



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROSEANE ROCHA ARAÚJO

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma cartografia.

SOBRAL

2019

ROSEANE ROCHA ARAÚJO

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma cartografia.

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

SOBRAL

2019

ROSEANE ROCHA ARAÚJO

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma cartografia.

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio.

Aprovada em: 29 / 11 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Orientador

Prof.^a Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinador 1

Prof.^a Dra. Roberlândia Evangelista Lopes Ávila
Centro Universitário UNINTA
Examinador 2

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A691s Araújo, Roseane Rocha.
Saúde Mental na Atenção Primária: uma cartografia / Roseane Rocha Araújo. – 2019.
109 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio .
1. Atenção Primária. 2. Saúde Mental. 3. Cartografia. 4. Atenção Psicossocial. I. Título.
- CDD 610
-

AGRADECIMENTOS

À minha amada filha Heloísa por todos os dias
me fazer perceber a força singela do amor no seu sorriso.

Ao Luiz, meu marido e companheiro que dividiu comigo este percurso
e suas intensidades, pelo apoio e paciência.

Aos meus pais José e Rosemary, pelas transmissões mais fundamentais.

Aos meus irmãos queridos e amados Rosângela, Rildson e Roselane pelo carinho e motivação

Ao meu avô Eli por sempre se orgulhar de mim e me incentivar a conquistar os meus sonhos.

À minha avó Margarida pela leveza e alegria da convivência diária.

Aos meus amigos por terem dividido experiências teóricas e
práticas que me trouxeram até aqui, por terem me estimulado ao
pensamento crítico e ao seu direcionamento acadêmico, e por terem
dividido as pausas.

Ao professor Percy Antônio Galimbertti Catanio pelos ensinamentos, pela interlocução
e incentivo.

Aos que fazem saúde.

RESUMO

A reestruturação no modelo de assistência em saúde mental, após os movimentos de Reforma Psiquiátrica tem a desinstitucionalização como proposta de cuidado e principal estratégia para a Reabilitação Psicossocial e a reinserção social dos usuários de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos. Este estudo tem natureza qualitativa, que teve como objetivo cartografar o cuidado às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental prestado na Estratégia Saúde da Família de no município de Sobral. Os referenciais teóricos utilizados neste processo são aqueles que embasam as discussões para a organização da Atenção Psicossocial expressas pela Reforma Psiquiátrica e os princípios e experiências de desinstitucionalização, o cuidado trazido por Emerson Merhy, autor que dá subsídios para a temática proposta, como também a reabilitação psicossocial pertinente à Saraceno. A cartografia como método, viabilizou o acompanhamento dos movimentos e percursos do cuidado em saúde mental, as forças que movem as ações que impulsionam a articulação da Rede de Saúde. Os dados primários foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais da rede de saúde de Sobral - Ce, entrevistas semiestruturadas realizadas com gerentes e técnicos de nível superior que realizam cuidados em saúde mental e através de visitas para observação participante e em ações de saúde mental ofertadas nos Centros de Saúde da Família durante período de setembro e outubro de 2019. Os resultados apontaram para a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, devido os entraves políticos vivenciado na atual conjuntura brasileira. Os sujeitos do estudo revelaram sentimento de impotência, angústia como também de despreparo da Atenção Primária no manejo dos casos de saúde mental, enfatizaram entraves para efetivação do vínculo, da efetividade da articulação da rede de saúde no cotidiano. A discussão sobre saúde mental e sua efetivação na Atenção Primária ainda permanece como uma aspiração, precisa ser fortalecida e efetiva em suas práticas de Saúde Mental.

Palavras-chave: Atenção Primária. Saúde Mental. Cartografia. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The restructuring of the mental health care model, after the Psychiatric Reform movements, has deinstitutionalization as the care proposal and main strategy for Psychosocial Rehabilitation and the social reintegration of users in an integrated way with the cultural environment and the community in which they are inserted. This study has a qualitative nature, which aimed to map the care for people in distress or with mental disorders provided in the Family Health Strategy in the municipality of Sobral. The theoretical references used in this process are those that support the discussions for the organization of Psychosocial Care expressed by the Psychiatric Reform and the principles and experiences of deinstitutionalization, the care brought by Emerson Merhy, an author who provides subsidies for the proposed theme, as well as rehabilitation psychosocial relevance to Saraceno. Cartography as a method made it possible to monitor the movements and paths of mental health care, the forces that drive the actions that drive the articulation of the Health Network. The primary data were obtained through semi-structured interviews with professionals in the health network. de Sobral - Ce, semi-structured interviews with managers and technicians with higher education who perform mental health care and through visits for participant observation and in mental health actions offered at Family Health Centers during the period from September to October 2019. The results pointed to the need to strengthen the Psychosocial Care Network, due to the political obstacles experienced in the current Brazilian situation. The study subjects revealed a feeling of helplessness, anguish as well as unpreparedness of Primary Care in the management of mental health cases, emphasized obstacles to the effectiveness of the bond, the effectiveness of the articulation of the health network in daily life. The discussion on mental health and its effectiveness in Primary Care still remains an aspiration, needs to be strengthened and effective in its Mental Health practices.

Keywords: Primary Care. Mental health. Cartography. Psychosocial Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Cuidado em Saúde Mental em Sobral - Ce

78

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Apoio Matricial no CSF do bairro Terrenos Novos.

70

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde
AB - Atenção Básica
AM – Apoio Matricial
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CSF - Centro de Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MLA - Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF - Programa de Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAISM - Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UIPHG - Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	12
1.1 Encontro com o objeto	12
1.2 Apresentação	13
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Trajetória da Reforma Psiquiátrica	20
3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	23
3.3 Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil e a superação da hegemonia de exclusão	30
3.4 A consolidação da Reforma Psiquiátrica no Ceará e em Sobral	33
3.5 Saúde Mental e Atenção Primária: uma articulação necessária.	37
3.6 A Gestão do cuidado em saúde mental na APS	44
3.7 Contrarreforma da Saúde Mental no Brasil	49
3.8 Cartografia como percurso metodológico	55
4. METODOLOGIA	57
4.1 Caracterização do Estudo	57
4.3 Participantes da pesquisa	59
4.4 Coleta dos dados	61
4.5 Análise dos Dados	63
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	64
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 Cartografias do cotidiano de cuidado.	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
7. REFERÊNCIAS	81
8. APÊNDICES E ANEXOS	90
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	90
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	94
- GESTORES	94

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	98
APÊNDICE D- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES	99
APÊNDICE E -- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS	100
APÊNDICE F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	101
ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETÁRIA DA SAÚDE DA PREFEITURA DE SOBRAL	102
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	104

1. INTRODUÇÃO

1.1 Encontro com o objeto

Para compreendermos o contexto atual e a necessidade de continuidade de lutas e reflexões acerca da política de saúde mental, iremos apresentar caminhos percorridos, conquistas e dissabores, que tem influenciado o campo da atenção psicossocial e meu olhar profissional, trazendo ressonâncias que me deslocam de um universo a outro, quando saio do cotidiano e me transfiro ao campo acadêmico que me possibilita uma ruptura do fazer naturalizado e ganhar um novo encantamento.

Sou graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e em Serviço Social pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada no município de Sobral Ceará onde nasci e resido. Durante o percurso acadêmico em serviço social fiz estágio curricular no CAPS AD dispositivo de saúde pertencente à Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) onde pude desenvolver atividades discentes sob a supervisão de preceptora trabalhadora do serviço de saúde descrito. Ao final da graduação desenvolvi a pesquisa de conclusão de curso no campo da saúde mental, onde me aproximei ainda mais da política e organização da rede de saúde mental do município de Sobral.

No ano de 2009, comecei a trabalhar na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental como assistente administrativo, apesar de não estar prestando assistência aos usuários do serviço pude compreender a riqueza da atenção psicossocial. Ao concluir a graduação de serviço social em 2013, minha primeira experiência profissional como assistente social foi como gerente do CAPS Damião Ximenes Lopes em Sobral após processo seletivo, onde permaneço há cinco anos.

O percurso na gestão de um serviço de saúde mental me proporcionou uma inquietação à superlotação do CAPS devido grande número de usuários com transtornos leves, o apoio matricial centrado no médico, conhecida como preceptoria de psiquiatria e a ambulatorização do CAPS. O interesse na efetivação da atenção psicossocial e da desinstitucionalização, durante as reuniões de equipe, iniciou um processo de organização do Apoio Matricial e organização dos

profissionais em equipes de referência em prol das melhorias das condições de cuidado em saúde mental no município de Sobral - CE.

A saúde mental e a rede de atenção psicossocial é parte integrante do cotidiano de atuação da pesquisadora, experiências que proporcionam diversos questionamentos, impulsionando a busca constante por caminhos que efetivem a política de saúde na direção de atendimentos humanizados, qualificados, organizados e planejados.

Minhas primeiras inquietações acerca do cuidado em saúde mental, se deram a partir da minha inserção como trabalhadora da rede de saúde mental do município de Sobral, o exercício da prática política e profissional ofertado no município de Sobral -Ce ao cuidado em saúde mental em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica, com a garantia de direitos às pessoas com transtornos mentais, com a complexidade da produção de mudanças, inclusive em relação ao que seriam efetivamente mudanças ou não, a convivência com as divergências e diferenças no interior de processos de luta política, as dinâmicas institucionais e produção de governabilidade nas práticas de cuidado.

As motivações que impulsionaram a produção desta pesquisa, portanto, são inseparáveis da minha própria vivência profissional, dos meus posicionamentos políticos, do meu modo de habitar e transformar mundo. Dessa forma, o esforço pela apropriação do objeto de estudo opera-se pela elaboração teórica sustentada pela prática, procurando colaborar na construção e implantação da Atenção Psicossocial, bem como no reordenamento da rede de saúde, qualificação da atenção básica e o seu significado para os profissionais que contribuem cotidianamente para efetivação do SUS. Não há dúvidas de que as políticas públicas, os movimentos ideológicos e sociais, tem influenciado o campo social da saúde, trazendo uma reflexão para a necessidade de uma transformação do saber e do fazer em saúde mental.

1.2 Apresentação

Apesar da intensificação dos estudos sobre a temática da Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica¹ e a Atenção Psicossocial, percebe-se que existem pontos que demandam

¹ O termo reforma tem significado historicamente, proposições inovadoras e que visam a melhoria das condições de vida e de trabalho das classes trabalhadoras.

aprofundamento. Por exemplo, em relação às práticas de cuidado na Atenção Primária como também como acontece a articulação da Rede de Atenção à Saúde entre os níveis de atenção.

É na perspectiva da garantia de direitos, de igualdade e cidadania que a Reforma psiquiátrica foi pautada, opondo-se à lógica hospitalocêntrica dos manicômios, que foram inicialmente implementados por uma lógica higienista das cidades, que segrega os indivíduos com transtornos mentais do convívio social e familiar, praticando internações por longos períodos. Os manicômios, segundo Barros (2011), tinha como forma predominante de tratamento caráter extremamente excludente, capaz de intensificar ainda mais o sofrimento mental vivenciado pelas pessoas internadas nesses estabelecimentos, ocasionando perdas de direitos de cidadania e prejuízos mais diversos aspectos de suas vidas.

Essas reconfigurações históricas ressaltam mudanças na concepção do processo saúde-adoecimento, no modelo técnico-assistencial às pessoas com transtornos mentais, que se organizaram desde a Reforma Psiquiátrica e posteriormente sustentada pelas práticas profissionais e pelos dispositivos substitutivos aos manicômios.

As práticas assistenciais no campo da saúde mental de lógica manicomial, podem ser compreendida a partir de Foucault (2016) quando o mesmo discute a categoria *saber*; como um modo de saber dominado, conceituada como uma série de saberes que foram desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados. Assim, no campo de atenção à Saúde Mental ocorreram transformações conceituais e operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado na referência hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. A incorporação de ações e de saúde mental na Atenção Básica, contribuiu para avançar este novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os clientes do SUS (BRASIL, 2004).

Segundo Amarante (2007), para que haja uma real modificação da atenção em saúde mental, não basta apenas criar serviços substitutivos, mas é imprescindível que mudanças ocorram também em relação conceitos construídos sobre a doença mental. Costa-Rosa e Yasui (2009) alertam para a evolução da indústria químico farmacêutica e da globalização da lógica da sociedade de consumo, que vem naturalizando as respostas instantâneas de suprimentos, inclusive medicamentosos, para as demandas dessa psiquiatria da “medicalização”.

De imediato cabe lembrar alguns princípios da ética do modo psicossocial: desospitalizar e desmedicalizar, ou seja a superação radical, das novas formas em que se fortaleceu a lógica do manicômio. Costa-Rosa e Yasui (2009) denominam como “manicômio químico”, sendo a forma mais sofisticada dessa lógica: exclusão sem reclusão, com inclusão (como se diz na comunidade e na família). Deste modo é possível perceber que não se trata apenas de destituir o hospital psiquiátrico como forma de desmedicalização e de substituir tratamentos. É preciso desconstruir o modelo obsoleto, enraizado na segregação social da pessoa com transtorno mental em espaços de violência que impossibilitam o exercício da autonomia e suprimem qualquer possibilidade de reconstituição de subjetividade. Sendo necessário apontar para os profissionais de saúde que atuem no campo da saúde mental a importância de práticas e de promoção e prevenção à saúde.

Segundo Costa-Rosa (2000), as práticas em saúde mental estão divididas em duas esferas: a político-ideológica e a teórico-técnica, indissociáveis em sua inter relação, mas distintas em sua especificidade. De acordo com esta designação dos dois modos básicos das práticas em saúde mental no contexto atual: modo asilar e modo psicossocial, partindo do pressuposto que só é possível considerar dois modelos de atuação no campo da saúde mental caso são alternativos e contraditórios, estes dois modelos de atenção serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares.

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo 'hospitalocêntrico' e 'médico-centrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário' que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção. (COSTA-ROSA, 2000, p.145)

Assim, ao problematizar a atenção psicossocial, é importante mapear os novos riscos trazidos no seu bojo não visa inviabilizá-la, jogá-la na vala comum das antigas práticas psiquiátricas que a tornaria equivalente ao asilo. Trata-se antes de tudo de uma tentativa de

reforçá-la, de retomar a sua força crítica; pensá-la não como um processo acabado que devemos nos regozijar e comemorar. Porém, que qualquer comemoração só é válida no alerta constante dos seus novos riscos. Ou mesmo nos antigos, como na reabilitação dos mecanismos asilares no bojo dos seus dispositivos. É isso que intentamos levantar em relação a um dispositivo específico bastante presente: a reabilitação psicossocial.

Realça-se nesse cenário a reabilitação psicossocial que, para Segundo Saraceno (2001), a Reabilitação Psicossocial é um processo, para a efetivação da cidadania, com vistas a melhorar o poder de contratualidade das pessoas nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Para Saraceno (2009), o conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas limitações e deficiências, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Para que esta reabilitação aconteça de fato, é importante a reinserção da pessoa na sociedade.

A escolha do objeto deste estudo parte do pressuposto de que teoria e prática são articuladas, capazes de contribuir no diálogo entre saúde mental e atenção básica e que a atenção s práticas assistenciais e a gestão do cuidado, escolhidas como eixos centrais de análise, portam concepções teóricas. Esta articulação se faz presente na própria definição que Soalheiro e Martins (2017) fazem das práticas assistenciais como atos de trabalho em que instrumentos e meios são utilizados sobre um objeto e orientados a um fim.

Considerando a importância da articulação entre atenção básica e saúde mental, para a garantia de uma atenção efetiva pela Atenção Primária à Saúde (APS), Soalheiro e Martins (2017) apontam que as equipes da atenção básica têm necessidade de uma suporte técnico para realizar o cuidado em saúde mental. No estudo nos debruçarmos acerca da atenção psicossocial na atenção básica, por entendermos a importância de aprofundar a discussão sobre as estratégias utilizadas na APS para o cuidado em saúde mental.

Destaca-se que além do levantamento de um conjunto de ações, nos parece necessário avançar numa discussão que abarque a relação entre estas práticas na operação do cuidado, e também compreender a articulação da Rede de Atenção à Saúde com as concepções que fundamentam a atuação e o cuidado em saúde mental. O trabalho em rede visa a atender as demandas de saúde mental dos usuários e de suas famílias, partindo de uma concepção ampliada

da complexidade do cuidado em saúde, focado em aspectos relacionados à qualidade de vida e acesso aos bens e serviços essenciais para a promoção de uma vida saudável (Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO, 2017).

Em dezembro de 2011 foi instituído pela portaria nº 3088/11 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria tem como objetivo específico promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia (BRASIL, 2011).

Frente a este cenário, as Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007). De acordo com Saraceno (2009), a reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias que aumenta a capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais e afetivas nos espaços comunitários: em casa, no trabalho e no tecido social. Assim é pertinente que todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial podem e devem realizar estas ações.

Segundo Dimenstein (2009), essa articulação é uma estratégia para tentar modificar os processos de trabalhos institucionalizados, para que estes não sejam fragmentados e parciais, pois na atenção básica, em especial através da atuação da ESF é onde ocorrem de modo mais próximo da comunidade a criação de vínculos de confiança e isto é um dos requisitos para um efetivo trabalho de desinstitucionalização da loucura. Na atual conjuntura de retrocesso na Política de Saúde Mental e desmonte da Reforma Psiquiátrica Brasileira, espero, com esta pesquisa, poder contribuir para o fortalecimento das ações profissionais no campo do cuidado contemplado nos moldes da Reforma Psiquiátrica e nas políticas de saúde mental vigentes na Atenção Básica.

Nesta perspectiva de conhecer como se dá a articulação em rede para proporcionar o cuidado em saúde mental, a pesquisa em construção apresenta-se com o objetivo de cartografar o cuidado em saúde mental na atenção básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF). A pretensão de fato é analisar os movimentos, os percursos, de quem tem que lidar profissionalmente e no nível de suas afetações, com uma demanda atravessada pelas más

condições de vida que atinge diretamente a saúde dos usuários, isto é, a falta de emprego, pobreza e fome, violência, tráfico de drogas, moradias precárias. Cartografar também é um desafio, pois implica acompanhar um percurso e não estudar um objeto. É um processo que vai tomando forma, desenhando uma rede, que neste estudo é a rede do cuidado que pretendo desvelar.

A cartografia é um método ímpar para este estudo uma vez que a Reforma Psiquiátrica também está em processo, ou seja, em curso. Desta maneira, este estudo visa refletir sobre esses processos de cuidado desenvolvidos com os usuários com transtornos psíquicos na Estratégia Saúde da Família, a partir do momento que a atenção básica é considerada como um espaço privilegiado para o trabalho, com acolhimento das necessidades e cuidado da demanda de saúde mental com intervenções que rompam com o modelo manicomial e segregador. Isso implica em intensas transformações nos ambientes produtores de saúde.

Justifica-se ainda a relevância de realizar esse estudo, pelo fato de que a inserção da saúde mental na atenção básica é uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, necessária e urgente, para a produção de um trabalho dentro do princípio da integralidade e com modos de trabalho que rompam com as relações de desigualdade, estigma e tutela.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Cartografar o cuidado às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental prestado na Estratégia Saúde da Família no município de Sobral- Ce.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever as articulações entre APS e CAPS para desenvolver o cuidado em saúde mental.
2. Conhecer os elementos que constituem o cuidado em saúde mental na APS-CAPS.
3. Identificar as práticas de cuidado em saúde mental ofertadas na APS, cartografando os proponentes, público-alvo e funcionamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Trajetória da Reforma Psiquiátrica

É relevante o exercício de reconstituição do percurso da reforma psiquiátrica a partir da apreensão histórica da exclusão social da loucura, a construção/ desconstrução do manicômio, o modelo asilar, espaço de exclusão dos diferentes, modelo totalmente obsoleto e desumano.

Conhecido por alguns, como o “século dos manicômios”, como denominam Nunes, Machado e Bellini (2003) o século XIX abriu passagem para o século XX com a herança das práticas de exclusão, no que dizia respeito ao trato das enfermidades da mente. Essas práticas aconteciam nos hospitais psiquiátricos e nos leprosários, criando conhecimentos, profissões e instituições que permanecem até este início de século XXI.

Os hospitais psiquiátricos surgem dentro desta lógica de segregação e limpeza e como ressalta Michel Foucault (1978) em seu livro intitulado *A História da Loucura na Idade Clássica*, é no século XVII que estas instituições passaram a exercer uma função social e disciplinar, ao receberem delinquentes e mendigos. Eram grandes instituições com centenas de internos amontoados nos pavilhões e pátios, o autor refere-se a estas instituições asilares como “A Grande Internação”.

Segundo Daud Júnior apud. Nunes, Machado e Bellini (2003), o saber médico é instrumentalizado a fim de instituir uma certa organização, diante do processo de urbanização, buscando algo compatível com o desenvolvimento mercantil, que traz consigo a necessidade de disciplinarização/controle da sociedade.

Assim, a conduta médica de confinamento da loucura se inscreve como forma de regular os conflitos sociais e sanear o ambiente, essa lógica higienista que é vivenciada até a Reforma psiquiátrica. Esse cuidado pautado nos conceitos higienistas e o preconceito acerca da hereditariedade do transtorno mental, perpassam pelas práticas profissionais, intervindo, dessa forma, sobre o corpo do “desviante”, como vêm a chamar o autor, pois era inadequado às necessidades de acumulação de capital, e acabava por segregar as pessoas com transtornos

mentais do contexto social e segregando-o, confinando-o a fim de tratá-lo. Para esse autor, a “disciplinarização é maternidade da normatização, irmão mais velho da institucionalização e a paternidade é capitalista” (Daud Júnior apud. Nunes, Machado e Bellini 2003, p. 227).

“Tratavam” os indivíduos como se fossem culpados por sua situação, Goffman (1992) ressalta a importância de como era visto o serviço destas instituições pela sociedade onde seguia a perspectiva higienista com o propósito de “manter os padrões da comunidade”. Por muitos anos, a pessoa com diagnóstico de doença mental foi tratada em instituições que tinham como princípio terapêutico fundamental o isolamento, mesmo através de uma hospitalização involuntária, onde a única exigência legal era o certificado de um médico.

Um problema na aplicabilidade do modelo de serviço à psiquiatria institucional decorre do fato de que parte do mandato oficial do hospital psiquiátrico público é proteger a comunidade do perigo e dos aborrecimentos de certos tipos de má conduta. Nos termos da lei e das pressões públicas a que o hospital psiquiátrico está sujeito, essa função de “custódia” tem uma importância básica. (Goffman, 1992, p. 286)

Diante desta responsabilização do Estado por estes indivíduos com transtorno mental a partir da internação nos manicômios, como também da omissão dos familiares e da comunidade, é possível perceber que este sujeito não tem sequer o direito de contestar sua internação, já que é o laudo médico o instrumento capaz de abrir as portas destas instituições psiquiátricas.

Somente no advento da Revolução Francesa e todo o contexto vivenciado naquele período, alguns hospitais psiquiátricos são reformados sob a égide do lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, então, dentro da perspectiva que todos seres humanos possuem os mesmos direitos de igualdade é que os objetivos destas práticas são salientadas por Lancetti & Amarante (2012) com o propósito de sanear o aspecto insalubre e de superar a natureza de violência e exclusão social que tais instituições representavam.

Nesse período num destes hospitais foi que Philippe Pinel² começou a operar um processo de transformação que deu origem à psiquiatria, alterando o manicômio em espaço de instituição médica e não mais instituição filantrópica posteriormente conhecido como pai da psiquiatria. Para Pinel, e sua proposta de abordagem, somente os doentes mentais deveriam estar internados, pois

² Este foi intitulado pai da Psiquiatria, pois instituiu a loucura como saber específico do médico psiquiatra.

até então mendigos e leprosos eram confinados nos manicômios, classificando os internos de acordo com os tipos de enfermidades desse modo como salienta Castel apud. Amarante (1995), ordenando o espaço a partir das diversas “espécies” de alienados³ existentes, redefinindo a proposta hospitalocêntrica, termo, utilizado pelo mesmo como ressalta Amarante & Lancetti (2012), ou seja, mendigos e leprosos não ficariam mais em manicômios, sendo um espaço exclusivo para o cuidado dos doentes mentais, assim chamados neste período.

Neste contexto de reorganização do hospital psiquiátrico e a implementação do modelo criado por Pinel, apesar das mudanças este, não foi verdadeiramente um lugar de tratamento e de cuidado das pessoas com sofrimento mental, pois logo houve denúncias de maus-tratos, de violências, de violação dos direitos humanos dos internos e esses usuários ainda continuavam trancafiados em uma instituição e segregados do mundo.

A psiquiatria foi inventada e instituída há cerca de 200 anos, com o objetivo de intervir ao problema da loucura, e ainda atualmente, na maioria dos casos, a intervenção a partir da internação têm sido a resposta a esta problemática, até mesmo solicitada pela família que não sabe como agir no momento de “crise” ou agravamento do quadro psiquiátrico, ou seja, a prática pouco difere das práticas anteriores à sua fundação.

Diante destes fatos e o reconhecimento da complexidade do fenômeno do sofrimento psíquico, e todas as implicações na vida dos sujeitos devido ao tratamento oferecido, as críticas ao hospital psiquiátrico criam um desconforto em relação aos saberes instituídos e as abordagens aos usuários com a proposta de tratamento, impôs a necessidade da desconstrução da lógica de tratamento vigente, reconstrução e construção de novos saberes em saúde mental e formas de cuidado a esses usuários.

A fuga dessa imposição de tratamento, digo imposição porque era a única existente, designa proposições de Goffman (1992), Foucault (1978) e Basaglia, representa uma lógica política de mortificação do eu, de totalização institucional, de exclusão e violência.

Assim, houve várias propostas de mudanças do modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, que diz respeito às reformas psiquiátricas. E a dinâmica hospitalocêntrica, a valorização do sintoma, a perspectiva da doença, a centralidade na figura do médico são colocados em questão e um

³ Assim eram consideradas as pessoas com transtorno mental no século XVIII.

novo paradigma se coloca como uma possibilidade de “reinvenção da saúde”: o da desinstitucionalização, onde o Movimento Italiano serviu de inspiração para essa proposta.

Em Trieste foi desenvolvida uma experiência original e transformadora do modelo assistencial psiquiátrico, rompendo com os paradigmas da institucionalização da loucura. Assim, aconteceu o fechamento do hospital psiquiátrico e a substituição por serviços territoriais, na nova proposta de tratamento de Basaglia, aquele indivíduo deixaria de ser paciente visto apenas pela ótica do transtorno, para ser entendido como usuário e sujeito em sua totalidade, pois estes já não eram vistos como doentes, mas cidadãos que utilizam um serviço público (Amarante, 1994). Com o fechamento dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais, a pessoa com sofrimento psíquico passou a habitar a cidade e também se apropriar dos espaços que até então lhes eram negados, como família, lazer, cultura...

3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Fazer uma investigação teórica acerca de alguns aspectos históricos para uma melhor compreensão dos atores envolvidos na luta para a implementação de Serviços substitutivos aos manicômios, idealizados pela Reforma psiquiátrica no Brasil e no restante do mundo como já foi discutido. Para tanto é necessário analisar os principais documentos produzidos a esse respeito, tanto de fontes primárias como de secundárias, a fim de propor uma análise cronológica dos eventos na trajetória desse processo de reforma.

O Brasil também conta com uma trajetória não muito diferente no que se refere ao tratamento dos transtornos mentais, Lancetti e Amarante (2012), referem que no Brasil foram construídos hospitais estatais e federais em todas as grandes capitais, muitos filantrópicos. Como já ressaltado a trajetória da psiquiatria e das práticas terapêuticas em Saúde Mental no Brasil não foi nada diferente, pois a psiquiatria centralizava o cuidado e as normalizações das ações e já os manicômios eram vistos como “uma máquina de dinheiro” para os cofres públicos como ressalta, Galimberti (21, 1998).

Na década de 60, houve uma proliferação muito grande de hospitais, e um enorme crescimento do número de leitos hospitalares no país, de maneira geral. Isto aconteceu devido ao incentivo oficial, pois a política federal de saúde, patrocinou e financiou a construção de grandes empreendimentos hospitalares, liberando verbas a juros subsidiados e prazos prolongados. No caso dos hospitais psiquiátricos que foram construídos, a política assistencial hospitalocêntrica, garantia a lotação completa, desde o primeiro momento, credenciados pelo poder público, para atender os conveniados do INPS na época, e hoje qualquer pessoa pelo SUS.

Nas décadas de 60, 70 e 80, estes hospitais foram financiados pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), tornando-se um negócio promissor e rentável, pois internaram centenas ou até milhares de pacientes com pouquíssimos funcionários e péssimas condições sanitárias.

Assim, é de fundamental relevância ressaltar os atores sociais da reforma psiquiátrica nas décadas de 1970 e 1980 que vêm constituindo um campo de ações e lutas sociais, como ilustram Lüchmann & Rodrigues (2007), quais sejam:

... o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, hoje MLA, por se constituírem em um sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação de práticas transformadoras, na fundação de uma reflexão profunda e crítica ao modelo da psiquiatria, fazendo surgir, desta forma, uma nova política de saúde mental; a Associação Brasileira de Psiquiatria, por esta entidade está preocupada com aspectos de aprimoramento científico no campo da psiquiatria; o setor privado, representado pela Federação Brasileira de Hospitais, que disputa verbas da previdência social; a indústria farmacêutica, que divulga a ideologia do medicamento como recurso fundamental, senão único, no tratamento dos transtornos mentais; as associações de usuários e familiares, que deixam de ser objeto de intervenção psiquiátrica para tornarem-se agentes de transformação da realidade. (Lüchmann & Rodrigues, p.404, 2007)

Ainda de acordo com o pensamento de Amarante (2005), a realidade brasileira no cerne da reforma psiquiátrica surge mais concretamente e principalmente a partir da conjuntura de redemocratização no final da década de 70, como bem refere (AMARANTE, 91, 1995) fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de Saúde Mental, mas também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização.

Fruto das mobilizações políticas das décadas de 1970 e 1980, pela conjuntura da redemocratização do Brasil, a área da saúde como um todo vem se reconfigurando através de novos saberes e novas práticas. A política de Saúde Mental, foi construída e pactuada por

diferentes atores sociais desde meados da década de 1980, esta preconiza e almeja profundas transformações da atenção, isto é, no atendimento e no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais.

Na saúde mental a reforma psiquiátrica brasileira ganha representatividade e repercussão segundo Amarante (2009), a partir da década de 1970, e seus pressupostos estão sustentados pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, como já foi citado acima, sobre a desinstitucionalização da clientela e o dismantelamento da estrutura hospitalar-asilar, que aqui chamamos de Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas é maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Somente com a Constituição Federal de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde, os hospitais psiquiátricos começaram a ser criticados do ponto de vista ideológico, político, e sanitário, como ressaltam Lancetti e Amarante (2012). Por um período de 20 anos o Brasil viveu sob regime da ditadura militar (1964 a 1984). Em 1985 elegeu-se um presidente civil no processo de redemocratização e em 1988 o Congresso Nacional promulga a nova Constituição Federal Brasileira. Na Constituição da República Federativa do Brasil no Art. 196, Seção II, a saúde é definida enquanto direito social de todos e dever do Estado, com uma concepção ampliada de saúde e de assistência, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de

doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

No processo de redemocratização da década de 1980, a descentralização tornou-se para a oposição ao regime autoritário, sinônimo de democracia. Foi vista como instrumento de universalização do acesso e de aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais, dentre estes a saúde.

A descentralização da saúde se deu através do SUS, o que implicou realocação da decisão de recursos e funções nos municípios, decorrente de processo de lutas por conquistas tanto políticas quanto institucionais no campo da saúde. Um movimento político, social e ideológico que contou com a participação da elite de profissionais especialistas, desde a década de 1970, foi o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento na transição das décadas 70/80 influenciou diretamente os pressupostos e as premissas políticas do SUS.

Cabendo ressaltar como define Amarante (2007), no que se refere à Reforma Sanitária, um movimento político, social e ideológico que contou com a participação da elite de profissionais especialistas, desde a década de 1970, foi o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento aconteceu na transição das décadas 70/80 influenciando diretamente os pressupostos e as premissas políticas do SUS. Tendo como os principais objetivos da Reforma Sanitária: enfatizar o vínculo entre saúde/doença e sociedade; ampliar a consciência sanitária da população no que diz respeito ao direito à saúde e; à necessidade de se fortalecer o serviço público de saúde de qualidade e acessível a todos.

Diante destes acontecimentos históricos no Brasil, a Reforma Sanitária aconteceu no ciclo das reformas do processo de redemocratização e dentre os resultados favoráveis destaca-se a criação e implementação do SUS, a partir da Constituição de 1988.

Como já foi salientado acima, é a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a saúde como direito fundamental e o dever do Estado de garanti-la, também enfatiza a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do País, ou seja, os processos de

saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens.

Somente em 1989 começou-se a construção de um sistema de saúde mental pela desconstrução do hospital psiquiátrico, depois de várias denúncias de maus tratos e mortes acontecidas no hospício, Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, segundo Lancetti & Amarante (2012), uma legião de profissionais adentrou no hospital para prestar atendimento aos pacientes que se encontravam em situação lamentável de saúde. Logo depois, toda a lógica de funcionamento da unidade de saúde foi modificada, sendo proibido à aplicação de eletrochoques, como também o fechamento das celas.

Com a apropriação da equipe no que se refere ao cuidado, e o trabalho de mobilização da população, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPs, e os usuários foram também atendidos em centros comunitários, sindicatos e igrejas. Esses serviços foram substitutivos aos hospícios.

Outro ponto relevante é a participação efetiva dos representantes dos usuários dos serviços de saúde nos vários espaços de mobilização, como nas Conferências Municipais de Saúde, que foram de extrema importância para a conquista de um novo modelo assistencial.

Segundo Amarante(2007) ressalta que dentre das Conferências Mundiais de Saúde, destaca-se a de Caracas que ocorreu em 14 de Novembro de 1990, pois foi um marco histórico para as políticas públicas de Saúde Mental na América Latina, sendo o Brasil uma ilustração do que foi regulado na Declaração de Caracas. O mesmo documento faz uma censura ao sistema psiquiátrico centrado no modelo hospitalocêntrico-asilar (Brasil, 2004).

A declaração de Caracas aponta para os elevados custos e a ineficácia deste sistema, uma vez que isola o paciente da convivência de seu contexto de referência, e reforça a relação de dependência do portador de transtorno mental com a instituição asilar. É proposto um novo modelo de assistência psiquiátrica que dentre as diretrizes colocadas, destaca a articulação necessária entre atenção primária e os sistemas locais de saúde, centrado na comunidade e dentro de suas redes sociais, ou seja, a relevância da clínica ampliada e ação no território estão postos.

Com a formalização do modelo sanitário, que pressupõe ações integradas de saúde, montam-se equipes multiprofissionais, que visam uma abordagem interdisciplinar. A

interdisciplinaridade propõe o entrelaçamento entre os diversos saberes, ampliando a intervenção, fazendo uma ruptura no modelo de saúde, no qual a pessoa é vista de forma parcelada. Esta nova perspectiva de assistência à saúde abre um amplo horizonte de possibilidades e de enfrentamentos, na busca do exercício da cidadania das pessoas que padecem de sofrimento psíquico.

Uma das primeiras experiências de reforma psiquiátrica aconteceu em São Paulo com a criação dos ambulatórios de Saúde Mental, onde eram oferecidos atendimentos através de consultas e grupos, com o intuito de evitar a internação em hospícios. Já nos Centros de Saúde foram instaladas equipes mínimas composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social destinadas a fazer prevenção em Saúde Mental, mas como salienta Lancetti & Amarante (2012), esses dispositivos de saúde não eram suficientes para dar acolhimento a pacientes graves, somente alguns ambulatórios conseguiam responder de modo adequado e suficiente, como proposta de tratamento e manejo com estes indivíduos.

Diante desse contexto histórico que ressaltou a transformação no que se refere ao cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, foi possível perceber a possibilidade de cuidar de pessoas com sofrimento mental intenso sem se valer dos manicômios.

Amarante & Lancetti (2012) referem que, à medida que se ia desmontando o hospício iam-se criando os NAPs, os Prontos-socorros psiquiátricos, o Núcleo de Trabalho e as cooperativas e a moradia para pacientes crônicos sem contato familiar. Com o advento da Lei 10.216, de abril de 2001, a noção de reinserção do portador de sofrimento mental em seu território tornou-se norteadora das práticas no campo da saúde mental (BRASIL, 2004).

Assim:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL p. 6, 2005)

Assim, durante muito tempo a hospitalização, o enclausuramento, a exclusão e segregação foram as práticas predominantes para lidar com a “loucura”. As pessoas em sofrimento ou transtorno mental eram consideradas “desprovidas” de sua potência produtiva, no período de crescimento e fortalecimento do capitalismo, eram depositadas nos manicômios, onde sofriam com a violação de exercício de sua cidadania. Como já discutido anteriormente, essa situação foi hegemônica até que na década de 80, frente ao contexto de efervescência política e social para a democratização do Brasil, quando inicia o processo de consolidação e reestruturação do modelo assistencial à saúde mental, preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica possibilitou a implantação de uma nova política de saúde, norteadora da transformação do cuidado e planejamento das necessidades psiquiátricas, com um viés desinstitucionalizante, segundo Amarante (1994) a doença passa a estabelecer a sua assistência de acordo com sua evolução. Deste modo modifica-se algumas linhas de cuidado a nível preventivo, setorização da assistência psiquiátrica para que o usuário seja atendido próximo de sua residência, facilitando a mobilidade e redução dos recursos.

Transformações dentro do campo da política brasileira, que propõem também, novas proposições éticas em relação aos efeitos e desdobramentos das ações no campo da Saúde Mental, algumas dessas transformações estão na Constituição Federal e regulamentada em forma de lei como, por exemplo, a participação da população no planejamento, gestão e controle das práticas de atenção, e até mesmo na gestão dos dispositivos institucionais.

Neste sentido a proposta da reforma psiquiátrica é buscar conseguir mudar a ideologia de alienação e exclusão, em direção ao resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais, na perspectiva de garantia de direitos destas pessoas. O nível mínimo de exigências para o funcionamento dos manicômios, e a incapacidade oficial de vistorias e auditorias, propiciou o surgimento de verdadeiros depósitos de seres humanos animalizados, sem mínimas condições de higiene e conforto.

No caso da saúde mental no Brasil, a mudança de concepção e de trabalho em relação a pessoas com transtorno mental, pode ser considerada recente. No passado a loucura já foi entendida como uma ameaça à paz da sociedade e seu tratamento foi um mecanismo de exclusão, de segregação, e punição para os que sofriam com esta doença. As primeiras medidas de

tratamento sempre foram no sentido de “vigiar e punir” os “loucos” (Foucault, 2004) como se esta situação fosse um problema de conduta.

A Reforma psiquiátrica fundamenta-se nos princípios do SUS, como a universalidade, almejado a implementação da rede de atenção psicossocial com o objetivo de desinstitucionalização psiquiátrica, nos manicômios proporcionando a substituição do modelo hospitalocêntrico. A partir dessa ótica, ainda que inicialmente idealizada, são criadas novas abordagens de atuação em saúde mental. Ainda na década de 1980, a luta antimanicomial, que pressupõe uma mudança de direção, na atenção em saúde mental coletiva, determina a criação a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Assim, são estes atores que, com suas ideologias, perspectivas e práticas diferentes constituem um cenário conflitante, de enfrentamento e que conferem o principal campo das tensões na área da saúde mental.

Este movimento tem como foco a desinstitucionalização, implicando em mudança cultural, política, social, ideológica e ética no modo de lidar com o sofrimento psíquico, não se restringe a desospitalização, mas no modo de cuidar e olhar para a pessoa em sofrimento ou com transtorno mental. Para tanto, torna-se imprescindível a ruptura com o modelo manicomial e a criação de novos paradigmas científicos, políticos, e éticos de cuidado. Neste contexto, a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica é o alicerce para tornar possível o cuidado em rede, pois este último é o espaço mais próximo à comunidade local, onde as pessoas vivem (Soalheiro e Martins, 2017).

3.3 Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil e a superação da hegemonia de exclusão.

O cuidado em saúde mental envolve um agir além do campo biológico e médico, implica ações e agentes diversos, um conjunto de multiplicidades que não param de crescer. Envolve dimensões legislativas, sociais, políticas, culturais e individuais (SARACENO, 1995).

para construir e gerir o cuidado, há uma multiplicidade de encontros, saberes, alianças, de ligações e reações. Aposta-se, aqui, nessa construção do cuidado em rede.

Amarante (2007) diz que, a questão de saúde mental, inserida no contexto do SUS, está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Na opinião de Carvalho e Buss (2008), esse é um modelo bastante audaz, não só por prever ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares de forma a alcançar um ótimo nível de qualidade de vida para famílias e grupos, mas também, por seu amplo objetivo, que é o da promoção de saúde integralmente.

O movimento para a desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica tornaram-se possíveis com os serviços substitutivos ao modelo manicomial, os Centros de Atenção Psicossocial, serviços de base comunitária, e sua articulação com os Centros de Saúde da Família para a reconstrução de novos paradigmas teóricos práticos em saúde mental.

Práticas que vão de encontro com o tratamento asilar que se caracterizava pelo isolamento da pessoa da comunidade e desrespeito com os direitos humanos. A política de atenção em saúde mental e atenção em saúde preveem a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a descentralização e o envolvimento da população em relação às suas ações.

A rede psicossocial está conjugada a partir da consistência do seu modo de funcionamento pautado na Atenção psicossocial proposto nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo a diretriz da integralidade determinou a definição da rede como, ações integradas com o CAPS no papel de interlocutor para construção dessa rede social e de cuidados (Brasil, 2011).

Nesse contexto, onde emergem novas formas de assistência à saúde, pautadas principalmente na integralidade dos indivíduos e na promoção de vida, como preconizado pelo SUS, tem-se encontrado várias iniciativas governamentais com essa preocupação. Dimenstein (2006) diz que, essa forma de atenção integral e descentralizada produz muitas vezes uma ação não muito diversificada na rede de atenção à saúde mental e sugere que haja um avanço nos processos de expansão e de articulação na rede básica e substitutiva.

Desse modo Feuerwerker (2014), autoriza-nos, também, a pensar na construção de redes de serviços que possam não ser simples extensão de coberturas das práticas médicas, porque são

práticas que visam outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como são operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias.

Na esfera técnico-assistencial há o conceito de desinstitucionalização que norteia a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída a partir do decreto nº 7.508/2011, que busca oferecer cuidado a partir da articulação de seus dispositivos que compreende equipamentos de todos os níveis de atenção, ou seja, desde a atenção primária até a atenção terciária, além dos serviços de urgência e emergência. Assim, as unidades básicas de saúde cumprem também uma importante função na rede comunitária de atenção em saúde mental. As ações em um sistema integrado de saúde mental garantem condições para que todos os usuários tenham acesso a um cuidado integral, especialmente aqueles que apresentem maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sofrimento mental.

A ação intersetorial torna-se fundamental para superar a fragmentação das políticas públicas e de acordo com Junqueira (2000), é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais.

Teixeira (2002) enfatiza que em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só. De acordo com Furtado (2006) os esforços para superação da lógica da internação como única abordagem à doença e ao doente mental, deverão implicar na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos a essas práticas hegemônicas.

No entendimento de Dimenstein (2006) os CAPS devem ser organizadores das redes de saúde mental, tal como idealizado pelo Ministério da Saúde, na forma de um dispositivo transitório que interceda com a comunidade, potencializando recursos já existentes e tomando cuidado para não criar “novas cronicidades”.

As considerações anteriores são suficientes para elucidar a interrogação ética que relaciona a forma paradigmática da Atenção psicossocial com os posicionamentos éticos

expressados na consistência terapêutica, nos desdobramentos subjetivos, socioculturais e políticos.

3.4 A consolidação da Reforma Psiquiátrica no Ceará e em Sobral

O Estado do Ceará de acordo com Sampaio e Barroso (2001), possuía mecanismos especializados de práticas hospitalares de Saúde Mental de natureza asilar desde 1886, com a inauguração do Asilo para Alienados São Vicente de Paula, equipamento filantrópico da Santa Casa de Misericórdia. O período de crescimento manicomial no estado se estendeu até 1979, quando se experimentou os princípios e ações do Plano Integrado de Saúde Mental, o Estado do Ceará acompanhou tal processo e inaugurou um manicômio judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados conveniados com a previdência pública, dentre eles a Casa de Repouso Guararapes (Sampaio e Carneiro, 2007).

Já entre 1979 e 1991, emergiram experiências de racionalização clínica da máquina hospitalar a partir de inovações no cuidado como ressalta Sampaio e Barroso (2001), como a criação de uma incipiente rede de atenção ambulatorial, em Fortaleza, treinamento em psiquiatria de médicos generalistas do interior; e uma batalha ideológica contra a produção de crônicos e excluídos, contra a promiscuidade violenta e autoritária forma de cuidar baseada no isolamento social, mortificação de identidades e miséria. Estes autores apontam que tais ações foram respostas desencadeadas pela crise na capacidade do poder público continuar financiando a expansão do modelo hospitalar privado.

Barros e Jorge (2011) relatam que a experiência dos CAPS do Ceará aponta para o sucesso de uma concepção de política de saúde, de uma articulação crítica de diretrizes, de uma operacionalização a partir da prática profissional qualificada diante da demanda. Em 1991, determinou um novo período referente ao cuidado às pessoas com transtorno mental, pois foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Ceará na cidade de Iguatu. O segundo CAPS, foi inaugurado em 1993, pela Sociedade Hospitalar São Francisco em Canindé.

No ano de 1995, mais três CAPS foram inaugurados nas respectivas cidades; Icó, Cascavel e Juazeiro do Norte.

A organização da política de saúde em Sobral inicia-se em 1997. Até então o município não estava habilitado em nenhum sistema de gestão, tinha seus serviços centrados no modelo hospitalocêntrico na atenção curativa. A maior parte de seus serviços eram prestados por hospitais filantrópicos ou privados conveniados pelo SUS. Essa realidade se estendia à saúde mental.

Na saúde mental ainda não havia avanços representativos, embora, segundo Pereira & Andrade (2001), o início da organização da assistência em saúde mental no município teve como marco inaugural uma reunião de planejamento, ocorrida em outubro de 1997. Neste primeiro encontro decidiu-se pelo seguinte:

- a) implementar uma política de saúde mental para o município de Sobral;
- b) que a política implementada fosse capaz de reverter o modelo atual: assistencialista, voltado para a doença, hospitalocêntrico de lógica asilar;
- c) que a reversão do modelo fosse direcionada para o cumprimento da Lei Estadual de número 12.151/93.

De acordo com Pereira & Andrade (2001), desse planejamento não foi possível alcançar mudanças significativas a curto prazo, visto que o Programa de Saúde Mental, sediado no Centro de Especialidades Médica – CEM, embrião do CAPS vindouro, veio instalar-se em abril de 1998. E o modelo manicomial, ainda permanecia hegemônico instalado há aproximadamente vinte e sete anos, o qual passou para a cultura local, o estigma de perigoso e inútil à sociedade, a pessoa com transtorno mental, da qual a sociedade preferia manter distância.

Era um novo modelo que estava sendo gestado, ainda incipiente e tênue, voltado para uma lógica ambulatorial; não se incumbia da função de formulador da política de saúde mental, nem exercia a supervisão das internações hospitalares psiquiátricas; apresentava, portanto, um baixo impacto, não conseguindo reduzir os leitos psiquiátricos ou, pelo menos, o número de internações, nem instalar um sistema de contrarreferência efetiva (Sá, 2006, p.26).

De acordo com Sá (2006), a Reforma Psiquiátrica em Sobral foi materializada efetivamente em julho de 2000 com o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, após a conclusão da sindicância instaurada pela Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral através da Coordenação Municipal de Controle e Avaliação, Sistema Municipal de Auditoria a qual apurou a morte do paciente Damião Ximenes Lopes em referida instituição em outubro de 1999. Conforme o Relatório de Sindicância referente ao processo 002/99 da Casa de Repouso Guararapes as principais conclusões foram:

Não há evidências de que o óbito do Sr. Damião Ximenes Lopes deveu-se a violência perpetrada por pacientes ou funcionários da Casa de Repouso Guararapes, não obstante houvesse risco e oportunidade de que tal acontecesse.(...) não oferece condições de funcionamento consonante com a legislação sanitária(...). Há evidências de maus-tratos e abuso sexual de paciente (SOBRAL, 2001, p.21)

Antes da intervenção, a proposta da Secretaria da Saúde e Assistência Social era a implantação da Rede Municipal de Assistência à Saúde Mental, a qual propunha: transformação da Casa de Repouso Guararapes no Complexo Assistencial de Saúde Mental Guararapes. (SOBRAL,1999,p.1). De acordo com o documento nesta estrutura iria funcionar 01 CAPS, 01 hospital dia, 01 residência terapêutica e oficinas terapêuticas e de habilitação social, o que poderia ter incorrido apenas num verniz para a situação crítica já instalada e reproduzido a lógica segregadora.

A junta interventora composta por funcionários da Rede Municipal de Saúde, ao assumir o hospital, depararam-se com um contingente de 63 pacientes, sendo 21 mulheres e 42 homens, esse período durou quarenta dias de intervenção, 39 altas foram encaminhadas (Pereira & Andrade, 2001, p.174).

O descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes e marcou a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral - CE, rompendo com o antigo modelo, primando pela desinstitucionalização e a inclusão social e comunitária da pessoa com transtorno mental. Com o descredenciamento desta instituição, seis moradores não conseguiram retornar para o convívio familiar ou sociais de origem, por possuírem vínculos familiares desconhecidos ou

fragilizados, mas a estes foi assegurada a inserção social através do Serviço Residencial Terapêutico (Sá, 2006).

Em um período de apenas nove meses, foi gestado e implantado uma rede municipal de saúde mental, durante o ano de 2000: o ambulatório se transformou num CAPS e recebeu sua primeira sede, numa casa adaptada, seguindo os referenciais da Reforma Psiquiátrica no Ceará (SAMPAIO E BARROSO, 2001; SAMPAIO E SANTOS, 2001); a unidade de internação psiquiátrica passou a funcionar em um hospital geral do município.

Esse processo foi um marco divisor do modelo de atenção à saúde mental no município. Entre outros aspectos, ampliou a consciência social e institucional da complexidade do fenômeno do sofrimento / transtorno mental no contexto municipal, e das limitações das ações até então praticadas.

A desinstitucionalização foi efetivada com a implantação dos serviços extra-hospitalares; CAPS, SRT, UIPHG e ambulatório macrorregional de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas (CEM), que se constituíram como a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral - CE, através da Portaria Municipal nº 113 (Sobral, 2017) esses dispositivos se articularam com a Estratégia Saúde da Família e também com os mais diversos segmentos sociais públicos e privados para intensificar a inclusão social e a desestigmatização da pessoa com transtorno mental.

A implantação da RAISM é considerada o marco da reforma psiquiátrica no município de Sobral, pois propiciou a inversão do modelo anteriormente hospitalocêntrico, asilar e segregador, para um modelo extra-hospitalar, comunitário e propiciador da inclusão social e comunitária da pessoa com transtorno mental, Pereira & Andrade (2001).

Atualmente, segundo o Projeto Técnico do CAPS Damião Ximenes Lopes (Sobral, 2017), atualizado em 2017 a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Francisco Hélio Soares⁴, Serviço Residencial Terapêutico. Importante ressaltar que até o ano de 2017 a Unidade de Internação Psiquiátrica Luiz Odorico Monteiro de Andrade, sua gestão

⁴ No dia 15 de março de 2012 aconteceu a mudança de sede do CAPS AD de Sobral, onde foi modificado o nome de Maria do Socorro Victor para Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPS AD) Francisco Hélio Soares.

passou a ser terceirizada e por isso esse dispositivo não compõe a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

Desde a estruturação da RAISM em 2000, segundo (PEREIRA E ANDRADE, 2001) foi pactuado que a ESF seria a porta de entrada dos casos eletivos (não emergenciais) nos serviços secundários CAPS e CAPS-AD.

Até 2004, existia uma triagem, era realizada somente no CAPS G⁵, através do agendamento telefônico que era feito pelas diversas unidades de Saúde da Família, a partir de pedidos de encaminhamento. Porém, durante o período de expansão da Preceptoria de Saúde Mental (2001-2004), notou-se que as unidades visitadas por psiquiatras encaminharam casos mais adequados à atenção secundária, em comparação às outras unidades, cujos usuários tinham que ser mais frequentemente contra-referenciados. Embora essas contra referências fossem preenchidas de forma detalhada, uma quantidade considerável de pacientes acabava retornando, posteriormente, à triagem do CAPS. Percebia-se também que somente a orientação explicitada na contra-referência não era suficiente para que os casos fossem manejados de forma adequada na ESF, no caso de ausência de apoio matricial em saúde mental. Em meados de 2004, quando a equipe discutia as dificuldades no fluxo de pacientes no âmbito do diálogo APS-CAPS, surgiu a idéia de que as triagens de saúde mental fossem realizadas nas unidades de Saúde da Família. (Tófoli e Fortes, p. 38, 2007)

Devido minha experiência enquanto profissional da RAISM, peço licença para fazer um resgate histórico acerca do cuidado em saúde mental no município de Sobral. Procedeu-se então algumas mudanças. Até o ano de 2009 o modelo de preceptoria ainda estava presente e somente no ano de 2013 que iniciou-se um processo de fortalecimento do Apoio Matricial, a partir da inserção da equipe multiprofissional, essa temática foi pauta de diversas reuniões de equipe e também nos momentos de supervisão institucional.

3.5 Saúde Mental e Atenção Primária: uma articulação necessária.

A atenção primária à saúde surge como estratégia para superação da fragmentação do cuidado e principal política de reorientação do novo modelo assistencial do Brasil, iniciado na década de 1990. A busca pela melhoria da atenção à saúde no país vem, ao longo de décadas,

⁵ O autor se refere no texto ao CAPS Damião Ximenes Lopes como CAPS Geral e abrevia como CAPS G.

imprimindo um percurso caracterizado por enfrentamentos, desafios e avanços que evidenciam a importância da Atenção Básica⁶ no contexto da assistência.

Pode-se ter uma dimensão da importância da consolidação da atenção básica para a política de saúde pois possibilitou o desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade de vida da população. Dentro desse marco, podemos citar a legislação em vigência das ações e serviços na atenção básica, como na Constituição Federal de 1988. A carta magna garante o direito à saúde como direito de todos e dever do estado, pelas políticas sociais e econômicas que visam a redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

No documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006: consolidação do Sistema Único de Saúde”⁷ (Brasil, 2006), a Atenção Básica se define como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção e manutenção dessas. Seu desenvolvimento ocorre por meio de exercícios e práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas à população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente em cada território em que vive a população.

Um marco também importante na atenção básica é a lei 8080/90 que define a saúde como direito de todos os cidadãos do país ao atendimento digno de suas necessidades de saúde (Brasil, 1990). Quanto à referida lei, destaca-se os princípios que regem o Sistema Único de Saúde que são a universalidade, a integralidade e a equidade.

No Brasil, a portaria nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção

⁶ No Brasil, tem sido utilizada a expressão atenção básica para designar a atenção primária. Neste estudo as duas serão utilizadas como sinônimos.

⁷ Documento publicado na Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o pacto firmado entre os gestores do SUS, e suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão.

Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Brasil, 2017)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado para o fortalecimento das ações da Atenção Básica e reorientadora do modelo de atenção (Brasil, 2006). Os elementos considerados estruturais e funcionais da APS, tais como se basear na família e na comunidade, desenvolver ações intersetoriais, implementar gestão otimizada e oferecer recursos humanos apropriados, são também centrais na ESF, sua implantação em âmbito nacional se iniciou em 1994, com o Programa Saúde da Família.

As tecnologias adotadas pela ESF, são pautadas no modelo de atenção integral, com a centralidade na família, sem perder de vista sua constituição social e seu território, numa concepção ampliada do processo saúde-doença, que incorpora práticas preventivas e de promoção da saúde e, mais recentemente, enfatiza o vínculo entre usuário e profissional da saúde (Gondim e Soalheiro, 2017). Desse modo espera-se que o sujeito seja considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural possibilitando assim a promoção, a prevenção de agravos à saúde, o tratamento da doença e a redução de danos ou sofrimentos que possam promover a vida de modo saudável.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como “estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2006, p. 10).

As equipes da ESF estão inseridas nas unidades básicas de saúde e nas residências da população atendida, configurando-se como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. A

atenção primária deve ser acessível e organizada de modo que favoreça a articulação entre os serviços, como a cobertura da população, constituindo-se como primeiro contato e porta de entrada do sistema de saúde, deve ter como foco a atuação voltada para a pessoa, a família e a comunidade, garantindo a resolubilidade de 80% a 90% dos agravos de saúde, promovendo a integração das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os pontos do sistema de saúde oferecendo cuidado continuado e promovendo ações intersetoriais. (Campos, 2007; WHO, 2008; Conil, Fausto & Giovanells, 2010)

Desse modo, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca desenvolver a prevenção e a promoção da saúde na comunidade, mediante ação assertiva com a população. Esse modelo de atuação prioriza a atenção básica à saúde, como alternativa à estratégia centrada exclusivamente na doença. O programa é desenvolvido por uma equipe básica composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com a participação de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (Brasil, 2011)

No nível de atenção primária devem ser desenvolvidos um trabalho para o desenvolvimento de ações ampliadas e integradas, com foco nas necessidades de saúde da população e orientadas para a resolução de seus problemas de saúde mais comuns Carvalho (2014). A recomendação das ações é o planejamento, a participação da comunidade e o desenvolvimento por equipe multiprofissional, atuando na perspectiva de realização de diversas tarefas que incluem a busca de adesão ao tratamento, o controle da sintomatologia, a orientação familiar e comunitária, a articulação entre os serviços assistenciais e a avaliação de programas.

Como já dito, no nível de atenção primária, o cuidado deve estar organizado para resolver situações de manejo simples e pontuais quanto ao cuidado continuado a problemas crônicos, portanto destaca-se como local à atenção à saúde mental, que seguindo os princípios da reforma psiquiátrica, tem se mostrado necessária, uma vez que evidencia a necessidade do atendimento integral e contínuo da pessoa acometida por transtorno mental, para que o processo de desinstitucionalização aconteça de fato (Soalheiro e Martins, 2017).

No contexto brasileiro, um passo importante do fortalecimento da atenção primária à saúde se dá com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF)⁸, que inspirado em experiências de ação comunitária como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em há consenso entre os teóricos de que a atenção primária à saúde deve ser direcionada às situações mais comuns (e não mais simples) apresentando resolubilidade de 80 % dos problemas de saúde da população, e resolvendo os problemas de 90% das pessoas. estratégias de atenção baseadas em equipes de saúde descentralizadas, prevê a atenção de grupos populacionais adscritos por serviços de saúde comunitários compostos por equipes multiprofissionais. Este Programa foi gradativamente adotando as diretrizes da atenção primária abrangente e acabou por ser ampliado até ser adotado efetivamente como organizador do sistema de saúde brasileiro, passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁹.

Atualmente a ESF é o principal componente da Política Nacional de Atenção Básica, que se propõe a garantir a capilarização de serviços resolutivos de acesso universal e preferencial que executem um “conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”, ocupando-se também da coordenação da atenção e do ordenamento das redes (BRASIL, 2011a, p.48)

Segundo o Ministério da Saúde, 56% das equipes de Saúde da Família realizam alguma ação de saúde mental e 21% da população brasileira necessita ou vão necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental (Brasil, 2010). Dividindo-se em três grupos:

☞ Grupo 1: 3% da população em geral que sofre com transtornos mentais

graves e persistentes. Este grupo necessita de atenção e atendimento mais intenso e contínuo em Saúde Mental.

⁸ O PSF teve início em 1994 e foi um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implantar a atenção básica.

⁹ O termo Programa foi posteriormente, substituído por Estratégia, pois o primeiro remetia a ideia de uma atividade com início, desenvolvimento e fim, e não a noção de uma estratégia adotada para reorientação do modelo de assistência.

☞ Grupo 2: 6% da população que apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Este grupo também necessita de atenção específica e atendimentos constantes.

☞ Grupo 3: 12% da população que necessita de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual.

Compreendo a importância da atenção básica em consonância com a reforma psiquiátrica, para o fortalecimento da desinstitucionalização que é um processo social complexo, onde é preciso envolver todos os atores sociais, criando estruturas que venham substituir a lógica manicomial.

Vai se constituindo assim como um arcabouço conceitual que anima pessoas, grupos e países a desenvolverem programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem. Não se trata porém de técnicas específicas para populações específicas. Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados. (Pitta, p.21, 2001)

Isto, sem dúvida, é um processo em movimento, dinâmico, que requer mudanças nos modelos de atenção à saúde, envolve assistência à família, visa à reinserção da pessoa na sociedade e busca a reabilitação psicossocial.

Para Carvalho (2014), a atuação da equipe de atenção básica é de suma importância tanto no atendimento aos transtornos psíquicos de menor gravidade como ansiedade, somatização, depressão e abuso de substâncias, quanto no acompanhamento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em que a continuidade do cuidado é garantida pelo trabalho integrado entre os dispositivos que compõem a rede de atenção à saúde.

Para a construção de uma rede de assistência integrada, é necessário compreender os fatores que condicionam o sucesso ou o impedimento da integração dos serviços. A existência de serviços é apenas um dos fatores relacionados à continuidade do tratamento. Outro fator diz respeito à adequação das ações desenvolvidas às necessidades dos pacientes. A continuidade do cuidado deve ser pensada na atenção a todo usuário do sistema de saúde, mas é um elemento que se torna mais expressivo da

qualidade quando se trata do cuidado ofertado aos pacientes que utilizam diferentes serviços ao longo da vida.(...) (Carvalho, p.66, 2014).

Esse autor apresenta que a continuidade do cuidado pela rede de saúde é o resultado da combinação de fatores como acesso adequado ao cuidado, habilidades comuns dos profissionais, bom fluxo de informação, entendimento entre profissionais e serviços e boa coordenação da equipe para manter a consistência da atenção.

A integração dos cuidados de saúde mental é primordial para atender as necessidades da população, segundo a OMS este modelo de organização integra a atenção em saúde mental com outros níveis de cuidado em saúde (WHO, 2009), sendo preciso a articulação entre diferentes níveis de atenção, ou seja, a integração dos serviços de saúde mental no cuidado primário, a construção de serviços de saúde mental na comunidade, a criação de serviços de saúde mental em hospitais gerais e a limitação de leitos em hospitais psiquiátricos.

Desse modo, para Saraceno (2009), a atenção psicossocial nos remete às práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção básica com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica.

Dentre as recomendações da OMS, para a organização de redes de atenção psicossocial, a atenção básica deve prestar cuidados primários incluindo a identificação e o tratamento precoce de transtornos menos graves, manejo de pacientes estáveis, referência a outros níveis de atenção como ações de promoção à saúde (WHO, 2009). A oferta de tratamento na atenção básica e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário.

Machado, Fonseca e Borges (2017) apontam as potencialidades identificadas na interface entre a saúde mental e a ESF referindo-se a integralidade, como à possibilidade de descentralização das ações clínicas e coletivas e a promoção da saúde, como ferramenta potencializadora para intersetorialidade. Implicando na materialização da clínica ampliada, possibilitando uma compreensão do sofrimento dos usuários, quanto um estreitamento das relações entre os níveis de atenção à saúde e com os outros setores das políticas públicas sociais, como habitação, lazer, cultura, trabalho, transporte etc. Nesse modelo de atenção à pessoa e a família são vistos como cidadãos com sua singularidade, com território existencial e geográfico

conhecido, por isso, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental.

3.6 A Gestão do cuidado em saúde mental na APS

Considerando o debate sobre saúde mental e atenção primária à saúde, observa-se que as práticas assistenciais vêm sendo pautadas nos campos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica. A reforma sanitária brasileira, por exemplo, depara-se no campo das práticas assistenciais com diversos desafios que precisam ser superados para a garantia das mudanças conceituais legalmente garantidas (Feuerwerker, 2005).

Com relação à Saúde Mental na atenção primária, o Gondim e Soalheiro (2017) ressaltam a importância da integralidade da atenção à saúde e constata que as equipes de Atenção Básica, cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental. Considera que, por sua proximidade com famílias e comunidades, essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

Soalheiro e Martins (2017) consideram dificuldades no processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica relacionadas ao desconhecimento acerca da reforma psiquiátrica e à falta de formação em saúde mental dos profissionais, mesmo dentro dos limites do campo. Além disso, ressaltam a falta de: identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridade; condições para o atendimento desses casos na atenção básica devido à inexistência de uma rede de suporte em saúde mental forte; entrosamento entre os serviços de saúde mental e as equipes de atenção básica.

Tesser e Teixeira (2011), considerando ainda insuficiente a integração entre estes dois campos, observam que se na atenção primária à saúde é baixa a incorporação das tecnologias e princípios teórico-políticos do referencial da atenção psicossocial, pelo lado da saúde mental há ainda pouca interação com a atenção primária à saúde.

Os processos de organização da APS e a sua função de responsabilização e de coordenação dos fluxos, visa facilitar o acesso aos serviços e cuidados em saúde, além de contribuir para a redução do estigma que há séculos recai sobre as pessoas com transtorno mental e proporcionar a integração da RAPS, porém Nunes, Jucá e Valentim (2007), indicam que na prática concreta esses modelos entram em conflito, esclarecendo que há impasses na operacionalização de uma rede de atenção em saúde mental, em especial quanto a ações que atinjam o espaço social mais amplo. Apostam que o caminho para contornar a situação é a inclusão da saúde mental na saúde da família sob sua própria ótica, a saber, valorizando-se a abertura dada pela integralidade da assistência, pela responsabilização e compromisso de resolubilidade e pela experiência com a coletivização das ações.

Avaliando que muitas vezes as equipes não se encontram preparadas para lidar com o tema, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da atenção básica, como uma forma de “responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (BRASIL, 2005. p. 34), criando uma rede de cuidados em saúde mental que se estruture a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Por isso, segundo Mendes (2011), há que se estabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em redes integradas, que permitam responder às condições de saúde da população brasileira com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade.

Portanto, redes integradas são:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p.65)

Considerando as convergências entre estas políticas de saúde e a importância da articulação entre a política de saúde mental e a política da atenção básica deve-se garantir práticas

assistenciais na atenção às demandas em saúde mental. Constatou-se através de uma longa construção de documentos que culminou numa política nacional de saúde mental para a atenção básica, *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* (Brasil, 2007), o qual propõe diretrizes gerais para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (Chiaverini, 2011) e um número temático de saúde mental dos *Cadernos de Atenção Básica* (Brasil, 2013). Este último apresenta sugestões e ferramentas de trabalho para ampliar a capacidade de cuidado dos profissionais da área, o reconhecimento de estratégias de manejo pertinentes a cada contexto e conectada com o fazer cotidiano dos profissionais.

O debate sobre ações de saúde mental na atenção primária à saúde vem se ampliando, pois seu fortalecimento é necessário para o avanço das ações nos dois campos. No atual contexto a diretriz é a corresponsabilização das equipes de atenção primária à saúde na atenção em saúde mental, favorecendo o acesso dos usuários. Este processo exige que haja uma articulação entre os níveis de atenção e tem sido viabilizado muitas vezes por meio da estratégia do matriciamento (Lancetti, 2001; Figueiredo, Onocko Campos, 2009; Dimenstein et al., 2009; Tesser, Teixeira, 2011).

Para Soalheiro e Martins (2017) podemos mapear um conjunto de relatórios que embasaram o documento intitulado *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* (Brasil, 2007), este propõe diretrizes gerais para inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Posteriormente o Ministério da Saúde publicou o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (Chiaverini, 2011), como também um número voltado para a saúde mental nos *Cadernos de Atenção Básica* (Brasil, 2013).

Desse modo constatamos que o cerne destes documentos é instrumentalizar os profissionais para o cuidado de saúde mental na atenção básica, como já discutido anteriormente a necessidade do cuidado de saúde mental na atenção básica. Como identifica Soalheiro e Martins (p. 46-47, 2017):

... as ações de saúde mental podem ser desenvolvidas no próprio contexto do território das equipes, uma vez que não exigiria necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais da saúde. O desafio consiste em que esses profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática

diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

O documento Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários (Brasil, 2007) traz propostas e diretrizes para organizar ações de saúde mental na atenção primária, como o Apoio Matricial da saúde mental às equipes. Na perspectiva do Apoio Matricial (AM), as duas equipes de saúde interagem, traçando um projeto terapêutico de modo compartilhado, reunindo seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. Já a equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Esse encontro compõe a soma de saberes entre as diferentes especialidades, de modo a compreender o sujeito de forma integral; visa reverter a lógica do trabalho fragmentado através dos encaminhamentos e propõe a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). (BRASIL, 2011)

O AM deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. (BRASIL, 2011). Assim, mediante a problematização das práticas de saúde junto aos profissionais da APS, será possível contextualizar a capacidade político pedagógica do matriciamento e seu importante papel como instrumento de educação permanente nas unidades básicas de saúde, para o estabelecimento de uma rede de cuidados de saúde mental no território na Atenção Primária, considerando ser esta a porta de entrada do sistema de saúde.

A partir de experiências locais, o matriciamento foi teorizado por Campos (1999) como uma medida de favorecimento do vínculo entre as equipes de saúde e os usuários através da reorganização das relações entre as equipes de diferentes níveis de atenção. Neste sentido, valoriza-se a atribuição das equipes responsáveis pelo cuidado de forma longitudinal, chamadas de equipes de referência, destinando às equipes especializadas o papel de fortalecer sua intervenção. Além de atuar clinicamente quando necessário, os especialistas fazem uma parceria personalizada com a equipe de referência, processo que gera superação da cultura do encaminhamento por meio de uma corresponsabilização dos casos.

Posteriormente a estratégia de matriciamento foi estendida para diversas áreas de saúde, como alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, práticas integrativas e complementares, dentre outras. Assim, através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008, 2011), criaram-se marcos legais e investimentos financeiros para sua implantação. Por esta e outras ações, a atenção primária à saúde tem cada vez mais assumido ações em saúde mental, em especial em casos moderados e leves (BRASIL, 2013; Tófoli, Fortes, 2007), embora haja menor abordagem dos casos graves, ainda vistos como campos dos especialistas (Tesser, Teixeira, 2011; Nunes, Jucá, Valentim, 2007).

As práticas de saúde mental executadas pelas equipes de saúde da família desenvolvem-se nos encontros com os usuários, momentos esses em que há a criação de ferramentas e estratégias para a produção de cuidado. O acolhimento e a escuta são ações que favorecem o estabelecimento de vínculo entre os usuários e a equipe (Brasil, 2013), e que muitas vezes os profissionais não percebem a importância da escuta dos pacientes, procedimento muito comum no trabalho em saúde, independente da função técnica específica.

A escuta atenta pode ser uma primeira ferramenta utilizada pelo profissional, ao proporcionar ao usuário um momento para pensar, refletir, oferecendo um suporte, reconhecendo suas queixas emocionais, como legítimas, sem que isso seja feito de forma alienada para o paciente ou ocasione ao profissional uma sobrecarga (Brasil, 2013).

Para Amarante e Lancetti (2009), a ESF integra qualquer programa de saúde mental porque oferece um tratamento continuado que inclui acolhimento e ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais e educativas, de participação e protagonismo político. Os autores ressaltam que os princípios que organizam o trabalho na ESF fazem que sejam atendidas prioritariamente as pessoas e famílias em maior risco: pessoas encontradas em cárceres, o uso abusivo de substâncias psicoativas, as que passam por crises psicóticas ou experimentam formas graves de depressão.

Dessa forma, o acolhimento realizado nas unidades de saúde é muito importante, porque por meio dele a equipe pode oferecer um espaço de escuta, proporcionando aos usuários e familiares segurança para expressar suas aflições, dúvidas e angústias. Esses espaços proporcionam ao profissional a oportunidade de conhecer as demandas de saúde da população de

seu território e de criar recursos coletivos e individuais de cuidado (Brasil, 2013). Compreendendo o cuidado pela ESF no âmbito da integralidade e da atenção dentro do território, a visita domiciliar é recomendada para uma aproximação e tratamento.

No cuidado em saúde mental o mais importante será sempre construir vínculos, num contexto de envolvimento, profissionais de saúde da família e especialistas em saúde mental, para pensar o cuidado no território de vida. O trabalho pela via de desinstitucionalização, ressaltam Soalheiro e Martins (2017), implica envolvimento na realidade do território e nas singularidades dos pacientes em suas comunidades. Para isso é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e sobre o que o território tem a oferecer na construção de redes de cuidado em saúde mental (Brasil, 2013).

Outro recurso importante em saúde mental na atenção primária é a Estratificação de Risco em Saúde Mental, essa ferramenta foi desenvolvida no estado do Ceará no Projeto Qualifica APSUS: qualificando a atenção primária à saúde no ano de 2017, um instrumento que visa dar suporte técnico e definir as prioridades de atenção pela atenção básica com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde mental pela equipe local, que estimula compartilhamento dos casos, a ampliação da clínica, aqui entendida como a valorização das dimensões sociais e subjetivas para além da biológica, na análise singular de cada caso (Ceará, 2017).

Considerando a APS como executora de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. No documento Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários (Brasil, 2007), encontra-se propostas e diretrizes para a organização das ações de saúde mental às equipes da atenção básica: apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica; inclusão da saúde mental no sistema de informações, formação como estratégia prioritária.

3.7 Contrarreforma da Saúde Mental no Brasil

Para compreender o desmonte atual no movimento de reforma psiquiátrica do Brasil, faz-se necessário retomar o contexto histórico, mais precisamente em que circunstâncias políticas, econômicas e sociais e de como encontra-se o cenário de remanicomialização do cuidado. Numa análise desta conjuntura política, no período de redemocratização do país, de consolidação de direitos, de avanços democráticos e de efervescência dos movimentos sociais, como já discutido anteriormente, acontece a Reforma Psiquiátrica com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no final dos anos 1970, sendo ampliada como Movimento da Luta Antimanicomial na segunda metade dos anos 1980, foi gradualmente deixando de se referir apenas a um movimento social para se transformar em política oficial do Estado brasileiro (Amarante, 1994).

Apesar da suposta consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), na década de 1990, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ser refutado devido a um outro projeto embasado em políticas de caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, em contrapartida a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado (Bravo, 2001; Lussi, Ferigato, Gozzi, Fernandes, Morato, Cid, Furlan, Marcolino, Matsukura, 2019). Bravo discute a lógica mercadológica da política pública de saúde:

O projeto saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (Bravo, p.3, 2009)

Como bem definiram Guimarães e Rosa (2019), as leis e a política pública/social expressam um determinado momento da história, que condensa processos de mudança e permanência, a conformação de prioridades na agenda pública, os atores em cena e o jogo de interesses.

O movimento da RPB ganha amplitude na direção da garantias de direitos da pessoa com transtorno mental, materializado no cuidado comunitário, sob o comando dos serviços substitutivos e de uma rede diversificada, formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos,

Centros de Convivência e outros. Apesar da Política de Saúde Mental vir atravessando governos de distintos matizes político-ideológicos, entre 1991 a 2015, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde foi sucessivamente ocupada por militantes da RPB. Todavia, em sintonia com as mudanças na correlação de forças na vida política brasileira, o quadro começou a se alterar a partir de 2010.

... uma nova configuração de forças ganha visibilidade, tendo por ápice a campanha eleitoral para a presidência da República. Estranhamente, apesar de os estudos epidemiológicos mostraram o consumo abusivo de álcool como principal problema de drogas no país, é outra substância que, pela força midiática, ganha projeção e investimentos de recursos: a “epidemia do crack”. (...) Logo, o orçamento ministerial da pasta da saúde e da justiça torna-se palco de disputas, sobretudo por forças contrárias à direção do Sistema Único de Saúde (SUS). (Guimarães, Rosa, pp.120-121, 2009) (grifos da autora)

Essa competição política se fortalece e se capilariza, materializando-se no Decreto nº 7.179 de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo Programa Crack é possível vencer.

É no ano de 2015, segundo Lima (2019), o editorial de Kenneth Camargo Jr, “Saúde Mental, Cidadania e Campo Científico”, abordou a crise instalada com a nomeação, pelo ministro da Saúde, de um coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas com histórico profissional ligado ao modelo manicomial (CAMARGO JR, 2015). A nomeação de Wurch, desencadeou protestos significativos em diversas cidades do Brasil, levando à ocupação da sala daquela Coordenação em Brasília durante 121 dias. Depois da saída do ministro da Saúde, o coordenador foi exonerado em 9 de maio de 2016.

Delgado (2019), enumera de modo sucinto as medidas tomadas pelo governo durante este processo de desconstrução da Reforma Psiquiátrica que veio ganhando forças há três anos:

1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em

norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial. (DELGADO, pp.2-3, 2019)

As propostas de cunho conservadoras e neoliberais começam a tomar forma no ano de 2016 quando houve mudança na avaliação da saúde mental, que desde 2008 foi pactuado como sendo principal cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, porém este indicador foi substituído na Resolução nº08 de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite, pelas Ações de Matriciamento na Atenção Básica, tal atitude afetou os serviços de saúde mental dificultando o financiamento. (Guimarães e Rosa, p. 121, 2019)

Neste mesmo ano as Comunidades Terapêuticas (CT) passam a ser consideradas como estabelecimento de saúde após a aprovação da Portaria SAS/MS nº1.482 de 2016, capacitando-as a receberem recursos do SUS. De acordo com Guimarães e Rosa (2019), os equipamentos do SUS tornam-se a porta de entrada, em um mix perverso entre público e privado:

Ademais, com o uso da verba pública, tende a haver a quebra dos princípios da administração pública (impessoalidade, publicidade, transparência, moralidade, universalidade), pois geralmente, serviços terceirizados tendem a impor critérios seletivos (por exemplo, parte significativa não admitem pessoas com orientação sexual considerada “desviante”; nem pessoas sob efeito de SPA ou que usem medicação psicotrópica, mesmo sob orientação médica e pautam sua intervenção predominantemente na religião). Nesse sentido, tende a haver uma divisão de trabalho entre as CTs e os CAPS AD, em que as primeiras ficam encarregadas de um público mais seletivo, que apresenta maior possibilidade de êxito nos resultados, o que sinaliza maior eficiência dos serviços não governamentais. De outra maneira, o SUS ficará encarregado do público refratário, que tende a apresentar respostas limitadas, requerendo maior investimento dos profissionais e do serviço na atenção psicossocial. (Guimarães e Rosa, p.122, 2019)

O movimento de contrarreforma ganhou força em 10 de fevereiro de 2017, com a indicação para o cargo de um quadro da Associação Brasileira de Psiquiatria, a qual, desde o início dos anos 2000, tornou-se ferrenha opositora da Reforma Psiquiátrica. Em dezembro de 2017, o novo coordenador aprovada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com algumas mudanças significativas, com propostas na contramão dos avanços da RPB, essas “novas

diretrizes” foram implantadas a partir da Portaria nº3.588/ GM/MS de 21 de dezembro de 2017, podemos elencar pontos de relevância:

Em 4 de fevereiro de 2019, o movimento de contrarreforma foi fortalecido com a divulgação da Nota Técnica 11/2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas” (Brasil, 2019). De acordo com uma publicação no site Movimento e Crítica a referida nota técnica, assinada por Quirino Cordeiro Júnior, Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, atesta o perigoso caminho que o Cuidado em Saúde Mental já vinha trilhando desde o ano passado, quando as Comunidades Terapêuticas foram inseridas na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e passaram a receber financiamento federal.

Vale lembrar que Cordeiro Júnior foi nomeado, pelo governo Bolsonaro, Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas da Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, e que durante sua atuação, desde o governo Temer, sempre se baseou na perspectiva de aumentar as internações. Este documento tem como proposta principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, aumentando o valor das AIHs.

Lima 2019 ainda ressalta que o gestor ainda afirma que “não há mais por que se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”. Soma-se a isso a possibilidade de que os recursos oriundos de altas ou fechamento de unidades hospitalares sejam reaplicados na própria rede hospitalar psiquiátrica, ao invés de serem destinados a serviços comunitários, como ocorria até 2016.

A atual gestão de saúde mental do Ministério da Saúde retrocede aos avanços de três décadas da Reforma Psiquiátrica brasileira, com esta “nova” política reapresenta métodos e práticas que foram abolidos é, na prática, “um esforço de esconder seu componente manicomial [...] como forma de maquiagem o ‘velho modelo’ que é o mesmo existente antes da reforma psiquiátrica em curso”, sinalizado no Manifesto Público do Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial (2018).

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos anti reformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a

indústria da doença e da loucura. Isso tudo oculta os reais interesses representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica que perderam 60 mil leitos no país para os serviços substitutivos (AMARANTE, 2018, p. 5-6).

O princípio da Reforma psiquiátrica diante da “Nova Política de Saúde Mental” aponta retrocessos, como já citado anteriormente, mas cabe discutir o fim das estratégias de redução de danos, que implicam o cuidado contínuo e em liberdade, mesmo que o uso de drogas não tenha sido interrompido, com ênfase na prevenção e atenuação de agravos à saúde, tal fato aconteceu quando o Decreto Nº 4.345 / 2002, que instituiu a Política nacional Antidrogas foi revogada pelo Decreto Nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019). Outros pontos problemáticos na atual política de saúde mental precisam ser problematizados, como o cuidado ambulatorizado com equipes especializadas, voltada para uma assistência multiprofissional desconstrói a lógica de cuidado no território, ancorada pelo acolhimento, estabelecimento e manutenção de vínculo e responsabilização dos sujeitos como se propõe os CAPS. Em detrimento do matriciamento das equipes de saúde da família e estímulo aos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), os quais possibilitam que tais casos sejam atendidos, em sua maioria, na Atenção Básica, que tem alto potencial de resolutividade e grande capilaridade territorial em boa parte do país (LIMA, 2019). Todo este cenário de esfacelamento da Política de Saúde Mental e do Sistema Único de Saúde veio à tona no momento de ascensão da lógica do neoliberalismo autoritário de cunho conservador que está no governo do Estado. A sombra da lógica hospitalar, políticas focalizadas, privatização da saúde é somente um indício de toda cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira. Como ressalta Delgado (2019), a resistência deve partir de uma consciência aguda do momento político.

3.8 Cartografia como percurso metodológico

O processo metodológico qualitativo desta pesquisa propõe-se cartográfico. Para os geógrafos a cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo e as transformações da paisagem em movimento. Diferente do mapa que é a representação gráfica da paisagem de modo estático.

Gilles Deleuze e Félix Guatari (1995) formulam o método cartográfico com a proposta de acompanhar processos, trazendo o pesquisador-cartógrafo para um lugar de reflexão e uma implicação sobre as experiências vividas. Nessa abordagem metodológica, prioriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação estudada. Como pesquisadora este contato aconteceu de modo natural, por ser profissional que atua no CAPS, não havendo olhares incomodados com minha presença, ao contrário fui bem recebida pelos profissionais da atenção básica pois “tinham muitos casos para discutirem” (fala comum quando chegava nos CSF).

A cartografia surge como ferramenta que se propõe a acompanhar percursos, de implicar processos de produção, de perceber as conexões de redes ou rizomas, de possibilitar o acompanhamento de movimentos. De possibilitar a construção de mapas. As entradas de uma cartografia são múltiplas, pois o rizoma não tem um centro de organização, é um sistema acêntrico. Assim, a realidade é concebida como mapa móvel e nele nada se decalca (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009).

Dentre as metodologias que o conhecimento científico faz uso para captar a realidade, optou-se pelo método cartográfico por ser uma metodologia processual. Decidimos que o método cartográfico seria o mais adequado para acompanhar a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde em Sobral, onde profissionais de saúde, gestores e usuários caminham traçando sentidos e forças e os significados que eles dão com base nas vivências cotidianas, nos encontros e desencontros, e, por consequência, a produção de si mesmo como sujeitos (BARROS; KASTRUP, 2015).

A cartografia, portanto, aponta para uma reversão metodológica, no sentido de afastar-se de um conjunto de regras previamente estabelecidas, que são substituídas por pistas, na intenção

de compor mapas. Implicado com o acompanhamento de processos e movimentos, o cartógrafo não se afasta do rigor do método, mas abre-se para sua ressignificação. A precisão está relacionada ao interesse, compromisso e implicação. As pistas servem como referência, como oportunidade de calibragem, durante o percurso da investigação (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009).

Compreendendo os passos metodológicos da cartografia e para atingir os objetivos da pesquisa, utilizamos a pesquisa de campo do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa de campo exploratória pauta-se em investigação empírica “cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno [...] ou modificar e clarificar conceitos” (Marconi & Lakatos, 2005, p.190). O estudo exploratório – descritivo combinado têm como principal objetivo descrever completamente determinado fenômeno. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, cujo objetivo é apreender um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Os caminhos teórico-metodológicos desta Dissertação foram traçados em tessitura cotidiana, pelas experiências vividas a cada entrada no campo da pesquisa, onde as trajetórias não estavam dadas a priori, mas em produção implicada no processo.

Nos propusemos a investigar os cuidados em Saúde Mental na APS a articulação da Rede de Atenção à Saúde no município de Sobral, os sentidos para eles próprios e as condições institucionais que propiciaram sua realização, optamos para tal pela utilização da pesquisa qualitativa. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se ocuparia de um nível de realidade o qual, como nosso objeto, não pode ou mesmo não deveria ser quantificado.

“A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo (...)” (MINAYO, 1992, p. 101).

Concisamente, Minayo (2007) define metodologia como uma amálgama que inclui o método, as técnicas e atributos do pesquisador, da seguinte maneira; o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

4.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Sobral, Ceará, situado na zona norte do estado, que dista 235 Km da capital Fortaleza, no semiárido nordestino. É banhado pelas águas do rio Acaraú e tem sua paisagem entrecortada pela Serra da Meruoca. Ocupa uma área territorial de aproximadamente 2.123 Km² com uma população estimada em 2019 de 208.935 habitantes segundo o IBGE (2019).

Atualmente Sobral conta com 70 estabelecimentos de saúde de gestão municipal pertencentes à administração pública municipal de Sobral (DATASUS, 2019), sendo que desse, conta com três hospitais de grande porte, uma Unidade de Pronto Atendimento, uma Centro de Especialidades Médicas (CEM), quatro dispositivos que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) e trinta e seis são Centros de Saúde da Família (CSF), onde cada um tem implantado uma ou mais Equipes Saúde da Família. As equipes de saúde da família estão organizadas de acordo com orientações do Ministério da Saúde e são compostas minimamente de 01 auxiliar ou técnico de enfermagem, 04 ou mais agentes comunitários de saúde, 01 enfermeiro e 01 médico, além da Equipe de Saúde Bucal (composta de 01 dentista e 01 técnico de consultório dentário), destinadas a acompanhar um número médio de 600 a 1200 famílias (Brasil, 2017).

O processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Sobral foi iniciado em 1997, até então o modelo de atenção do município restringia-se à serviços hospitalares, voltado para demanda espontânea com propostas curativas no modelo médico centrado. Segundo Andrade; Barreto; Goya; Martins Jr (2004), até este período o modelo de atenção da cidade concentrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em curativas centradas no profissional médico.

Este modelo de atenção refletia negativamente na qualidade de vida da população, que apresentava elevadas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal, enfim, ausência de acesso da grande maioria da população às ações de Atenção Primária à Saúde (APS) (Andrade; Barreto; Goya; Martins Jr, p. 10, 2004).

Posteriormente iremos detalhar como essa raiz da política de saúde de Sobral influencia ainda hoje no cuidado em saúde mental. Atualmente o município conta com 36 CFS distribuídos respectivamente 23 na sede e 13 nos distritos. (DATASUS, 2019).

O detalhamento para descrever a Rede de Saúde do município tem sua relevância na cartografia, pois esta não intenciona isolar o objeto ou o fenômeno estudado, pelo contrário, valoriza a rede forças ao qual ele está conectado, no que diz respeito às suas articulações históricas e conexões com o mundo, em um movimento dinâmico e permanente (Barros e Kastrup, 2009).

4.3 Participantes da pesquisa

Considerando-se que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade, as múltiplas dimensões de uma realidade a se estudar, a definição de amostragem de participantes deste estudo se baseou nas seguintes recomendações de Minayo (1999): definir com clareza o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; não se esgotar enquanto não se delinear o quadro empírico da pesquisa; levar em conta a possibilidade de inclusão progressiva suscitada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria.

Considerando a realidade do município de Sobral, a escolha dos territórios, seguiu-se o cronograma de matriciamento dos profissionais do NASF e dos CAPS, no mês de setembro e outubro conforme o cronograma da pesquisa, aqui foi cartografado o acompanhamento da realidade experienciada pelos sujeitos. Através da cartografia e das técnicas de pesquisa procuramos participar e caminhar junto aos movimentos de forças que se apresentaram na realidade da ESF, buscando descobrir o que emergia daqueles encontros e das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários.

Entendemos que o grupo de maior relevância para o estudo são os profissionais da Atenção Primária que realizam ações de Saúde Mental, os profissionais da RAISM que realizam matriciamento de saúde mental, profissionais do NASF e os gerentes dos Centros de Saúde da Família. A escolha por estes profissionais se deu para evidenciar as práticas de Saúde Mental em questão e seus sentidos para aqueles que as realizam, além de lançar luz sobre as condições

institucionais que propiciaram sua implementação. De acordo com Minayo (1999), nas pesquisas qualitativas, o pesquisador pode selecionar participantes representativos em relação ao objeto do estudo.

Para inclusão de profissionais de saúde foi levada em consideração a disponibilidade e interesse em contribuir com a pesquisa, bem como o seu envolvimento com cuidado em saúde mental. Os atores (sujeitos) do estudo serão profissionais que aceitem participar através da anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e que se enquadrem nos seguintes critérios de inclusão. Foi descrito que essa pesquisa envolveu riscos mínimos como cansaço, desgaste, desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes à realização do grupo. Contudo, garantido que em todo o processo da pesquisa, foi respeitado a dignidade e autonomia, e esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados, sendo o entrevistado quem decidiu se continuaria a participar da entrevista. Sua participação foi voluntária, o que dizer que não existiu pagamento a ser feito.

Para eleger as unidades básicas de saúde foi levado em consideração e critério de escolha para a pesquisa àquelas que desenvolvem ações de cuidado para as pessoas em sofrimento mental / com transtorno mental, como também matriciamento em saúde mental seja pela equipe do NASF ou profissionais da RAISM.

Durante a inserção em campo foi possível acompanhar sete CSF (CAIC, Vila União, Expectativa, Terrenos Novos I, Junco, Santo Antônio, Caiçara, COELC, COHAB II e COHAB III), apesar de existir um cronograma de matriciamento em todos CSF, foram escolhidos os territórios de modo intencional de modo que pudéssemos participar do maior número de matriciamento no período da pesquisa. Não foi possível realizar observação em treze unidades da sede por coincidir com as atividades de matriciamento das outras unidades. Foram realizadas entrevistas com quatro gerentes de CSF e seis profissionais que realizam matriciamento, sendo estes dos CAPS e NASF, a amostra dos profissionais obedeceu os critérios de inclusão da pesquisa.

Para o presente estudo, foram considerados como atributos imprescindíveis como critérios de inclusão, no que diz respeito à amostra dos profissionais de saúde os seguintes: na época da visita ao campo, tenham vínculo trabalhista com o município, contrato temporário, contrato de

serviço prestado e servidor público, estejam acessíveis e disponíveis para participar do processo de pesquisa, exerçam ações de cuidados em Saúde Mental, atuação de pelo menos dois anos na Estratégia Saúde da Família, NASF ou RAISM, esse critério apresenta-se importante pois foi no ano de 2017 que o município de Sobral recebeu o Selo Bronze do Projeto Qualifica APSUS¹⁰, deste modo os profissionais conseguirão ter uma concepção de como a rede vem se modificando através da utilização de novos parâmetros, fluxos, protocolos e instrumentais que foram pactuados neste período.

Ressalto que foi explicado individualmente, sobre a pesquisa, seus objetivos, os riscos mínimos, dialogando sobre o melhor horário e data para a realização das entrevistas, a todos os profissionais, que se enquadrem nos critérios acima.

4.4 Coleta dos dados

Após a aprovação pelo CEP e anuência dos participantes a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciei o estudo por meio de uma inventividade, que pode estar conectada à produção de subjetividades, perante os caminhos da pesquisa iniciado na coleta de dados. O processo cartográfico de produção de conhecimentos, análise e discussão de dados, parece só ter sentido a partir da possibilidade de acompanhar os desenlaces e os caminhos percorridos de forma contínua desenhando e descrevendo a processualidade presente no momento da escrita da pesquisa (Barros, Kastrup, 2009).

Nesse sentido o leitor está sendo, por vezes, convidado a partilhar preocupações, desejos de variação de velocidade, que se alterna sobretudo nos rituais de avanço e recuo, ao buscar aproximação com o objeto. A observação participante possibilitou a “participação real da pesquisadora com a comunidade ou grupo (Lakatos & Marconi, 2005). A inclusão no grupo se deu sem dificuldade pelo fato de ser profissional que atua na RAISM, por vezes confundida como

¹⁰ O Projeto QualificaAPSUS Ceará foi lançado pela Secretaria da Saúde do Estado no ano de 2016 a proposta era subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção (RAS).

matriciadora da equipe como também, por ser trabalhadora, onde interveio e colaborou em algumas situações.

A pesquisa de campo foi importante para fornecer informações e/ou conhecimentos acerca do cotidiano de trabalho dos participantes, descortinando novos fenômenos ou as relações entre eles. O caminho pode não ter sido mais ou menos definido que foi influenciado pelos elementos de entorno: instituições, pessoas e acontecimentos possibilidades e interdições, próprios de um cotidiano vivo, pulsante. Cartografá-lo foi, sem dúvida um desafio estimulante, mas seguindo um roteiro que buscou a apreensão de dados relevantes para o cumprimento do objetivo do estudo como: as atividades que se desenvolvem, quais demandas de saúde mental emergem no território, as ações são realizadas para suprir estas demandas, bem como as dificuldades e entraves.

O trabalho de campo consistiu no deslocamento para a prática empírica da construção teórica elaborada na fase exploratória do trabalho a qual serviria para delinear os eixos norteadores da abordagem (Minayo, 2007). Definimos como instrumentos de investigação de campo as entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICES D, E) e a observação participante (APÊNDICE F) para a produção primária de dados. Esta produção, se deu a partir da interação direta entre pesquisador e sujeitos pesquisados (Minayo, 2007). O material coletado foi anotado em um diário de campo, que foi utilizado na fase de análise da pesquisa. Quanto à entrevista, valorizou-se o que o entrevistado verbalizou para a obtenção de informação. Assim, partindo da ideia de que a cartografia acompanha e investiga processos, a entrevista se revela, pois propicia um clima no qual o entrevistado é livre para exprimir-se, permitindo que os dados coletados ganhem forma, ou mesmo sejam desenhados.

O período de coleta aconteceu durante o mês de setembro. Acompanhei os matriciamentos de saúde mental algumas atividades do NASF, podendo registrar em meu diário de campo o cotidiano do cuidado na ESF. Esses momentos foram únicos e preciosos para dar movimento à pesquisa, por terem me permitido maior aproximação com o cotidiano de trabalho dos sujeitos. Neste período também foram realizadas as entrevistas no melhor dia e horário para cada entrevistado, para que não houvesse prejuízo nas atividades bem como para que não atrapalhasse a rotina da unidade. Essas foram realizadas na unidade ESF ou nos CAPS, numa sala privativa,

sendo utilizado um roteiro relacionado com o objetivo da investigação. Nessa fase, foi utilizado o gravador para registro das falas. As entrevistas tiveram média de duração de cinco minutos.

4.5 Análise dos Dados

Para o estudo, foram estabelecidos como referencial teórico os preceitos da Reforma Psiquiátrica trazido por Amarante, como recorremos à obra de Benedetto Saraceno, autor que sustenta a discussão pertinente à Reabilitação Psicossocial. Junto ao referencial teórico desses autores, outros autores foram trazidos para a discussão na pesquisa. No processo de elaboração do estudo, foi percebido que os movimentos dinâmicos pulsantes na instituição oriundos do cotidiano do trabalho, ganhavam formas e contornos, assim como, o movimento contínuo se faziam presentes. Mediante cenário, recorri Gilles Deleuze e Felix Guattari (1997), a partir da consideração de rizoma¹¹ e que (LATOURE 2000; apud. KASTRUP; PASSOS, 2007), p. 265, 2014) evoca como rede de articulação e composição, para que possamos fazer emergir o entendimento de uma realidade complexa buscou-se, didaticamente, possibilitar melhor compreensão do cotidiano do cuidado, visando elaborar o processo de análise dos dados de pesquisa.

Desse modo, no presente estudo que objetiva cartografar o cuidado prestado pelos profissionais da ESF às pessoas em sofrimento mental / transtorno mental, acompanhando os movimentos das linhas de cuidados desenvolvidos na APS e as forças que movem as pessoas na execução do cuidado às pessoas em sofrimento mental, os territórios foram considerados como: do fazer, do pensar o fazer e dos desafios (considerando a própria rotina dos sujeitos frente à realidade vivida no cotidiano dos serviços e as forças que movimentam esse cotidiano).

O grupo implicado na pesquisa é mais do que um conjunto de pessoas e coisas reunidas, pois comporta uma dimensão fora-grupo ou dimensão da processualidade do coletivo. A

¹¹ Rizoma é uma categoria teórica criada por Deleuze e Guattari, estes autores de forma metafórica embasam-se na botânica para aplicá-la à filosofia. Numa proposta de resistência à unidade, o pensamento rizomático se move e se abre em todas as direções.

cartografia aposta na contração do coletivo compoendo uma grupalidade para além das dicotomias e das formas hegemônicas de organização da comunicação nas instituições: para além da verticalidade que hierarquiza os diferentes e da horizontalidade que iguala e homogeneiza um “espírito de corpo” (Kastrup; Eduardo Passos, pp. 265-266, 2014).

É oportuno e necessário reforçar a presença da cartografia como importante perspectiva que, nesse caso, passa a ser, sustentação teórica para se chegar e transitar no território, mas para compreender acompanhar como o grupo de atores na execução do cuidado em saúde mental se movimentam para prestar o cuidado. E com o preparo desses instrumentos ou dessas ferramentas, iniciei a etapa de exploração do material de análise.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa foi realizada conforme as exigências éticas descritos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa de campo será iniciada após aprovação do Comitê de Ética. O sigilo e a participação voluntária dos sujeitos da pesquisa serão garantidos, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por eles (APÊNDICE A).

Este projeto inicialmente foi submetido para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e, com a anuência através do Parecer Protocolo nº 0007/2018 (ANEXO A), logo em seguida, foi submetido para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA), cumprindo as exigências da Resolução nº 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Todos os participantes preencherão o TCLE (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização de Imagens e Depoimentos (APÊNDICE B) sendo informados dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos, benefícios e possíveis riscos e da preservação de sua privacidade atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Cartografias do cotidiano de cuidado.

Para que pudéssemos responder aos objetivos de nossa pesquisa, ouvir os profissionais da ESF por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente todas as entrevistas foram transcritas com literalidade e lidas para uma análise cuidadosa.

A cartografia é uma técnica que propõe o acompanhamento dos processos, seus movimentos, de perceber as conexões de rede ou rizomas., possibilitando seu mapeamento. As entradas de uma cartografia são múltiplas, pois o rizoma não tem um centro de organização, é um sistema acêntrico. Destaco que o sentimento de aproximação e envolvimento se deu de forma tranquila devido ser profissional da rede de saúde mental do município, lembrando Passos e Barros (2009), instaurou-se uma relação onde pesquisador-cartógrafo e território de pesquisa se constituíam no mesmo processo, indagando-se os sentidos dos movimentos que se produziam no ato de pesquisar, expressando as suas singularidades. Nos amparamos em Rolnik (2007, p.23), que afirma:

“É tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias”.

Assim, segue a cartografia do cotidiano de cuidados em saúde mental na APS, a que vamos descrevendo o caminhar que por vezes foi cheio de bifurcações, aclives, declives, retas e curvas. O método cartográfico sugere o afastamento das regras previamente estabelecidas, para a detenção de pistas, que poderiam instrumentalizar a criação de mapas devido o acompanhamento do processo e seus movimentos. Os movimentos seguidos na pesquisa se mostraram dinâmicos devido o grande número de casos discutidos, numa realidade inventiva através do cuidado articulado a partir da dinâmica do matriciamento.

O caráter inventivo coloca a ciência em constante movimento de transformação, não apenas refazendo seus enunciados, mas criando novos problemas e exigindo práticas originais de investigação. É nesse contexto que surge a proposta do método da cartografia, que tem como desafio desenvolver práticas de acompanhamento de processos interventivos e de produção de subjetividades (Barros, Kastrup, p.56, 2009).

Conforme o delineamento da proposta cartográfica em sua produção, análise e discussão de dados, é preciso trazer que todos esses momentos acontecem simultaneamente, como o ato de caminhar, como “passos que se sucedem sem se separar”, de modo contínuo até a escrita. (Barros e Kastrup, 2009). Seguindo os passos da inventividade cartográfica, que pode estar conectado com a produção de subjetividade e de conhecimentos, buscamos apresentar as ações de saúde mental na ESF no que tange ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, especificamente através do Apoio Matricial, como também no conteúdo elaborado pelos sujeitos ouvidos na fase das entrevistas, referente ao prestar o cuidado, assim como consideramos as anotações do diário de campo. Portanto, iniciamos referindo ao Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF.

Durante os meses que transcorreu a pesquisa, pudemos acompanhar a dinâmica dos profissionais, observando o apoio matricial e que ainda existe algumas fragilidades apesar da instituição de modo sólido e compreendido como importante no cuidado em saúde mental.

Segundo (Merhy,2002), o atendimento das famílias, no contexto da ESF, deve ser organizado, preferencialmente, considerando os recursos das tecnologias leves, pois estes permitem aos profissionais deslocar o modelo assistencial baseado no atendimento individual e curativo, em que o foco da produção é o procedimento em si, para um modelo em que haja um foco voltado para a produção de cuidados.

Para Starfield (2002) os serviços de saúde devem ter um papel na melhora da saúde, e a atenção primária deve dar enfoque à saúde da população numa constelação de outros determinantes tais como, o meio social e físico onde estes sujeitos vivem. Uma das estratégias de saúde mental no território é o Apoio Matricial, atualmente em Sobral a cobertura de matriciamento é realizada pelos profissionais do NASF e dos CAPS.

Os autores Tófoli e Fortes (2007), elucidam a dificuldade de se agir integralmente num país cuja história tardia e recente de cuidados em saúde é representada pela atenção hospitalar, em um modelo de especialidades que é reproduzido na medicina privada e de grupo. Assim, neste

contexto, estes autores questionam como harmonizar a visão do especialista com o trabalho na ESF, dentro do princípio da Integralidade?

Esta mudança de perspectiva para um olhar acerca do “pensar e fazer” saúde em decorrência da clínica ampliada, os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, levanta uma discussão semelhante à perspectiva de conceber a saúde e a doença, de determinar o lugar do usuário como protagonista do cuidado, a busca por uma atenção focada na integralidade do sujeito e a importância do serviço está fortemente inserido na comunidade vinculado à noção de território, estes têm sido um grande desafio para a construção de novas formas de cuidado em saúde mental que visem a emancipação dos usuários, garantindo o exercício de sua cidadania (Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira, Gomes, 2017).

Neste momento reporto-me aos princípios da Reforma Psiquiátrica que clama as políticas públicas para que norteiam a atenção em saúde mental com vistas à substituição do modelo tradicional da psiquiatria centrado na internação psiquiátrica por um modelo de atenção em saúde mental comunitária que inclui a transformação das relações da sociedade com as pessoas com transtorno mental, e a família como protagonista do cuidado.

Durante o período de observação nos territórios foi possível compreender como de fato é prestado o cuidado em saúde mental na atenção básica, suas limitações, seus desafios, como também a realidade de cada território. Foi possível observar uma grande demanda de pessoas que os casos que a equipe da APS mais tinham dificuldade na condução dos casos seriam aqueles que buscavam por atendimento relatando queixas devido condição econômica, conflitos familiares. Nas conversas informais com a equipe da ESF muitos relataram o sentimento de impotência diante destas situações.

Durante os momentos de diálogos e trocas com a equipe da APS, era abordado aspectos relacionados à gestão do cuidado e foi possível inferir que o Apoio Matricial por se caracterizar numa proposta interdisciplinar e de prática colaborativa os profissionais da equipe mínima selecionavam os casos a serem discutidos àqueles que a clínica clássica conseguiria dar resolutividade.

Durante as discussões de caso nos matriciamentos de saúde mental, muitos casos tiveram a necessidade de construção de um plano de cuidado compartilhado entre serviços da

rede de saúde como também uma articulação com outros setores e serviços da rede de Educação e Assistência Social, como também de espaços comunitários.

O Apoio Matricial se mostrou como uma ferramenta potente para instrumentalizar os profissionais da APS para cuidado em saúde mental, compartilhar os casos e corresponsabilizar a atenção básica no cuidado ao paciente com transtorno mental.

nós temos o matriciamento em Saúde Mental que também é uma ferramenta né para cuidado nestes pacientes nós discutimos com a equipe do CAPS, equipe de residência, demandas de saúde mental nos casos onde a equipe tem um pouco mais de dificuldade de manejo, nessas situações temos o matriciamento (profissional da APS)

O matriciamento no município de Sobral foi se organizando a partir de outubro de 2000, nesta época, os únicos profissionais de saúde mental que realizavam o Apoio Matricial eram os psiquiatras. (Tófoli e Fortes, 2007). Vale mencionar ainda que desde o seu desenho inicial o projeto para a Saúde Mental de Sobral previa ações na ESF (Tófoli e Fortes apud. SOBRAL, 1997).

a organização de todas as ações (...) são pactuada cotidianamente conforme a necessidade que a equipe identificar, o que é necessário! Então, elas são pactuadas no cotidiano aí conforme for, a equipe demandar. E também a gente tem um cronograma no território então a gente se organiza dependendo da necessidade do território. Nos organizamos quinzenalmente para estar naquela unidade e a equipe da Estratégia Saúde da Família se organiza para nos receber, fazem uma seleção dos casos, divisão de horário entres as equipes durante o turno, para que a gente possa tá fazendo o matriciamento. Então, a organização do matriciamento se dar seja dessa forma, de acordo com o que chega de demanda. (Profissional matriciador 1)

Para instituir o modelo, foi desenhado uma divisão territorial de macroárea, como foi denominado naquele momento, onde os territórios dos CSF foram distribuídos em equipes de referência, a ideia era que cada equipe contasse com pelo menos um profissional de cada categoria (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, psicopedagogo, psiquiatra). A divisão em equipes de referência também definiu quais profissionais seriam responsáveis pelo Apoio Matricial, como também nos atendimentos de referência oferecido no CAPS Damião Ximenes Lopes. E dessa forma, organiza-se o apoio matricial em Sobral-Ce.

(...) que surgem mas nós temos também aquela organização que é de praxe, fixa, que diz respeito da frequência e a datas marcadas que a gente está no território e ao mesmo tempo a gente também continua à disposição da equipe de outras formas principalmente por telefone que a gente tá resolvendo questões que foram surgindo ao longo da semana e que não dá para esperar até a nossa ida ao território. (Profissional matriciador 1)



Imagem 1: Apoio Matricial no CSF do bairro Terrenos Novos. Fonte: Arquivo da autora.

No caminhar da pesquisa, ao vivenciar os momentos de matriciamento pude perceber o quanto é potente essa ferramenta, Tófoli e Fortes (2007) descrevem como pode acontecer o apoio matricial, podem realizar estão consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos, e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas. A assistência individual também é possível, desde que, preferencialmente, seja temporalmente limitada. Porém além destas apontadas pelos autores consegui vivenciar o compartilhamento do cuidado de casos que estão em acompanhamento nos CAPS, como também a articulação das altas de pacientes que retornaram para o acompanhamento na APS.

As principais ações ainda são as ações de discussão e compartilhamento de caso onde a gente faz a responsabilização da equipe mínima da equipe de referência da estratégia de saúde da família junto conosco de apoio matricial temos também a interconsulta que eu acredito que seja a segunda atividade que a gente mais realiza onde a gente conversa faz uma acolhida e a escuta qualificada usuário e juntamente com o profissional da equipe mínima e aí temos também visitas domiciliares, visitas institucionais educação permanente. (Profissional do CAPS – matriciador 2)

No contexto que se insere a Estratégia de Saúde da Família, entre os seus inúmeros desafios à inclusão da atenção em saúde mental na comunidade, devendo entre outros aspectos estabelecer a articulação com os dispositivos de cuidado, outros desafios são apontados pelos profissionais, onde podemos perceber como a população ainda traz resquícios do modelo ambulatorial que caracterizava a Rede de Saúde de Sobral anos atrás.

como desafio no acompanhamento dos casos de saúde mental, percebo a adesão dos pacientes no tratamento, e muitos faltam às consultas do enfermeiro, enquanto existe uma grande procura no atendimento médico. (enfermeira 1 – APS).

Merhy (2002), aponta que no trabalho em saúde, não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas quais razões instrumentais os estão constituído e dentro de que jogo de intencionalidades e foi com a intenção de organizar o fluxo que a RAISM criou o instrumento de estratificação de risco em saúde mental, posteriormente passou a compor a apostila do projeto Qualifica APSUS em 2017. E por mais que exista um fluxo estabelecido na Rede de Atenção à Saúde do município de Sobral como declara uma gerente em sua entrevista.

O sistema de saúde de Sobral tem caminhado para essa linha de se terem sistematizações no processo geral, né? e aí a saúde mental também está inclusa nesta melhoria mesmo, neste cuidado mais específico, antes todo mundo era visto da mesma forma, muitas vezes até identificava que a gente só dispensava medicação e renova receita, sem nenhum critério, sem nenhuma avaliação sem nenhum cuidado mesmo e a gente tem caminhado para isso cuidar desigual os desiguais, cuidar melhor mais específico e antes funcionava desta forma, dispensação de receita. (Gerente 2)

Percebi dificuldades em articular a rede intersetorial e como agiam alguns profissionais da equipe da APS, estes se encontravam em dúvida de como proceder principalmente nos casos que demandam uma articulação intersetorial, como assistência social, justiça, conselho tutelar, escola... Como cita Nunes, Jucá e Valentim apud. Soalheiro e Martins (2017), identificam também dificuldades no processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica relacionadas ao desconhecimento acerca da reforma psiquiátrica e à falta de formação em saúde mental dos profissionais, mesmo dentro do limite do campo. Muitas vezes durante as discussões de caso eram apresentados casos com estratificação de risco leve, mas apresentavam algum tipo de conflito familiar, por exemplo um caso de uma senhora que queria vender um terreno mas dois filhos não concordavam com a decisão da mãe, devido isso a senhora procurou a unidade de saúde com queixas para dormir. Nessas situações constatei o quão importante é a articulação entre a rede e o contato que a ESF tem junto à comunidade: é, de fato, estar no território de vida do sujeito, um objeto dinâmico, vivo, de inter-relações (Lima e Yasuí, 2014).

Os trabalhadores da ESF desenvolvem suas rotinas em forma de rodízio, os ACS possuem turnos para auxiliar as enfermeiras no acolhimento dos usuários que chegam à unidade e nas atividades burocráticas também se responsabilizam em entregar os agendamentos de consulta e os encaminhamentos para os serviços especializados. As atividades burocráticas demandam tempo e acabam por prejudicar as visitas domiciliares, questão esta que é sentida e expressada pelos agentes. Quanto às visitas sentem necessidade de um veículo a disposição integral durante o período de funcionamento da unidade, fato este que vivenciei, pois em alguns momentos, acompanhando a equipe, foi realizado visitas domiciliares, caminhando no sol e sob calor escaldante. Percebi que este era um fator dificultador no processo de trabalho, uma vez que algumas residências eram bem distantes da unidade de saúde.

Nos contatos que tivemos durante o transcorrer da pesquisa, e voltando às anotações do diário de campo, pude ouvir nas conversas informais entre usuário-equipe, a menção de que naquela unidade, não se tinha o que fazer em relação ao tratamento de pessoas com uso de substâncias.“ aqui não temos como acompanhar, vamos te encaminhar ao CAPS AD, pois lá é o lugar para o caso” (fala de um profissional dando devolutiva de uma caso para o ACS), “os casos

de saúde mental é mais difícil de encaminhar para o CAPS, pois temos que estratificar já dos pacientes que fazem uso de drogas é só encaminhar para o CAPS AD” (fala de um profissional no momento de matriciamento).

Desvela-se a fragilidade da equipe no contexto do cuidado ao uso de substâncias psicoativas, não responsabilização, limitando o processo de trabalho apenas no encaminhamento para o serviço especializado. Por mais que existam documentos que instrumentalizam a APS no cuidado em saúde mental, como o documento Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários (Brasil, 2007), este propõe diretrizes gerais para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, o Guia Prático de Matriciamento e Saúde Mental (Chiaverini, 2011), o número temático de saúde mental dos Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2013) e a apostila do projeto Qualifica APSUS, que traz o instrumento de estratificação de risco em saúde mental (2017).

A organização da oferta de cuidado em Saúde Mental, foi gradual iniciei falando para equipe da estratégia de saúde da família sobre o que é o apoio matricial que situações o apoio matricial irá colaborar na atenção, se deu principalmente através da sensibilização da equipe mínima sobre o que é o apoio matricial então através de reunião de equipe ea sensibilização. as atividades que mais contribuem para esse cuidado. Recentemente eu consigo identificar como a estratificação de risco em Saúde Mental que a partir dela a gente conseguiu já identificar como cuidado, né? Pelo menos perceber a necessidade do Cuidado em saúde mental e chega agora também por conta da estratificação de risco, os grupos de saúde quando eles existem no território e também acaba se tornando um colaborador importante para cuidar da saúde onde os profissionais têm um apoio. (Gerente 4)

As sistematizações no cuidado de saúde mental que a gerente refere atribuímos a organização do fluxo estabelecido na Rede de Atenção à Saúde de Sobral, como já descrito anteriormente quanto a inserção da equipe multiprofissional dos CAPS.

Nossa rede vem se aprimorando com o tempo, justamente com a adesão destes outros serviços CAPS GERAL, CAPS AD, o matriciamento no posto de saúde para poder traçar uma linha de cuidado do paciente, um cuidado multidisciplinar, onde a gente tem o cuidado de trazer a equipe mínima e os profissionais também para poderem conversar sobre os casos, temos o NASF também e aí a gente consegue aprimorar esse cuidado chegando próximo ao cuidado integral do paciente. onde a gente possa realmente

percorrer esses caminhos, de uma saúde mental do direito do paciente, onde ele possa ter uma qualidade de vida. (Gerente 1)

Em 2017, como já evidenciado anteriormente, foi iniciado o processo de estratificação de risco em saúde mental, através de um instrumento elaborado pelo Colegiado Gestor da RAISM¹², mas é importante ressaltar que cada território estabelece quais serão as ações realizadas para a comunidade.

Outras estratégias foram pensadas em alguns territórios como no caso relatado pelo Gerente 1:

Desde que eu cheguei aqui, em agosto do ano passado, foi uma das minhas prioridades estruturar este fluxo, porque eu percebia tudo muito solto, sabe? como a gente não sabia... ficava muito perdido... primeiro eu tinha dois dias de matriciamento do CAPS, aí tinham reduzido para um dia porque parece que o pessoal não queria, não vinha e não estava organizado, aí me disseram que eu teria dois dias de médico, me animei mais ainda e aí foi quando nos organizamos as terças-feiras para isso. Aí deixei todo mundo sabendo, primeira e segunda semana, equipe uma e dois, terceira e quarta semana equipe três e quatro, então eles já estão sabendo que naquele dia vai ser o dia deles, não que se aparecer um caso de urgência não poderá ser conversado, enfim, exceção... Aí começamos o processo de estratificação dos pacientes, porque nós trouxemos a importância dos pacientes estarem estratificados para eu saber qual precisa com mais urgência conversar com o médico, quem precisa ser conversado com a equipe, aí registramos todos os pacientes no drive, está tudo digitalizado, no intuito de não perder os dados, entrando nesta proposta de informatização dos registros conseguimos deixar tudo no drive, todas as equipes por agentes de saúde, que no dia que eles tem reunião de equipe com a enfermeira, eles olham se continua tendo esses pacientes, os riscos que eles têm e se entrou algum ou se saiu, se mudou de área, para conseguir manter organizado, porque trabalho muito da gente ter dados palpáveis, não ficar solto, perdido.

Essa estratégia de utilizar uma planilha digital, especificando os casos de saúde mental também foi identificada em outros territórios:

A gente montou uma planilha que fica no drive, a planilha contém as informações de identificação do paciente, nome, cartão nacional de saúde, agente comunitário de saúde endereço, bem como as medicações e acompanhamento...cada agente de saúde junto com cada profissional da equipe multi foi visualizando cada prontuário fazendo uma discussão de cada quadro geral do paciente para que a gente conseguisse fazer esse processo da estratificação de risco dentro do instrumento preconizado, aí também

¹² O Colegiado Gestor da RAISM é composto pelo coordenador da RAISM, os gerentes das unidades (CAPS, CAPS AD, SRT), os dois tutores da Residência Multiprofissional de Saúde Mental, Coordenador da Residência de Psiquiatria e Residência Multiprofissional de Saúde Mental e representação dos profissionais.

identificamos também no prontuário com uma “targetinha” a estratificação de risco do paciente, além disso a gente atualmente tem tentado implantar o atendimento coletivo para o paciente de saúde mental que é onde a gente está retirando da demanda individual, os pacientes que estão estratificados como risco leve e sem risco e fazendo esse momento coletivo até para propiciar uma interação entre eles além do cuidado medicamentoso, a gente realiza por equipe, elaborando o plano de cuidado, o primeiro passo foi colocar esses pacientes estratificados, pegar esses pacientes que estão em um grau de risco maior para serem vistos individualmente. (Gerente 2)

Além do acompanhamento dos casos a partir da estratificação de risco tabulado numa planilha. Este território, opera tecnologias de cuidados distintos entre os casos com risco leve que seriam mais voltado às práticas coletivas e outros aos atendimentos individuais. Assim, cada território vai desenvolvendo seu processo de trabalho conforme a realidade e necessidade da população. De acordo com Leite, Rocha e Santos (2018), é preciso ir além do que está preconizado, buscando ferramentas que possam subsidiar outros modos de pensar e conceber saúde e de ampliar os processos dialógicos e transformadores do trabalho.

Diante da realidade encontrada um dos principais desafios para continuidade do cuidado no município apontamos a rotatividade da equipe, tanto nos CSF, NASF e CAPS, o que dificultou até mesmo na pesquisa pois em agosto grande parte dos profissionais eram recém contratados, muitos não tinham experiência na atenção primária. Considerando o cuidado à saúde, salienta-se que um pilar importante nas instituições é o investimento no capital humano, podendo ser uma peça chave no cuidado, devido o vínculo que o profissional tem com a população de seu território. Temos que considerar como variáveis importantes em relação ao cuidado oferecido pelos serviços, recursos físicos e materiais, características organizativas e o tipo de trabalho da equipe, somando-se com os recursos individuais do paciente e do contexto que está inserido desempenham um papel fundamental no sucesso ou fracasso de um tratamento.

A vivência durante a pesquisa, mostrou que por muito tempo as ações de saúde mental eram focadas no atendimento individual, no tratamento medicamentoso e em procedimentos que são atribuições dos profissionais de cada categoria como; consultas, visitas domiciliares, aplicação de medicamentos ou curativos, inexistência ou pouca prática interprofissional no cuidado, havendo pouca articulação intersetorial e entre a rede de saúde. Uma profissional relata a importância da Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental:

“com a estratificação de risco em saúde mental ficou mais fácil de saber qual paciente devo encaminhar para o CAPS” (enfermeira da APS).

Merhy (2002) aponta a percepção dos usuários, ao que remete a articulação entre os serviços e setores:

“Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários como regra, sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”. (Merhy, p.121, 2002)

A implicação da APS com a produção de cuidados expande a produção de subjetividades, no lugar onde o profissional está inserido. Implicação que parece estar relacionada àquela de sujeito militante, de que fala Merhy (2004): “permitem aos sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos.” Assim, estar implicado é mais do que participar dos processos de trabalho instituídos, é romper a neutralidade do lugar que ocupa, é colocar-se no processo de modo ativo. Como profissional atuante da APS, como sujeito.

Na perspectiva de participação ativa no processo de cuidado em saúde mental, apontamos à discussão quais práticas de cuidado são desenvolvidas pelos profissionais da APS nos CSF. Uma das ações que mais nos chamou atenção durante a pesquisa foi o grupo de mulheres de um CSF, este é organizado pelas ACS, para mulheres que necessitam de cuidado de saúde mental, algumas com queixas ansiosas ou depressivas, outras com histórico de violência intrafamiliar. Este grupo possui uma identidade forte no território, as usuárias têm uma boa adesão e apresentam melhora do quadro de saúde de forma significativa.

temos o grupo de mulheres, como você já viu, é um grupo bem aprimorado, com oito anos de existência, e o grupo em si tem uma autonomia, toda segunda-feira tem alguma coisa, tem momentos que é trabalhado a autoestima e tem ótimos resultados... onde elas conseguem perceber que a pessoa que tinha depressão, que era antissocial ela conseguiu

estar dentro do convívio, já faz visitas, passeios e isso é muito importante para o cuidado. (Gerente 1)

aqui a gente tem um grupo de mulheres, são mulheres do território que tem essa necessidade deste cuidado integrado, oficinas para propiciar que elas tenham esses estímulos, de estar fazendo atividades laborais. temos os grupos de práticas corporais, que nós temos um grupo que funciona na Praça da Juventude e agora também na Vila Brasil, um território um pouco mais afastado e assim são esses cuidados mesmo com atendimento coletivo e temos esse zelo de não só dispensar a medicação, ondes os casos leves também são direcionados para as práticas coletivas. (Gerente 2)

Todos os CSF visitados oferecem ações de cuidado de saúde mental na modalidade grupal, inseridas nas práticas coletivas do território, como; grupo de práticas corporais, grupos de mulheres e até grupo de criança (encontrado em um CSF pesquisado). Porém, muitas vezes, a condução dos grupos fica a cargo do NASF ou da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) a equipe de referência atua de maneira pontual ficando como responsáveis apenas por encaminhar para as atividades. Os relatos mostraram que alguns profissionais até demonstraram interesse nas práticas coletivas, mas a demanda da unidade acabava não possibilitando.

Durante o período de observação pudemos constatar que os territórios possuem uma grande procura da população tendo uma média de oitenta usuários atendidos por turno, muitos procuram o serviço por demanda espontânea e são direcionados para o acolhimento, onde sempre tem uma enfermeira de referência. Após a avaliação da enfermeira é seguido um fluxo para seguimento do cuidado, os pacientes que apresentam um quadro de urgência são encaminhados para avaliação médica, aqueles que apresenta queixa mas sem urgência são agendados uma consulta. O fluxo quanto às demandas de saúde mental é seguida da mesma forma, seguindo o instrumento de estratificação de risco de saúde mental e o fluxo pactuado.

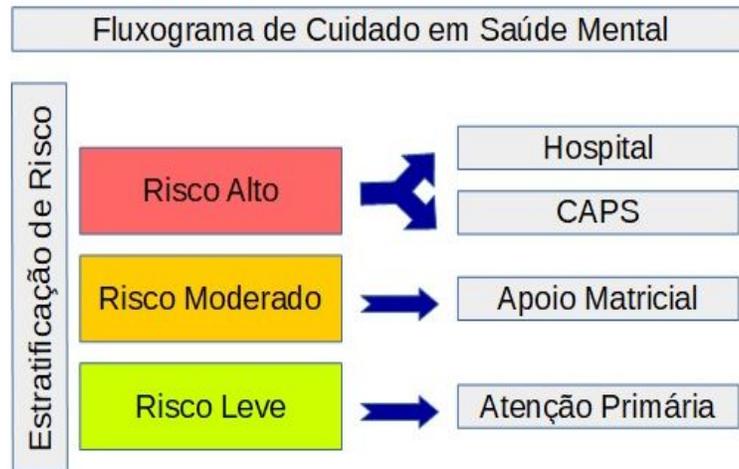


Figura 1: Fluxograma de Cuidado em Saúde Mental em Sobral-Ce. (Fonte: Autoria Própria, 2019)

De acordo com a figura, podemos compreender o fluxo dos itinerários terapêuticos dos usuários que necessitam de cuidado da saúde mental no município de Sobral. Considerando o fluxograma, que Merhy (2002) denomina de fluxograma descritor, é que apreendemos as representações dos sujeitos participantes do processo de cuidar em saúde mental na APS, pois esta é a ordenadora do cuidado a entrada e articuladora da RAS e onde encontra-se a comunidade (Brasil, 2017), estas são ferramentas importantes na reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial, definida como tecnologia de cuidado para as pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidades durante a reforma psiquiátrica que possibilitaria a recuperação da capacidade de gerar autonomia do usuário, integrada como política (Pitta, 2001). Assim, “a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos” Saraceno (1999, p.95).

“Eu me sinto feliz, quando percebo uma melhora no paciente, apesar de achar que a saúde mental é muito complexa” (Enfermeiro da APS)

“Eu vejo que a atenção básica melhorou muito, hoje a equipe compreende que não é só o enfermeiro que faz o acolhimento, todo profissional pode orientar o paciente. Tivemos

momentos de educação permanente acerca da importância do acolhimento.” (Enfermeiro da APS)

O acolhimento realizado na ESF, é um espaço de escuta onde a equipe possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações adequadas, de maneira mais efetiva resultando na satisfação da população. O vínculo profissional-paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo a participação do usuário como protagonista do seu cuidado, durante a prestação do serviço (Campos, 1997).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre o cuidado em Saúde Mental na APS, a partir da idéia de que a produção do cuidado se consiste em relevante tema dentro do contexto da pesquisa em saúde. O cuidado foi aqui entendido como o encontro entre sujeitos e os afetamentos produzidos a partir deste. Engajados nesse propósito a cartografia se fez presente, na leitura do contexto o qual esse cuidado estava sendo produzido. Esta possibilitou acompanhar os fluxos subjetivos circulantes no contexto da pesquisa, bem como a captação dos movimentos de territorialização e desterritorialização que emergiram dos encontros entre os profissionais de saúde da APS.

Esses movimentos marcam a necessidade de uma mudança paradigmática na construção do conceito de saúde, que passa do olhar materializado na doença para o sujeito como um todo, com toda a sua subjetividade e necessidades múltiplas e complexas. Nesse processo, foi possível captar as dificuldades que os atores protagonistas da assistência desenvolvida na APS de Sobral-Ce encontram no que tange à possibilidade de reversão do modelo assistencial, proposto pelas políticas públicas, bem como a efetivação dos princípios do SUS preconizados por lei.

Acompanhamos uma realidade, na qual os sujeitos produzem cuidados motivados a prestar um cuidado efetivo, apesar das dificuldades apresentadas como a rotatividade dos profissionais, a dificuldade de manejo apontada por alguns profissionais. Outro ponto que pode ser considerado como dificuldade para o cuidado em saúde mental na APS, refere-se ao trabalho desenvolvido no CSF que muitas vezes mostra-se eminentemente curativo, focado na doença e ainda arraigado nas questionadas modalidades de tratamento psiquiátrico.

Muitos foram os participantes que apontaram dificuldades enfrentadas no cotidiano da atenção ao cuidado, como também apontaram despreparo para lidar com a demanda de saúde mental, o que evidencia a importância da valorização e capacitação mediante da proposta de mudança de práticas antigas. Merhy (2002), destaca que o trabalho em saúde só se realiza na interseção entre sujeitos e que o encontro é a matéria prima do trabalho em saúde. Entretanto, foi sentido que alguns sujeitos reconhecem a importância da alteridade no processo de cuidar, sendo perceptível em algumas situações o empenho para que se fosse construída a autonomia do usuário.

Frente ao que foi observado e relatado pelos sujeitos, refletimos que a resolubilidade das ações em saúde só é possível quando há vínculo, coparticipação e comprometimento, uma vez que os caminhos para o exercício de um cuidado efetivo em saúde mental não são simples, ou seja, é um desafio permanente. Desafio esse que também necessita que o canal de comunicação entre usuário e trabalhador seja de fato aberto, possibilitando um canal para o estabelecimento de vínculo, possibilitando bons encontros. Merhy (2002), aponta que isso pode abrir caminhos para a consideração da potência dos sujeitos, a superação do papel de sujeitos-vítimas para o de sujeitos-protagonistas trabalhando pelo cuidado e pela afirmação da vida.

Diante do que foi discutido referente a relação entre saúde mental e APS apontou-se a necessidade de fazer-se uma articulação de rede, que tem sido fortemente induzida através do matriciamento. Entretanto, os resultados deste estudo apontam a necessidade de resgatar-se um importante debate que tem sido negligenciado, a saber, a articulação dos atores dentro da própria equipe de saúde da família para que efetivamente não se tenha uma atuação médico centrada, numa lógica imediatista de queixa-conduta, para uma mudança de paradigma numa perspectiva de prevenção e promoção de saúde.

Considerando a constatação da dificuldade dos profissionais na efetivação da atenção psicossocial, nos cabe resgatar os apontamentos feitos por Costa-Rosa (2000), no qual identificam o modo de atenção psicossocial coexistindo com ações de psiquiatria tradicional e da psiquiatria preventiva, sendo esta última por sua similaridade e proximidade com a reforma psiquiátrica, o maior entrave para o avanço da atenção psicossocial.

Diante da realidade encontrada nos territórios pudemos refletir acerca das possibilidades de inverter este modo de atuação. Franco e Merhy (2006) afirmam que as mudanças no setor só se efetuam a partir da modificação das práticas em saúde, ou melhor, a partir da transformação nos microprocessos do trabalho. Enquanto cartografávamos foi possível inferir, como pelos relatos, das observações e das experiências, que os profissionais apresentavam sentimentos de impotência, angústia, sofrimento e tensão, frente à execução de cuidados em nível de saúde mental, bem como, frente à reabilitação psicossocial, e que não vislumbram espaços e nem possibilidades para as ações em nível de saúde mental, a não ser a medicação assistida.

Foi de muita importância retomar historicamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) desde o desmonte da estratégia asilar, com seus aparatos legais e institucionais, torna-se uma tentativa de mapear os novos perigos que se apresentam, dos novos modos de poder e gestão que despontam. Assim, pudemos compreender a política, esta discussão não foi para conduzir à apatia de quem julga tudo ruim, mas para enunciar a importância de repensar as práticas dentro dos dispositivos de saúde mental, e não perder a essência da luta antimanicomial. Porém, alguns sujeitos do estudo, ensaiaram em variadas situações, exercer o acolhimento, tecer vínculos frente à demanda dos usuários daquela comunidade, o que nos leva pensar que o cuidado pode portar diversas nuances, e que depende também dos recursos internos de cada profissional envolvido.

Nesta perspectiva, a cartografia desvelou que é nos encontros de sujeitos em ação, daquele que requer o cuidado com aquele que o oferta, que se produzem relações. Conseqüentemente, nos mapas desses encontros podem surgir as possibilidades de novos desenhos, a efetivação do trabalho vivo, e a construção de novas histórias. Assim, é o trabalho vivo que se efetiva na construção do cuidado, operando sentidos e significados.

REFERÊNCIAS

- ABRASME. **Saúde Mental: retrocessos ou contra-reforma?** 03.12.2018. Acesso em 19.09.2019 https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402
- AMARANTE P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 73-81.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003, p. 45-65
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Temas em Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.
- _____. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009 Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425/41204>
- AMARANTE, Paulo and NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- ANDRADE, L.O. M. de, BARRETO, I.C. de H. C., GOYA, N., MARTINS JÚNIOR, T., **Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde**. Ano V, N.1, JAN./FEV./MAR. 2004 - S A N A R E.
- BARROS, M.M.M. de. & JORGE, M. S. B. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓCIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto alegre: Sulina, 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. 2005

_____. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília – DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . **Saúde mental e Atenção Básica: vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154/2008, 24 de jan. 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Diário Oficial, Brasília, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos da Atenção Básica n. 34: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil, de 31 dezembro 2010, Seção I, Página 89.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, instituída a partir do decreto n° 7.508/2011

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Departamento de de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n.34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em Dados** 12, v. 10, n. 12, out. 2015. Informativo eletrônico. Disponível em:
<http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **NOTA TÉCNICA N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas** Informativo eletrônico. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saude_mental.pdf>. Acesso em 24.ago.2019.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** In: BRAVO, M. I. S. (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** In.: XIX Seminário Latino-Americano de Escolas de Serviço Social. O trabalho social na situação da América Latina: desafios para a formação e ação conjunta profissional. Santiago de Guayaquil Universidade Católica. Guayaquil, Equador. 04-08 outubro, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999, vol.4, n.2, pp.393-403. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

CAMPOS G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. p. 399-407.

CAMPOS, C.E.A. **As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2007, v.14, n.3, jul.-set. 2007, p.877- 906.

CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal.** In: (E. E. Merhy e Onocko, org.) Agir em saúde: um desafio para o público. p. 229-266, 1997. São Paulo: Editora Hucitec.

CARVALHO AI, BUSS PM. **Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2008. Junqueira LAP. Intersetorialidade.

CEARÁ. Secretaria da saúde do Estado do Ceará. **Projeto Qualifica APSUS Ceará: qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado.** Capacitação Complementar Estratificação de Risco e Manejo Clínico em saúde mental. 2017.

COSTA-ROSA (2000), A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaios, subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

Costa-Rosa, A., & Yasui (2009). **Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial.** In I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, & Y. R. A. de Faria (Orgs.), Olhares Experiências de CAPS Centro de Atenção Psicossocial (pp. 123-137). Goiânia: Ed. Kelps.

CHIAVERINI, D.H. (org) **Guia Prático de Matriciamento em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011.

DAUD, Nacile Junior. **Considerações históricas-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do doente mental**. In: Desafios na atenção a saúde mental. Maringá: Editora da Universidade de Maringá: 2002.

DATASUS, 2019. acesso em 01.10.2019. Disponível em:
http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=23&VMun=231290&VSubUni=&VComp=00

_____.2019. Acesso em 28.10.2019. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=SOBRAL>

DELEUZE, G; GUATTARI, F. (1995)

DELEUZE, G; GUATTARI, F. Acerca do ritornelo. In: **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. v. 4, p. 115-170.

BARRROS, L.P., & Kastrup, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 52-75). Porto Alegre: Sulina. (2012).

ESCÓSSIA, L., & Tedesco, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 92--108). Porto Alegre: Sulina (2012).

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. **Editorial** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e0021241 acesso em 19.09.2019
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200

DIMENSTEIN, M. **O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais** **Mental**, junho, vol. IV n.006, Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena- Brasil, 2006.

DIMENSTEIN, M. et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde soc. [online]. 2009, vol.18, n.1, p. 63-74.

ESLABÃO AD, COIMBRA VCC, KANTORSKI LP, PINHO LB, SANTOS EO. **Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família**. Rev. Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1): e60973, 2017. Versão on-line Português/Inglês:
www.scielo.br/rgenf www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem.

FERREIRA TPS, SAMPAIO J, SOUZA ACN, OLIVEIRA DL, GOMES LB. **Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais**. Rev. Interfaces

Comunicação Saúde Educação, 2017; 21(61):373-84.

FEUERWERKER, L. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface - Comunic., Saúde, Educ, 2005, v. 9, n. 18, p.489-506.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FOUCAULT, Michel. **VIGIAR E PUNIR: nascimento das prisões.** Tradução de Raquel Ramallete. 29ª Edição:VOZES. Petrópolis 2004.

_____. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do poder,** 2016.

FRANCO TB, MERHY EE. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-124.

FURTADO, J. P. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, 2006.

GONDIM, e SOALHEIRO, N., **Território, Saúde Mental e Atenção Básica.** In.: SOALHEIRO, N. (org.). Saúde Mental para Atenção Básica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GALIMBERTTI, Percy Antônio. **Introdução ao estudo da história da loucura, da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica.** Londrina, PR, 1998, p.55. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

GATARI, F, ROLNIK S. **Micropolítica: cartografia do desejo.** 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 4ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

LAKATOS, E M. MARCONI, M. de A., **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. - São Paulo : Atlas 2005.

LANCETTI A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34

LEITE, L. dos S., ROCHA, K. B., SANTOS, L. M. dos. **A tessitura dos encontro da Rede de Atenção Psicossocial**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 183-200, jan./abr. 2018

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38,n. 102, P. 593-606, JUL-SET 2014

LÜCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. **O Movimento Antimanicomial no Brasil**, Revista Ciência e Saúde Coletiva, março-abril, vol 12, num 002. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, Brasil, pp. 399-407, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**: Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em 27.08.2019

MENDES-GONÇALVES, R. B., **Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. Cadernos Cefor PMSP/SMS-SP, n.1, 1992

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E. E. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

_____. Prefácio: **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido** In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

NUNES, MACHADO , BELINI. **A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. (2003)

NUNES, Mônica; JUCA, Vlândia Jamile and VALENTIM, Carla Pedra Branca. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10, pp.2375-2384. ISSN 0102-311X. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>.

PASSOS, E., KASTRUP, V., & ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 131-149). Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família**, 2.ed., n° 7. São Paulo: Hucitec, 2001. p.167-197.

PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo** (5.ª ed.) Petrópolis: Vozes; 2007.

SÁ. R. A. R. **(Re)Habilitação Psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - Ce**. Sobral, 2006, p.78. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

SAMPAIO, José J. C., SANTOS, Antônio W. G. dos & ANDRADE, Luiz O. M. de Saúde Mental e Cidadania: um Desafio Local. In: MENDES, E.V. (org.) **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: Hucitec, 1998

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde a Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-219.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, W. G. S. A experiência dos centros de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. M. F. (Ed.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-134.

SAMPAIO, J. J. C., CARNEIRO, C. **Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas**. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p. 7-25, jul./dez. 2005/2007.

SARACENO B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizador. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 2001. p.13-18.

_____. **Psiquiatria e saúde mental**. J. Bas. Psiq., v. 44, n. 8, ago.1995.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2009

SILVEIRA P. S., Vieira A. L. S. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. Ciência & Saúde Coletiva. 2009.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília- UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

SOALHEIRO, N., MARTINS, D. **Atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como Eixo do Cuidado**. In.: SOALHEIRO, N. (org.), Saúde Mental para Atenção Básica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SOBRAL. **Política de saúde mental de Sobral**, CE: proposta.Sobral, CE: Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Saúde (mimeo), 1997.

_____. Proposta para Implantação da Rede Municipal de Assistência à Saúde Mental, Mimeo,1999.

_____. **Relatório de sindicância referente ao processo 002/99 da Casa de Repouso Guararapes**,mimeo,2000.

_____. **Projeto Técnico do CAPS Damião Ximenes Lopes**. Não publicado.2017.

_____. Site Prefeitura de Sobral. **Prefeitura de Sobral inaugura Unidade de Acolhimento nesta sexta-feira (27/07)**. Categoria: [Notícias](#) Publicado: 25 Julho 2018. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/prefeitura-de-sobral-inaugura-unidade-de-acolhimento-nesta-sexta-feira-27-07> Acesso:12.02.2020

TESSER, C.D.; TEIXEIRA, B.C. **Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência**. Saúde em Debate, 2011, v.35, n.88, p.83-95.

TEIXEIRA C.F.; PAIM J.S. **Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL, organizadores. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

TÓFOLI, L. F., FORTES, S. **Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência**. 4 SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

VANDERLEI M, Almeida MCP. **A concepção e prática dos gestores e gerentes estratégia de saúde da família**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007;12(2):443-453

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Improving Systems and Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package,2009.

8. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) por Roseane Rocha Araújo, como participante da pesquisa intitulada “Atenção Psicossocial e Desinstitucionalização: uma análise do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde em Sobral - Ce.”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo da pesquisa é descrever e analisar os cuidados de saúde mental na Atenção Primária à saúde no município de Sobral. Os objetivos específicos são identificar e descrever práticas de cuidado em saúde mental oferecidas na Atenção Primária, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo e funcionamento; analisar como estes cuidados têm sido articulados para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção produzem; situar os cuidados nos campos teórico-técnicos da saúde mental e atenção primária à saúde, observando sua relação.

Essa pesquisa tem como benefícios a intenção de contribuir com o trabalho da rede de atenção à saúde de Sobral, a partir da reflexão política-filosófica sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Assim, o estudo pode auxiliar na reflexão sobre os efeitos do trabalho desenvolvido nesses dispositivos na assistência aos usuários e buscar outros modos de cuidado em saúde mental.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de uma dissertação de mestrado do Programa Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-campus Sobral, e será apresentado para uma banca de professores doutores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma impessoal e geral.

Caso você concorde em participar desse estudo, solicitamos a sua colaboração em participar do estudo, obtido por meio da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo está sendo disponibilizado em duas vias originais: uma para ficar com você e outra para ficar com a pesquisadora.

Será realizado entrevista, que será realizada com profissionais da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, onde iremos garantir um local seguro com privacidade, onde não ocorram interrupções e incômodos.

Pedimos permissão para gravar sua fala, através de um gravador portátil, a fim de que não seja perdida nenhuma informação. Na transcrição da gravação, não é colocado seu nome e sim a fala do coletivo (grupo), ou seja, não irá a nenhum momento aparecerá seu nome, de modo a garantir o sigilo quanto à identificação dos participantes. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos, ou seja: não se pode saber quem disse as falas. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Essa pesquisa envolve riscos mínimos como cansaço, desgaste, desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes à realização do grupo. Contudo, a pesquisadora garante que em todo o processo da pesquisa, irá respeitar a sua dignidade e autonomia, e realizará esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados, e você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se continuará a participar da entrevista. Sua participação é voluntária, o que dizer que não existe pagamento a ser feito.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Destacamos que a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Essa pesquisa foi submetida inicialmente para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e, após a anuência, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – CEP/UVA, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa nos seguintes endereços, telefones e/ou e-mails dos responsáveis pela pesquisa:

PESQUISADORA PRINCIPAL**Nome:** Roseane Rocha Araújo**Instituição:** Universidade Federal do Ceará**Endereço:** Rua Cariré, 201 – Cidade Pedro Mendes Carneiro, Sobral-Ce, 62030-750.**Telefones para contato:** (88) 999006644**ORIENTADOR**

Nome: Percy Antonio Galimberti Catanio

Instituição: Universidade Federal do Ceará**Endereço:** Rua Geraldo Rangel, 436, Derby, Sobral -CE**E-mail para contato:** galimberti@ufc.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, ____ de _____, 2019.

Nome do participante da pesquisa:

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler):

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “Atenção Psicossocial e Desinstitucionalização: uma análise do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde em Sobral - Ce.” e concordo em participar de forma **voluntária** da mesma. Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar desta pesquisa. Declaro que concordo em oferecer as informações solicitadas pela pesquisadora Roseane Rocha Araújo e o orientador Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio, sendo assim convidado a participar deste estudo, e o faço voluntariamente.

Sobral, ____ de _____ de 2019.

Ciente: _____ (Assinatura do Sujeito)

(Assinatura do Pesquisador Principal)

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -
GESTORES**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) por Roseane Rocha Araújo, como participante da pesquisa intitulada “Atenção Psicossocial e Desinstitucionalização: uma análise do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde em Sobral - Ce.”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo da pesquisa é descrever e analisar os cuidados de saúde mental na Atenção Primária à saúde no município de Sobral. Os objetivos específicos são identificar e descrever práticas de cuidado em saúde mental oferecidas na Atenção Primária, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo e funcionamento; analisar como estes cuidados têm sido articulados para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção produzem; situar os cuidados nos campos teórico-técnicos da saúde mental e atenção primária à saúde, observando sua relação.

Essa pesquisa tem como benefícios a intenção de contribuir com o trabalho da rede de atenção à saúde de Sobral, a partir da reflexão política-filosófica sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Assim, o estudo pode auxiliar na reflexão sobre os efeitos do trabalho desenvolvido nesses dispositivos na assistência aos usuários e buscar outros modos de cuidado em saúde mental.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de uma dissertação de mestrado do Programa Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-campus Sobral, e será apresentado para uma banca de professores doutores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma impessoal e geral.

Caso você concorde em participar desse estudo, solicitamos a sua colaboração em participar do estudo, obtido por meio da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo está sendo disponibilizado em duas vias originais: uma para ficar com você e outra para ficar com a pesquisadora.

Será realizada entrevista, que será realizada com os Gestores dos Centros de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde, onde iremos garantir um local seguro com privacidade, onde não ocorram interrupções e incômodos.

Pedimos permissão para gravar sua fala, através de um gravador portátil, a fim de que não seja perdida nenhuma informação. Na transcrição da gravação, não é colocado seu nome e sim a fala do coletivo (grupo), ou seja, não irá a nenhum momento aparecer seu nome, de modo a garantir o sigilo quanto à identificação dos participantes. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos, ou seja: não se pode saber quem disse as falas. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Essa pesquisa envolve riscos mínimos como cansaço, desgaste, desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes à realização do grupo. Contudo, a pesquisadora garante que em todo o processo da pesquisa, irá respeitar a sua dignidade e autonomia, e realizará esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados, e você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se continuará a participar da entrevista. Sua participação é voluntária, o que dizer que não existe pagamento a ser feito.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Destacamos que a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Essa pesquisa foi submetida inicialmente para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e, após a anuência, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – CEP/UVA, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa nos seguintes endereços, telefones e/ou e-mails dos responsáveis pela pesquisa:

PESQUISADORA PRINCIPAL**Nome:** Roseane Rocha Araújo**Instituição:** Universidade Federal do Ceará**Endereço:** Rua Cariré, 201 – Cidade Pedro Mendes Carneiro, Sobral-Ce, 62030-750.**Telefones para contato:** (88) 999006644**ORIENTADOR**

Nome: Percy Antonio Galimberti Catanio

Instituição: Universidade Federal do Ceará**Endereço:** Rua Geraldo Rangel, 436, Derby, Sobral -CE**E-mail para contato:** galimberti@ufc.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, ____ de _____, 2019.

Nome do participante da pesquisa:

Data: ____ / ____ / ____ . Assinatura: _____

Nome do pesquisador:

Data: ____ / ____ / ____ . Assinatura: _____

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler):

Data: ____ / ____ / ____ . Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ____ / ____ / ____ . Assinatura: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “Atenção Psicossocial e Desinstitucionalização: uma análise do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde em Sobral - Ce.” e concordo em participar de forma **voluntária** da mesma. Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar desta pesquisa. Declaro que concordo em

oferecer as informações solicitadas pela pesquisadora Roseane Rocha Araújo e o orientador Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio, sendo assim convidado a participar deste estudo, e o faço voluntariamente.

Sobral, ____ de _____ de 2019.

Ciente: _____

(Assinatura do Sujeito)

(Assinatura do Pesquisador Principal)

**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ENTREVISTA DA PESQUISA “ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: uma análise do cuidado em saúde mental na Atenção
Primária em Sobral - Ce.**

Eu _____, CPF _____
_____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora, Roseane Rocha Araújo, responsável pela pesquisa/intervenção intitulada “ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: uma análise do cuidado em saúde metal na Atenção Primária em Sobral - Ce”, realizar fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento a partir de gravações sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização das fotos (seus respectivos negativos), filmagens e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores.

Sobral- CE, ___ de _____ de 2019.

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE D- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC CAMPUS SOBRAL – CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

- 1) Resgatar do ponto de vista da gestão o percurso histórico da rede de saúde municipal no que tange a relação entre saúde mental e atenção primária a saúde.
- 2) Colher a descrição dos gestores acerca do funcionamento atual da ação integrada entre saúde mental e atenção primária a saúde, identificando as principais estratégias para garantir esta articulação.
- 3) Identificar as principais práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde conhecidas pela gestão (observando funcionamento, público-alvo e proponentes) e também suas intencionalidades neste tópico.
- 4) Identificar do ponto de vista da gestão as principais prioridades e desafios na interface de saúde mental e atenção primária à saúde.
- 5) Compreender o histórico de informatização dos registros da atenção, e também identificar dados disponíveis e suas possíveis utilizações na gestão do cuidado em saúde mental em rede.
- 6) Listar documentos institucionais referentes ao tema saúde mental e atenção primária à saúde bem como estudos já realizados no município importantes para este tópico.

APÊNDICE E -- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC CAMPUS SOBRAL – CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS CARACTERIZAÇÃO EQUIPE

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

- 1) Conte-me da inserção do cuidado em saúde mental nesta equipe. Que situações contribuem para a organização da oferta de cuidado em saúde mental?
- 2) Que ações em SM são desenvolvidas? Como são organizadas no serviço?
- 3) Como se estrutura a entrada dos casos?
- 4) Como é feito o acompanhamento? Para cada ação de saúde avaliar: quem propõe, quem participa, a quem e como indica, qual o objetivo e papel na abordagem do caso, qual o funcionamento.
- 5) De que forma as práticas em saúde mental atendem as mais variadas demandas que surgem na atenção primária à saúde?
- 6) De que forma se dá a articulação de rede setorial, intersetorial e comunitária para o cuidado em saúde mental?
- 7) Quais são os maiores desafios da inserção do cuidado em saúde mental na equipe?

APÊNDICE F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

- 1) Comunicação verbal e não verbal dos profissionais durante o momento.
- 2) Atitudes e posturas dos profissionais diante da condução dos casos.
- 3) Os significativos e as percepções, demonstradas pelos profissionais, verbais e não verbais

Atividade de Gestão de Caso

- 1) O que caracteriza o caso discutido? O que se projeta como objetivo de intervenção?
- 2) Que plano de ação se constrói? Quais as ofertas terapêuticas são cogitadas e qual a relação entre elas?
- 3) De que forma se projeta o reconhecimento do usuário como sujeito no processo?
- 4) De que forma cada um dos profissionais/equipe é envolvido no plano de cuidado? De que forma se faz presente o vínculo terapêutico nas estratégias?
- 5) Que outros agentes sociais são envolvidos no contexto do usuário e nas ofertas de cuidado?

Atividade de Assistência

- 1) Quem propõe/realiza a atividade?
- 2) Quem são as pessoas que estão participando da atividade?
- 3) Com que objetivos é realizada a atividade?
- 4) Qual o funcionamento da atividade?
- 5) De que forma se fazem presentes na estratégia de cuidado o vínculo terapêutico, a participação do usuário e as contribuições de outros agentes sociais?

ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETÁRIA DA SAÚDE DA PREFEITURA DE SOBRAL



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0060/2019

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação vinculado ao Curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, intitulado “ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DO CUIDADO EM SAÚDE METAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SOBRAL - CE” desenvolvido por ROSEANE ROCHA ARAÚJO sob a orientação do Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral **autoriza** a realização da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Damião Ximenes Lopes e nos Centros de Saúde da Família (CSF) que recebem matriciamento em saúde mental. A coleta de dados será através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais do serviço da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental incluindo gerentes e profissionais dos CSF matriciados. Salienta-se a necessidade de pactuação prévia entre a pesquisadora e a coordenação da RAISM e gerentes dos CSF de modo a pactuarem dias, horários e local adequado para realização das entrevistas e observações in loco.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a todos os participantes da pesquisa, devendo estes serem convidados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização fica condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora

Código de Validação: PP97511561072565F

Emitido em: Sobral, 20 de Junho de 2019, às 20:16, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasabois.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão como compromisso com a devolução dos achados ao sistema de saúde de Sobral.

Em caso de dúvidas sobre este parecer, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 16 de Junho de 2019

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DOCUMENTADA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SOBRAL - CE

Pesquisador: Roseane Rocha Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18601619.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.612.723

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional do tipo exploratório – descritivo combinado têm como principal objetivo descrever completamente determinado fenômeno. Nos propusemos a investigar os cuidados em Saúde Mental na APS a articulação da Rede de Atenção no município de Sobral, os sentidos destas para eles próprios e as condições institucionais que propiciaram sua realização, optamos para tal pela utilização da pesquisa qualitativa. Dentre as metodologias que o conhecimento científico faz uso para captar a realidade, optou-se pelo método crítico dialético, numa abordagem qualitativa.

Para atingir os objetivos da pesquisa, pretende-se utilizar uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritivo. A pesquisa de campo exploratória pauta-se em investigação empírica. O estudo exploratório – descritivo combinado têm como principal objetivo descrever completamente determinado fenômeno. Critério de Inclusão:

Para eleger as unidades básicas de saúde que farão parte da pesquisa será

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedee@ca@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.612.723

considerado; o funcionamento de Apoio Matricial em Saúde Mental há pelo menos dois anos, existência de ações em saúde mental promovida pela equipe da ESF, distância física de cada uma em relação aos CAPS, por se acreditar que esse fator poderá influenciar na articulação entre os serviços.

Para o presente estudo, foram considerados como atributos imprescindíveis no que diz respeito à amostra dos profissionais de saúde os seguintes: a execução de

Apesar da intensificação dos estudos sobre a temática da saúde mental e a atenção psicossocial, percebe-se que existem pontos que demandam

aprofundamento, como por exemplo, quanto às práticas de cuidado nos pontos de atenção como também como acontece a articulação da rede de

saúde entre os níveis de atenção. Considerando a importância da articulação entre os níveis de atenção para a garantia de uma atenção eficiente até

porque muitos usuários de saúde mental não precisam acessar a atenção especializada, ou que não o fazem sem uma

abordagem prévia/concomitante pela Atenção Primária, inclusive por características do seu processo de sofrimento mental. Até mesmo porque a

maioria dos municípios brasileiros não contam com uma rede especializada devido ao seu porte urbano e que quando esta rede existe, é preciso

pensar no acompanhamento longitudinal e integral que norteia a APS. Entende-se a importância de aprofundar o entendimento sobre as estratégias

que vem sendo utilizadas na APS para o cuidado em saúde mental. Destaca-se que além do levantamento de um conjunto de ações, nos

parece necessário avançar em uma análise que abarque a relação entre estas práticas na operação do cuidado, e também compreender a articulação

da Rede de Atenção à Saúde com as concepções que fundamentam a atuação e o cuidado em saúde mental. A pesquisa em construção apresenta-se com o objetivo de analisar o cuidado em saúde

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_corn@edee@ca@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.612.723

mental na

atenção básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Apretensão de fato é analisar os movimentos, os percursos, de quem tem que lidar profissionalmente e no nível de suas afetações, com uma demanda atravessada

pelas más condições de vida que atinge diretamente a saúde dos usuários, isto é, a falta de emprego, pobreza e fome, violência, tráfico de drogas,

moradias precárias. Analisar também é um desafio, pois implica acompanhar um percurso e não estudar um objeto. É um processo que vai tomando

forma, desenhando uma rede, que neste estudo é a rede do cuidado que pretende desvelar.

Introdução Tamanho da Amostra no Brasil: 50

cuidados em Saúde Mental, atuação nas equipes da ESF há pelo menos dois anos e que estejam acessíveis e disponíveis para participar do processo de pesquisa.

Critérios de inclusão para os Profissionais:

- a) Profissionais de nível superior que atuem nos CAPS e na ESF do município de Sobral;
- b) Matriciadores dos territórios participantes da pesquisa;
- c) Trabalhadores que, na época da visita ao campo, tenham vínculo trabalhista com o município, contrato temporário, contrato de serviço prestado e servidor público;
- d) Que esteja com no mínimo dois anos de atuação na Rede de Saúde de Sobral; 47

Critérios de inclusão para os Gestores:

- a) Profissionais de nível superior que atuem na ESF do município de Sobral;
- b) Gerentes dos territórios participantes da pesquisa;

Estudo com Aplicação de questionários e entrevistas

Para que pudéssemos responder aos objetivos de nossa pesquisa, ouvir os profissionais da ESF por meio de entrevistas semi-estruturadas, posteriormente todas as entrevistas serão transcritas com literalidade e lidas para uma análise cuidadosa. Dentre diversas modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise

temática, uma das formas que melhor se adequam à investigação qualitativa em saúde, segundo Minayo (2004). A análise temática propõe a descoberta de "núcleos de sentido

Endereço: Av Comandante Maurocônio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.612.723

que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 1999, p. 209).

Durante a análise propriamente dita, será distribuído trechos das falas (e dos textos) pelas categorias iniciais de classificação aqui denominadas temas (Atenção em Rede, Apoio Matricial, Estratificação de Risco em Saúde Mental, Cuidados em Saúde Mental na APS e Sentidos de uma Prática). Estes temas estão diretamente relacionados com os objetivos da pesquisa.

Classificadas assim as falas e os textos, promovemos um diálogo entre os diversos trechos dispostos em cada categoria, estabelecendo comparações. Desta forma poderemos, através de inferências, identificar os núcleos de sentido apontados por cada um destes trechos, promovendo um diálogo destes com nossos pressupostos. Analisaremos o conjunto composto pelos núcleos de sentido encontraremos todas as classes, buscaremos a ampliação das temáticas e novas possibilidades de reordenamento das falas sob outros eixos.

Ao final do processo de análise, serão reagrupadas as partes das falas e textos pelas novas categorias construídas, posteriormente será elaborado uma redação por cada uma, articulando os diversos sentidos dos textos com os conceitos teóricos orientadores da análise, entremeando partes dos textos como nossas conclusões, dados ou conceitos teóricos. E por último traremos uma síntese interpretativa, que permitirá a conclusão da compreensão sobre as práticas e os sentidos que compõem os objetivos do presente trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os cuidados de saúde mental na Atenção Primária à saúde no município de Sobral.

Objetivo Secundário:

Descrever práticas de cuidado em saúde mental oferecidas na Atenção Primária, caracterizando-as quanto a proponentes, público-alvo e

funcionamento. Analisar como estes cuidados têm sido articulados para compor os projetos terapêuticos e que itinerários de atenção

produzem. Discutir os cuidados nos campos teórico-técnicos da saúde mental e atenção primária à

Endereço: Av Comandante Maurocélso Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteedefica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.612.723

saúde,
observando sua relação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Estudo com Aplicação de
questionários e entrevistas

- Invasão de privacidade;
- Responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade;
- Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado;

Benefícios:

Justifica-se a necessidade de realizar esse estudo, pelo fato de que a inserção da saúde mental na atenção básica é uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, necessária e urgente, para a produção de um trabalho dentro do princípio da integralidade e com modos de trabalho que rompam com as relações de desigualdade, estigma e tutela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

os termos estão adequados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1383729.pdf	04/09/2019 22:17:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gestores.pdf	04/09/2019 22:17:02	Roseane Rocha Araujo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/09/2019	Roseane Rocha	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitee@ca@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.612.723

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22:15:07	Araujo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/08/2019 17:47:58	Roseane Rocha Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	21/06/2019 00:53:46	Roseane Rocha Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	21/06/2019 00:48:24	Roseane Rocha Araujo	Aceito
Parecer Anterior	protocolo_sicc.pdf	21/06/2019 00:46:21	Roseane Rocha Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 01 de Outubro de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteedee@ca@hotmail.com