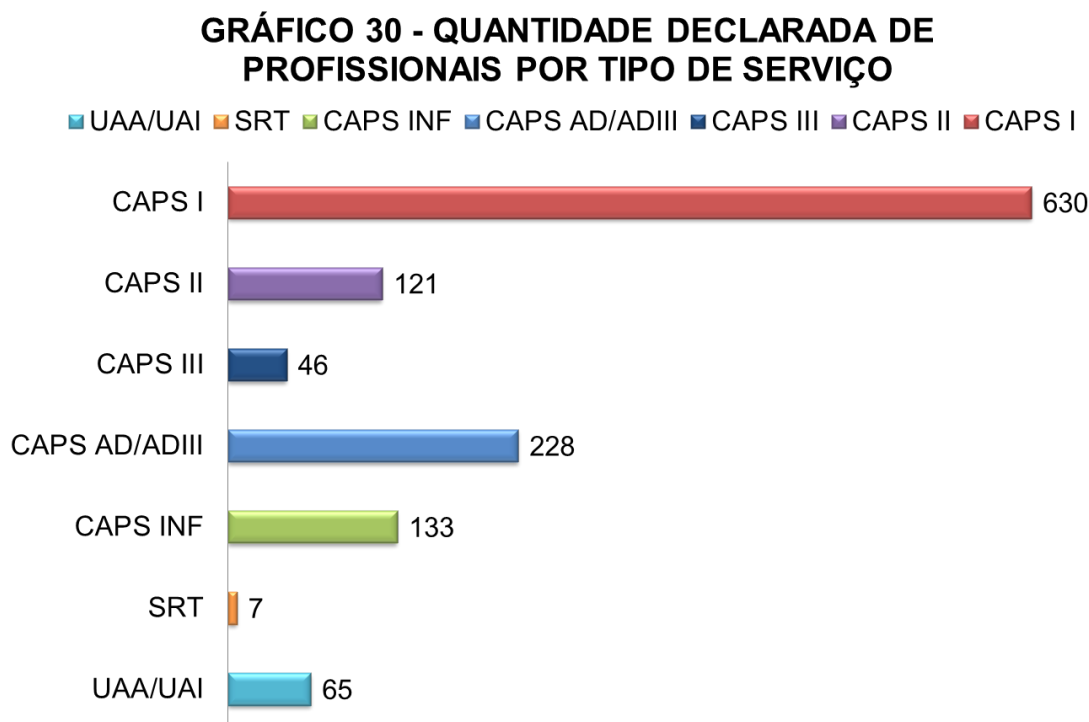
algumas atividades naturalmente vão sendo direcionadas e específicas ao tipo de população assistida.

Além das atividades já citadas no quadro, e, as comuns aos serviços (acolhimento, triagem, escutas dentre outros), existem outras realizadas com menor recorrência, mas que merecem destaque, como por exemplo: Oficinas de alfabetização; Autocuidado; Grupo de mulheres; Cine Caps.

No envio das atividades, os serviços atendem a solicitação da coordenação estadual de Saúde Mental, apresentando não só as atividades, como quem as conduz, sua respectiva formação, dentre outros. Todavia, carece de aprofundamentos na descrição dessas atividades de modo a facilitar a análise da efetividade das oficinas no tratamento dos usuários do serviço e consequente fortalecimento da RAPS/PB.

## 8.2 Equipe Profissional

Neste item, 91 serviços enviaram informações referentes ao número geral de profissionais por tipo de serviço, que pode ser visualizado no gráfico a seguir:

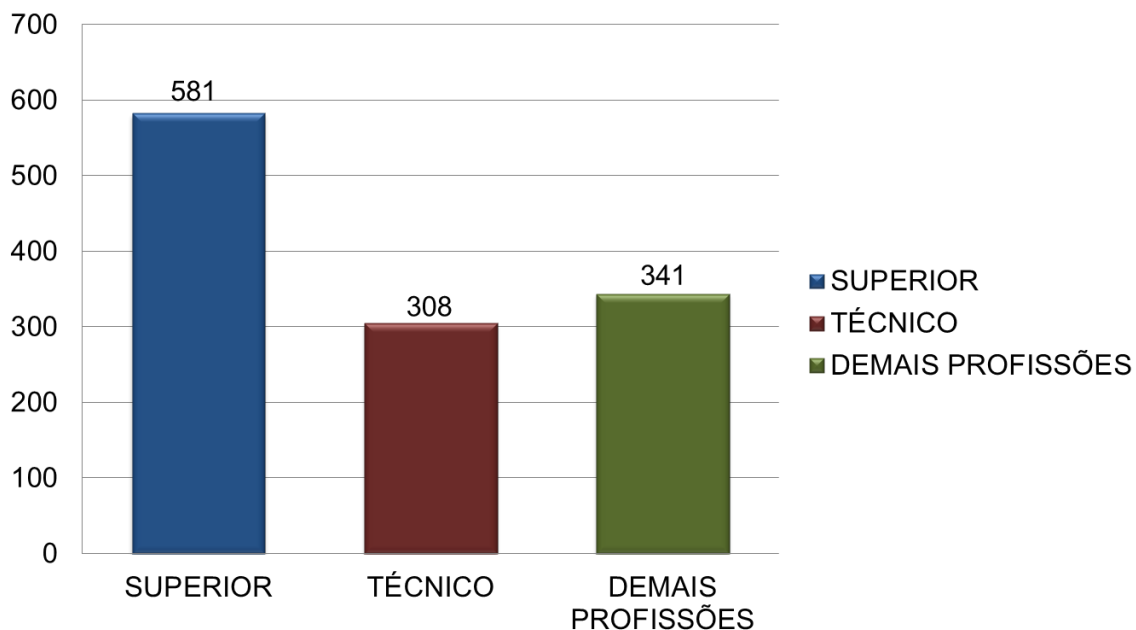




Do total de profissionais informados, sua maior parte está atuando no CAPS I (51,29%). Considerado um número equivalente à proporção da quantidade destes serviços na RAPS/PB. As SRTs se destacam na amostra apresentada considerando que dos 14 serviços no Estado apenas 03 enviaram o quadro da equipe de atuação, equipe que se repete nos serviços que compartilharam essas informações. A precisa apresentação destes dados corrobora para que a rede presente em quais serviços a rede tem sido suficiente na prestação das propostas de atenção e cuidados multiprofissionais e quais serviços têm encontrado desafios importantes em assumir uma proposta realmente psicossocial.

No gráfico 31 são apresentados os números totais informados de trabalhadores por nível de formação – Superior, Médio/Técnico e Fundamental - nos serviços da RAPS/PB:

**GRÁFICO 31 - FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DECLARADOS PELOS SERVIÇOS**



Na apresentação destes dados constata-se que o percentual de profissionais de nível superior nos serviços participantes da amostra equivale a 47,2% do total informado. Número que representa bem o compromisso da rede com a qualidade



técnica diretamente relacionada à formação em saúde dos que atuam nestes dispositivos. Porém suscita um melhor entendimento futuro do âmbito desta atuação e da interferência possível de ser constatada no programa das rotinas, considerando que sinalizar esta presença na equipe, não corresponde necessariamente numa atuação que de fato qualifique a especificidade profissional de cada intervenção. Na soma dos outros níveis da amostra temos 52,8% dos profissionais de nível médio/técnico e fundamental.

#### QUADRO 4 – PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

ÁREAS PROFISSIONAIS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS
PSICOLOGIA	119
ENFERMAGEM	115
SERVIÇO SOCIAL	83
PSIQUIATRIA	69
COORDENAÇÃO	54
PEDAGOGIA	33
MEDICINA (EXCETO PSIQUIATRIA)	21
FARMÁCIA	18
EDUCAÇÃO FÍSICA	17
PSICOPEDAGOGIA	15
TERAPIA OCUPACIONAL	12
FISIOTERAPIA	10
NUTRIÇÃO	10
FONOAUDIOLOGIA	5
<b>TOTAL</b>	<b>581</b>

No Quadro4 o número indicativo de coordenadoras(es) informado é impreciso, considerando que dos 107 serviços participantes do Monitoramento, 54 destes dispositivos, indicaram o profissional da equipe que ocupa esta função, enquanto 24 destes serviços não fizeram esta identificação.

Dentre os profissionais de ensino superior 20,41% são psicólogas(os), 19,72% são enfermeiras(os), 15% médicos(as) – psiquiatras, clínicos gerais, neurologistas e especialistas e, 14,2% assistentes sociais, somando aproximadamente 70% dos profissionais de nível superior. Número que se justifica

historicamente, pois essas profissões tiveram maior inserção no campo da saúde mental, e a partir delas se pôde montar um modelo de atenção psicossocial que possibilitou mais adiante, a adesão de outras modalidades de profissões da saúde, da educação, dentre outras. Fator determinante para uma rede que defende um modelo de atenção multiprofissional, condizente com as propostas basilares da clínica ampliada e humanizada, voltadas para efetivação das políticas de saúde com base na integralidade do cuidado.

O número das demais profissões de nível superior, considerando o total de repasse de informações, apresenta uma rede que tende timidamente ainda a integrar outras intervenções profissionais às demandas dos projetos dos serviços e das necessidades e singularidades apresentadas por nossas usuárias e usuários.

**QUADRO 5 - PROFISSÕES DE NÍVEL MÉDIO/TÉCNICO**

<b>PROFISSÃO</b>	<b>QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS</b>
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	141
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	42
MONITORIA*	37
OFICINA*	28
ARTESANATO	23
ARTE EDUCAÇÃO	13
EDUCAÇÃO SOCIAL	11
AUXILIAR DE FARMÁCIA	5
MÚSICA	3
ENCARREGADO DE PRÓPRIOS PÚBLICOS	1
ACESSOR/MÉDIO TÉCNICO	1
ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	1
SECRETÁRIO ADJUNTO	1
TÉCNICO AGRÍCOLA	1
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>

\*Não houve especificação sobre o grau de formação dos profissionais nos serviços da RAPS/PB

Diante dos dados apresentados no quadro 5 são 305 trabalhadoras(es) de nível médio e técnico, onde a ocupação com maior representação é a de Técnico em



Enfermagem (46,22%), seguida pela atribuição de Técnico Administrativo (13,77%), e de Monitoria (12,13%) e de Oficina (9,1%). Todas as demais funções somam ao todo da amostra 18,78%. A maior parte das ocupações (85,2%) assumem funções que interagem diretamente com as usuárias e usuários no cuidado de enfermagem e nas vivências das atividades de grupo. Enquanto as demais atribuições (14,8%) dedicam-se a atividades burocráticas e administrativas.

#### QUADRO 6 - PROFISSÕES DE NÍVEL FUNDAMENTAL

PROFISSÃO	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	96
COZINHA	80
PORTARIA/VIGIA	60
RECEPÇÃO	51
CUIDADOS EM SAÚDE	32
APOIO	10
DIGITAÇÃO	6
LAVANDERIA	3
MOTORISTA	3
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>

Nas ocupações de nível fundamental, as categorias que aparecem com maior recorrência nos serviços são: auxiliares de serviços gerais (27,90%), cozinha (23,25%), portaria/vigilância (17,44%) e recepção (14,82%). As demais ocupações da tabela somam 16,59% dos 344 profissionais apresentados nesse nível. Vale destacar que o fato de estarem em atribuições tidas como “de retaguarda”, são através destes profissionais e da facilidade de circulação e acesso destes, que muitas das nossas usuárias e usuários recorrem na construção de vínculos importantes para continuidade do cuidado. E que por isto, tais trabalhadoras(es) necessitam participar das discussões de caso e equipe, para colaborarem e tomarem conhecimento necessário para as intervenções necessárias para o suporte.

Pensando na construção do cuidado para as usuárias e usuários que procuram os serviços de saúde mental, bem como, em garantir o número de profissionais em quantitativo suficiente, recomenda-se que os serviços da RAPS/PB





em consonância com a Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, procurem atualizar com regularidade o quadro de profissionais, levando em consideração as especificações apresentadas na portaria, o quantitativo de pessoas assistidas pelo serviço e o crescimento populacional da região na qual está localizado, visando a manutenção e ampliação dos atendimentos, potencializando a estrutura de assistência, um dos pilares da reforma psiquiátrica do Brasil.

## **9 Considerações Finais**

Os dados apresentados e analisados nos ajudam a pensar quais as estratégias de cuidado têm sido aplicadas nos últimos anos nos serviços da RAPS PB e quais aspectos ainda estamos aprimorando e construindo. Muitas outras reflexões e análises podem ser realizadas a partir dos recortes feitos com estas informações. A política abraçada na constituição de uma rede parte do princípio de que esta consiga minimamente dialogar dentro dos serviços, e que transcenda estes espaços físicos e institucionais, dialogando também com outros serviços e outras áreas de atenção e cuidado, e este é nosso maior desafio. Porque dialogar requer escuta. E a escuta suscita saída de lugares de saberes absolutos, de imposições e de abusos de poder. Algo extremamente ligado à história de violações e violências relacionadas à loucura.

Na RAPS, a clínica amplia suas técnicas e cuidados, que superam a própria concepção psíquica e social. São novos fazeres e saberes que se integram nessa dinâmica se atrelam no intuito de acolher o ser humano e seu modo de ser, atrelado às suas condições de vida, seus excessos e carências. A clínica se transformou em cuidado. Cuidado que parte da melhor forma de compreendê-lo e acompanhá-lo.

Monitorar neste âmbito assume característica maior que a simples ação de compartilhar informações. Ao defender uma política de cuidado aberto e comunitário, esse compartilhamento assume também a lógica que deve superar o modelo manicomial. As informações que devem circular neste espaço são necessárias ao coletivo que lida com singularidades, com vulnerabilidades e precisa mapear e minimizar riscos e danos. Compor esta rede é comprometer-se com a atenção, o



cuidado, a reinserção e a responsabilidade pela produção de registros e memórias sobre estes aspectos.

O Instrumento de Monitoramento de Dados Epidemiológicos da Paraíba tem assumido uma forma dinâmica nos últimos anos para impulsionar a rede e movimentá-la para ocupar outros modos de manejo e de conhecimento das pessoas que são atendidas em seus serviços. Muitos serviços já conseguem acompanhar bem esse movimento de responsabilização sobre o cuidar. Porém, outros serviços ainda se colocam na resistência, minimizando a importância da participação das informações. Um serviço que não está acessível, neste caso, corre o risco de constituir-se num fazer obsoleto, rígido e desumano. Isso é tão evidente, que a quebra no contato e na troca de informações demarca conseqüente problemas de gestão, de técnica ou de estrutura nestes serviços.

Construir, armazenar e compartilhar dados possibilita à RAPS/PB entender onde e como estamos produzindo saúde mental e qual rumo desejamos seguir na Paraíba. Garantir a continuidade do projeto institucional está inteiramente ligada a preservação do processo de cuidado voltado às condições e realidades de cada usuária e usuário atendidos. São estes que devem ser nossa principal fonte de mobilização e aperfeiçoamento, pois o saber e o fazer em saúde mental são aspectos que ligados ao sujeito humano, necessita estar em constante redescoberta e criatividade.

Assim, faz-se necessário dinamizar iniciativas que qualificam o cuidado ofertado, quanto à formação e consolidação de Grupos Condutores e Colegiados de Gestores Regionais; quanto à Educação Permanente para as equipes RAPS; quanto à garantia de momentos de Supervisão Institucional dos serviços especializados; favorecendo ao avanço da implantação dos Planos Regionais, da Articulação das Redes Intersetoriais, da Gestão Compartilhada e Participativa; da construção coletiva e democrática com a Associação de Usuários e Familiares, com o Controle Social e os Movimentos Sociais, entre outras iniciativas. Ressaltando que a construção de novos caminhos segue as trilhas daquilo que conseguimos visualizar enquanto potencialidades/dificuldades de cada território.

Reconhecer a importância dessa dinâmica fortalece não somente o espaço de vinculação das pessoas que recorrem à RAPS cotidianamente, mas reforça



também o comprometimento com a universalidade, a integralidade e a equidade do próprio Sistema Único de Saúde – SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Garamond Universitária, 2005.

BASTOS F. I.; BERTONI N. (organizadores). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira. 2017. Divulgado por The Intercept Brasil, 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_20\\_02.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_20_02.html). Acesso em: 15 de Julho de 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Publicação OMS: 2012 – QualityRights. Tradução para português brasileiro e adaptação cultural: 2013 – 2015. Teste de validação da tradução e adaptação cultural: Porto Alegre, nov/2014. Publicação Brasil (Min. Saúde): 2015 – Direito e Qualidade.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020 – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 34 p. : il. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>> Acesso em: 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em:



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10pb.def>. Acesso em: 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10pb.def>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)> Acesso em: 05 out. 2019.

CAMPOS, Luiz Augusto. O pardo como dilema político. Insight Inteligência, Rio de Janeiro, p.80-91, dez. 2013. Trimestral. Disponível em: <<http://gema.iesp.uerj.br/wp-content/uploads/2018/03/O-pardo-como-dilema-pol%C3%ADtico.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

CERQUEIRA CORREIA, L. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CERQUEIRA CORREIA, L.; GOUVEIA PASSOS, R. (Coord.). DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: LIMITES E POSSIBILIDADES. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 79-107.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. CARTILHA DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Um Caminho para a Inclusão Social. Editora: Imprensa. João Pessoa/PB. 2019.

ELBREDER, Márcia Fonsietal . Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008 .  
Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100003&lng=en&nrm=iso)>. accesson 08 Dec. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100003>.

FEDERAL, Caixa Econômica. O que é o Bolsa Família. 2019. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciência, cuidado e saúde, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA. NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2019. Disponível em: <<https://extranet.mppb.mp.br/files/redmine/56616-498f7906c81a7c1ceef1a1b5d34e6e58->

Nota\_T%C3%A9cnica\_Preven%C3%A7%C3%A3o\_ao\_suic%C3%ADdio\_-\_assinada.pdf> Acesso em: 06 out. 2019.

OPAS/OMS. Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça. Brasília: OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=guia-prioridades-transversais-2018-final2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=guia-prioridades-transversais-2018-final2&Itemid=965)> Acesso em 13 out. 2019.

PARAÍBA, Tribunal de Justiça da. Plano Estadual de Atenção da Pessoa em Sofrimento Mental e em Conflito com a Lei começa a ser criado. 2019. Disponível em: <<https://www.tjpb.jus.br/noticia/plano-estadual-de-atencao-da-pessoa-em-sofrimento-mental-e-em-conflito-com-a-lei-comeca-a->>. Acesso em: 08 dez. 2019.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia (orgs.). Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Autobiografia, 2017.

SABÓIA, Evandro Finardi. Identidade e cultura: reflexões sobre auto identificação racial no Brasil. Produções Dos/as Participantes do Curso Educação, Relações Raciais e Direitos Humanos, Ação Educativa, p.1-11, 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. Relatório disponibilizado pela área técnica da população negra e povos tradicionais da SES/PB. 2019.

SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento. PRODUÇÃO JORNALÍSTICA SOBRE MULHERES NEGRAS E POBRES QUE USAM DROGAS ILÍCITAS EM RECIFE/PE: esse corpo de lama que tu vê. 2018. 180 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33919/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Adelle%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20do%20Nascimento%20Souza.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

WEBSITE. Região Nordeste. 2019. Disponível em: <<https://www.estadosecapitaisdobrasil.com/regiao/nordeste/>>. Acesso em: 08 dez. 2019.



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado