

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA**

**SAÚDE MENTAL E PROCESSOS DE GESTÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO**

**VITÓRIA-ES  
2020**

**ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA**

**SAÚDE MENTAL E PROCESSOS DE GESTÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo

Área: Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Linha: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos sociais

VITÓRIA-ES  
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

S586s Silva, Elisangela do Nascimento Covre  
Saúde mental e processos de gestão do cuidado no território /  
Elisangela do Nascimento Covre Silva. - 2020.  
137 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária. 3. Psiquiatria  
comunitária. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola Superior de  
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.  
III. Título.

CDD 362.20981

---

**ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA**

**SAÚDE MENTAL E PROCESSOS DE GESTÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo

Vitória-ES, 27 de março de 2020.

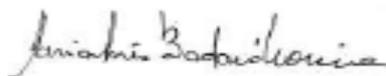
**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Moreira Trugilho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (membro interno)



---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ines Badaró Moreira  
Universidade Federal de São Paulo  
(membro externo)

### **Nada é impossível mudar**

Desconfiai do mais trivial na  
aparência do singelo. E  
examinai, sobretudo, o que  
parece habitual. Suplicamos  
expressamente: não aceiteis o  
que é hábito como coisa  
natural, pois em tempo de  
desordem sangrenta, de  
confusão organizada, de  
arbitrariedade consciente, de  
humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível  
de mudar  
(Bertolt Brecht, 1977).

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por sua generosidade e permanente presença em minha vida.

Aos meus pais, por me apresentarem o amor!

Ao Claudio, por compartilhar e multiplicar esse amor a cada dia!

À Isabel e Camila, expressão de todo o meu amor!

Aos meus irmãos pelo carinho de sempre!

À professora Maristela, com seu “jeito italiano”, sempre ofertou amparo e apontou caminhos. Sua experiência e colaboração foram primordiais nessa trajetória.

Às Professoras Doutoras Silvia Moreira Trugilho e Alexandra Iglesias pelas contribuições tão valiosas para a construção deste trabalho.

Ao professor César Albenes de Mendonça Cruz, minha eterna gratidão pela oportunidade.

A todo corpo docente do programa de pós-graduação da Santa Casa de Misericórdia pelos ensinamentos transmitidos.

À Gabi, pela solicitude sempre ofertada.

Ao grupo de pesquisa, colegas nessa trajetória, vocês tornaram essa caminhada mais leve, divertida e menos solitária.

À Prefeitura Municipal de Vitória, através da Escola Técnica de Saúde (ETSUS), que permitiu a realização dessa investigação.

Aos participantes dessa pesquisa, que trouxeram conteúdos tão valiosos e viabilizaram o cumprimento dos objetivos aos qual essa investigação se propôs. Em especial aos usuários com transtorno mental grave, que me ensinaram as diversas formas de ser e estar no mundo e despertaram o interesse por esse tema de pesquisa.

## RESUMO

Considerando a inserção da atenção básica de saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a relevância desse âmbito de atenção à saúde para esta Rede e para o Sistema Único de Saúde, esta pesquisa qualitativa buscou responder a seguinte questão: Quais as percepções dos envolvidos sobre o cuidado às pessoas em grave sofrimento mental realizado em um ponto da atenção básica de saúde da rede municipal de Vitória? Através da realização de 23 entrevistas semiestruturadas, analisou essas percepções para apreender significados e discutir, a partir da ótica dos sujeitos envolvidos, as potencialidades e dificuldades em desenvolver estas ações. Para tanto foi delimitado uma unidade básica de saúde da rede municipal de Vitória como campo de estudo, e como participantes da pesquisa, usuários em sofrimento mental grave, seus familiares, os profissionais responsáveis pelas ações em saúde mental, bem como professores e alunos de Medicina que desenvolvem estágio em saúde mental neste serviço e ainda, os profissionais que não participam diretamente das ações de cuidado. Para interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Sobre as dificuldades, profissionais, professores e alunos ressaltaram: a insuficiência de recursos humanos, a fragmentação do processo de trabalho, a dificuldade de adesão de algumas categorias profissionais ao desenvolvimento das ações, a falta de oferta de capacitação profissional e o contato com as diversas expressões da questão social manifestadas. Usuários e familiares destacam os limites de acesso, tanto aos serviços da atenção básica quanto aos de média complexidade. A respeito das potencialidades, os participantes da pesquisa apontaram que a incorporação das pessoas em grave sofrimento mental no raio de intervenções e atenção do serviço de saúde produz efeitos e desdobramentos tanto sobre a dinâmica de atuação da equipe e o modo de cuidado ofertado, quanto sobre a formação dos alunos de Medicina, como sobre a qualidade de vida dos usuários atendidos. Por fim, no que tange aos significados atribuídos às práticas desenvolvidas, estes são singulares a cada segmento envolvido e expressam o quão relevante é a participação da atenção básica em saúde no cuidado em saúde mental. A pesquisa permitiu ainda perceber que diferentes concepções sobre as pessoas em grave sofrimento mental e sobre o cuidado dispensado a este público coabitam o serviço de saúde.

**Palavras chave:** Saúde Mental. Atenção Primária. Psiquiatria Comunitária.

## ABSTRACT

Attention, as well as its relevance for the Brazilian's unified health system (SUS), this qualitative research aimed to answer the following issue: What are the perceptions of the professionals engaged in the caring for persons with serious mental illness in a primary care station from the municipal health network of Vitória? Semi structured interviews were obtained from 23 individuals and their perceptions were analyzed to understand meanings and discuss from their point of view, potentialities and difficulties in developing daily actions. To this end, it was delimited one health primary unity as the study field. Patients with serious mental illness and their parents, professionals engaged with mental health care, Medicine professors and students involved in the internship program, and other healthcare professionals. The technic of content analysis was used to interpret the answers of interviews. Concerning difficulties, professionals, professors, and students stressed insufficient human resources, fragmentation of work process, difficulty for some professionals to adhere to the actions, lack of professional training, and the contact with the innumerable expressions of the manifested social issues. Patients and parents highlighted limitations of access to both primary healthcare and medium complexity services. About potentialities, participants pointed that including persons in serious mental health illness into the scope of intervention of the healthcare service generates effects and consequences on the dynamic of action and approach offered by the staff, as well as on the development of Medicine students and quality of life of the patients. Ultimately, concerning the meanings attributed to the approaches developed, they are unique in every involved segment, and they express the importance of primary healthcare assistance in the field of serious mental illness. This research allowed us to perceive that different conception about persons in serious mental illness and about caring provided to this public coexist in the health system.

Keywords: Mental Health. Primary Attention. Community Psychiatry.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	17
<b>3 MOVIMENTOS SOCIAIS E NOVAS FORMAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	23
3.1 O ALIENADO COMO DOENTE E A CLAUSURA COMO TRATAMENTO.....	23
3.2 AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS.....	25
3.3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA.....	29
<b>3.3.1 Dificuldades das ações de saúde mental na atenção básica</b> .....	31
<b>3.3.2 Potencialidades das ações de saúde mental na atenção básica</b> .....	32
3.3.2.1 Matriciamento como ferramenta de qualificação na atenção básica.....	40
3.4 AMEAÇAS DO CONTEXTO ATUAL.....	44
<b>4 O TERRITÓRIO E A GESTÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	50
4.1 AS AÇÕES.....	53
<b>4.1.1 Matriciamento</b> .....	55
4.2 DIFICULDADES VIVENCIADAS.....	57
<b>4.2.1 Recursos humanos: insuficiência, sobrecarga de trabalho e rotatividade</b> .....	58
<b>4.2.2 Processo de trabalho</b> .....	61
<b>4.2.3 Adesão de algumas categorias profissionais</b> .....	65
<b>4.2.4 Capacitação</b> .....	69
<b>4.2.5 Lidar com expressões da questão social</b> .....	71
<b>4.2.6 Acesso à rede de saúde</b> .....	73
4.3 POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS.....	74
<b>4.3.1 Desdobramentos sobre equipe de saúde</b> .....	75
4.3.1.1 Trabalho em equipe multiprofissional.....	75
4.3.1.2 Território: promovendo integração.....	77
4.3.1.3 Intersetorialidade: criando rede de cuidado.....	81
<b>4.3.2 Desdobramentos sobre os alunos de Medicina</b> .....	84
<b>4.3.3 Desdobramentos sobre os usuários</b> .....	89
4.3.3.1 Integralidade do cuidado.....	89
4.3.3.2 Evoluções apresentadas.....	92
4.4 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS.....	96
<b>4.4.1 Pelos usuários</b> .....	96
<b>4.4.2 Pelos familiares</b> .....	98
<b>4.4.3 Pelos profissionais</b> .....	99
<b>4.4.4 Pelos professores</b> .....	101
<b>4.4.5 Pelos alunos</b> .....	103
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	105
<b>REFERENCIAS</b> .....	113
<b>APÊNDICES</b> .....	124
<b>ANEXOS</b> .....	133

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse por esta pesquisa decorre de nossas experiências profissionais. Com graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em março de 2000, atuamos como assistente social de uma entidade de direitos humanos no período de 2001 a 2007. Em agosto de 2007 ingressamos no cargo efetivo de assistente social na Prefeitura Municipal de Vitória, com lotação em unidade de atenção básica à saúde, onde ainda desenvolvemos as atividades profissionais e tomamos como “lócus” de desenvolvimento dessa pesquisa.

Vale ressaltar que a proximidade com o objeto de estudo ora facilitou a análise dos dados, ora dificultou, exigindo um olhar distanciado. Esse devido distanciamento foi garantido pelas observações e pontuações atentas da orientadora dessa pesquisa.

A partir da atuação em um serviço básico de saúde, foi possível conhecer a realidade relacionada à saúde mental que tomamos como objeto de estudo. Esta vivência profissional nos propiciou o encontro com as pessoas em grave sofrimento mental e a percepção das repercussões desse sofrimento para suas vidas e de suas famílias. As experiências no campo da saúde mental provocaram reflexões sobre a patologização da vida e sobre as várias maneiras de ser e estar no mundo, que precisam ser respeitadas em sua diversidade e especificidade.

A saúde mental também ratifica os princípios de direitos humanos em que acreditamos, pois é um lugar que desafia cotidianamente a luta contra o preconceito e a discriminação e é solo fértil para a defesa do SUS como uma política pública imprescindível.

Assim, essa pesquisa buscou a partir da análise das percepções dos envolvidos sobre o processo de cuidado das pessoas em grave sofrimento mental, revelar seus significados, dificuldades e potencialidades, considerando a inserção da atenção básica de saúde na RAPS. Dessa maneira, ajusta-se à linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia EMESCAM em Políticas Públicas de Desenvolvimento Local, que concentra estudos de Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Entendemos que tal investigação possui relevância e importância no contexto de construção e fortalecimento de uma rede de assistência e cuidado com demandas em saúde mental.

Na perspectiva de sua relevância social destacamos que, ao desenvolvermos estudos e pesquisas em saúde mental colaboramos para a garantia de atendimento das pessoas em sofrimento mental, visto que ao desconstruirmos o modelo asilar de atendimento, é preciso garantir que os serviços substitutivos a este modelo, que foi estabelecido na política pública de saúde pela RAPS, efetivamente estejam preparados e equipados para o acolhimento desta demanda. Caso contrário, o risco é de desassistência a este público, que tem se tornado muito crescente em nossa sociedade. Ainda, corre-se outro risco, o de restringir o atendimento dos usuários da política da saúde mental aos serviços especializados, o que compromete os princípios da reforma psiquiátrica.

Partindo de tal consideração, nas páginas que se seguem, o leitor poderá, a partir dessa introdução, contextualizar de forma geral o histórico de constituição da política de saúde mental no Brasil, construída a partir da concepção da atenção psicossocial preconizada pela reforma psiquiátrica brasileira.

Entretanto, considerando o objetivo de analisar as percepções dos envolvidos sobre o cuidado às pessoas em grave sofrimento mental realizado em um ponto da atenção básica de saúde da rede municipal de Vitória, vamos discutir teoricamente as implicações que permeiam essas ações neste nível de atenção à saúde.

Para tanto, tomando por base que tal análise ocorre sob a perspectiva da atenção psicossocial e considerando que a inclusão da atenção básica no cuidado em saúde mental foi resultado das discussões e transformações desencadeadas pelo movimento da reforma psiquiátrica serão apresentadas algumas correntes, conceitos e processos históricos que permearam toda essa trajetória.

Neste sentido, no capítulo denominado Movimentos sociais e novas formas de cuidado em saúde mental contextualizaremos o surgimento da alienação mental enquanto doença, a clausura enquanto recurso terapêutico, as reformas psiquiátricas decorrentes da contestação desse modelo de segregação social enquanto padrão de tratamento e ainda questões que permeiam a prestação de cuidados em saúde mental no nível da atenção básica.

Neste item, destacamos ainda algumas situações do cenário político e social atual que ameaçam a ampliação e concretização da RAPS como principal recurso da

política nacional de atenção à saúde mental, bem como ameaçam o cumprimento dos propósitos da atenção básica de saúde dentro do Sistema Único de Saúde.

A seguir, no tópico *Metodologia*, apresentamos os procedimentos metodológicos adotados nessa investigação para alcançar os resultados propostos.

Por fim, apresentamos os resultados dessa pesquisa e a discussão que tais dados suscitaram. Esse conteúdo é apresentado no capítulo intitulado O território e a gestão de cuidado em saúde mental, onde foi possível elaborar uma *descrição do sistema de saúde municipal* de Vitória/ES, contextualizar o serviço de saúde estudado e sistematizar os temas: *Ações de Cuidado Desenvolvidas; Dificuldades Vivenciadas; Potencialidades Identificadas e Significados Atribuídos*.

Para contextualizar essa discussão, vale ressaltar que o atual sistema de saúde do Brasil foi fortemente influenciado pelos ideais defendidos pelo movimento da reforma sanitária, iniciado na década de 1970, em pleno período de ditadura militar. Este movimento consistiu em um conjunto de ideias sobre mudanças e reformulações do sistema de saúde vigente à época, e, sobretudo, expressava um projeto social pautado na democracia e cidadania.

O movimento apresentava bandeiras concretas: saúde enquanto direito do cidadão, em contraponto ao critério contributivo vigente até a década de 1980, que excluía dos serviços de saúde, toda a massa populacional sem inserção formal no mercado de trabalho; garantia de acesso a ações de cunho preventivo e curativo; descentralização da gestão e garantia de controle social, com efetiva participação da população.

Tais bandeiras delinearam o projeto de sistema de saúde aprovado na constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são amparados na universalidade do acesso à saúde, a integralidade do cuidado e equidade da assistência.

Neste mesmo contexto surge no Brasil, também influenciado por experiências vividas em outros países, especialmente a italiana, o movimento denominado de reforma psiquiátrica, liderado pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento desenvolveu-se em paralelo ao movimento da reforma sanitária, mesmo tendo vários conceitos e perspectivas semelhantes. Este marco repercute ainda hoje na política de saúde desenvolvida no país, marcada por

conceitos e estruturas relacionadas à política de saúde e política de saúde mental, mesmo que uma não exista de forma autônoma e independente entre si, dentro de uma perspectiva de integralidade.

O MTSM é formado por uma gama de representações: integrantes do movimento sanitário, associações profissionais, sindicatos, egressos dos hospitais psiquiátricos, associação de familiares, e defende a reforma psiquiátrica, que questiona a forma de assistência a pessoas com sofrimento mental, marcada por sua mercantilização, que gera grandes lucros ao setor financeiro e grandes corporações médicas (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Assim, desde os anos de 1980, o movimento critica a hegemonia da rede privada na assistência prestada, a centralidade no modelo hospitalocêntrico e denuncia a violência ocorrida nos manicômios, expressando a defesa da implementação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, adotando o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” (BRASIL, 2005). Em outras palavras a proposta consiste em:

Eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros tipos de equipamentos comunitários, territorialmente circunscritos e voltados para a inserção social dos usuários, como passam a ser chamados os “doentes mentais”, no contexto de recuperação de sua cidadania, identidade e condições de sujeitos (FONTE, 2013, p. 01).

Percebemos então, que o MTSM defende a reformulação dos serviços de saúde mental e mudanças na concepção da loucura, entendendo a pessoa em grave sofrimento mental enquanto um sujeito de direito, que deve ter os seus desejos e sua subjetividade considerados. Tal concepção muda a perspectiva das intervenções realizadas sobre a doença mental e acentua o cuidado para o sujeito.

Percebe-se desta forma, que os ideais da reforma psiquiátrica brasileira, desde o início, exigem uma efetiva política de saúde pública, sem a qual não seria possível implementar suas propostas. Por tanto, o SUS é fundamental para dar viabilidade à política de saúde mental proposta.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi o primeiro serviço de constituição da rede substitutiva aos manicômios, inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo. O CAPS tem como proposta oferecer acompanhamento ambulatorial de atenção diária, devendo funcionar segundo a lógica do território (ROMANHOLI, 2004).

Contudo, cabe pontuar que foi somente na década de 1990 que os princípios da reforma, pautados na construção de uma rede de serviços substitutivos, tornaram-se mais consistentes na política de saúde mental, marcando a fase de sua ampliação.

Esse processo foi ratificado pela Lei “Paulo Delgado”, apresentada ao Congresso Nacional em 1989 e aprovada 12 anos depois:

A lei 10.216/2001 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p.08).

A relevância desta Lei decorre de oficialmente instituir o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, garantindo direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais, estabelecendo a internação como último recurso terapêutico, regulamentando as internações compulsórias, determinando a implantação de serviços substitutivos em todo território nacional (BARROSO; SILVA, 2011).

Assim, a composição de diversos serviços de atenção à saúde mental, abrange: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracterizando-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A atenção básica em saúde também tem papel importante neste processo de composição de dispositivos substitutivos aos manicômios. Organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) indicavam a necessidade de inclusão da saúde mental neste ponto de atenção.

Entre as décadas de 1970 e 1980, a OMS apontava e reconhecia a necessidade de descentralização dos serviços de saúde mental, com sua inclusão em unidades de cuidados gerais, retirando a exclusividade do cuidado dos especialistas e aumentando a participação comunitária (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

Em 1990, a Declaração de Caracas<sup>1</sup> indicou a inserção da atenção primária de saúde na assistência em saúde mental, pontuando sua relevância para a reorganização do cuidado integral à pessoa com transtorno mental na lógica da atenção psicossocial. Assim, este documento ressalta a necessidade de “constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida” (DIMENSTEIN et al, 2005, p. 1679), para que assim se efetive a perspectiva da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial trazida pela reforma psiquiátrica.

Cabe aqui destacar e refletir que para além da constituição de uma rede de serviços substitutivos à internação manicomial, a perspectiva da desinstitucionalização pauta uma reformulação das práticas psiquiátricas clássicas que anulam a subjetividade do sujeito e o reduz à doença mental. Além disso, postulam intervenções que enfoquem as possibilidades de existência e expressão deste sujeito, que priorizem a transição da condição de paciente a cidadão com plenos direitos (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Portanto, incluir a atenção ao sofrimento mental no âmbito do Sistema Único de Saúde pressupõe o enfrentamento de injustiças, iniquidades e exclusão social, através da oferta de serviços em que seja possível reafirmar os direitos sociais desses sujeitos, requerendo que nos planos governamentais seja contemplada a garantia de uma rede suficiente de cuidados em saúde mental (GARCIA; SOUZA, 2008).

Desta forma, a atenção básica torna-se fundamental para a abordagem da saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, vez que possibilita o cuidado com a loucura, sem excluí-la das relações sociais (ROMANHOLI, 2004).

Considerando esse fato, a atenção básica em saúde é integrante da rede de atenção em saúde mental, oficialmente desde 2011, pela Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é:

Criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (BRASIL, 2011).

---

<sup>1</sup> Documento que marca as reformas na atenção a saúde mental nas Américas. Resultado da Assembleia convocada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Esta portaria determina ainda que a unidade básica de saúde tem a responsabilidade em promover ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, inserindo assim, decisivamente, este nível de atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial e instituindo as demandas de saúde mental como atribuição das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), editada pela Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, este nível de atenção constitui a porta de entrada de toda a rede de atenção à saúde, responsável pela coordenação dos cuidados em saúde, ordenando ações e serviços constitutivos da rede de saúde. Segundo este documento a atenção básica consiste em:

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 (BRASIL, 2017, p. 01).

Dessa forma, sua participação na rede de saúde mental é primordial, considerando sua relevante atribuição no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, esse âmbito de cuidado em saúde não deve excluir de sua intervenção as pessoas em sofrimento mental grave, entendidas como:

Pessoas que em determinado momento em suas vidas experimentam alterações psíquicas, ocasiões em que não conseguem estabelecer uma boa relação consigo mesmo, nem com quem está ao seu redor, condições que podem dificultar a cooperação que atividade de trabalho exige (SOUZA, 2006, p. 91).

Vale ressaltar ainda que estes sujeitos representam o grupo populacional que sofreu intervenções historicamente marcadas pela exclusão das relações sociais e que, portanto, é mais privilegiado pelas ações de base comunitária, o que inclui o serviço de atenção básica de saúde, que tem organização estrutural que se aproxima dos princípios da reforma psiquiátrica.

Botti; Andrade (2008) descrevem esses princípios como sendo: a noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersectorialidade; reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construções possíveis de autonomia para as pessoas em sofrimento mental.

Reafirmando que tais princípios implicam na compreensão de que a doença não prevalece sobre o sujeito e nem tampouco configura uma entidade abstrata; e que por tanto, o tratamento não deve centrar-se nos sintomas, no binômio queixa-conduta, na doença; a centralidade da atenção deve pautar-se no sujeito, na sua existência, suas condições de vida e sua relação com o meio que o cerca. Implica em conceber a pessoa em sofrimento mental como um sujeito de direitos. Assim, o tratamento não cabe ao asilo, a um ambulatório, a um especialista, mas a uma rede de serviços e profissionais que possam atender a essa complexidade. Assim compreendemos que os princípios da reforma psiquiátrica se vinculam a produção de sociabilidade, subjetividade, direitos, cidadania e liberdade (AMARANTE, 1995).

Considerando todos esses aspectos discutidos, especialmente o relevante papel da atenção básica para o sistema público de saúde e sua inserção na rede de cuidados em saúde mental, essa investigação foi conduzida pelo seguinte problema: Quais são as percepções dos envolvidos sobre o cuidado ofertado às pessoas em sofrimento mental grave em uma unidade básica de saúde da rede municipal de Vitória/ES?

Guiada por tal questão norteadora a presente pesquisa objetivou, em âmbito geral, analisar as percepções sobre o cuidado ofertado às pessoas em grave sofrimento mental em um ponto da atenção básica de saúde da rede municipal de Vitória, na perspectiva dos atores envolvidos.

No âmbito específico, a investigação vislumbrou descrever o sistema de saúde do município; descrever as ações de cuidado das pessoas em grave mental desenvolvidas pelo serviço de saúde estudado, segundo os atores envolvidos; analisar as percepções desses atores sobre as dificuldades presentes no desenvolvimento das ações, bem como as percepções sobre as potencialidades que decorrem dessas ações e, por fim, apreender os significados atribuídos às essas ações.

## 2 METODOLOGIA

O estudo desenvolvido caracteriza-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois enfatiza aspectos subjetivos, que não são passíveis de quantificação. Dalbello-Araujo (2008) ressalta que o conceito de pesquisa qualitativa, é definido como uma abordagem que prioriza a análise de intenções e significados de ações humanas, captando a processualidade de sua dinâmica.

Ou ainda, segundo Minayo (2014), o método qualitativo é aquele que objetiva enfatizar o estudo das relações, representações, percepções e opiniões, que são provenientes da interpretação humana a respeito de suas experiências, que estão relacionadas ao modo em que vivem, sentem e pensam.

Neste caso, a pesquisa alinha-se aos conceitos apresentados, ao ponto que toma como objeto de estudo as percepções dos atores envolvidos na atenção a pessoas em grave sofrimento mental em uma unidade básica de saúde da rede de saúde do município de Vitória, buscando os significados, condicionantes e determinantes desse processo. Enfatiza os sentidos atribuídos às experiências vivenciadas tanto pelos atores que prestam cuidado e assistência, como daqueles que são destinatários dessas ações e ainda daqueles que não participam diretamente da oferta desse cuidado, mas não deixam de estar envolvidos nesse processo.

A abordagem qualitativa é aplicável em investigações de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, permitindo revelar processos sociais de grupos particulares ainda desconhecidos (MINAYO, 2014).

Desta forma, considerando seus objetivos, esta pesquisa tem caráter exploratório, pois segundo Gil (2002, p.41), tais pesquisas “tem como objetivo principal proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses, permitindo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”. Neste caso foi realizada a aproximação com a realidade de atenção à pessoa em sofrimento mental na unidade de saúde delimitada para este estudo, buscando além de descrever as ações desenvolvidas, apreender os significados desse processo para os envolvidos, e suas percepções sobre as potencialidades e dificuldades inerentes a essa vivência, buscando correlaciona-las às ideias que orientam a política de saúde mental baseada nos princípios da reforma psiquiátrica.

Assim, definido o objeto de pesquisa, o segundo passo foi delimitar o campo da pesquisa, sendo eleita uma unidade básica de saúde, que pertence ao sistema de saúde municipal de Vitória/ES. Entretanto, considerando que o objetivo de estudo dessa pesquisa destinou-se a analisar as percepções dos atores envolvidos nas ações de atenção às pessoas em grave sofrimento mental na atenção básica, para o desenvolvimento da investigação, elegemos uma unidade de saúde em que ocorre efetivo desenvolvimento de ações destinadas a este público.

Sendo definido o objeto e campo de estudo, o terceiro passo foi eleger os participantes da pesquisa e, considerando que objetivou analisar as percepções dos atores envolvidos sobre ações de atenção a pessoa em grave sofrimento mental foi abarcado, de forma intencional, grupos de sujeitos que representa o conjunto dos atores desse processo.

Nesta perspectiva, a pessoa convidada a participar da pesquisa, é considerada um sujeito coletivo, que representa as vivências de seu grupo. Neste conceito, o princípio relevante não se expressa através do quantitativo de pessoas que participarão da pesquisa, mas do significado destes sujeitos, tomando por base os objetivos propostos na investigação (MARTINELLI, 1999).

Neste sentido, a unidade de saúde delimitada como campo de pesquisa, tinha, na época, 18 usuários cadastrados com quadro de sofrimento mental grave. Foram então eleitos seis usuários, sob os seguintes critérios: de ambos os sexos; que contemplem as diversas faixas etárias que compõem este grupo de usuários; que estivessem participando regularmente das atividades e; em condições de responder ao que lhe é perguntado.

Da mesma forma, tivemos o universo de 18 familiares vinculados aos usuários. Para participação na pesquisa foram selecionadas seis pessoas sob os seguintes critérios: que participassem ativamente no processo de cuidado dos entes em sofrimento mental atendidos na unidade de saúde e que não pertencessem ao núcleo familiar dos usuários entrevistados.

Para além destes, também foram considerados participantes da pesquisa profissionais responsáveis pelas ações de saúde mental na unidade básica de saúde e aqueles que não participam diretamente na execução dessas ações.

Considerando a existência de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e uma faculdade particular de Medicina, há atuação de professores e alunos que também realizam intervenções junto aos usuários em sofrimento mental grave nesta unidade, por meio de aulas práticas da disciplina saúde mental. Estes também participaram da pesquisa.

Entre os usuários participantes três são do sexo feminino e três do sexo masculino, com faixa etária entre 32 a 58 anos, apresentam quadro de sofrimento mental grave, acompanhados efetivamente pela unidade de saúde através das ações em saúde mental, conforme critérios estabelecidos.

Entre os familiares, seis foram entrevistados: um marido, duas mães e três irmãs, obedecendo para tanto os critérios de seleção definidos.

Os profissionais da unidade de saúde responsáveis diretamente pelas ações de saúde mental da unidade básica de saúde são um psicólogo, um farmacêutico e um médico clínico.

Quanto aos profissionais que não participam diretamente na execução dessas ações, foram entrevistados: dois enfermeiros e um médico clínico.

No que tange aos professores e alunos, foram incluídos dois professores do curso de Medicina com formação em Psiquiatria e três alunos que já concluíram a disciplina prática desenvolvida no espaço institucional da unidade básica de saúde.

O quarto passo foi estabelecer as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados. Considerando os objetivos da pesquisa e sua delimitação metodológica, foi realizada análise documental e trabalho de campo para coleta de dados.

A análise documental refere-se ao estudo de documentos em seu estado original, que não receberam inferências e análises de terceiros (HELDER APUD SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUIDANI, 2009). Neste caso a fonte de informação utilizada foi o Plano Municipal de Saúde de Vitória para o período de 2018 a 2021, utilizado com a finalidade de cumprir o objetivo de descrição do sistema de saúde do município de Vitória, pois tal documento permitiu conhecer a rede de serviços que compõe esse sistema.

Para o trabalho de campo foi aplicado entrevistas orientadas por roteiros semiestruturados, com a finalidade de cumprir os objetivos relacionados à descrição

das ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelo serviço, à abordagem das dificuldades e potencialidades no desenvolvimento dessas ações, na perspectiva dos atores e para apreender os significados atribuídos por estes às ações desenvolvidas. Foram realizadas 23 entrevistas de acordo com a segmentação de participantes: seis usuários, seis familiares, três profissionais, dois professores, três alunos e outros três profissionais que não participam diretamente das ações desenvolvidas.

A escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados, relaciona-se ao fato de ser esta técnica caracterizada pela conversação face a face, realizada de maneira metódica, que permite a transmissão verbal ao entrevistado da informação necessária, objetivando determinar motivos conscientes para opiniões e sentimentos (MARCONI; LAKATOS, 1996).

Nesta pesquisa, as entrevistas foram realizadas nas dependências da própria unidade de saúde, em espaço que garantiu privacidade; foram gravadas e tiveram duração média de 35 minutos.

Foi uma experiência muito valiosa a realização da coleta de dados com diferentes segmentos de participantes, pois cada um pode expressar a partir de sua ótica suas percepções e opiniões acerca de suas vivências nesse processo, trazendo elementos que se complementam na composição do conteúdo dessa pesquisa, o que amplia a grade de leitura sobre a realidade estudada. Todos entrevistados participaram de forma espontânea e disponível, produzindo um material para análise com um volume de 130 páginas transcritas.

Desta forma, tal estratégia, constituiu-se, no meio adequado para alcance do objetivo proposto, pois permitiu a expressão dos sujeitos da pesquisa sobre suas percepções a respeito das ações na atenção a pessoas em grave sofrimento mental na atenção básica, possibilitando ao pesquisador apreender seus significados, identificar potencialidades e dificuldades implicadas nesse processo.

Faz-se importante destacar que antes da coleta dos dados, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sendo feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Assim, considerando seus aspectos metodológicos, essa proposta de investigação configurou-se como um estudo de caso, definido por Yin (2001, pg.32) por uma

“investigação empírica que se detêm a um fenômeno contemporâneo, de forma profunda e no seu contexto de mundo real, ocorrendo principalmente quando não é possível realizar uma separação precisa entre o fenômeno e o seu contexto.”

Os elementos destacados por Yin (2001) para definir o estudo de caso também se fizeram presentes nesta pesquisa, pois analisou as percepções dos atores envolvidos no cuidado às pessoas em grave sofrimento mental em uma unidade básica de saúde, a partir de uma investigação empírica, com coleta de dados *in loco*, ou seja, onde esse cuidado em saúde mental é prestado, não sendo possível desprender essas percepções da assistência em saúde mental prestada, nem do contexto em que ocorre a dinâmica deste cuidado.

Minayo (2014) ainda complementa afirmando que o estudo de caso propõe-se a mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções de um fenômeno determinado, sendo tal fenômeno configurado, nesta investigação, como as percepções dos atores envolvidos na atenção a pessoas em grave sofrimento mental em uma unidade básica de saúde.

Por fim, para à análise e interpretação de dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que define essa metodologia de análise como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

O modelo proposto compreendeu três fases imprescindíveis para análise de conteúdo, a saber: a primeira fase é de pré-análise; a segunda, é a exploração do material coletado na pesquisa, com devida discriminação e categorização dos dados da pesquisa; e para enfim proceder o tratamento dos resultados, que compreende a inferência e interpretação dos achados na pesquisa.

Nesta pesquisa, a primeira fase, descrita pela autora, foi caracterizada pela transcrição das entrevistas, impressão do material coletado e realização de sucessivas leituras para aproximação com os conteúdos obtidos.

A segunda fase deu-se pela seleção de conteúdo das entrevistas utilizando um sistema de cores correlacionando os conteúdos obtidos aos objetivos previamente definidos, permitindo a codificação de conteúdo e a categorização dos resultados.

Assim, foi possível elaborar um arquivo, na qual os conteúdos selecionados foram recortados das entrevistas, classificados e agrupados em suas respectivas categorias, a fim de contribuir na interpretação dos conteúdos subjacentes relacionados aos discursos dos entrevistados. Foram eleitos os seguintes eixos de análises: ações desenvolvidas, dificuldades vivenciadas, potencialidades identificadas e significados atribuídos.

Já na terceira etapa, com base nos resultados obtidos e agrupados, buscamos interpretar e dar significados a estes, a luz dos marcos teóricos existentes que discutem a temática em questão. Para tanto, foi realizada a busca por artigos científicos, dissertações, teses e livros que retratassem a atenção às pessoas em grave sofrimento mental na atenção básica em saúde.

Assim, a análise de dados seguiu os procedimentos científicos previstos pela pesquisa qualitativa: redução, categorização e análise, conforme Gil (2002).

Seguindo tais procedimentos e percurso metodológico foi possível produzir os conteúdos que seguem nessa dissertação, a partir das categorias de análise emergidas na pesquisa.

Insta constar que essa pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, ficando registrada sob o número 97969218.5.0000.5065 e posteriormente foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – CEP/EMESCAM, em 25 de setembro de 2018. Nesta direção, para cumprir com uma das diretrizes éticas que envolvem a pesquisa com os seres humanos (garantia de anonimato dos participantes), os sujeitos envolvidos nesta pesquisa, foram identificados pela segmentação a qual pertencem: usuário, familiar, profissional, professor, aluno; profissional que não participa diretamente das ações foi identificado como profissional não participante, seguida de números, conforme a sequência das entrevistas realizadas.

### 3 MOVIMENTOS SOCIAIS E NOVAS FORMAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

#### 3.1 O ALIENADO COMO DOENTE E A CLAUSURA COMO TRATAMENTO

Para iniciarmos esta discussão, faz-se importante destacar que o alienismo enquanto ciência institui a alienação mental enquanto doença. Um processo secular que Foucault destaca ter iniciado no século XVII, através da instituição de uma estrutura de aspectos jurídicos e policiais, com forte conteúdo moral, que denominou como internamento. Destacando-se a criação do Hospital Geral de Paris em 1656. “De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já instituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 1972, p. 57).

O internamento era destinado a todas as condutas humanas consideradas desviantes: homossexualidade, devassidão, libertinagem, doença venérea, blasfêmia, alquimia e também a loucura, formando segundo Foucault, uma personagem social: o desatino.

Os homens do desatino são tipos que a sociedade reconhece e isola: existe o devasso, o dissipador, o homossexual, o mágico, o suicida, o libertino. O desatino começa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social (FOUCAULT, 1972, p. 116).

Destaca assim, que o internamento do século XVII cumpria como função principal a correção dos desvios de condutas, através do aprisionamento como castigo, como condenação. Prática que perdurou por 150 anos até o fim do século XVIII.

Contudo, é no fim do século XVIII, com o processo de medicalização do hospital, convocado pelos princípios modernos estabelecidos pela revolução francesa, que essa instituição foi perdendo suas funções de caridade, e posteriormente, de controle social, para tratar as enfermidades. O que resultou na apropriação do hospital pela Medicina, mas também restringiu o saber e prática da Medicina ao ambiente hospitalar (AMARANTE, 2007).

A necessidade de produzir o conhecimento científico sobre as enfermidades exigia controle, vigilância e registro constante. Assim, Philippe Pinel (1745-1826), conhecido como o fundador da psiquiatria, adotando o princípio da história natural, estabelece o isolamento, entendido enquanto institucionalização e hospitalização

integral, como meio adequado de produção de conhecimento da alienação mental na forma tal qual ela se apresenta, sem interferências. Entretanto, tal preceito resulta em um paradoxo, pois esta é uma produção, não de uma doença natural, mas sobre uma doença institucionalizada, transformada pela intervenção médica (AMARANTE, 2007).

Assim, qual seria o conceito de alienação mental? Neste sentido, cabe esclarecer que Jean-Étienne Dominique Esquirol (1840-1772), psiquiatra francês, defendia que a loucura era considerada uma consequência decorrente do conflito entre instinto (satisfação das necessidades) e civilização (regras sociais). Desse conflito resultaria a paixão, que seria entendida como um afeto extremamente intenso que levaria a loucura pela incapacidade do organismo em regular este conflito. Assim, estas duas ordens definidoras do conflito humano ou tenderiam ao egoísmo, relacionado à satisfação imediata dos instintos ou para o altruísmo, que conduziria a uma sociabilidade excessiva (LOBO, 2008).

Logo, a saúde mental seria o equilíbrio entre o egoísmo e altruísmo humano. Desta forma, o alienado seria um egoísta voltado somente para a satisfação dos instintos, que caracteriza o comportamento animal. Nesta construção, o tratamento seria pautado em reintroduzir valores e normas morais (LOBO, 2008).

Amarante (2007) observa que não foi eleito o termo doença mental e sim alienação mental, analisando ainda que, etimologicamente, refere-se a “alguém de fora”, fora da realidade e do controle, alienígena.

Dentro desta condição o alienado seria um perigo à sociedade, por sua incapacidade de discernimento, sua animalidade. O conceito estabelecido já trouxe consigo a noção de periculosidade. Assim, o isolamento do mundo exterior, além de permitir conhecer este fenômeno, seria o modo adequado de tratamento do alienado, para reeducar sua mente, afastando delírios e ilusões, aproximando-o da realidade, ou seja, a institucionalização seria em si mesma, o próprio recurso terapêutico. O enclausuramento deixa de ter caráter filantrópico ou repressivo, para cumprir papel terapêutico (AMARANTE, 2007).

### 3.2 AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Os processos denominados de reformas psiquiátricas referem-se aos vários modelos criados que pretendiam reformular as práticas de clausura e segregação estabelecidas pelo padrão de instituição total defendido pela psiquiatria tradicional. Estes Movimentos ganharam relevância, ao alvorecer da segunda metade do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, quando se questionou as precárias condições de vida à que foram submetidos os pacientes internados em hospitais psiquiátricos, comparando estes ambientes aos campos de concentração que trouxera tanto horror a humanidade. Desta forma, surgem as primeiras experiências de reformas psiquiátricas (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) divide tais experiências em dois grupos: 1- Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional; 2 – Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, que propuseram a reforma do modelo estabelecido; e destaca ainda outro grupo formado pela Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, que propõe o rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional.

A Comunidade Terapêutica surge na Inglaterra, em 1959 e seu principal precursor foi Maxwell Jones (1907-1990). Consistiu em uma proposta de transformação do espaço hospitalar, de modo que o ambiente assumisse função terapêutica, envolvendo os pacientes e demais atores no tratamento, através da socialização promovida por atividades grupais (RIBEIRO, 2004). Dentro do hospital eram organizadas comunidades terapêuticas, que contemplavam todos os envolvidos de uma unidade ou seção hospitalar. Marcada por reuniões comunitárias, aconselhamentos e avaliação regular de papéis e comportamentos dos pacientes e da equipe profissional (CEZAR; COELHO, 2017).

Ainda nesta perspectiva de reconstrução do hospital enquanto espaço terapêutico, de reformulação de suas práticas, destaca-se a Psicoterapia Institucional, criada na França por François Tosquelles (1912-1994). Defendia a participação dos internos através de distribuição de responsabilidades, considerando que todos no ambiente hospitalar tem função terapêutica, formando uma comunidade capaz de enfrentar a violência institucional e a hierarquização das relações no ambiente institucional (AMARANTE, 2007).

Já a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva foram experiências conhecidas como Saúde Mental Comunitária, e apontaram a necessidade de uma intervenção que extrapolasse os muros dos manicômios.

A Psiquiatria de Setor, produzida na França e tendo como principal expoente Lucien Bonnafé (1912-2003), traz o questionamento de que o hospital psiquiátrico não pode ser o único responsável pelo tratamento dos pacientes, destacando o convívio social como recurso relevante para sua recuperação, exigindo a implementação de serviços mais adequados para o atendimento, bem como mais próximos dos locais de moradias das pessoas atendidas, aliando a psiquiatria à comunidade, como estratégia de enfrentamento ao isolamento e segregação social do doente (SIQUEIRA-SILVA; NUNES; MORAES; 2013).

Desta forma, foram implantados - Centros de Saúde Mental (CSM) em diversos setores das regiões francesas, estabelecidos de acordo com distribuição populacional, regionalizando a assistência psiquiátrica pela primeira vez na história. Tal proposta trouxe também a possibilidade de trabalho multiprofissional (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) retirando a exclusividade do médico psiquiatra no tratamento em saúde mental (AMARANTE, 2007).

Entretanto, tal corrente primava por manter os serviços extra-hospitalares com íntima relação com o manicômio, ratificando sua força, já que compunha a organização do setor (GONDIM, 2001).

Já a Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos, sendo fundada por Gerald Caplan, substituiu a noção de doença mental pelo conceito de saúde mental, fato que expandiu o campo da psiquiatria, vez que sua atuação extrapolava o tratamento dos doentes, para uma ação de profilaxia, realizada através da identificação precoce de indivíduos propícios a desenvolverem a doença. A ideia predominante é de que através de diagnósticos precoces as doenças mentais poderiam ser prevenidas, fato que desencadeou uma ampla busca pelos sujeitos considerados vulneráveis (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Tal prevenção foi organizada no nível primário – intervenção nas causas da doença mental, que podem ser de ordem individual ou do meio de inserção do indivíduo; no nível secundário – intervenção pautada no diagnóstico e tratamento precoce da doença mental, evitando seu agravamento, e, no nível terciário – voltado para

readaptação do indivíduo já acometido pela doença mental à vida social (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Foi na esfera da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de desinstitucionalização. Contudo, compreendida, neste contexto, como um conjunto de medidas de “desospitalização”, como ações para redução das internações psiquiátricas, redução do tempo de internação ou mesmo impulso de altas hospitalares. Sendo que, para cumprir com tais objetivos, foi implementada uma gama de serviços e ações como: centros de saúde, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros (AMARANTE, 2007).

Entretanto, existiram correntes que romperam com o paradigma da psiquiatria tradicional, como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

A Antipsiquiatria, emergida na Inglaterra da década de 1950, questionou fundamentalmente que o saber sobre a doença mental não era exclusividade da psiquiatria (GONDIM, 2001). Para este movimento a clausura representava o caráter opressor da psiquiatria na sociedade, atuando como instrumento de controle social para realizar adaptação à ordem estabelecida e domínio do poder da razão sobre a loucura (CASTILHO-PARADA; CEA MADRID, 2016).

Neste contexto, Erving Goffman (1922-1982), apesar de não compor o grupo de atores dessa corrente de pensamento, destacou-se por suas análises críticas sobre o modelo teórico da psiquiatria e das instituições. Desenvolveu ainda o conceito de instituições totais:

Urna instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam urna vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p. 11).

Em sua obra destaca os processos danosos desencadeados pelas instituições totais, como a estigmatização e a mortificação da identidade do eu. Afirma, ainda que, tal identidade é constituída por experiências e vivências em determinadas condições sociais anteriores ao internamento. Assim amplia a noção de desinstitucionalização construída inicialmente pela Psiquiatria Preventiva (AMARANTE, 2007).

Essa noção de desinstitucionalização será aprofundada em sua complexidade com os ideais da Psiquiatria Democrática. Originada na Itália, teve Franco Basaglia

(1924-1980), como um dos principais protagonistas dessa corrente, e defendeu o conceito de instituição negada.

A concepção de instituição negada, não se resumiu a negação do manicômio, enquanto estrutura física, mas superação de todo o aparato ideológico, constituído pelos saberes e práticas científicas, legais e sociais, que sustentaram a segregação e patologização de uma forma de experiência existencial (GONDIM, 2001; AMARANTE, 2007). Não significaria, tão pouco, negar a doença, já que existe um sujeito que sofre. Entretanto, esse sujeito é concebido em sua complexidade, o que exige múltiplos olhares e a superação e invenção de novas formas de atuação (GONDIM, 2001).

Neste sentido, a experiência Italiana, foi a que promoveu mais radicalmente o rompimento com a forma de pensar e tratar a doença mental, desconstruindo a noção de doença, para a concepção de existência-sofrimento. Desta forma, o foco da intervenção deixa de ser pautado na “cura” para pautar-se no “cuidado” (GONDIM, 2001).

Assim sendo, foram propostos serviços substitutivos, não mais como recursos paralelos ou alternativos ao hospital psiquiátrico, mas como estratégias de sua superação, o que implicaria também a mobilização de atores sociais entre estes pacientes, familiares, técnicos, entre outros (AMARANTE, 2007).

Desta forma, os Centros de Saúde Mental que foram criados tinham base territorial, assumindo a integralidade desse cuidado entre a população de seu respectivo território, sem dividir ou compartilhar tal atribuição como o manicômio. Além desse serviço, com tal configuração, novas experiências foram sendo incorporadas visando à inclusão social dos indivíduos atendidos: cooperativas de trabalhos, construção de residências para ex-internos do hospital, entre outros (AMARANTE, 2007).

Concluimos assim, que a experiência italiana permitiu, muito além da desmontagem do hospital psiquiátrico, a ruptura com um saber que sustentou os pilares da psiquiatria desde sua fundação no iluminismo: a noção de perigo, incapacidade, erro, animalidade. Possibilitou novas formas da sociedade em se relacionar com os sujeitos em sofrimento mental, dando um novo lugar social a loucura, sendo concebida como diferença, subjetividade (AMARANTE, 2007; GONDIM, 2001).

### 3.3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A experiência brasileira de reforma psiquiátrica foi fortemente influenciada pelos ideais propagados pela experiência italiana. Desta forma, propôs e construiu um novo paradigma para o cuidado às pessoas com transtorno mental, pautado nos princípios da atenção psicossocial. Tal paradigma desloca radicalmente o objeto do cuidado, que passa da doença ao sujeito em sua complexidade, considerando o contexto que o envolve; bem como o local de oferecimento deste cuidado, que prioritariamente passa a acontecer em serviços comunitários.

Isto implica no fato de que o hospital deixa de ser o lócus privilegiado do cuidado, passando a ter papel complementar, integrando uma rede de serviços necessária e criada como resposta a complexidade do campo da saúde mental.

Neste contexto, a atenção básica de saúde também é convocada a compor essa rede de serviços com vistas a ofertar suporte e cuidado em saúde mental no âmbito do SUS, através da RAPS, conforme já apontado na introdução deste trabalho. Interessa-nos aqui discutir quais as implicações desse processo.

Há que se registrar, entretanto, que a aproximação entre saúde mental e atenção básica, de certa forma, corrige alguns equívocos da própria construção histórica da política de saúde no Brasil, que se relacionam, por exemplo, a trajetória de dois grandes movimentos sociais, a reforma sanitária, que influenciou a construção do SUS, e da reforma psiquiátrica, que teve forte ascendência na política de saúde mental, o que também foi destacado na introdução desta pesquisa.

O SUS defendido pelo movimento da reforma sanitária no Brasil, ou seja, como direito para todos e dever do Estado, pautado em uma política pública de acesso universal, com práticas intersetoriais e interdisciplinares, que superassem o modelo biomédico, até então vigente, e que considerasse a família e a coletividade no processo de produção em saúde, visando à integralidade do cuidado, torna-se fundamental para o movimento da reforma psiquiátrica, que convergia em suas pautas com estas premissas, e defendia uma política de saúde inclusiva e cidadã, onde fosse possível ofertar cuidado e atenção às pessoas em sofrimento mental, retirando-as do isolamento e segregação (AVELAR; IGLESIAS; QUINTANILHA, 2017).

Contudo, paradoxalmente, ambos os movimentos mantiveram-se paralelos em sua trajetória, e ainda que suas bandeiras, concepções e pautas fossem confluentes, não houve uma integração; a reforma sanitária não abarcou a reforma psiquiátrica e as questões relacionadas à saúde mental foram consideradas de âmbito especializado e inicialmente não foram contempladas no nível de atenção tido como estratégico na consolidação do SUS, a atenção básica em saúde (AVELAR; IGLESIAS; QUINTANILHA, 2017). O que ainda reverbera na política pública de saúde.

As autoras Avelar, Iglesias e Quintanilha (2017) destacam algumas consequências dessa desarticulação. Uma delas refere-se à superposição de papéis entre serviços, pois enquanto a atenção básica constitui-se, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a porta de entrada do sistema e ordenadora de ações de toda a rede, a legislação de saúde mental atribui a condição de porta de entrada e organizador da rede de cuidados no território ao CAPS, como se as ações de saúde mental formassem um sistema paralelo.

Outro importante prejuízo trazido pela desagregação entre atenção primária e saúde mental, segundo as autoras, é o comprometimento dos princípios do SUS, pois questiona sua pretensão de universalidade e equidade da assistência, bem como de seu propósito de integralidade, ao reforçar desta forma, a dicotomia corpo e mente, o que compromete, por conseguinte, a efetividade dos propósitos defendidos tanto pela reforma sanitária quanto a reforma psiquiátrica.

Dessa forma, há que se considerar que a política pública converge para articulação entre saúde mental e atenção básica, pois ambas compartilham princípios como o atendimento multiprofissional, a integralidade, o vínculo e a possibilidade de atuação pautada em construção de redes (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Neste contexto, cabe-nos discutir ainda o uso de tecnologias de atenção a saúde nesse processo. Para tanto recorreremos a Merhy (1998), que as classifica como duras, leves-duras e leves. Neste aspecto, o autor reflete que as ferramentas, instrumentos, máquinas, estruturas organizacionais, utilizadas na atenção a saúde, são compreendidas como tecnologias dura; Ao passo que os conhecimentos e saberes profissionais, bem estruturados, como a Medicina, a Odontologia a Psicologia, a Enfermagem, e todas as outras áreas de conhecimento, se denomina tecnologia leve-dura. Ele ainda explicita que tal tecnologia configura-se como leve, à

medida que esse conhecimento está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre ele, mas é dura à medida que se apresenta enrijecida em protocolos, normas, com contornos bem estruturados, bem organizados. A terceira e última classificação das ferramentas de intervenção, é denominada, leve. Esta se trata do processo relacional estabelecido entre um trabalhador de saúde e o usuário do serviço. Diz respeito à produção de vínculo, escuta, acolhimento e responsabilização em torno do problema em questão.

O cuidado em saúde mental conforme preconizado pela reforma psiquiátrica, privilegia o diálogo, o vínculo, a acolhida, a escuta e continuidade da atenção (MIELKE; OSCHWSKY, 2012), ou seja, prevalece nessa concepção o uso de tecnologias leves e leves-duras. Entretanto, é a necessidade do sujeito que determina o uso das tecnologias, com vista a uma atenção integral. No entanto, são tecnologias disponíveis ao nível da atenção básica de saúde, indicando seu potencial de intervenção no campo da saúde mental.

Pautado ainda em uma ação que vise à integralidade, segundo Rodrigues; Moreira (2012) duas dimensões são fundamentais: a interação de vários saberes em uma equipe multiprofissional e a interlocução entre os diversos serviços do território.

Entretanto, a efetiva desinstitucionalização da loucura requer que as práticas de cuidado sejam continuamente questionadas (RODRIGUES; MOREIRA, 2012), uma vez que para Rotelli, Leonardis ; Mauri (2001) esse termo impõe um trabalho de transformação que começa no manicômio, mas que também visa transformar as práticas pelas quais os indivíduos são tratados em seu sofrimento. Nesse sentido, para os autores citados, o objetivo de intervenção deixa de ser a doença e passa a ser o sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social.

Desta forma para desenvolvermos a discussão da saúde mental na atenção básica abordaremos a seguir algumas dificuldades e potencialidades que permeiam este processo.

### **3.3.1 Dificuldades das ações de saúde mental na atenção básica**

Uma das questões e limitações que envolvem a atenção em saúde mental na atenção básica de saúde diz respeito aos próprios limites da política de saúde estabelecida no país.

Neste aspecto cabe a reflexão sobre o fato de que, no Brasil, a atenção primária à saúde é denominada de atenção básica de saúde, conforme o documento intitulado Atenção Primária e Promoção da Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 2007. Neste documento o órgão declara que estes termos são sinônimos em nosso país. Contudo, tal diferenciação não se limita a uma questão de nomenclatura, mas a todos os fatores determinantes de sua constituição e efetivação, conforme discussão realizada por Melo (2009).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata<sup>2</sup> a atenção primária à saúde é definida como:

A assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem suportar, em todas e em cada uma das etapas do seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do que constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o mais perto possível a atenção à saúde ao lugar onde as pessoas residem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978, p. 3-4).

Tal definição traz consigo uma concepção ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais, econômicos e culturais do adoecimento e exigindo princípios de universalidade e integralidade para a efetivação de uma atenção primária em saúde.

Na constituição de 1988, a saúde foi concebida como direito de cidadania, dever do Estado, formando junto com a assistência e previdência, o tripé da seguridade nacional, sendo concebida como resultante de políticas sociais e econômicas, incorporando claramente os fundamentos estabelecidos pela Declaração de Alma-Ata, ao firmar-se em princípios como universalidade, integralidade e equidade (MELO, 2009).

Entretanto, sua efetivação realizada na década de 1990, ocorre em um contexto de predomínio de políticas neoliberais, assumindo assim uma lógica inversa aos

---

<sup>2</sup> Organização Mundial da Saúde- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

princípios constitucionais. Vigora sob a ótica de retração da intervenção estatal nas políticas sociais, o que resulta em oferta de serviços mínimos de atenção à saúde, baseado na focalização de usuários e de programas, sob a lógica de controle orçamentário e redução de custos. Sofrendo neste aspecto, forte influência e comando de doutrinas e recomendações do Banco Mundial (MELO, 2009).

Melo (2009) destaca que tal lógica se operacionalizou através da Estratégia de Saúde da Família, definido anteriormente como Programa Saúde da Família, ao qual em um processo inverso, reduziu e subordinou a atenção básica a esta. Ainda que suas medidas objetivassem a ampliação de cobertura da população, não apontaram para a mudança do paradigma de atenção à saúde conclamada pela concepção original de atenção primária a saúde. Tal concepção exige a garantia de acesso aos serviços de maior complexidade, que por sua vez requisita efetiva integração entre os diferentes níveis de atenção a saúde, bem como alteração da vultosa concentração de renda brasileira.

No que diz respeito à desigualdade de renda, a Conferência de Alma-Ata deixa claro que promover saúde é promover desenvolvimento social, o que exige alterar as condições de vida da população com emprego e redistribuição de renda, pois reconhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença é reconhecer que as condições de trabalho, a distribuição de renda e acesso a bens e serviços disponíveis na sociedade, interferem no modo de viver, adoecer e morrer de uma população (COELHO; TRUGILHO, 2016).

Quanto à integralidade, esta tem caráter transformador, constituindo-se importante princípio para o sistema de saúde, vez que se expressa como uma recusa ao reducionismo, fragmentação e objetivação das pessoas, sendo um instrumento para articulações promissoras de diálogo (MATTANÓ; DALBELLO-ARAUJO, 2016), pois permite conjugar serviços e ações de saúde, bem como responder as demandas específicas dos usuários dos serviços de saúde, com atenção inclusive às minorias (COELHO; TRUGILHO, 2016).

Sob a ótica de Melo (2009) ainda que em outras décadas, outros governos tenham assumido a direção do país, e que tenham promovido avanços em termo de expansão da cobertura da atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família, não alterou sua condição de seletividade, pois ainda não conseguiu, enquanto política de saúde, questionar os determinantes do processo saúde doença,

comprometendo a integralidade da atenção em saúde, ao passo que restringe e focaliza as ações à atenção básica, à medida que não ultrapassa a extensão de cobertura, reduzindo-se a um sistema de saúde que direciona a atenção ao público mais vulnerável sócio e economicamente, conforme as recomendações do Banco Mundial.

Em outras palavras, Melo (2009) compreende que enquanto a atenção primária possui aspectos universalizantes, a atenção básica executada no Brasil, diz respeito a uma atenção primária seletiva, de caráter focalista.

Todas essas limitações estruturais repercutem na qualidade do sistema de saúde do Brasil e conseqüentemente refletem nas ações de saúde mental que devem ser realizadas na atenção básica, exigindo para a consecução do cuidado, o trabalho integrado e em rede.

Por conseguinte, a integralidade da atenção às pessoas em sofrimento mental fragiliza-se, pois estas geralmente se encontram expostas a vulnerabilidades desse processo saúde-doença: sem inserção no mercado de trabalho, sem garantias mínimas de existência, sem acesso a bens e serviços produzidos socialmente e vivendo em precárias condições de vida e higiene.

Outro aspecto relevante se refere ao fato que, esse contexto limitante da atenção básica, repercute na concepção de promoção da saúde. Os trabalhadores da saúde, por muitas vezes, a concebem como educação em saúde, sem compreender que promover saúde converge para a transformação do indivíduo e seu contexto social (COELHO, TRUGILHO, 2016).

Destacamos assim que, ações de saúde mental na atenção básica, especialmente de atenção às pessoas com transtorno mental grave, pautada na gestão de cuidado a partir do território, relaciona-se a promover saúde, à medida que caminha para a inserção comunitária dessas pessoas, alterando sua qualidade de vida.

Desta forma, apesar das diretrizes e princípios da política de saúde apontar para a atenção integral em saúde mental na atenção básica, predomina ainda uma atenção à saúde pautada em um modelo assistencial de atenção curativa, verticalizada, individual, medicalizante e centrada no médico especialista (DIMENSTEIN et al,

2005). Em outras palavras, ainda vigora o paradigma flexeneriano<sup>3</sup>, centrado na doença, com prática curativista, também chamado de modelo biomédico (COELHO, TRUGILHO, 2016).

Tal panorama compromete a finalidade da atenção básica. Melo (2009) destaca que em muitas unidades de saúde, a demanda espontânea rege a dinâmica do serviço, trazendo sobrecarga à equipe, que prioriza as medidas curativas, e recorrentemente, com qualidade aquém daquela que os próprios profissionais almejam.

Mattanó e Dabello-Araujo (2016) discutem, neste contexto, que a própria formação acadêmica profissional ocorre de forma compartimentalizada, com poucas oportunidades de trocas entre os diversos saberes. Assim a própria divisão profissional torna-se elemento dificultador do processo de construção de um atendimento integral, que supere o modelo biomédico vigente.

Deste contexto decorre que, os problemas de saúde mental, muitas vezes, não têm uma visibilidade na atenção básica, especialmente os casos de sofrimento mental grave, o que se relaciona também ao histórico de exclusão que marcou, por muito tempo, a assistência à saúde mental.

Na esteira deste pensamento Miranda; Oliveira; Santos (2014) discutem outras dificuldades para inclusão da saúde mental na atenção básica: representação social do louco (perigoso, agressivo) que também perpassa o imaginário dos profissionais de saúde e impede o devido acolhimento destas pessoas nos serviços de saúde. Soma-se a este fato, a falta de capacitação dos trabalhadores para lidarem com o sofrimento mental, bem como o desenvolvimento de habilidades para construção de parcerias de trabalho conjunto, internamente nas equipes como entre os serviços existentes, condição essencial para atenção em saúde mental. E ainda a não incorporação por outras clínicas, do conhecimento desenvolvido pela área da saúde mental para compreensão e abordagem do sujeito, que rebate na atenção básica, pois esta tem, por exigência, para um bom funcionamento, a necessidade de confluência de diversas disciplinas da área da saúde.

---

<sup>3</sup> “O paradigma flexeneriano refere-se a orientações formatadas a partir do Relatório Flexener de 1910 (da Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino), que se tornaram diretrizes para a formação médica e práticas de saúde por quase todo o século XX, instituindo modificações no ensino médico com reforço à especialização, curativismo, concepção mecanicista e unicausal da doença e atenção centrada no indivíduo, excluído do contexto ambiental, social e histórico” (COELHO, TRUGILHO, 2016, p. 17)

Rodrigues e Moreira (2012) também ressaltam que muitos profissionais que atuam na atenção básica sentem-se incapacitados para as demandas decorrentes da saúde mental, o que os limita a uma abordagem apenas medicamentosa, pautando sua intervenção em providenciar a medicação que o usuário utiliza ou necessita. Tal fato acarreta que a atenção básica deixa de utilizar seu lugar estratégico de um olhar ampliado para o sujeito, para restringir-se a atenção medicamentosa do usuário.

Discorrendo especificamente acerca da situação das unidades básicas de saúde de Vitória/ES, as autoras Rodrigues e Moreira (2012) listam ainda outros elementos dificultadores da abordagem da saúde mental na atenção básica, tais como: despreparo dos profissionais quanto os princípios da reforma psiquiátrica; concepção de que as demandas de saúde mental são atribuições do psicólogo e psiquiatra e a expectativa de que o atendimento psicológico dar-se-á em um modelo clínico de atendimento individual e longo, descontextualizando o trabalho em saúde com o local, o usuário e o serviço.

Tal abordagem produz uma intervenção sobre o sofrimento mental pautada no acesso à consulta psiquiátrica, colocando em evidência não o sujeito, mas sua doença, o que impede o estabelecimento de vínculo (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Outro elemento que também dificulta o estabelecimento de vínculo diz respeito à rotatividade de profissionais. Tal situação compromete a longitudinalidade do cuidado, vez que não permite os profissionais conhecer as necessidades da população adscrita, nem mesmo o usuário estabelecer relação de confiança com os profissionais (MELO, 2009). Isso requer a gestão de recursos humanos, que privilegie a carreira pública, com vínculo efetivo em detrimento dos contratos temporários e com valorização do servidor.

Ao analisar, todos esses elementos, ficam evidentes os desafios para incorporar e dar continuidade a ações em saúde mental na atenção básica, mas fica também patente a necessidade de que o tratamento das pessoas em sofrimento mental grave, gerido a partir do território, seja pautado no cotidiano dos serviços (RODRIGUES; MOREIRA, 2012), vez que a atenção básica também carrega consigo fortes potencialidades na perspectiva de práticas substitutivas de cuidados em saúde mental com foco no território.

### **3.3.2 Potencialidades das ações de saúde mental na atenção básica**

Entendemos que o sistema público de saúde se encontra em desenvolvimento, em permanente luta para a conquista de cobertura universal, que também seja equitativa; concebida e executada enquanto garantia constitucional, medida da seguridade social, portanto, enquanto direito de cidadania para todos (COELHO; TRUGILHO, 2016). Assim, apesar de todas as dificuldades apontadas, neste sistema, há nele, grandes potencialidades para a atenção em saúde mental, em especial na atenção básica de saúde.

Neste sentido, esta se torna espaço privilegiado para ações em saúde mental, devido sua proximidade com a localidade, o que permite uma atuação em interface com a comunidade e a família (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Ganha relevância neste contexto a noção de território, entendido “como uma força viva de relações sociais concretas, sendo o lugar onde se tecem as referências de vida da pessoa” (MIELKE; OSCHWSKY, 2011), tornando-se espaço de cuidado, o que aproxima a saúde mental da atenção básica, pois ambas delimitam o mesmo objeto de cuidado, ou seja, o sujeito.

Assim, território não se circunscreve à área de abrangência, que considera um volume populacional ou delimitação de um espaço geográfico, um lugar, com endereço e nome definido, mas sim, espaço de promoção de vivências, que produzem significados e relações e constroem identidades individuais e coletivas. (SPOSATI, 2013)

Nas palavras de Rodrigues; Moreira (2012) a aproximação da atenção básica com o usuário, favorece intervenções contínuas e no contexto do território, considerando tanto as características multidisciplinares da equipe, como os diferentes recursos disponíveis no território, que podem ser usadas e apontadas conforme as necessidades do sujeito, em vistas a uma atenção integral.

Desta forma, notamos que se torna muito fértil e produtivo a articulação entre saúde mental e atenção básica, pois essa confluência contempla tanto os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, quanto os princípios da reforma sanitária (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Tal configuração adequa-se ao modelo de intervenção pautado na atenção psicossocial, que assume como pressuposto que o sofrimento mental não decorre

de questões apenas individuais, mas ocorre em pessoas que se relacionam, evocando os fatores: sociocultural, econômico, político, biológico e psicológico para as intervenções de saúde (MIELKE; OSCHWISKY, 2012).

Dalla Vecchia; Martins (2009) elencam cinco elementos fundamentais para promover a interlocução entre atenção básica e saúde mental. O primeiro entre eles refere-se à necessidade de estabelecer canais de comunicação entre generalistas e especialistas em saúde mental, permitindo a socialização de saberes para potencializar as ações e assim promover constante capacitação dos envolvidos.

O segundo elemento de destaque, diz respeito à necessidade de ações não convencionais de atendimento, ações que ultrapassem os limites dos muros dos serviços de saúde e priorizem a articulação com a rede social de apoio do usuário, que centrem o território, o que implica o envolvimento da família e da comunidade.

O terceiro ponto desta discussão indica que as ações devem considerar as múltiplas determinações do processo saúde-doença e não apenas privilegiar a medicação enquanto abordagem, de modo que a psicofarmacoterapia não seja estratégia exclusiva e isolada, correndo-se o risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental.

O quarto fundamento pauta-se na necessidade de corresponsabilização do cuidado entre equipe e família, sem conceitos culpabilizantes ou estigmatizantes sobre o grupo família, concebendo a família como um parceiro no cuidado, enxergando suas potencialidades e evitando julgamentos.

Por fim, os autores alertam sobre a necessidade de qualificação das equipes de atenção básica de forma contínua e permanente, ressaltando as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental e utilizando diversificadas estratégias: oficina de sensibilização, atividades modulares ou temáticas, supervisão externa e apoio matricial.

Desta forma, seguindo tais fundamentos, a aproximação da saúde mental com a atenção básica, ocorre com vista a possibilidade de desinstitucionalizar práticas sustentadas no modelo biomédico tradicional, dando visibilidade as pessoas em sofrimento mental em seu contexto comunitário, desmitificando conceitos, sensibilizando pessoas e profissionais e provocando mudanças. Somente na relação com o território, surgem novas práticas de cuidado em saúde mental, rompendo as

barreiras das paredes dos serviços de saúde e permitindo a loucura circular pelos espaços da cidade (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Iglesias (2015) ressalta que somente é possível ultrapassar as fronteiras sanitárias a partir de um trabalho intersetorial e em rede, que permita novas possibilidades reais de sociabilidade para as pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, vale destacar que as diretrizes de descentralização e hierarquização das ações e serviços de saúde assentadas no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitam ao espaço local a implementação e incorporação de estratégias substitutivas de cuidados às pessoas com transtornos mentais à rede de atenção básica (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2012).

Mielke; Oschwsky (2012) desenvolveram pesquisa em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família em que os principais recursos utilizados na abordagem em saúde mental identificados foram: acolhimento, entendido como recurso que busca garantir a escuta, o vínculo e responsabilização, resolutividade, autonomia e promoção de cidadania do usuário; vínculo, recurso que possibilita a intervenção considerando o usuário enquanto sujeito do processo de saúde. Destacam que o acolhimento, a escuta e o vínculo, caracterizam-se como ações preponderantes no cuidado pautado no território, pois permite acolher as necessidades do usuário, trazendo o sujeito como foco da atenção, e permitem a reinserção social, possibilitando a desmistificação da loucura como incapacitante.

Outro recurso ainda identificado, na pesquisa acima mencionada, foi a visita domiciliar, enfatizando ser este um mecanismo que facilita acesso ao serviço e ações de saúde e busca o fortalecimento das mudanças propostas pela atenção básica. No contexto da saúde mental, tal recurso permite uma maior interação ente os atores envolvidos, permitindo a extensão do cuidado à família e uma assistência pautada na atenção integral.

As autoras ainda relatam a discussão de caso como meio de promover ações de saúde mental, permitindo singularizar o usuário e favorecer a corresponsabilização entre a equipe; a consulta médica enquanto tecnologia para a escuta das necessidades do usuário traz a sensação de resolutividade. Contudo é preciso não reduzir a consulta médica à prescrição, seja de medicamentos, seja de tratamento, ultrapassando a estrutura de diagnóstico e prescrição, mas transformando-a em

espaço de produção de saúde, dentro da concepção da clínica ampliada que entende que a pessoa não se reduz a doença.

A clínica ampliada expande o objeto de trabalho, superando o tratamento de doenças e focando também nos riscos e vulnerabilidades dos usuários, concebendo que a doença é encarnada em sujeitos, em pessoas, tornando-se a clínica do sujeito. Assim, amplia-se também a finalidade da intervenção, agregando para além de produção de saúde, executada tanto pelos meios curativos, preventivos, de reabilitação ou cuidados paliativos, conquistas no grau de autonomia dos usuários. Em resumo, implica em lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Por fim, o último recurso identificado na pesquisa refere-se à realização de grupo terapêutico como meio de atenção a saúde mental, sendo instrumento de reinserção social à medida que promove fala, socialização e convivência.

Todos os elementos destacados neste tópico, que caracterizam a atenção básica, fazem com que seja fundamental para a Rede de Atenção Psicossocial, exigindo capacitação e preparo das equipes que a compõem para lidarem com as questões em saúde mental.

### 3.3.2.1 Matriciamento como ferramenta de qualificação do cuidado na atenção básica

Considerando a necessidade de capacitação e preparo das equipes da atenção básica, e conforme apontado no texto, a indispensabilidade de estabelecer canais de comunicação entre especialistas em saúde mental e generalistas que atuam na atenção básica, como meio de qualificar as intervenções nesta área, o matriciamento em saúde mental apresenta-se como uma importante ferramenta desse processo. Configura-se como um potencializador para o desenvolvimento desse cuidado na atenção básica e tem como foco viabilizar o trabalho em equipe interdisciplinar e sistemas de co-gestão em saúde.

Tal modalidade foi elaborada a partir do conceito de apoio matricial e equipe de referencia. Estes espaços não são estáticos e pré-definidos, em uma situação estanque, são papéis assumidos pelos envolvidos a partir da situação-problema e da pactuação realizadas entre os profissionais envolvidos. Assim, em um movimento

dinâmico, a equipe de referência pode ser equipe de matriciamento e vice-versa (IGLESIAS, 2015)

Contudo, Campos; Domiti (2007) ressaltam que a equipe de referência é aquela que tem a atribuição de cuidado longitudinal a um caso individual, familiar ou comunitário, o que se alinha à formatação das equipes da atenção básica. Enquanto o apoio matricial diz respeito ao especialista que, a partir de seu núcleo de conhecimento, agrega recursos e aumenta a capacidade resolutiva da equipe de referência, tida como primariamente responsável pelo caso. “Atenção básica tem assumido prioritariamente o papel de equipe de referência devido a sua posição privilegiada de proximidade que possibilita assegurar a continuidade do cuidado” (IGLESIAS, 2015, p. 95).

Desta forma, o matriciamento é definido, nas palavras de Campos; Domiti (2007, p. 402) como “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.” Deste modo, surge como alternativa a predominância da fragmentação do trabalho em saúde, ratificada através da crescente especialização em diversas profissões.

Com esse propósito, revoluciona e modifica a estrutura de funcionamento dos serviços e sistemas de saúde, transformando relações hierarquizadas, que confere maior autoridade ao nível secundário (especialistas) em relação ao nível primário (generalistas), em uma relação horizontal, pautada através de procedimentos dialógicos. Alterando também a concepção de transferência de responsabilidade, a medida que o caso é encaminhado, para uma atitude de compartilhamento e corresponsabilidade entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, a equipe de referência continua responsável pelos seus casos adscritos (CAMPOS, DOMITI, 2007).

Considerando o contexto específico da saúde mental, o matriciamento, objetiva colaborar para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental em seu contexto social, em seus espaços de vida e circulação, através de uma abordagem e interação de saberes junto às equipes da atenção básica (IGLESIAS; AVELLAR, 2014). Assim, pode ser entendido como uma importante ferramenta para o processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental.

Ele expressa a defesa do cuidado da pessoa em sofrimento mental a partir de seu território, integrada à sua rede social, em uma perspectiva de promoção da saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Neste caso, a atividade de matriciamento é realizada pelos CAPS, ou de equipes próprias criadas com tal proposta – os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – ou ainda de equipes volantes (IGLESIAS, 2015). O NASF é um núcleo, formado por diferentes categorias profissionais, que assumem a responsabilidade de ofertar suporte a um determinado número de equipes de Saúde da Família. Seu papel é de potencializar a resolutividade e a integralidade das ações dessas equipes (SOUZA et al, 2012).

Contudo, o CAPS, ganha importante papel nesse contexto, ocupando papel ativo no processo de desenvolvimento de competências e habilidades das equipes da atenção básica, para intervenções em saúde mental. Pois, ações neste nível de atenção são potencializadoras da prática comunitária, servindo de instrumento de informação, orientação e reflexão que pode ajudar na desconstrução de estigmas e preconceitos relacionados às pessoas em sofrimento mental (MATTOS; CHAVES, 2015).

Tal afirmação ganha força à medida que o matriciamento em saúde mental tem por função ofertar suporte, subsidiar discussões de caso e/ou problemas de saúde, intervir conjuntamente com a equipe de referencia, potencializando esse cuidado. Tal dinâmica permite a corresponsabiliza

ção dos casos atendidos e aumento da capacidade resolutiva das equipes de cuidado primário no manejo de pessoas em sofrimento mental (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Desta forma, ressalta-se a gestão interdisciplinar, prevalecendo a horizontalidade das relações entre as diversas profissões em contraponto a hierarquia de saberes, profissões e corporações, muitas vezes, estabelecidas de forma predominante nos serviços e sistemas de saúde, criando assim, espaços de diálogos e trocas, movidos e orientados pelo propósito da oferta de um cuidado integral (IGLESIAS, 2015)

Neste sentido, pesquisas apontam que essa interação e corresponsabilização diminui o estresse dos profissionais envolvidos no cuidado mental e ainda

proporciona ações com perspectiva de promoção da saúde, de interface com princípios de integralidade e intersetorialidade, o que aumenta a efetividade das ações terapêuticas (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Rodrigues; Moreira (2012) relatam que no município de Vitória/ES a aposta de aproximação da saúde mental com a atenção básica tem possibilitado experienciar práticas que ultrapassam o modelo biomédico de conceber o sofrimento psíquico, trazendo visibilidade às pessoas em sofrimento psíquico em seus territórios. Reafirmam que somente o investimento em práticas de cuidado pautadas na relação com o território altera os modelos de cuidado em saúde mental.

Campos; Domiti (2007) esclarecem que a dinâmica do apoio matricial se dá tanto através dos encontros periódicos e regulares das equipes de referências e equipes de apoio matricial, bem como, em situações urgentes, este contato pode ocorrer por meios diretos de comunicação pessoal, eletrônico ou telefônico, solicitando o apoio matricial necessário.

Dimenstein (2009) ressalta que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos graves e persistentes e, aproximadamente, 10% a 12% da população precisam de algum tipo de cuidados em nesta área, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem.

Dada a precariedade da rede de atenção à saúde, em especial da rede de atenção à saúde mental, não consegue acolher devidamente todo esse contingente. Tal fato só ratifica a necessidade de ampliação e diversificação da rede de suporte nesta área de atenção: implantação de CAPSIII, de leitos em hospitais gerais, de centros de convivência e cultura, de serviços ambulatoriais de saúde mental, de equipes da atenção básica no cuidado destas pessoas, a fim de que se possa ampliá-lo e qualifica-lo (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Fato que nos alerta para a necessidade de implantação de uma política de saúde mental que consiga promover mudanças na gestão dos recursos disponíveis, considerando as potencialidades dos territórios, assegurando que a responsabilidade pelo cuidado é atribuição de vários agentes, instituições, sistema de saúde e sociedade (MATTOS; CHAVES, 2015).

Por fim, cabe-nos concluir que a capacitação profissional e o fortalecimento desta rede de cuidado, são medidas imprescindíveis para que a atenção às pessoas em sofrimento mental seja pautada de acordo com o modelo de atenção psicossocial, o que implica, entre outras coisas, a garantia de relação e interação da pessoa atendida com o território que habita, princípio essencial da reforma psiquiátrica. O que se torna inviável, sem um consolidado sistema público de saúde, que garanta efetiva proteção social à sua população.

### 3.4 AMEAÇAS DO CONTEXTO ATUAL

Os princípios da reforma psiquiátrica e o estabelecimento de uma prática de cuidado e atenção em saúde mental pautada no território, invocando o cuidado em liberdade, dependem de um sólido sistema público de saúde, que seja concebido e executado nos preceitos constitucionais estabelecidos pela Carta Magna de 1988. Tais condições encontram-se ameaçados na atualidade.

Consideramos ainda que, a reforma psiquiátrica brasileira não é algo consolidado, pronto. Trata-se de um processo social em curso, em constante disputa com outras correntes ideológicas sobre a assistência a pessoa em sofrimento mental e atravessada por diversos interesses econômicos. Especialmente no momento político atual onde se apresentam ameaças à política pública de saúde, em seu aspecto global e conceitual.

Bravo; Pelaez; Pinheiro (2018) ressaltam que, considerando o contexto de crise estrutural do capital, o setor saúde torna-se instrumento para ampliação de lucros de grupos econômicos, que buscam impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, fica ameaçada a construção pública e universal da política de saúde, pilares da concepção defendida pelo movimento da reforma sanitária.

Os autores destacam que apesar desse movimento não se iniciar no governo Temer, é a partir de 2016 que as iniciativas de contrarreforma e aceleração do desmonte das políticas públicas e universais se intensificam. Como instrumentos dessas medidas citam: o congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos (PEC 95/2016); proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que objetivam oferta de serviços parcelados, de baixa qualidade e isentando-se de procedimentos de alto custo, deixando estes a cargo do sistema

publico; mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que rompe com a centralidade na estratégia de saúde da família, configurando uma assistência focalista e restrita a populações mais vulneráveis; e ainda retrocessos na política de saúde mental.

Essa postura pode ser interpretada também como expressão da radicalidade do projeto neoliberal que tende à implementação de medidas contencionistas por meio de ajustes econômicos estruturais, que neste contexto privilegia o setor privado e filantrópico, ainda que isso comprometa a responsabilidade constitucional do Estado de organização e execução da política de saúde (SILVA, 2018).

Ocke-Reis (2017) ressalta que essas medidas de austeridade se agravam em países da periferia capitalista, como o Brasil, que sofrem além da pressão das multinacionais do complexo médico-industrial com realidades socioeconômicas desfavoráveis: pobreza, desigualdade, baixos níveis educacionais e culturais, tornando a desassistência da saúde pública extenuante nesse cenário.

As mudanças na PNAB editada pelo Ministério da Saúde em 2017 flexibilizam a configuração da atenção básica, sob o pretexto de atender as diferentes necessidades locais e regionais. Entretanto, retira a centralidade da Estratégia em Saúde da Família na organização do SUS e compromete os princípios de universalidade e integralidade. Entre outras alterações, estabelece padrões diferenciados, classificados como essenciais e ampliados, para ações e cuidados em saúde neste nível de atenção. Suas premissas promovem o aprofundamento das desigualdades, a segmentação do acesso e do cuidado, e a fragmentando as ações, conforme aponta Morosini; Fonseca; Lima (2018).

As autoras relatam que os padrões essenciais correspondem a ações e procedimentos básicos a ser garantido pelas equipes de saúde. Tal fato se contrapõe aos papéis da atenção básica no sistema de saúde, que é de resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população, atuando como porta de entrada a um sistema universal que contempla uma rede integral de saúde. Diametralmente tal modelo faz avançar uma proposta de atenção básica seletiva, com segmentação de acesso.

Por sua vez, o padrão ampliado corresponde a ações e procedimentos estratégicos para viabilizar alto padrão de qualidade de atenção básica. Esse padrão não é

estabelecido pela PNAB 2017, é apenas recomendado. Em ambos os casos não há nenhum conteúdo que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Considerando a temática dessa investigação cabe-nos indagar: os cuidados em saúde mental, em especial às pessoas com grave sofrimento mental comporia o padrão básico? Seria apenas recomendado no padrão essencial? Se a atenção básica é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, quais de suas necessidades deveriam ser atendidas e quais poderiam deixar de ser consideradas?

Tais questões revelam os limites e retrocessos acarretados pela PNAB 2017 para a política pública de saúde e confirmam a tendência apontada pelas autoras Morosini; Fonseca; Lima (2018) de exclusão e seletividade da política de saúde em curso, principalmente a considerar que a atenção básica se constitui a base do sistema público de saúde brasileiro.

Ainda na direção restritiva da política de saúde, outra medida que agrava as fragilidades vivenciadas pelo SUS, em especial pela atenção básica, refere-se às alterações no financiamento desse âmbito de atenção à saúde. Desde 1997 o repasse do governo federal para os municípios ocorria através do PAB (Piso da Atenção Básica) na modalidade PAB fixo que considerava o número de habitantes do município, com valor entre R\$ 23,00 a R\$ 28,00 per capita, dependendo das características socioeconômicas das cidades; e, PAB variável, recurso repassado de acordo com tipos, números de equipes de Estratégia Saúde da Família implantadas e composição de profissionais previstas e funcionava como mecanismo de indução à gestão municipal para ampliação dessa Estratégia (NEVES; MACHADO, 2019).

A partir do corrente ano, 2020, o financiamento ocorrerá por três critérios: captação ponderada – considera o número de pessoas cadastradas pelos serviços de saúde municipais; pagamento por desempenho – repasse vinculado ao cumprimento de metas estabelecidas a partir de indicadores selecionados, e, incentivo a ações específicas e estratégicas - inclui programas específicos como Programa Saúde na Hora que visa ampliação do funcionamento das unidades básicas de saúde, informatização de unidades de saúde, formação e residência médica e multiprofissional, entre outros (NEVES; MACHADO, 2019).

Tais mudanças descaracterizam o caráter de universalidade do SUS à medida que concebe que apenas pessoas cadastradas são usuárias de seus serviços, orientando-se por princípios seletivos de atenção à saúde; trazem incertezas com relação às metas estabelecidas, podendo resultar em redução de repasses federais diante as dificuldades dos municípios em cumpri-las ou mesmo em informar os resultados alcançados e tudo isso em um contexto de perda de arrecadação dos municípios diante à crise econômica vivenciada no país, ou seja, tais medidas acarretam em grande instabilidade financeira para a atenção básica, que é executada exclusivamente pelos municípios (NEVES; MACHADO, 2019)

Sobre os retrocessos na política de saúde mental são expressos por edição de importantes Portarias pelo Ministério da Saúde. A Portaria 3.588/2017 fragiliza a RAPS e propõe mudanças na política de saúde mental vigente. Em suas decisões reforçam as internações em hospitais psiquiátricos, reajustando os valores das diárias, preconizam a criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais e apoiam novas ações para fortalecer e legitimar os serviços oferecidos pelas Comunidades Terapêuticas, que atualmente são fortemente questionadas pelos defensores da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2017; BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, suspendeu o financiamento do custeio mensal dos CAPS, das Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento (UA) e leitos de saúde mental em hospitais gerais, todos dispositivos da RAPS, alegando ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019).

Tais retrocessos prosseguem nos discursos e medidas adotadas pelo atual governo. Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde emitiu Nota Técnica 11/2019 que desmonta a RAPS e desconstrói os fundamentos da reforma psiquiátrica brasileira. Apesar de argumentar o fortalecimento da Rede, propõe um modelo que a substitui, em uma proposta que se aproxima do modelo asilar. Dentre as alterações prevê: fim da política pública de redução de danos; incentivo ao atendimento ambulatorial especializado em detrimento do CAPS e da atenção básica; expansão dos leitos psiquiátricos especializados e utilização de eletroconvulsoterapia, conhecida como eletrochoque, para casos refratários a outras terapêuticas (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019). Expressa ainda que, na política de saúde mental não cabe a ideia

de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, afirmando que este pode ser humanizado, o que exige investimento, tendo em vista o processo contínuo de desfinanciamento efetivado por orientações da Lei 10.216/2001 (MOREIRA, 2019).

Sobre esse documento a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) critica o fato dos hospitais psiquiátricos terem sido incluídos na RAPS, incentivando a institucionalização das pessoas que fazem uso desta política pública, privando-os do convívio social, o que se contradiz ao princípio da Rede de Atenção Psicossocial que prima pelo cuidado no território, com manutenção de vínculo com a rede de apoio e interface com serviços intersetoriais (ABRASCO, 2019).

Outra medida que comprova a argumentação sobre retrocessos na política de saúde mental refere-se à sanção da lei 13.840 de 05 de junho de 2019. Esta lei prevê criminalização do uso de drogas, o que acarreta o aumento do encarceramento da população mais pobre, aumentando as prisões por questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Apóia ainda, a internação como primeira forma de abordagem para pessoas em uso de substâncias psicoativas, na forma voluntária e involuntária, com clara tendência a facilitação da segunda modalidade, tendo em vista a ampliação de pessoas habilitadas a solicitá-la, como familiar ou responsável legal, profissionais de saúde e assistência social, e, integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), determinando ainda sua duração por até três meses e retirando dos familiares o poder de interrompê-la. Ademais, privilegia a inserção dos usuários em Comunidades Terapêuticas, destacando a abstinência como principal recurso do tratamento (MOREIRA, 2019). São medidas que se contrapõem frontalmente aos preceitos da lei 10.216/2001 que privilegia o tratamento em serviços de base comunitária e prevê a internação como último recurso terapêutico.

Assim, vivemos uma correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a reforma psiquiátrica e a saúde como direito universal. Em um contexto de predomínio de forças conservadoras e aplicação de uma racionalidade neoliberal para as políticas públicas, em especial as políticas sociais, privilegia-se o mercado e os interesses econômicos em detrimento da garantia de direitos da população, prejudicando sobremaneira a consolidação de políticas que sustentam e viabilizam a efetivação desses direitos.

Desta forma, opera-se uma ofensiva não contra os usuários do SUS ou da política de saúde mental exclusivamente, são medidas adotadas contra a classe trabalhadora, supressoras de direitos sociais, que compromete conquistas fundamentais, inclusive direitos trabalhistas e previdenciários (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), o que fragiliza todo o sistema de proteção social brasileiro.

#### **4. O TERRITÓRIO E GESTÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

O conteúdo desse capítulo decorre de uma pesquisa qualitativa que objetivou, em âmbito geral, analisar as percepções sobre o cuidado ofertado às pessoas em grave sofrimento mental em um ponto da atenção básica de saúde da rede municipal de Vitória, na perspectiva dos atores envolvidos. Para tanto desenvolveu trabalho de campo com a realização de 23 entrevistas, utilizando roteiro semiestruturado, junto aos participantes selecionados: usuários com quadro de sofrimento mental grave, acompanhados pelo serviço de saúde delimitado para o estudo, familiares desses usuários, profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental, professores e estudantes de Medicina que participam desse cuidado e profissionais do serviço de saúde que não participam das ações em saúde mental.

As temáticas apresentadas emergiram da técnica de análise de conteúdo elaborada por Bardin (2011), empregada para análise dos dados, bem como de informações levantadas pela pesquisa documental, utilizada visando complementar a análise proposta.

Assim discorreremos sobre o sistema de saúde do município de Vitória, a inserção da unidade de saúde e sua pretensão de acolher as pessoas em sofrimento mental grave, além de descrever as ações realizadas com esta intenção, segundo os olhares daqueles que delas participam, além de ressaltar as dificuldades e potencialidades que os participantes da pesquisa identificaram nesse processo e por fim revelar os significados que esses atores atribuem às ações desenvolvidas.

Conforme apontado, a pesquisa foi desenvolvida em uma unidade básica de saúde do município de Vitória. Essa cidade é a capital do estado do Espírito Santo, formada por uma ilha principal fluvio-marinha, outras 34 ilhas e uma extensão continental. É uma cidade eminentemente urbana, com uma população de mais de 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes e com alta densidade demográfica (Vitória, 2018)

Para atender as demandas de saúde dessa população, segundo dados do Plano Municipal de Saúde de Vitória para o período de 2018 a 2021, o sistema de saúde do município é composto por diversos serviços: 29 Unidades Básicas de Saúde, (o que representa 88% de cobertura), sendo 23 organizadas com Estratégia de Saúde da Família, 08 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs, 02 Equipes de Consultório na Rua, 02 Prontos Atendimentos, 02 Centros Municipais de

Especialidade, 02 Centros de Especialidade Odontológica, 01 Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados, 03 Centros de Referência Especializados, sendo 01 Centro de Referência em Atendimento ao Idoso, 01 Centro de Referência DST/AIDS, 01 Serviço de Atenção à Pessoa em Situação de Violência; 15 Módulos de Orientação ao Exercício, 01 Escola Técnica de Formação do Profissional de Saúde, 01 Laboratório Central Municipal, 01 laboratório regional de prótese dentária, 01 Serviço de Vigilância Sanitária e 01 Centro de Vigilância ambiental (VITÓRIA, 2018).

Ainda compõe este Sistema de Saúde os serviços especializados em atenção à saúde mental, que formam a RAPS municipal: 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III (inclui a modalidade de acolhimento noturno), 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III, 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS I e 01 Serviço de Residência Terapêutica<sup>4</sup>, 02 Equipes de Consultório na Rua<sup>5</sup> e as 29 Unidades Básicas de Saúde (VITÓRIA, 2018).

Com esta organização, a capital do Espírito Santo, possui uma ampla rede municipal de saúde e apresenta uma diversidade de serviços que abrangem cuidados tanto da atenção primária, como as unidades básicas de saúde e os prontos atendimentos; bem como serviços especializados, como de atenção à pessoa idosa, às vítimas de violência, consultório na rua e uma rede de cuidados em saúde mental. Destaca-se ainda a capilaridade da atenção primária que contempla 88% do município, o que facilita o acesso da população aos serviços de saúde ofertados.

A unidade de saúde delimitada como campo de estudo compõe uma das 29 unidades de saúde existentes no município de Vitória/ES. Essa unidade de saúde se situa na parte continental do município em um bairro que, apesar de ser popular, tem localização privilegiada, próximo a bairros de classe média, à Universidade Federal do Espírito Santo e ao aeroporto. Isso causa um investimento em imóveis para aluguel residencial, permitindo a coexistência de um grupo populacional flutuante e outro historicamente estabelecido na região (SILVA, 2013).

---

<sup>4</sup> As Residências Terapêuticas são moradia para pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longa internação psiquiátrica e não conseguiram retomar o convívio familiar (IGLESIAS, 2015).

<sup>5</sup> Já os Consultórios na rua são constituídos por equipes multiprofissionais itinerantes, que atuam nas ruas, desenvolvendo ações de cuidado às pessoas em situação de rua (IGLESIAS, 2015).

Considerando os dados oficiais do censo 2010, a população do bairro adscrito a esta unidade de saúde é de 13.197 habitantes. Ocupa o 4º lugar entre os 15 bairros mais populosos do município de Vitória. Ainda, segundo o censo 2010, no território de saúde em estudo há predominância da população negra (na faixa 20,01 a 40%) e parda (na faixa de 40,01 a 60%). A renda predominante dos habitantes é de 02 a 05 salários-mínimos, entre 44,27% dos domicílios, seguidos de 01 a 02 salários-mínimos, que correspondem a 20,60% dos domicílios (VITÓRIA, 2018). A população habitante na área adscrita é predominantemente SUS usuária, e mesmo àquelas pessoas que utilizam serviço privado de saúde, fazem uso dos serviços de vacinação e fornecimento de medicamento (SILVA, 2013).

A unidade de saúde caracteriza-se como serviço básico, sem Estratégia de Saúde da Família e sem o Programa de Agentes Comunitário de Saúde. Atualmente o serviço dispõe de um diretor e 40 profissionais, sendo: dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, um fonoaudiólogo, três médicos clínico, dois médicos pediatras, dois médicos ginecologistas, quatro odontólogos, três auxiliares de saúde bucal, um técnico de saúde bucal, 11 funcionários da equipe de Enfermagem (auxiliar e técnico), um técnico de laboratório, três assistentes administrativos, um agente de suporte operacional, um farmacêutico, um técnico em farmácia. Existe também um núcleo da vigilância ambiental com base na unidade de saúde, que conta com oito agentes de combate a endemias, e ainda profissionais que são terceirizados sendo: três auxiliares de serviços gerais, quatro vigilantes e dois recepcionistas.

Considerando o quadro de profissionais lotados neste equipamento, 25 são servidores efetivos. Por outro lado, as categorias profissionais com maior número de servidores contratados são: clínico geral, odontólogos e auxiliares e técnicos de enfermagem.

Um elemento importante neste contexto refere-se também aos diferentes turnos de trabalho cumpridos por estes profissionais. A unidade de saúde funciona com horário estendido, das 7 às 20 horas. Assim, esse grupo de trabalhadores cumpre jornadas de trabalhos diferenciadas, em horários diversos, para garantir a oferta de serviços durante todo o funcionamento da unidade de saúde. Existem três cargas horárias diferentes em cumprimento: 20 horas, 30 horas e 40 horas semanais exercidas simultaneamente com início e término em distintos horários ao longo do

dia. Esta unidade de saúde oferta atendimentos: ambulatoriais, coleta de exames laboratoriais, serviços de vacina, nebulização, curativo, farmácia e ações de atenção à saúde mental (SILVA, 2013).

#### 4.1 AS AÇÕES

As ações desenvolvidas na unidade de saúde para atender pessoas em grave sofrimento mental são: atendimento coletivo, atendimento individual, visita domiciliar e cuidado farmacêutico<sup>6</sup>, por meio da clínica farmacêutica<sup>7</sup>. Tais atividades são realizadas tanto por profissionais da unidade de saúde quanto por professores e alunos de Medicina inseridos no serviço através de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a faculdade particular a qual estão vinculados

Os atendimentos coletivos são de responsabilidade da equipe de saúde e ocorrem em grupos terapêuticos, de frequência mensal, com participação de usuários e seus familiares.

Nós temos o grupo do GAT (grupo de acompanhamento terapêutico), que é um grupo com pacientes com transtorno mental grave e seus familiares. Acontece uma vez por mês (profissional 02).

Quanto aos atendimentos individuais, são realizados por diversos profissionais da equipe de saúde, bem como pelos professores psiquiatrias que atuam na unidade estudada e ocorrem de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários.

Ela recebe atendimento do psicólogo, da assistente social, da psiquiatra (familiar 02).

A visita domiciliar, apesar de realizada também pela equipe da unidade de saúde, no contexto de cuidado à pessoa em grave sofrimento mental, é atribuição dos alunos de Medicina, que cumprindo a função de acompanhante terapêutico, realizam-na de forma sistemática, semanalmente, durante o período letivo. Essa ação é supervisionada pelos professores responsáveis pela disciplina em articulação com os profissionais da unidade de saúde.

A gente consegue utilizar recurso humano dos alunos para fazer o trabalho de acompanhante terapêutico, eles fazem visitas domiciliares semanais e

---

<sup>6</sup> O cuidado farmacêutico visa à educação em saúde e o favorecimento do uso racional de medicamentos, por meio dos recursos da clínica farmacêutica e de atividades técnico-pedagógicas prestadas a indivíduos, famílias, comunidades e equipes de saúde (BRASIL, 2014).

<sup>7</sup> A clínica farmacêutica é uma das atividades assistenciais do cuidado farmacêutico ofertadas diretamente ao usuário (BRASIL, 2014)

reportam o conteúdo dessas visitas para gente toda semana (profissional 03).

Considerando as medicações psicotrópicas fornecidas pela atenção básica na rede municipal de saúde de Vitória/ES, o serviço de saúde em questão também oferta em seu instrumental de intervenção a clínica farmacêutica, para os usuários que necessitam dessa atenção individualizada.

Para os pacientes que não tem condições e não tem nenhum familiar também capaz de ajuda-lo na medicação, a gente faz isso lá na farmácia. Semanalmente separa os medicamentos na caixinha, ele leva para casa, retorna com a caixinha vazia, a gente repõe e assim vai. A gente vai ajudando a tomar no horário certo, faz tabelinha, separa o horário, enfim... (profissional 01).

Esse cuidado também é ampliado no ambiente doméstico por meio das visitas domiciliares. Os familiares também destacam que através do acompanhamento domiciliar os usuários aumentam sua adesão ao tratamento medicamentoso devido á intervenção dos estudantes a respeito da orientação das prescrições, posologias e horários das medicações.

As estudantes ajudam na medicação também, ver os horários, cola papezinhos, como ele não tem muita percepção das coisas, elas colam um solzinho para os remédios da manhã, uma lua para os remédios da noite, para ele não se embolar né e isso ajudou bastante (familiar 06).

Em resumo, apesar das especificidades encontradas nesse estudo, as práticas de cuidado às pessoas em sofrimento mental grave, identificadas na unidade de saúde (grupo terapêutico, visitas domiciliares e consultas individuais) correspondem às práticas encontradas na literatura e são caracterizadas em tecnologias leves e leves-duras, segundo Merhy (1998).

Estudo de Mielke; Oschwsky (2012) em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família também identificou esses elementos como os principais recursos utilizados na abordagem em saúde mental, sendo o diferencial nesse caso, o cuidado farmacêutico que também é ofertado nesta unidade de saúde.

Um destaque é que as ações não se restringem ao cuidado médico, com intervenção medicamentosa. Segundo Dalla Vecchia; Martins (2009) é importante não apenas privilegiar a medicação enquanto abordagem, de modo que a psicofarmacoterapia não seja estratégia exclusiva e isolada, correndo-se o risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental.

#### 4.1.1 Matriciamento

As ações anteriormente relatadas são destinadas aos usuários da unidade de saúde com quadros de sofrimento mental grave. Entretanto, tais ações foram ofertadas a partir da apropriação pelo serviço de saúde dos casos adscritos, possibilitada pelo matriciamento em saúde mental.

O Ministério da saúde instituiu, em 2003, a estratégia do matriciamento a fim de qualificar o direcionamento de fluxos na rede de saúde, propiciando a articulação entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, com o objetivo de ampliar o cuidado ofertado ao usuário (BARROS et al, 2018).

Campos; Domiti (2007, p. 402) define o apoio matricial como “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada<sup>8</sup> e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”.

Na unidade de saúde estudada, os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das ações em saúde mental apontam que o matriciamento foi responsável por inserir usuários em grave sofrimento mental no cuidado ofertado pela atenção básica. Foi através desse recurso que a unidade de saúde pode se apropriar dos cuidados que essas pessoas demandam, alterando a lógica de encaminhamento dos casos.

Foi o matriciamento em saúde mental que promoveu a inserção da pessoa com transtorno mental grave na unidade de saúde. Antes desse trabalho, ela chegava aqui na unidade e muitas vezes não entrava: - Ah! Não é aqui, é no Adauto ou no CAPS. Eu costumo dizer que cansei de atender transtorno mental grave no consultório e encaminhar para o CAPS. Era fácil, vem, eu encaminho, vem, eu encaminho. Se de um lado a gente tinha a sensação de ter feito meu papel, que era só receber e encaminhar, por outro lado era frustrante (profissional 02).

Os relatos dos familiares também demonstram essa apropriação dos casos pela atenção básica, que, mantendo constante articulação com o CAPS, foi capaz de receber casos estáveis, que eram atendidos naquele serviço, bem como iniciar o acompanhamento de usuários com mais dificuldade em deixar o território.

Ela fazia acompanhamento no CAPS e foi encaminhada para cá. Ela melhorou e aí veio para a unidade de saúde (familiar 02).

---

<sup>8</sup> Clínica ampliada entende que a pessoa não se reduz a doença. Implicar em lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Foi até mencionado e indicado ir para o CAPS, mas a questão é ele ir, ele não aceita. Ele não se adaptou, ele não quis (familiar 05).

Esse processo identifica consonância com Campos; Domiti (2007) que afirma que o matriciamento altera a concepção de transferência de responsabilidade, para uma atitude de compartilhamento e corresponsabilidade entre os diferentes níveis de atenção à saúde, permitindo a responsabilidade da atenção básica pelos seus casos adscritos.

Também corrobora com Avellar; Iglesias (2014) que consideram, no contexto específico da saúde mental, que o encontro matricial objetiva colaborar para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental em seu contexto social, em seus espaços de vida e circulação, através de uma abordagem e interação de saberes junto às equipes da atenção básica. Ele expressa a defesa desse cuidado a partir de seu território, integrada à sua rede social, em uma perspectiva de promoção da saúde. Assim, pode ser entendido como uma importante ferramenta para o processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental.

Os profissionais destacam ainda que apesar de ter existido outro modelo de equipe matricial na ocasião da implementação dessa estratégia no município de Vitória/ES, posteriormente esse papel foi assumido pelas equipes dos CAPS.

No início tinha uma equipe volante com psiquiatra e psicólogo que vinha semanalmente a unidade de saúde para reunir com os profissionais. Hoje temos uma equipe dos profissionais dos CAPS que vem uma vez por mês fazer essa reunião de matriciamento conosco (profissional 03).

Iglesias (2015) esclarece que o município de Vitória, iniciou em 2007 o trabalho de matriciamento em saúde mental. Em função de número insuficiente de CAPS (naquela ocasião o município contava com apenas 02 deste serviço), adotou um modelo misto de equipes matriciais. Em parte da rede, a atividade matricial ocorria com o modelo de equipes volantes, formadas por psicólogos e psiquiatras, então chamadas de “equipes regionais de saúde mental” e outra parte era atendida pelos profissionais dos CAPS.

Considerando diferentes dificuldades nesse processo, mas, sobretudo, pelos riscos do modelo de equipes volantes gerarem uma desimplicação da atenção básica com o cuidado em saúde mental e alimentar a lógica dos especialismos, o que contraria a proposta matricial, a SEMUS optou por desfazer as equipes regionais, delegando

ao CAPS a responsabilidade de realizar o matriciamento em todas as regiões de saúde do município (IGLESIAS, 2015).

Dimenstein et al (2009) ressaltam a preponderância dos CAPS na estratégia do matriciamento. Defendem que o matriciamento junto às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, devido à centralidade que ocupam na proposta da reforma psiquiátrica, assumindo o papel de ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo nessa rede e atuando como retaguarda das unidades básicas de saúde.

Assim, os profissionais relatam que, essa apropriação dos casos adscritos foi possível pelo compartilhamento e divisão de responsabilidades e saberes entre atenção básica e CAPS, viabilizada pela estratégia do matriciamento.

Tem casos que são atendidos no CAPS, tem casos que a gente discute na reunião e aí decide na reunião e tem casos que a gente atende no regime compartilhado (profissional 03).

Tal relato coaduna com Bezerra; Dimenstein (2008) quando ressaltam que com a estratégia matricial é possível diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pela atenção básica, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente neste âmbito de cuidado.

O que também corrobora com Avellar; Iglesias (2017) quando afirmam que o matriciamento consiste em uma estratégia capaz de propiciar o compartilhamento de saberes, vivências e práticas entre equipes diferentes e com experiências diversas, superando modelos hierarquizados de relações e propiciando um cuidado integral.

Desta forma é notório que a estratégia do matriciamento adotado pelo Ministério da Saúde e implementada na rede municipal de Vitória/ES teve repercussão no serviço e equipe de saúde tomada como objeto de estudo, contribuindo para ampliar os cuidados ofertados.

#### 4.2 AS DIFICULDADES VIVENCIADAS

Entretanto, algumas dificuldades permeiam esse processo de cuidado de pessoas em grave sofrimento mental. Abordaremos neste tópico as dificuldades vivenciadas nesse contexto, a partir dos relatos dos atores envolvidos, que indicaram quais elementos prejudicam o melhor curso e desenvolvimento das ações.

Os profissionais, professores e alunos ressaltaram: a insuficiência de recursos humanos, a fragmentação do processo de trabalho, a dificuldade de adesão de algumas categorias profissionais ao desenvolvimento de ações em saúde mental, a falta de oferta de capacitação profissional e o contato com as diversas expressões da questão social manifestadas na vida dos usuários e suas famílias, como elementos relevantes. Por sua vez, usuários e familiares retrataram aspectos referentes aos limites de acesso tanto aos serviços da atenção básica quanto da rede de saúde, especialmente na atenção de média complexidade.

#### **4.2.1 Recursos humanos: insuficiência, sobrecarga de trabalho e rotatividade**

Os profissionais entrevistados apontaram que uma carência identificada no processo de trabalho relaciona-se ao número de profissionais disponíveis na unidade de saúde. Esse elemento foi o primeiro a ser destacado entre os problemas elencados pelos profissionais.

A primeira dificuldade é RH. O fato de trabalhar muito sozinho, eu atendo com um pouco de pressa. Tem que fazer as coisas mais rápido, então às vezes você tem uma reunião, um outro compromisso e tem que dá conta daquilo que tá ali (profissional 01).

O número de profissionais é falho (profissional 02).

Para o melhor desempenho do trabalho, consideram insuficiente o número de profissionais de Psicologia, Serviço Social e Farmácia. Justificam tal avaliação considerando o horário estendido de funcionamento do serviço de saúde e o tamanho da população adscrita.

Na verdade, a gente trabalha em uma unidade aqui que funciona de 7 as 20 horas e assim por causa desse horário estendido a gente tem procura o dia inteiro (profissional 01).

A gente precisaria de mais um psicólogo. Temos um psicólogo de 20 horas semanais que não lida só com transtorno mental grave, ele lida com tudo, então eu acho que precisa mais. Mais um assistente social porque a carga é muito pesada, ele lida com transtorno mental, com criança, com problemas infantis, adultos, idoso, então é muito grande a demanda em relação aos profissionais, o bairro é muito grande (profissional 02).

Especificamente na situação da farmácia, apontam que a ausência de profissional assistente de farmácia compromete as atribuições do farmacêutico e o bom desempenho de suas funções, trazendo sobrecarga e ritmo mais acelerado de trabalho, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada.

Sobrecarrega por isso, porque eu fico atendendo tudo no balcão, porque se tivesse mais um assistente de farmácia para cuidar das coisas mais

simples, fluir a fila de medicações corriqueiras, eu poderia dar um pouco mais de atenção aqueles pacientes que demandam nossa atenção, que é fazer essa dispensação fracionada, mais devagar né, organizar essas coisas, porque às vezes a gente tem que fazer um pouquinho acelerado pra dá conta (profissional 01).

Tais relatos nos remetem a um problema crítico da política de saúde, em especial na atenção básica de saúde. Fernandes; Machado; Anschau (2009) e Villela et al (2009) também identificaram a insuficiência de recursos humanos como uma dificuldade neste nível de atenção à saúde, considerando o tamanho da demanda atendida neste âmbito de cuidado.

Oliveria (2007) destaca que a atenção básica possui recursos humanos, físicos ou financeiros deficientes. Adverte ainda que no setor saúde, a preocupação com os recursos humanos é crônica, pois se configura um elemento crítico do Sistema de Saúde do país, talvez pela falta de uma política de recursos mais consistente, em especial, de recursos humanos.

Tal cronicidade pode ser explicada pelo contexto sociopolítico de implementação do SUS, marcado pela desregulamentação das regras do aparelho estatal realizado pela onda neoliberal da década de 1990. Tal contexto foi marcado pela ampliação do mercado, a desresponsabilização do Estado na elaboração e execução de políticas sociais e a flexibilização das relações de trabalho. A reforma do Estado foi orientada por essa precarização dos contratos trabalhistas, desobrigando a exclusividade de vínculo de servidores estáveis, através de concurso público, com base no argumento de maior controle de gastos com recursos humanos (SEIDL, 2014), o que ainda reverbera na gestão de recursos humanos no SUS e na consecução dos princípios que o orientam.

O Ministério da Saúde também pontua que a dinâmica das profissões, ao qual denomina de subsistemas de regulação das profissões, também interfere nesse cenário. Diz respeito ao modo que as profissões de saúde se organizam, sobre as regras que as orientam e como delimitam e garantem seus campos de prática umas frente às outras, seus espaços dentro do mercado de trabalho (BRASIL, 2003).

Diante a flexibilização das relações de trabalho, o modo de contrato dos profissionais do serviço de saúde insere-se neste contexto como uma dificuldade. Ainda que o município de Vitória tivera em sua rede de saúde 90% dos profissionais como servidores públicos efetivos (Iglesias, 2015), atualmente, no caso dos médicos

a totalidade do número de profissionais lotados na unidade de saúde tem vínculo empregatício de contrato temporário, o que também atinge a maioria do quadro de servidores da enfermagem.

Na avaliação dos profissionais isso prejudica a continuidade de ações de forma mais consistente e o ideal estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais.

Todos os médicos aqui são contratos temporários, passam-se dois anos e nós temos que sair, então vem um novo médico, e aí começa todo um novo ciclo que já estava sendo feito. Um paciente transtorno mental grave precisa ganhar confiança e isso se torna um problema, uma dificuldade. Eu acredito que a dificuldade maior seja isso, a rotatividade de profissionais (profissional 02).

Isso passa pela alta rotatividade de profissionais da Medicina e da Enfermagem e a gente não pode desconsiderar isso (profissional 03).

Mesmo os profissionais que não participam diretamente das ações de cuidado as pessoas em grave sofrimento mental, identificam que a rotatividade dos profissionais prejudica o desenvolvimento das ações e o necessário estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais para esse cuidado.

A gente tá aqui e vai mudando de médico cada hora, a rotatividade médica complica muito para esses pacientes, porque eles precisam de um vínculo mínimo para eles ganharem confiança, se não, não toma medicação, não faz nada (profissional não participante 02).

Esta rotatividade não é um elemento exclusivo do cenário estudado. No que tange aos fatores que a desencadeia, Pierantoni et al (2015) apontam que são diversos: demografia, epidemiologia, localização das unidades de saúde, estruturação da rede de saúde, modalidades de contratação, remuneração praticadas, infraestrutura do município e proximidade de centros urbanos. Entretanto, os contratos temporários, que configuram relações de trabalho mais precarizadas, figuram entre os principais fatores da rotatividade de médicos, que sob esta modalidade de vínculo, migram de um município a outro conforme a proposta financeira que recebem.

Quanto ao prejuízo ao estabelecimento de vínculo acarretado por esta rotatividade, esse dado da pesquisa corrobora com Melo (2009) que afirma que tal situação é recorrente na atenção básica e compromete a longitudinalidade do cuidado, vez que não permite os profissionais conhecer as necessidades da população adscrita, nem mesmo ao usuário estabelecer relação de confiança com os estes.

Giovani; Vieira (2013) destacam que essa rotatividade dos profissionais, em especial médicos e enfermeiros, é um dos aspectos críticos para o sucesso e efetividade dos

pressupostos<sup>9</sup> da atenção básica de saúde, prejudicando a qualidade da assistência prestada, que depende do vínculo tanto entre a equipe quanto dos profissionais com a população usuária.

Segundo as autoras, estudos indicam que essa rotatividade também impossibilita a manutenção de equipes integradas, diminui a produtividade, pois exige treinamentos repetidos, dificulta novas contratações e transmite insegurança aos usuários.

Tal precariedade relacionada à política de recursos humanos tem um agravante para os profissionais atuantes no trabalho em saúde mental. Os entrevistados ressaltam que o encontro cotidiano com o sofrimento mental das pessoas e as demandas de cuidado que esse contexto exige traz um desgaste emocional aos profissionais envolvidos.

Então é mais desgastante o trabalho em saúde mental, exige mais energia, mais atenção, mais contato, mais carinho, mais cuidado, mais zelo. Porque se não, não dá (profissional 02).

E avaliam que a insuficiência de recursos humanos aumenta esse desgaste pela sobrecarga de trabalho.

Eu me sinto sobrecarregada porque tem hora que você quer ser duas, quer ajudar a resolver, às vezes você quer ajudar, quer fazer e não dá, então a gente sente que precisaria de mais gente para o trabalho ficar mais leve, pro trabalho ficar menos pesado (profissional 01).

Desta forma, os estudos ratificam as percepções dos profissionais sobre as limitações inerentes a essa deficiência da política de recursos humanos, que não se trata apenas de uma realidade local, atrelada ao município, mas de um ponto de estrangulamento do sistema público de saúde brasileiro e que tem impacto direto para a atenção básica, para os profissionais que nela atuam e para o cuidado em saúde mental.

#### **4.2.2 Processo de trabalho**

O trabalho em saúde acontece majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional, marcado por uma relação entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais (SCHERER; PIRES; SCHWATZ, 2009).

---

<sup>9</sup> Integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculo com a população, possibilitando a longitudinalidade do cuidado.

Os profissionais diretamente envolvidos nas ações de cuidado às pessoas em grave sofrimento mental descreveram uma clara divisão de tarefas e atribuições no processo de trabalho de prestação desse cuidado, que demonstra as diferentes intervenções.

Basicamente eu foco mais na parte da ajuda do uso correto das medicações, pra que os pacientes tenham acesso à quantidade de medicação que eles precisam, na hora que eles precisam, e ir orientando e equilibrando isso (profissional 01).

Sou médica clínica, eu acompanho eles clinicamente, vendo todas as outras questões orgânicas, mas também eu ajudo na questão de visualização medicamentosa, repetição de medicação, sinalizar para a própria equipe se tem alguém que está descompensado ou se está melhorando. Vou dando feedback. Nós como clínicos conseguimos ter mais contato e ver com mais frequência e passar para equipe (profissional 02).

Faço atendimento psicológico individual, de grupo e suporte às famílias; que se dá tanto na unidade quanto nas visitas domiciliares, faço a ponte entre o paciente que esta aqui na unidade e o serviço especializado do CAPS, ou seja, faço o manejo desses casos entre unidade de saúde e outros serviços (profissional 03).

Professores e alunos do curso de Medicina também relatam com clareza seus papéis e atribuições desempenhados nesse processo de cuidado.

Meu papel nas ações era fazer o atendimento do paciente, o acompanhamento dele absorvendo as demandas no que tange a saúde mental dele e, além disso, dar todo o suporte que ele precisava e isso se deu na forma de visitas domiciliares (aluno 01).

A ação é com os alunos do sexto período, que é trabalhar na supervisão e na docência da prática assistencial em saúde mental com pacientes com transtorno mental grave, oferecendo acompanhamento domiciliar semanal e nos atendimentos em psiquiatria para os pacientes (professora 02).

Contudo, é um processo de trabalho marcado pela fragmentação. Profissionais apontaram claramente que, com exceção do encontro matricial, não há espaço formal de encontros, discussões e análises das demandas e questões relacionadas ao processo de cuidado desenvolvido. Analisam essa carência como um impasse para potencializar as ações desenvolvidas.

A gente não tem momentos de encontro entre os profissionais para melhor organizar o trabalho, às vezes nem para discutir as consequências de certas ações. Esse espaço hoje é restrito ao matriciamento (profissional 03).

Na tentativa de superação dessa dificuldade, as condutas, discussões e compartilhamentos acontecem informalmente, em encontros improvisados. Contudo, considerando que esta é uma unidade de saúde tradicional, em que os trabalhadores cumprem jornadas de trabalhos diferenciadas, em horários diversos,

esses encontros improvisados são realizados com os profissionais cujo tempo de trabalho são mais compatíveis.

Ocorrem alguns encontros meio que improvisados que a gente tem com a assistente social e a psiquiatra da faculdade. Esses encontros não são planejados e agendados (profissional 03).

Eu fico na unidade 40 h semanais e tem a assistente social que fica no mesmo horário que eu, então é a pessoa que eu mais tenho contato de dividir o que observo, o que eu vi, ou o que eu senti falta, o que tá faltando, é ela por causa da nossa compatibilidade de horário (profissional 01).

A fragmentação do processo de trabalho também é expressa no matriciamento realizado. Há redução dos profissionais que participam desse espaço instituído, pela dificuldade de interromper as atividades de assistência, e até o desconhecimento dessa ferramenta, mesmo por profissionais que participam das ações de cuidado a pessoas em grave sofrimento mental.

Infelizmente eu não consigo participar de nenhum matriciamento da unidade, justamente por causa disso, eu não tenho quem faça as coisas mais rotineiras, que eu poderia delegar pra alguém fazer, eu fico sozinha. Do matriciamento eu não consigo, por enquanto não dá. Quem sabe um dia dará? (profissional 01)

Não sei se tem matriciamento em saúde mental, não sei (profissional 02).

A fragmentação do trabalho é agravada, na concepção dos profissionais, pelo modelo de atenção à saúde ainda baseada em expectativa por ações curativas, que sobrecarregam as agendas e produzem um mecanismo inesgotável de atendimentos.

Se a gente conseguisse mudar essa percepção do que é fazer saúde, ou seja, ao invés do sujeito está aqui em consulta, ele está fazendo uma atividade física, ele tá em uma oficina de informática, por exemplo, e isso é produção de saúde também; a gente conseguiria, abrir mais agendas para encontros de organização do trabalho, discussão de procedimentos, promover o encontro dos profissionais dentro da unidade de saúde, qualificaria mais (profissional 03).

O processo de trabalho em saúde diz respeito à forma de organização dos serviços para atender às necessidades de saúde dos usuários (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO; BORGES, 2017). Os relatos apontam como a organização do serviço influencia esse processo de fragmentação. Nas palavras de Iglesias (2015, p.279) essas características nos “remete a uma organização dos serviços, muitas vezes tecnocrática e burocratizada”.

A predominância de prática curativista, individual, medicalizante, centrado na doença, ou seja, no modelo biomédico (DIMENSTEIN et al, 2005; COELHO,

TRUGILHO, 2016), impacta a organização do trabalho da equipe de saúde, que prioriza a execução de procedimento e traz dificuldades de encontros entre esses profissionais. Tal fato torna-se um problema maior, à medida que a impossibilidade de interação e trocas entre os trabalhadores, retroalimenta a manutenção do status quo no serviço de saúde, colaborando para manutenção desse cenário.

Mas na concepção dos profissionais, esse cenário não é estabelecido somente pelo âmbito do serviço de saúde. Também é consequência da gestão da política de saúde adotada no município, que define agendas e dificulta encontro de equipes. Assim, a criação e regularidade desse espaço coletivo no serviço de saúde, com participação de todos os profissionais, não cabem apenas ao âmbito de decisão local, da equipe, mas de priorização desses encontros por parte da gestão.

Então aqui a gente tem metas a cumprir, que diz respeito a tamanho da agenda, e aí eu acho que a gente tem que rediscutir toda a organização do trabalho, isso passa por como a política pública está sendo concebida. Não basta discutir internamente, planejar o ano e dizer todo mês a gente vai fechar as agendas de todo mundo para discutir tais temas, e definir os temas. Isso é política pública e não dá para definir internamente (profissional 03).

O que se confirma também, ao passo em que, a falta de espaço coletivo não ocorre somente na unidade de saúde, mas na rede municipal de saúde mental. Novamente, com exceção do matriciamento realizado pelos CAPS, não há nenhum outro espaço de encontro, de compartilhamento entre os serviços e profissionais que compõem essa rede.

A gente até teve um ensaio disso há alguns anos atrás, tínhamos encontros com profissionais de diversas áreas, com diversos serviços de saúde do município, era muito interessante, mas não durou, depois parou (profissional 03).

Eram realizadas mensalmente, pela área técnica de saúde mental da SEMUS, reuniões regionais, para qualificar a organização coletiva do processo de trabalho em saúde mental. A ação foi extinta em 2013, após mudança na gestão municipal, ainda que os envolvidos nesse processo apontassem a sua importância para a manutenção deste trabalho e construção cotidiana de rede em saúde mental (IGLESIAS, 2015).

Tal fato sinaliza que essa restrição impacta diretamente os pontos da rede executores do cuidado e fragiliza a própria construção dessa rede, ao isolar e individualizar os serviços que a compõe.

A necessidade de encontros entre a equipe da unidade de saúde também foi apontada pelos professores. Percebem que através desse espaço seria possível o envolvimento dos profissionais que não atuam diretamente nas ações em saúde mental, com vista a ampliar sua intervenção neste âmbito, potencializando o cuidado ofertado.

Não existe esse espaço de encontro com a equipe. É um acompanhamento rico, é um momento de troca de saberes e a gente já faz isso, mas se essa troca pode ser ampliada para Medicina, para Enfermagem, acho que a gente poderia conseguir melhorar nossa abrangência e nossa capacidade de cuidar desse paciente e de sua família (professor 01).

Indicam que também seria possível instituir uma formação em serviço com encontro de generalistas e especialistas, com atendimentos em conjunto com a equipe clínica, considerando a disponibilidade de psiquiatras no contexto da unidade básica de saúde, ampliando a participação desse profissional no serviço de forma a potencializar a equipe no desenvolvimento do cuidado em saúde mental.

Eu acho que a gente precisa pensar no horário protegido para atendimento conjunto com a equipe da clínica, a gente precisa começar a instituir essa prática, nem que seja uma vez por mês ou uma vez a cada dois meses, a gente vê como é possível porque a demanda é grande (professora 02).

Por fim, cabe destacar que nesta discussão de papéis, atribuições e fragmentação do processo de trabalho, os profissionais que não participam diretamente das ações de cuidado em saúde mental, pautam suas intervenções junto às pessoas em grave sofrimento mental em condutas de encaminhamento.

Eu encaminho. Encaminho para clínico geral, assistente social e psicólogo, depende muito da demanda. Mas geralmente para equipe da unidade de saúde mesmo (profissional não participante 01).

A falta de espaço de encontro da equipe de saúde despotencializa o cuidado ofertado e impede a realização de trocas de conhecimento e interação entre os profissionais que executam esse cuidado, fragilizando uma exigência da assistência em saúde.

#### **4.2.3 Adesão de algumas categorias profissionais**

Conforme já apontado, nem todas as categorias profissionais participam diretamente das ações de cuidado às pessoas em grave sofrimento mental. Tal fato foi identificado pelos participantes da pesquisa, em especial profissionais e professores,

como uma dificuldade para o desenvolvimento das ações. Eles apontaram dificuldade de adesão de médicos e enfermeiros.

No que diz respeito aos profissionais da Medicina quanto da enfermagem, eu percebo dificuldade de acesso a esses profissionais, essa integração mesmo que a gente tem com o serviço social e a psicologia e não tem com os médicos e enfermeiros na unidade. Acho que é uma dificuldade e que poderia ser melhorada (professor 01).

Os profissionais da enfermagem, na concepção de professores e profissionais, não deixam de participar do cuidado, mas são vistos nesse contexto como um suporte acionado em situações pontuais e circunscritas, como no uso de medicações ou no caso de alguma intercorrência.

Vejo a equipe de enfermagem como parceira em alguma medida, até mesmo porque os pacientes tomam os medicamentos injetáveis (professora 02).

Eu vejo também os enfermeiros e os técnicos como apoio numa intercorrência, alguma coisa eles ajudam, eles não participam diretamente das ações, mas em uma emergência eles prestam apoio (profissional 02).

Para além da rotatividade que também interfere nesse contexto. Os entrevistados indicam que tal situação relaciona-se à falta de identificação com o tema e as peculiaridades do cuidado em saúde mental.

A dificuldade também de agregar profissionais tem a ver com essa não identificação com a saúde mental (profissional 03).

A gente não tem facilidade de agregar médico nesse trabalho. Eu acho que alguns não gostam de lidar com transtorno mental grave porque não é só medicar, é você dar atenção, é sentar com paciente e ter uma hora de conversa com ele, entendeu? Eu sou a única médica clínica que dá suporte a essas ações (profissional 02).

Fato manifestado também na percepção dos profissionais que não participam diretamente desse cuidado, que apontam a falta de afinidade com o tema, um dos elementos para pouca disponibilidade de profissionais tanto na rede pública quanto privada de saúde.

Eu acho que é uma doença de difícil tratamento, difícil trato, difícil convivência, nem todo mundo tem afinidade com essa especialidade, por isso que eu acho que é mais um dificultador de ter serviços e profissionais, tanto no SUS quanto no particular, porque acho que não é uma especialidade fácil de lidar (profissional não participante 03).

Camatta (2010) afirma que a assistência em saúde mental na atenção básica, não é desenvolvida por todos os profissionais que compõe a equipe de saúde, ainda é prestada por iniciativa de alguns mais propensos e sensíveis ao sofrimento mental apresentado pelas pessoas.

Os profissionais destacam ainda as diferentes concepções sobre a intervenção sanitária e os mecanismos de produção de saúde, com abordagens no contexto comunitário, que extrapolem o modelo ambulatorial, como uma barreira na interlocução com outras categorias profissionais.

Não tem sido fácil convencer profissionais de outras áreas que tem uma tradição de trabalho ambulatorial, que o trabalho para além dos muros da unidade de saúde, o trabalho mais comunitário é tanto preventivo como também promove ações de saúde. Tem sido muito difícil convencer e trabalhar com outros profissionais dentro da unidade de saúde (profissional 03).

Os profissionais que não participam das ações, concordam com a ausência apontada, mas alegam outros motivos, como a sobrecarga com outras demandas de trabalho.

Eu participei do atendimento em saúde mental no início, quando o matriciamento começou. A saída foi motivada por outras demandas da unidade de saúde. O enfermeiro dentro da unidade básica tem muitas atribuições, não só de assistência como administrativas. Tenho grupo de tabagismo, sou responsável pela sala de vacina, o programa saúde do escolar, então são muitas demandas (profissional não participante 03).

Contudo, outros elementos apontados por estes profissionais também explicam essa dificuldade de adesão. Em sua concepção estas ações cabem àqueles que consideram especialistas na área. Prevalece uma noção de especificidade dos aspectos referentes à saúde mental e de despreparo diante a uma demanda que consideram muito específica, o que justificaria a necessidade de especialização.

A gente tem que trabalhar com isso mesmo, se especializar nisso para conseguir conduzir bem esses pacientes, se não for especialista nisso tem mais dificuldade (profissional não participante 02).

Sem espaços coletivos de encontros entre os profissionais do serviço de saúde e com a concepção de que as ações restringem-se aos especialistas, esses entrevistados entendem que, os profissionais atuantes nas ações em saúde mental formam uma equipe específica na unidade, com composição delimitada, a quem delegam a atribuição exclusiva pelo cuidado com essas pessoas, desresponsabilizando-se desse processo.

Eu não participo de ações direcionadas a pessoas com transtorno mental grave porque quando entrei nessa unidade de saúde, esses grupos já existiam e já tinha composição dos profissionais atuantes (profissional não participante 01)

Acho importante e graças a Deus que tem esse grupo da saúde mental porque senão eu nem sei o que seria dos usuários e o que seria dos profissionais que aqui trabalham para dar conta dessa demanda. Com esse grupo a gente tem como referenciá-los (profissional não participante 03).

Esse dado encontrado na pesquisa corrobora com Rodrigues; Moreira (2012) que afirmam que um dos dificultadores da abordagem da saúde mental na atenção básica no município de Vitória/ES consiste no fato de que ainda prevalece a concepção de que as demandas de saúde mental são atribuições de especialistas, em especial psicólogo e psiquiatra.

Silveira (2012) também afirma que é comum na rede básica de saúde os profissionais generalistas atenderem diversos agravos como hipertensão, diabetes, desnutrição e não incluírem as demandas relacionadas à saúde mental no escopo de suas intervenções, por acreditarem constituir-se demanda de serviços e/ou profissionais especializados.

A autora alerta ainda para inexistência de uma aproximação tanto no nível do planejamento de programas e políticas (saúde da mulher, da criança, do idoso) quanto da execução dessa assistência, com a saúde mental, retirando o caráter transversal do sofrimento psíquico ou da subjetividade inerente a essas demandas.

Esse dado também pode ser interpretado à luz da histórica separação entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, o que acarretou o afastamento das demandas de saúde mental da atenção básica de saúde, pelo fato de que o primeiro movimento considerava tais questões responsabilidade de âmbito especializado, conforme Avelar, Iglesias; Quintanilha (2017).

Tal contorno dificultou a incorporação por outras clínicas, do conhecimento desenvolvido pela área da saúde mental para compreensão e abordagem do sujeito. Fato que rebate na atenção básica, pois esta tem, por exigência, para um bom funcionamento, a necessidade de confluência de diversas disciplinas da área da saúde (MIRANDA, OLIVEIRA, SANTOS, 2014).

Essa compartimentalização da política e programas de saúde reforça nos profissionais a ideia de compartimentalização da assistência e das demandas de cuidado dos usuários atendidos.

Assim, essa noção de que os cuidados em saúde mental cabem aos denominados especialistas nesta área colabora para a invisibilidade das pessoas em grave sofrimento mental na atenção básica de saúde e reproduz a histórica divisão corpo e mente ainda presente nos processos de trabalho dos serviços de saúde; e ainda cria barreiras para o envolvimento de profissionais no cuidado a esses usuários.

#### 4.2.4 Capacitação

Um dos aspectos apontados pelos participantes da pesquisa referente à investigação sobre as dificuldades que permeiam o desenvolvimento de ações de cuidado às pessoas em grave sofrimento mental diz respeito à necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na unidade de saúde. Foi identificada a necessidade de que seja realizada capacitação para todas as categorias profissionais.

Precisamos de capacitação para os profissionais que atuam na atenção básica, é necessário capacitação em saúde mental para esses profissionais (profissional 03).

Tal necessidade também foi demonstrada nas dificuldades encontradas pela equipe na interlocução e interação com os usuários no ambiente do serviço de saúde, evidenciando a carência de sensibilização sobre a singularidade que envolve esses sujeitos, gerando dificuldades de acolhimento e aproximação com estas pessoas.

O transtorno mental grave é uma coisa difícil de lidar, a gente dentro da unidade de saúde tem dificuldade. A dificuldade é que às vezes a conversa, o diálogo não é o mesmo diálogo com uma pessoa que não tem transtorno, às vezes eles têm dificuldade de entender (profissional 01).

São pessoas que as vezes tem um pouco de dificuldade para interagir. Alguns pacientes você consegue ter um bom contato, conversar, criar um vínculo de interação, porém tem outros que você não consegue esse contato, você não consegue mostrar pra eles que eles necessitam ter limites e respeito dentro do ambiente de atendimento, Isso afasta esse paciente do profissional por essa dificuldade para abordagem e atendimento deles (profissional não participante 01).

Outro aspecto que os profissionais apontam carência de capacitação é quanto ao manejo medicamentoso no acompanhamento de pessoas em grave sofrimento mental.

As maiores dificuldades refere-se ao controle dos pacientes, dose de medicação, associação de medicação, esse manejo da medicação é difícil. (profissionais não participante 02).

Ainda nesse aspecto de capacitação sobre esse manejo medicamentoso, os familiares relatam situações que indicam essa necessidade, a fim de que os usuários possam receber cuidado integral.

A minha filha foi várias vezes no ginecologista, porque ela tem um calor muito grande, porém ela diz assim: Não vou passar remédio para ela porque os remédios que ela toma da saúde mental não vale nada ela tomar remédio para a menopausa. Mas segundo a psiquiatra, isso não é assim, porque tem remédio que pode tomar. A dificuldade está em ela entender que mesmo tendo problema mental e tomando medicação pode fazer outros tratamentos (familiar 01).

Tal percepção revelada pelos entrevistados corrobora com Rodrigues; Moreira (2012), que discorrendo especificamente acerca da situação das unidades básicas de saúde de Vitória/ES também ressaltam que muitos profissionais que atuam na atenção básica sentem-se incapacitados para as demandas decorrentes da saúde mental, bem como há um despreparo destes quanto os princípios da reforma psiquiátrica;

Miranda, Oliveira; Santos (2014) também identificam essa necessidade de capacitação profissional para atenção básica. Apontam que se faz necessário a instrumentalização dos trabalhadores para lidarem com o sofrimento mental, bem como o desenvolvimento de habilidades para construção de parcerias de trabalho conjunto, internamente nas equipes como entre os serviços existentes, condição essencial para atenção em saúde mental.

Dalla Vecchia; Martins (2009) também ressaltam a necessidade de formação das equipes de atenção básica de forma contínua e permanente, ressaltando as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental e utilizando diversificadas estratégias: oficina de sensibilização, atividades modulares ou temáticas, supervisão externa e matriciamento.

Por sua vez, os depoimentos também evidenciaram que a capacitação de profissionais da atenção básica, tem potencialidades para sensibilização e mudança de percepções e condutas.

Eu tinha medo de paciente psiquiátrico, achava que ia me agredir. Não era só eu. Trabalhei em uma unidade de saúde, em outro município, que todos corriam quando um paciente psiquiátrico entrava na unidade. Isso começou a mudar quando fiz um curso de saúde mental que abriu minha cabeça para entender que essas pessoas tinham que fazer um preventivo, uma mamografia, um exame de sangue. Depois que fiz o curso foi difícil para a equipe que eu trabalhava aceitar que tínhamos que acolher os pacientes psiquiátricos, mas aos pouquinhos fomos conseguindo (profissional não participante 01).

Mas por outro lado tal relato indica que conforme Miranda, Oliveira; Santos (2014) há ainda uma representação social do louco (perigoso e agressivo) que também perpassa o imaginário dos profissionais de saúde e impede o devido acolhimento destas pessoas nos serviços de saúde.

Fagundes; Campo; Lima (2019) refletem a necessidade de instrumentalizar profissionais da atenção básica com ferramentas teóricas e práticas, visando uma

intervenção que promova cuidado longitudinal, superando sentimentos de medo e incapacidade em relação ao sofrimento mental.

Cabe-nos também refletir que sem o estabelecimento de uma política de recursos humanos que garanta quadro de servidores estáveis, com valorização desses profissionais, visando sua permanência nos serviços públicos, a demanda de capacitação será recorrente.

#### **4.2..5 Lidar com as expressões da questão social**

Outro elemento inerente às dificuldades no acompanhamento de pessoas em grave sofrimento mental, identificado nessa investigação, refere-se ao fato dos profissionais lidarem, no cotidiano profissional, com as múltiplas expressões da questão social, manifestadas como pobreza, miséria e violência.

Eu acho que a maior dificuldade é a injustiça social, é a desigualdade social, é a fome que muitos usuários passam, a exposição à violência, históricos de vida muito marcados pela violência, por abusos, lidar com isso para mim é a parte mais difícil. Me afeta, me causa raiva e indignação (professora 02).

A questão social decorre da contradição entre capital e trabalho, do modo de produção capitalista, no qual a produção de bens e riquezas ocorre de forma coletiva, mas sua apropriação é privada, o que resulta em concentração da riqueza e conseqüente, desigualdades sociais (MACHADO, 1999).

Machado (1999) ainda ressalta que a questão social não se revela no cotidiano, o que comparece são suas expressões: desemprego, fome, violência, analfabetismo; vez que na sociedade capitalista o objetivo é acumular capital e não garantir condições de vida para toda a população.

Essas expressões da questão social ficam evidenciadas na fala dos usuários. Alguns relatam vivências de relações familiares conflituosas, com iniciação precoce à vida laborativa e os prejuízos decorrentes desse contexto.

No meu caso, eu comecei a trabalhar cedo, eu fiquei perdido. Treze quatorze anos eu tava na oficina me borrando todo de graxa. Eu tinha que trabalhar e quando eu chegava eu via um monte de perturbação em casa e aí você desenvolve com uma cabeça doente (usuário 04).

E também daqueles que através da impossibilidade de trabalho decorrente de seu quadro de saúde, ficam socialmente vulneráveis, vivendo em condições precárias.

Fico sem força para trabalhar, para ganhar dinheiro. A tormenteção ruim, a sensação que tem alguma coisa apertando meus miolos, eu perco o entendimento, a concentração, a situação normal, isso me deixa muito incomodado. As necessidades está passando dos limites, e essa é a dificuldade maior que eu tenho (usuário 02).

Situação agravada com o impedimento, pelos órgãos competentes, do acesso a direitos sociais estabelecidos pela legislação que visa à proteção social da população. Isso dificulta a garantia de benefícios, sejam eles previdenciários, de caráter contributivo, sejam assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>10</sup>, destinado àqueles que não possuem condições de subsistência.

Eu trabalhei muitos anos na área da saúde como técnico de enfermagem. Foi devido ao transtorno que deixei de trabalhar. Eu não consegui me aposentar ainda no INSS, eles alegam que eu tenho condição de voltar a ativa, de enfrentar uma vida laborativa (usuário 03).

Dificulta o não acesso a recursos como um BPC, que é um direito garantido. Tenho dificuldade de lidar com a perversão de alguns espaços que esses pacientes precisam estar para tentar garantir algum direito e ainda assim não conseguem (professora 02).

O comparecimento dessas expressões da questão social no contexto desse estudo relaciona-se à realidade social onde esses usuários estão inseridos: residentes de área periférica da cidade, baixo padrão de renda, população predominantemente negra<sup>11</sup>, conforme caracterizado anteriormente. E ainda que os entrevistados relatem que o contato com tal realidade lhe causem afetos, o fato de tais elementos comparecerem no contexto de cuidado em saúde mental, revela um olhar para o sujeito considerando o contexto que o envolve, conforme requisito da atenção psicossocial.

Isso não significa correlacionar condições sociais e problemas mentais, o que perpassa o imaginário da população em geral e dos profissionais de saúde em particular, em uma perspectiva na qual as populações das periferias estariam condenadas aos agravos mentais. Mas sim reconhecer, conforme aponta estudos epidemiológicos, que condições de vida interferem no modo de adoecimento da

<sup>10</sup> O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencia-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>

<sup>11</sup> A população negra ocupa espaços socialmente mais desprivilegiados e tem piores indicadores de condições de vida e trabalho. Sobre o tema: Santos, E.F. dos; Scopinho, R. A.. A questão étnico-racial no Brasil contemporâneo: notas sobre a contribuição da teoria das representações sociais. **Psicologia e Saber Social**, 4(2), 168-182, 2015; Durans, C. A. Questão social relações étnico-raciais no Brasil. **R. Pol. Públ.**, São Luís, Número Especial, p. 391-399, julho de 2014.

população, não só relacionada ao campo da saúde mental, conforme produções no campo da saúde pública (GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014).

Conforme Dalla Vecchia; Martins (2009) a interlocução entre atenção básica e saúde mental indica que as ações devem considerar as múltiplas determinações do processo saúde-doença.

#### **4.2.6 Acesso à rede de saúde**

Usuários e familiares apresentaram dificuldades de acesso aos serviços ofertados pela rede de saúde, tanto no que diz respeito ao âmbito da atenção básica como da média complexidade.

É, às vezes a gente não consegue vaga para clínico geral sabe, ginecologista também é difícil porque é muita, muita gente para ser atendido. Às vezes fica o mês todo sem vaga para a gente consultar. (usuário 01).

Demora muito um neurologista, um ortopedista, uma fisioterapia, então tem essas dificuldades em achar um especialista (familiar 05).

Esses relatos apontam para as deficiências do SUS na assistência prestada à população, questionando sua capacidade de atender aos princípios de universalidade e integralidade. A Constituição Brasileira de 1998 garantiu saúde como um direito social, com responsabilidade de todos, em especial do Estado, que asseguraria esse direito mediante duas condições essenciais: implementação de Políticas Públicas – econômicas e sociais para a redução de riscos e garantia de acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde (BRASIL, 2003)

Entretanto, conforme apontado por Melo (2009) sua efetivação em um contexto de predomínio de políticas neoliberais, com retração da intervenção estatal nas políticas sociais, além de impactar a política de recursos humanos do SUS, reduziu a oferta de serviços à saúde, orientados pela focalização de usuários e programas, afetando a proposta e papel da atenção básica de saúde, idealizada por Alma Ata, que exige além de ampliação de cobertura, a garantia de acesso aos serviços de maior complexidade, com efetiva integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, bem como alteração da vultosa concentração de renda entre a população brasileira.

Na atualidade acompanhamos um agravamento desse cenário que fragiliza ainda mais a capacidade de assistência à saúde da população pelo sistema público de

saúde. São ameaças à política pública de saúde, em seu aspecto global e conceitual.

A partir de 2016 as iniciativas de aceleração do desmonte das políticas públicas e universais se intensificam. O congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos (PEC 95/2016) o que produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS, já precário por nunca ter atingido um patamar de suficiência e estabilidade; a centralidade dos investimentos no setor privado através dos planos de saúde populares e as alterações na PNAB (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), estabelecendo segmentação de acesso e do cuidado e a aprofundando a fragmentação de ações, através dos padrões essenciais e ampliados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018) são elementos que comprovam esse agravamento e impactam negativamente na capacidade e qualidade de assistência do sistema público de saúde aos seus usuários.

Com todo esse cenário é notável como o SUS enquanto operador da política pública de saúde do país encontra-se ameaçado, sendo minados os princípios que fundamentaram sua criação, em especial a universalidade tanto de cobertura quanto de acesso à saúde e a integralidade do cuidado. Neste aspecto, a atenção básica de saúde, âmbito de cuidado que mais favorece a consecução desses princípios, encontra-se frágil e vulnerável, precarizando a assistência à saúde da população brasileira, agravando dificuldades como as relatadas nessa pesquisa.

#### 4.3 AS POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS

Apesar das dificuldades vivenciadas no curso do processo de cuidado às pessoas em grave sofrimento mental, a pesquisa identificou várias potencialidades produzidas a partir do desenvolvimento dessas ações.

Considerando a complexidade do sujeito e as várias demandas apresentadas no contexto de cuidado desses usuários, os participantes da pesquisa apontaram que a incorporação desse segmento populacional no raio de intervenções e atenção do serviço de saúde, produz efeitos e desdobramentos tanto sobre a dinâmica de atuação da equipe e o modo de cuidado ofertado, quanto sobre a formação dos alunos de Medicina, como sobre a qualidade de vida dos usuários atendidos.

### **4.3.1 Desdobramentos sobre a equipe de saúde**

As ações de cuidado para as pessoas em grave sofrimento mental impactou a dinâmica de funcionamento da equipe de saúde, impulsionando a integração dos profissionais envolvidos, bem como propiciou a produção de formas ampliadas de cuidado, que passam a considerar o território e a intersetorialidade. Entendemos a dinamicidade existente entre essas subcategorias anunciadas pelos participantes da pesquisa, pois são fatores que tem forte imbricação e interação, no entanto, para melhor explorar os elementos apontados pela investigação vamos retratá-los separadamente.

#### **4.3.1.1 Trabalho em equipe multiprofissional**

Um dos primeiros desdobramentos decorrente das ações em saúde mental desenvolvidas na unidade de saúde foi propiciar a integração dos profissionais envolvidos neste cuidado, minimizando os impactos decorrentes da fragmentação do processo de trabalho.

Vale destacar que Vitória/ES dispõe de uma rede de saúde básica diferenciada em relação à realidade predominante no país. Possui quadro ampliado de categorias profissionais na atenção básica: assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, clínico geral, ginecologista, pediatra, profissional de educação física e psicólogo (IGLESIAS, 2015), favorecendo e ampliando a interlocução entre diversas categorias profissionais.

Segundo Minayo (2010) a multidisciplinaridade relaciona-se a sobreposição de disciplinas, cada uma com suas teorias e metodologias próprias, que permite a visão sobre um tema sobre várias perspectivas. Enquanto, a multiprofissionalidade diz respeito à múltipla articulação de campos de conhecimento e práticas (Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Psiquiatria), acionados frente a um problema complexo da prática, em que os especialistas profissionais se encontram e cooperam. A multiprofissionalidade é marcada por essa colaboração interprofissional para solução de problemas ou execução de ações e programas. Já a interdisciplinaridade ultrapassa a multidisciplinaridade e multiprofissionalidade, na medida em que constitui uma articulação de várias disciplinas, pautadas pelo objeto, problema ou o

tema complexo, que exige intervenção de várias áreas. Tais áreas não são definidas previamente, pois é o objeto que as determina e convoca a partir de sua complexidade. A interdisciplinaridade é uma estratégia para interpretação de temas complexos e deve estar presente na definição de objeto, na discussão dos vários conceitos, e nas propostas metodológicas e técnicas.

Considerando tais conceitos a concepção apresentada pelos entrevistados tem consonância com uma ação multiprofissional, pois relatam a complementaridade e colaboração das áreas de conhecimento na intervenção realizada.

A assistente social consegue fazer uma ligação nossa tanto dentro da unidade como fora, ela faz essa relação da unidade tanto interno como com o externo. Nosso psicólogo que sempre acolhe os pacientes não só com transtorno mental grave, mas os outros também que não seja tão grave; a equipe da farmácia está lá disponibilizando a medicação e tem a paciência de explicar a medicação para o paciente; acho que a equipe, cada um dentro da sua área consegue ajudar (profissional 02).

Contudo, em um cenário em que a organização do processo de trabalho não favorece o encontro e formação de equipe no cotidiano do serviço de saúde, a integração dos profissionais, decorrente das ações de atenção à pessoa em grave sofrimento mental é apontada como uma potencialidade pelos entrevistados, possibilitando a superação de um cenário em que prevalecia a multidisciplinaridade.

De acordo com Garcia et al (2014) a conformação multiprofissional das equipe representa um avanço para atenção básica. Entretanto, esta realidade só se constitui efetivamente em progresso e mudança de paradigma se os profissionais dialogarem entre si em busca dos projetos terapêuticos que melhor atendam às necessidades do usuário.

Os profissionais ressaltam que a abordagem em equipe é algo imprescindível para prestação do cuidado proposto, pois através da intervenção em conjunto sentem-se apoiados mutuamente.

Eu sozinha não ia dá conta de fazer e acredito que nenhum profissional sozinho. A equipe ajuda porque você tem uma demanda e fala com o colega, e ele: eu vou te ajudar, e vão resolver isso, e assim as coisas vão se resolvendo (profissional 01).

A parceria com assistente social, a parceria com os profissionais da faculdade particular, são fundamentais para discutir os casos, aprimorar as ações, pensar em outros caminhos, isso nos ajuda (profissional 03).

Através do apoio mútuo sentem que é possível compartilhar as responsabilidades, minimizando desgastes emocionais subjacentes ao cuidado com o sofrimento mental de outras pessoas.

É um trabalho que apesar de complexo, é mais leve de ser feito quando feito em equipe, porque a responsabilidade é compartilhada, e não tem o peso da solidão de você acompanhar um paciente com um caso grave. Tem mais cabeças pensando estratégias de tratamento, isso facilita muito para gente enquanto equipe (professora 02).

Ressaltam ainda que além de minimizar os impactos decorrentes desse trabalho cotidiano de cuidado do sofrimento mental, o trabalho em equipe também potencializa os resultados das ações desenvolvidas.

Os resultados conseguidos em equipe são muito mais consistentes. A gente só alcança isso com um trabalho em equipe (professora 02).

Concluimos que o trabalho em equipe multiprofissional, torna-se uma potencialidade relevante, à medida que os relatos dos entrevistados indicam ser um recurso imprescindível para continuidade das ações de cuidado a pessoas em grave sofrimento mental na unidade de saúde, vez que favorece o apoio mútuo, minimiza desgastes provenientes do cuidado de saúde mental de terceiros e potencializa os resultados obtidos com as intervenções. Desta forma, torna-se importante também para os usuários atendidos, ao passo que se torna instrumento de manutenção desse cuidado, colaborando para o desenvolvimento de ações permanentes, mantendo esse ponto da atenção básica da rede municipal ativo nos cuidados em saúde mental.

Torna-se igualmente considerável esse processo porque tal cuidado exige, na perspectiva da atenção psicossocial, abordagens amplas de cuidado, capaz de abordar o objeto da saúde mental, que envolve relações sociais, expressões emocionais, de afetos e biológicas (JAFELICE; MARCOLAN, 2017), impossibilitada sem os diferentes olhares e saberes envolvidos nesse contexto.

#### 4.3.1.2 Território: promovendo integração

Outro efeito decorrente das ações de atendimento do usuário com sofrimento mental grave na atenção básica de saúde, a partir do trabalho multiprofissional e auxílio do matriciamento em saúde mental, foi alteração do modelo de atendimento

adotado; anteriormente ordenado por práticas ambulatoriais foi ampliado para um cuidado pautado no território.

O matriciamento em saúde mental para mim foi um marco divisor. A lógica era muito ambulatorial. Eu só atendia dentro do consultório e tinha algumas ações pontuais de fazer um grupo aqui e outro ali, mas não tinha essa noção de rede integrada, dos serviços da unidade de saúde integrado aos outros serviços (profissional 03).

Assim esse processo ressignificou a forma e o conteúdo da intervenção profissional.

Eu sou outro profissional hoje. Não consigo mais me ver trabalhando fechado, dentro de quatro paredes, porque você não vinha possibilidade de outro tipo de trabalho. Agora a gente tem, e o que possibilita esse outro tipo de trabalho? Todas essas ações integradas, as discussões de caso, as visitas, a integração com os outros serviços, para mim é fonte de aprendizado (profissional 03).

Nesse sentido, tanto os profissionais quanto os professores relatam um olhar para o território, em ações que extrapolem o cuidado prestado na unidade de saúde, voltadas a estabelecer conexões entre os serviços existentes, buscando espaços de integração, de construção de vínculos e socialização dos usuários, a territorialização desses sujeitos.

Nós temos parcerias muito produtivas com o Centro de Convivência da Terceira Idade<sup>12</sup>, com o CRAS<sup>13</sup> – Centro de Referência de Assistência Social, com o SOE<sup>14</sup>- Serviço de Orientação ao Exercício, tudo aqui no território. A gente via que uma atividade física, uma atividade cultural, uma atividade artística, uma atividade em grupo seja no centro de convivência, no SOE, davam muito retorno, os pacientes, se vinculavam a esses serviços e criavam novos vínculos no bairro, com outras pessoas (profissional 03).

Corroborando com Rodrigues; Moreira (2012) que afirmam que a aproximação da saúde mental com a atenção básica, ocorre com vista à possibilidade de desinstitucionalizar práticas sustentadas no modelo biomédico tradicional, dando

<sup>12</sup> Os Centros de Convivência para a Terceira Idade (CCTI's) são espaços públicos que oferecem as pessoas idosas moradoras de Vitória oficinas, ações ou atividades diversas, que tem por objetivo possibilitar momentos de convivência e socialização, favorecendo a melhoria da qualidade de vida, a valorização da autoestima, a afirmação de direitos, o fortalecimento de vínculos afetivos, familiares e comunitários, evitando assim o isolamento social (Vitória, 2019) Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/centros-de-convivencia-para-a-terceira-idade>

<sup>13</sup> O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dada sua capilaridade nos territórios e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. (Espírito Santo, 2019). Disponível em: <https://setades.es.gov.br/centros-de-referencia-da-assistencia-social-cras>

<sup>14</sup> O Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) é um programa da Secretaria Municipal de Saúde (Semus), implantado em 1990, considerado modelo pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e reconhecido pelo Ministério da Saúde como iniciativa pioneira e fonte de inspiração para a criação do Programa Academia da Saúde em 2011 (Vitória, 2019). Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/no-soe-populacao-tem-orientacao-gratuita-para-exercicios-fisicos>

visibilidade às pessoas em sofrimento mental em seu contexto comunitário, desmitificando conceitos, sensibilizando pessoas e profissionais e provocando mudanças.

O território passou a ser utilizado como extensão dos cuidados promovidos pela equipe de saúde, buscando a integração e vinculação dos usuários atendidos com a localidade em que reside, através de incorporação de recursos territoriais à atenção a essas pessoas, considerando suas necessidades. Assim, os usuários passam a utilizar os recursos disponíveis e que antes não acessavam.

Eu vou de segunda a quinta no centro de convivência. Isso me ajudou a me socializar que eu tava antissocializada mesmo, eu estava assim muito inibida diante de tudo, eu fiquei naquela distância do mundo, da rotina, da vida, do trabalho, da convivência (usuário 03).

A proximidade da atenção básica com o usuário favorece intervenções contínuas e no contexto do território, considerando tanto as características multidisciplinares da equipe, como os diferentes recursos disponíveis, que podem ser usados e apontados conforme as necessidades do sujeito, em vistas a uma atenção integral (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Os profissionais destacam que o acompanhamento realizado pelos alunos de Medicina facilita o acesso aos dispositivos do território, potencializando o trabalho desenvolvido pela equipe do serviço.

O estudante, que faz esse papel de acompanhante terapêutico, facilita muito a circulação e o acesso dos pacientes no próprio território (profissional 03).

Isso altera também o status desses recursos. Segundo Sposati (2013) há uma significativa diferença entre equipamento e serviço. O primeiro ela define como a estrutura, o lugar; enquanto um serviço se estabelece na medida em que se torna ação, relação, estabelecida entre seus agentes institucionais e os cidadãos aos qual esse serviço se destina.

Neste sentido, os recursos disponíveis deixaram de serem equipamentos para os usuários em sofrimento mental grave e passaram a se constituir um serviço, espaços com os quais mantém relação e onde produzem novas relações.

A própria unidade de saúde se enquadra nesse critério. Com o olhar centrado no território, a atenção básica, torna-se um recurso identificado pelos entrevistados

como importante nesse processo, como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial.

A atenção básica precisa também estar habilitada a cuidar de seus usuários, que também tenham transtornos mentais crônicos e graves, porque se a pessoa faz parte daquele território ela vai frequentar o CAPS, ele vai precisar eventualmente da internação, mas ele precisa ter o serviço de referência no seu território. Ela é porta de entrada, precisa desempenhar esse papel como um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (professora 02).

Os profissionais também passaram a entender a necessidade de capilarização do cuidado às pessoas em grave sofrimento mental.

O atendimento em saúde mental não pode ficar em um lugar só, tem que ter vários pontos (profissional 02).

Usuários e familiares, também reconhecem a unidade de saúde como uma potencialidade do território que facilita seu acesso pela proximidade com sua casa.

Eu continuo o tratamento na unidade de saúde porque também é mais perto de casa e é uma situação realmente mais fácil de chegar, a ir e vir, é tudo mais perto de casa, mais fácil, é tudo no bairro, tudo certinho (usuário 02).

Apesar de não gostar de médico, aqui ele vem, ele gosta da equipe e aqui na Unidade é mais fácil dele vim, porque é perto, não tem que pegar ônibus, nem nada né (familiar 04).

Mesmo os profissionais que não participam diretamente do cuidado em saúde mental, reconhecem que as ações desenvolvidas na atenção básica tornam-se importante para os usuários a fim de garantir acesso à assistência em saúde destas pessoas.

É muito válido para ter uma boa inserção desses pacientes na realidade de saúde porque, muitas vezes, são pacientes que ficam soltos, sem assistência (profissional não participante 01).

Assim, a atenção básica torna-se espaço privilegiado para ações em saúde mental, devido sua proximidade com a localidade, o que permite uma atuação em interface com a comunidade e a família (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

O cuidado desenvolvido, pautado no território supera a lógica e o paradigma biomédico de atenção à saúde, que ressalta os sintomas, a doença e saber/poder médico provocando mudanças que inclinam para a integração e socialização dessas pessoas com a localidade, como afirmam profissionais e alunos.

Os usuários se apropriam mais do território e o território se apropria deles, no sentido de reconhecê-los como moradores né (profissional 03).

A gente observa nitidamente como as relações interpessoais, como a comunidade e a sociedade, influencia no sucesso terapêutico. Uma paciente que era extremamente antissocial, como era o nosso caso, tornou-

se muito querida pela comunidade simplesmente pelo fato de conviver com ela, de fortalecer a capacidade dela de se relacionar com os outros, isso foi fenomenal (aluno 02).

Dalla Vecchia; Martins (2009) também destacam a necessidade de que a atenção básica desenvolva ações não convencionais de atendimento, que ultrapassem os limites dos muros dos serviços de saúde e priorize a articulação com a rede social de apoio do usuário, considerando o território, o que implica o envolvimento da família e da comunidade. Assim, as práticas pautadas na relação com o território alteram os modelos de cuidado em saúde mental (RODRIGUES; MOREIRA, 2012) e promove integração tanto dos serviços existentes como também dos usuários ao território a qual pertencem, residem e vivem.

Este estudo indica que a equipe conseguiu compreender a importância do território e implementar ações de atenção à saúde pautado na íntima relação existente entre o território, os sujeitos atendidos e o serviço de saúde, ampliando as possibilidades de cuidado. Corroborando com Iglesias (2015) que aponta a capacidade de ampliação da oferta de cuidado em saúde mental, ao passo que atenção básica se responsabiliza por ele, com todo o conhecimento que tem dos equipamentos existentes naquele território úteis a este cuidado.

#### 4.3.1.3 Intersetorialidade: criando rede de cuidado

Outro aspecto que foi alterado a partir das ações desenvolvidas, ampliando a abrangência de intervenção do serviço de saúde foi a incorporação de um cuidado que considere a intersetorialidade.

Fato corroborado pela ação pautada no território, que implica necessariamente em ações intersetoriais, pois utilizar os serviços disponíveis significa acionar uma rede composta por recursos de diversas políticas públicas que extrapolam a política e serviços de saúde. O que implica também em reconhecer a complexidade dos sujeitos atendidos e suas múltiplas necessidades que não podem ser atendidas somente pelas ações sanitárias.

Corroborando ainda para esse processo de intersetorialidade, o contexto de vulnerabilidade social das pessoas atendidas. Pois, esse cenário pressupõe uma abertura para ações intersetoriais, que convoque outras áreas relacionadas à saúde do sujeito (GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014).

A intersectorialidade, é apontada por Cavalcanti et al (2013) como uma estratégia de combate as injustiças sociais, a medida que possibilita superar a fragmentação e a fragilidade das políticas sociais, permitindo uma visão integral da pessoa e de suas necessidades sociais. Nesse sentido, a intersectorialidade, no debate atual, torna-se meio de interlocução entre as políticas sociais, na perspectiva de superar a setorialização das demandas sociais.

Os serviços relatados com os quais a unidade de saúde mantém interlocução, além de dispositivos da própria rede municipal de saúde como o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), são serviços da rede de assistência social municipal como o Centro de Convivência da Terceira Idade, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)<sup>15</sup> e ainda dispositivos da secretaria municipal de educação como o núcleo de educação de jovens e adultos.

Temos Serviço de Orientação ao Exercício, Centro de Convivência da 3 Idade, a educação de jovens e adultos, o CRAS, eventualmente o CREAS, quando precisa, nos casos mais extremos, mas esta ali e a gente pode contar (professora 02).

Nesta perspectiva, o primeiro aspecto a ser discutido diz respeito à disponibilidade de recursos e serviços públicos nos territórios que permitam a interlocução entre os diferentes setores das políticas públicas: saúde, assistência social, educação, etc., sem uma rede disponível a intersectorialidade fica impossibilitada.

No tocante a esse aspecto, os entrevistados ressaltaram que o município de Vitória/ES dispõe dessa condição permitindo a interlocução entre os serviços existentes.

A rede de serviços favorece esse trabalho, que é uma realidade no município, a rede de serviços presentes na região: unidade de saúde, SOE, centro de convivência, CRAS, essa rede de serviços integrada potencializa o serviço, sem isso não funcionaria (profissional 03).

Com intervenções na perspectiva intersectorial, o cuidado vai sendo ampliado e as diferentes necessidades apresentadas pelos usuários podem, em alguma medida, serem atendidas. Nesse processo de cuidado as mais diferentes necessidades

---

<sup>15</sup> O Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) oferta os serviços de proteção social especial, de média complexidade, voltados para famílias e indivíduos com violações de direitos, decorrentes de violência, maus-tratos, negligência, abandono, trabalho infantil, entre outros. Os serviços oferecidos visam a fortalecer os vínculos familiares e comunitários (Vitória, 2019). Disponível em: <http://guiadeservicos.vitoria.es.gov.br/areas/1-assistencia-social/servicos/255-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social-creas/>

comparecem. Situações de extrema pobreza, o que compromete a subsistência e exige acesso a benefícios assistenciais.

De vez em quando eu vou lá no CRAS buscar alguma coisa que necessito, que eu tenho direito para amenizar minha pobreza, que é a cesta básica. Bolsa família que uma coisa que realmente me ajuda, isso ameniza um pouco a situação difícil que eu passo (usuário 02).

Como também necessidades de acesso a escolarização dos usuários, que nunca haviam sido alfabetizados ou daqueles que desejam retomar os estudos.

Ela foi alfabetizada lá na educação de jovens e adultos. Era o sonho dela aprender a ler (familiar 02).

Depois de muitos anos ele quer voltar a estudar e eu tô lisonjeada, eu tô boba, eu fiquei super feliz. As estudantes vão com ele no EJA para tá fazendo uma prova e ver em que série vai colocar ele (familiar 06).

Ou mesmo demandas que envolvem a questões relacionadas a socialização e interação social das pessoas em grave sofrimento mental. Destacam inclusive a importância desses espaços não serem vinculados a rede de saúde e saúde mental, em que restringem a convivência às pessoas com demandas deste tipo de acompanhamento, mas em instituições de caráter social em que há diversidade de público.

No centro de convivência ele faz ginástica, alongamento, oficina de memória e faz os encontros de uma vez por mês do grupo amadurecer. E o bom que não é separado dos “normais”, vamos colocar assim né, é tudo junto, todas as pessoas e isso ajudou (familiar 03).

E dentro desse contexto os profissionais envolvidos percebem que as ações de cuidado não são desenvolvidas apenas pela unidade de saúde, mas por toda essa rede acionada a fim de ofertar atenção e cuidado considerando o sujeito e suas necessidades.

Esse trabalho é um complexo. É um trabalho complexo, mas é também um complexo de serviços enredados (profissional 03).

E os usuários destacam que foi a partir do cuidado em saúde mental, utilizando essa rede estabelecida, que conseguiram acessar serviços, bens públicos, possibilitando atendimento de necessidades e desenvolvimento de habilidades; ou seja, as ações desenvolvidas conseguem promover cidadania de pessoas, retirando-as da invisibilidade.

Foi depois do tratamento da cabeça, que foram saber da minha situação, das minhas necessidades particulares que eu necessito e aí foram me agregando para me ajudar (usuário 02).

Porque eu não saía, ficava deitada. Esse Centro de Convivência me ajudou muito nesse tratamento. Aí eu faço oficina de pintura eu que eu acho

que eu tava precisando e aula de pintura. Faço pintura em tela com tinta óleo (usuário 01).

Essa acessibilidade a bens e serviços e retomada de atividades relacionadas ao projeto de vida dos usuários também é destacada na percepção dos professores que atuam na unidade de saúde.

Muitos pacientes conseguem voltar a estudar, alguns conseguem voltar a trabalhar, alguns conseguem um benefício social através dessas ações (professor 01).

Desta forma, através de um trabalho integrado, em que participa os dispositivos disponíveis no território é possível ampliar o significado da palavra cuidado, considerando a complexidade que envolve os sujeitos e as demandas que apresentam. Foi uma estratégia estabelecida pela equipe para responder ao confronto com as diversas expressões da questão social apresentadas pelos usuários, conforme relatado.

Conforme Scheffer; Silva (2014, p.380) “a saúde mental deve ser articulada sempre com a intersetorialidade, pois supera a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social”.

As autoras refletem ainda que a intersetorialidade na saúde mental supera a noção do usuário como doente, concebendo-o como indivíduo reconhecido socialmente, fazendo-se necessário fortalecer redes, interligando políticas sociais para atender a integralidade dos usuários.

O que muda o papel do profissional de saúde, tradicionalmente vinculado à imposição de certa lógica e condutas, para transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde (GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014)

A intersetorialidade também reafirma que a responsabilidade pelo cuidado é atribuição de vários agentes, instituições, sistema de saúde e sociedade (MATTOS; CHAVES, 2015)

#### **4.3.2 Desdobramentos sobre os alunos de Medicina**

Conforme relatado, existe no serviço de saúde a inserção de alunos de Medicina para o desenvolvimento de aulas práticas em saúde mental, tornando-os participantes das ações de cuidado às pessoas em grave sofrimento mental. Os

entrevistados apontam que essa participação reverbera positivamente em sua formação profissional e pessoal.

Os professores destacam que essa inserção torna favorável a discussão de aspectos relevantes para formação profissional dos alunos: território, vínculo, integralidade, longitudinalidade, singularidade do sujeito, permitindo desconstruir estigmas e preconceitos e fomentar a perspectiva da intervenção multidisciplinar.

Essa ação possibilita que o aluno consiga construir um vínculo com o paciente, que reduza seus estigmas e preconceitos e que faça esse acompanhamento longitudinal do caso, vendo o paciente na sua residência, avaliando sua interação com a família e com território (professor 01).

Você consegue ensinar os modos de assistência e o modo de olhar pro sujeito que vai além de um diagnóstico, que vai além de um pedaço do corpo dele. Isso é um dos papéis que eu consigo desempenhar melhor ainda pela ação conjunta com a equipe multiprofissional porque vem os olhares e aí é possível também desempenhar um papel de fomento da interdisciplinaridade nos alunos (professora 02).

Tal processo ganha relevância, se considerarmos que a maioria dos cursos de Medicina existentes, são orientados, predominantemente pela atenção hospitalar, em uma lógica mecanicista, biologicista e individualizante de atenção à saúde, pautado no ensino de especialidades, contrariando as demandas apresentadas pelo SUS, em especial pela atenção básica, que aponta para a necessidade de formação de médicos com aproximação em práticas orientadas pelo território (VIEIRA et al, 2018), com atenção a pessoa e ao contexto em que está inserida.

Demonstrando que ainda não foi superado o mecanismo decorrente da medicalização do hospital, ocorrida fim do século XVIII, que resultou na apropriação do hospital pela Medicina, mas também restringiu seu saber e sua prática ao ambiente hospitalar (AMARANTE, 2007).

Relatam ainda que, a partir da intervenção multiprofissional, não pautada exclusivamente no saber médico, os professores destacam a desconstrução de aspectos relacionados à hierarquização do saber médico sobre os demais profissionais de saúde.

Percebo eles com essa visão mais ampliada, a respeitar mais a opinião da equipe como um todo, sem essa hierarquização do saber médico, então eles conseguem respeitar e compreender melhor os outros saberes e agregar isso na prática deles (professor 01).

Os alunos também confirmam essa perspectiva da formação profissional de desconstrução de hierarquia entre os saberes, pautando uma perspectiva de atendimento integral, que tem por exigência a intervenção de diferentes áreas.

A gente percebe a partir do cuidado em saúde mental que essa coisa da superioridade de um profissional sobre o outro não funciona. Na unidade a gente via o quanto era um serviço que contava com o apoio de várias áreas da saúde para conseguir chegar ao resultado desejado. A gente tinha o apoio do médico psiquiatra, que eram os professores da disciplina, o apoio do psicólogo, do assistente social e, além disso, o apoio dos médicos clínicos da unidade, justamente por entender que o atendimento é integral (aluno 01).

Essa é uma premissa para a atenção básica, que necessita de profissionais aptos para atuar no trabalho em equipe multiprofissional na busca da integralidade do cuidado, em que o respeito e a valorização de cada campo do saber tornam-se fundamentais. Entretanto, é um aspecto frágil da formação médica. Os conteúdos relacionados com o trabalho em equipe estão entre aqueles menos oferecidos pelos cursos existentes, refletindo também a dificuldade dos docentes em superar a ideia da hegemonia médica (VIEIRA et al, 2018).

Os alunos destacaram também que experiências e vivências na lógica da Atenção Psicossocial, em que prevalece o sujeito e não a doença, em serviços de base territorial, fora do ambiente hospitalar, colabora com sua formação profissional e enriquece o aprendizado.

É algo muito importante, porque a gente entende muito mais que simplesmente na sala de aula, ou em um plantão psiquiátrico que é uma abordagem mais centrada na doença do que propriamente dito no paciente, na vida do paciente (aluno 02).

Tal dado além de ser relevante para uma formação orientada pela perspectiva da atenção psicossocial do cuidado em saúde mental torna-se importante ao passo que permite capacitar os futuros profissionais para esse cuidado. Vieira et al (2018), identificaram baixa competência na formação médica para o acompanhamento de usuários com demandas em saúde mental. O que se contrapõe ao papel relevante da atenção básica nesse cuidado, bem como a expressiva demanda por esta atenção entre a população.

Dimenstein (2009) ressalta que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos graves e persistentes e, aproximadamente, 10% a 12% da população precisam de algum tipo de cuidados em nessa área, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos

de orientação e outras formas de abordagem, revelando a dimensão dessa demanda.

Tal processo também colabora para o desenvolvimento de importantes habilidades terapêuticas como empatia e a escuta.

Acho que a grande mudança foi o desenvolvimento de empatia, foi muito significativo para minha formação acadêmica (aluno 01).

Com a experiência do acompanhamento domiciliar, eles se transformam, eles passam a entender a realidade do outro a partir da escuta e não simplesmente a partir dos preconceitos e pré-julgamentos (professora 02)

Essa é uma necessidade destacada por Almeida Filho et al (2015) que assentam a necessidade de mudança de paradigma para formação médica, de forma a promover maior proximidade com as pessoas, com reflexo na relação profissional-usuário mais qualitativa, solidária e humana, em que seja possível um olhar ampliado para pessoas ou grupos, com o desenvolvimento de uma escuta sensível e uma perspectiva socialmente referenciada.

Mesmo usuários destacaram a importância dessa articulação entre ensino e serviço; consideram importante essa relação e sentem-se contribuindo na produção do conhecimento que resulta dessa interação.

É bom saber que existe essa ligação com a faculdade. Eu acho que esta sendo útil, saber que têm acadêmicos, que alguém esta estudando, não é só estou me tratando, eu vejo uma continuidade, alguém tendo proveito disso também, os alunos, o conhecimento (usuário 05).

Outro aspecto relevante refere-se ao contato com as adversidades presentes nas condições de vida dos usuários e suas famílias, através das visitas domiciliares e do acompanhamento sistemático dessas pessoas. Os professores destacam que essa convivência com modos de vida em condições socioeconômicas precárias, afeta os alunos, pois causa uma situação de confronto com realidade social muito antagônica daquela em que vivem.

Eles se dão conta do que é a realidade da maioria das pessoas do nosso país, porque a bolha, o universo deles é uma outra realidade. Se deparar com essa diversidade das possibilidades de existir e, em alguns casos, de sobreviver nesse mundo é um aprendizado (professora 02).

Pesquisas mostram que estudantes de Medicina são provenientes da classe média alta e da intelectualidade e representam, predominantemente, o segmento populacional de maior nível socioeconômico das universidades públicas (FIOROTTI;

ROSSONI; MIRANDA, 2007). Enquanto entre usuários do SUS, uma análise revelou predomínio de baixa escolaridade e de não empregados (GOUVEIA et al, 2009).

E os alunos também destacam esse fato, relatando que o encontro com essa realidade adversa desperta a atenção para a desigualdade social do país.

Muitos problemas nossos são problemas importantes, mas vivenciando essa outra realidade a gente aprende muito mais, porque algumas coisas que para gente é inerente a nossa realidade, o que a gente sempre teve, muitas vezes falta para tantos e por achar isso essencial a gente nem sabe como essas pessoas conseguem viver naquela condição, ajuda a gente entender a questão social, principalmente no nosso país (aluno 02).

Dessa forma, professores avaliam que essa vivência produz efeitos não somente sobre o aspecto profissional, mas também para o aprendizado pessoal, enquanto indivíduo e cidadão.

A transformação não é só no campo acadêmico, é pessoal, é ética, é moral também em alguma medida. Os conceitos que eles têm sobre a vida, a realidade, são muitos restritos a experiência deles e quando eles se deparam com as experiências dos usuários eu percebo um aprendizado que é pra vida (professora 02).

“O que diverge do modelo de formação médica predominante habilitada a treinar técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde e com os valores da vida em sociedade” (ALMEIDA FILHO et al, 2015).

A pesquisa encontrou elementos que qualificam a formação dos estudantes que participam das ações de atendimento a pessoa em grave sofrimento mental, ressaltando aspectos ainda deficitários na formação em Medicina. Os elementos identificados pelos entrevistados ressaltam a importância desse processo tanto para o aprendizado do cuidado em saúde mental como também para atender às exigências de formação profissional considerando a proposta de atenção à saúde estabelecida pelo SUS, que privilegia a atenção básica na estruturação da política de saúde, revelando as potencialidades em aproximar estudantes da área, em especial de Medicina, com as práticas de cuidado neste âmbito de atenção à saúde durante a formação profissional.

### 4.3.3 Desdobramentos sobre os usuários

Para os usuários atendidos os efeitos das ações desenvolvidas reverberam sobre sua qualidade de vida, mensurada tanto pelo acesso ao tratamento pautado na integralidade, que possibilita ampliar o cuidado desses usuários, permitindo usufruir mais qualitativamente da rede de saúde, como pela evolução apresentada a partir do cuidado recebido.

#### 4.3.3.1 Integralidade do cuidado

Um dos aspectos referentes à melhoria da qualidade de vida dos usuários refere-se ao favorecimento de acesso a um cuidado mais integral no sentido de romper com a dicotomia corpo e mente.

Na unidade de saúde eu cuido da cabeça, do corpo, cabeça, corpo , tudo. Tomo remédio para pressão, tomo para cabeça, para colesterol e para baixar o negócio de açúcar no sangue (usuário 02).

O que se contrapõe a uma realidade identificada por Nunes, Jucá; Valentim (2007) de que a fragilidade e possibilidade de adoecimento físico desses usuários são negligenciadas, reproduzindo a dicotomia entre corpo e mente na atenção dispensada a estas pessoas em sofrimento pelos serviços de saúde.

Os usuários ressaltaram que foi a partir de sua inserção na atenção básica que foi possível a ampliação desse cuidado, focando também os aspectos clínicos, o que revela a potencialidade da implicação deste âmbito de atenção à saúde nesse cuidado.

Foi depois do tratamento da cabeça que comecei esse acompanhamento, porque eu já vinha fazendo muitos tempos atrás só cabeça. Foi depois daqui (da unidade de saúde) que consegui vir no clínico geral, tratar isso, o que foi novidade para mim, porque isso eu não sabia que tinha esses problemas (usuário 02).

Esse cuidado integral torna-se ainda mais importante nesse contexto, porque os usuários com sofrimento mental são mais vulneráveis ao desenvolvimento de agravos de saúde, pois comorbidades podem decorrer do próprio tratamento medicamentoso, conforme relatam profissionais e usuários.

Esses pacientes geralmente não tem apenas transtorno mental, podem ser hipertensos, diabéticos, até por conta de certas medicações de saúde mental que fazem alterações orgânicas , além da questão de alimentação irregular, falta de atividade física, sedentarismo. Eles fazem alterações

como: alteração de glicose, de pressão, colesterol. Então fazemos também o acompanhamento de exame laboratorial de uma função hepática, uma função renal porque pode alterar também, dependendo da medicação (profissional 02).

Porque eu ganhei peso depois do tratamento. Minha irmã fala que é por causa dos remédios; e agora eu tenho pressão alta e diabetes, mas trato tudo aqui na unidade mesmo (usuário 01).

A OMS no documento “Integração da Saúde Mental nos Cuidados Primários: Uma Perspectiva Global” (2009) também ressalta que são comuns problemas físicos em pessoas com transtorno mental, que surgem até mesmo como consequência dos tratamentos medicamentosos aos quais são submetidos. O documento afirma, por exemplo, que usuários com esquizofrenia têm maior risco para desenvolvimento de síndromes metabólicas e de diabetes.

Essa condução integral entre corpo e mente também é abordada e ratificada durante as visitas domiciliares, conforme depoimento de alunos, professores e usuários entrevistados.

A gente também se preocupava bastante com a parte clínica, a questão de entender que o indivíduo não é só uma mente, não é só um corpo, é o conjunto dessas dimensões (aluno 01).

Os alunos conseguem estimular esse autocuidado até nesse campo físico, da prevenção de doenças, da identificação precoce de algumas patologias crônicas que podem ser tratadas (professora 02).

O atendimento com a ginecologia eu fiz por causa das estudantes, tinha muitos anos já que eu não fazia preventivo, aí eu falei assim, nossa como eu relaxei. Aí eu peguei e vim (usuário 01).

Desta forma, os professores destacaram que o olhar que não dicotomiza o sujeito entre corpo e mente altera também a consciência corporal dos usuários atendidos e sua percepção sobre os cuidados de si.

E como que também esses pacientes passam a ter noção de um corpo né, que adoce também (professora 02).

Fato também identificado na percepção dos usuários, que passam observar práticas saudáveis como forma de autocuidado e a necessidade do acompanhamento de saúde.

Então a gente não pode comer açúcar, a gente tem que mudar o nosso jeito porque a gente tá errado, o médico quando fez o exames constatou que a gente não pode fazer esses usos que a gente fazia. Deu indicação para gente reduzir o açúcar, reduzir refrigerante, não comer pão, não comer doce demais, esse tipo de coisas, então tudo isso para nos deixar bem, com o corpo equilibrado (usuário 03).

A partir dessa consciência corporal, os usuários passam a acessar os atendimentos ofertados no nível da atenção básica de acordo com suas necessidades.

Eu tava precisando de dentista e aí eu estou fazendo tratamento dentário porque eu tava precisando muito e eu tenho medo de agulha, mas estou fazendo (usuário 01).

Eu costumo marcar um clínico geral para ele de 06 em 06 meses ou quando se fizer necessários porque eu gosto de fazer os exames periódicos dele, exame de fezes, sangue, urina, essas coisas assim de praxe, só prevenção porque ele não tem nenhum outro problema de saúde, só a esquizofrenia mesmo (familiar 05).

Como também, a atenção básica, constituindo-se como porta de entrada para todo sistema, permite acesso destes usuários a rede de saúde, possibilitando a identificação e tratamento de agravos considerados mais graves como câncer e lúpus, por exemplo.

A ginecologista me atendeu, passou ultrassonografia e o preventivo. Quando chegou o resultado ela olhou e falou é coisa séria, falou para mim que o problema era sério, vai ter que fazer uma biópsia. Eu fui para o centro de saúde de Andorinhas fazer a biópsia. Já passei pelo anestesista, cardiologista, já fiz o eletrocardiograma, já fiz exame de sangue, e aí com esses exames todos eu vou levar em abril para marcar a cirurgia (usuário 01)

No centro de especialidades eu faço consulta com reumatologista há um bom tempo. Faço tratamento de lúpus. Através da unidade de saúde que eu fui encaminhada para lá (usuário 03).

Essa noção da integralidade ainda não é percebida pelos profissionais que não participam das ações em saúde mental, atuam ainda em uma lógica compartimentada do sujeito. Não atendem à pessoa, mas a doença que apresenta.

Olha eu não tenho muita prática de atendimento de transtorno mental na minha rotina, a não ser aquele que também é diabético e precisa de insumos, que a gente já sabe e geralmente vem com alguém ou ele já tem uma condição de falar o que ele quer, então a gente dispensa esse produto e a gente fica assim, geralmente, nessa parte clínica (profissional não participante 03).

Ainda que exista essa dualidade no serviço, os atores envolvidos nas ações de saúde mental percebem a exigência dessa integralidade e compreendem que através dessa abordagem conseguem realizar prevenção de agravos e promoção de saúde, na perspectiva que cuidado com a qualidade de vida do usuário.

Então o acompanhamento da saúde mental mais saúde física ajudam a prevenir consequências mais deletérias no futuro desse paciente, então, a gente percebe uma melhora na qualidade de vida como um todo para esse paciente (professor 01).

Os conteúdos trazidos pela pesquisa ratificam a importância da participação da atenção básica na rede de saúde mental e no cuidado das pessoas em grave sofrimento mental, em vista a garantir o direito de atenção integral desses sujeitos, rompendo com a tradição de que as demandas em saúde mental se mantenham

centralizados nos serviços especializados, visto os prejuízos decorrentes dessa realidade. Moreira; Onocko-Campos (2017) revelam que usuários restritos aos serviços especializados, além do empobrecimento da vida social, perdem vínculo e referência com a rede de saúde, fragmentando o cuidado dessas pessoas.

Severo; Dimenstein (2011) também ressaltam que a histórica fragmentação dos serviços de saúde mental da rede de saúde em geral, além de consolidar o modelo hospitalocêntrico, excluiu a pessoa em grave sofrimento mental do meio social e da rede de saúde geral.

#### 4.3.3.2 Evoluções apresentadas pelos usuários

Com abordagem que ultrapassa o modelo ambulatorial de acompanhamento e amplia o rol das ações desenvolvidas, pautando também o território e considerando as demandas de existência do sujeito, os participantes da pesquisa destacaram como uma das potencialidades desse trabalho, a evolução apresentada pelos usuários, que variam desde a remissão dos sintomas alucinatórios à conquista de autonomia dos usuários, fatores que também alteram sua qualidade de vida.

Com relação à remissão de sintomas psicóticos apresentados (ideação persecutória, alucinações auditivas e agressividade, por exemplo), os próprios usuários destacam como positivo a regressão desse quadro, na medida em que alivia o grau de sofrimento causado por essa vivência.

Eu tava ruim, tava atormentado, estava em uma situação difícil, muito medo de ser matado, esses atormentos, é um atormento que me persegue várias vezes, E isso tá amenizando porque eu estou tomando os remédios, tô seguindo as orientações certas, ta amenizando, ameniza essa situação, ajudou a melhorar um pouco a vida (usuário 02).

Vivência que também impacta a família, que tem dificuldades em lidar com sintomas apresentados pelos usuários, como alucinação, delírios, embotamento afetivo, apatia, o que contribui para alteração da rotina diária e o surgimento de tensões no núcleo familiar (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; BORBA et al, 2011). Assim cuidar da remissão dos sintomas também impacta qualitativamente a vida dos usuários.

Conforme aponta o depoimento, o uso das medicações tem papel importante na remissão dos sintomas. Em um cenário que apenas 5,7% das unidades básicas de saúde, entre 38.812 (trinta e oito mil e oitocentos e doze) pesquisadas em todo o

pais, disponibilizam medicação psicotrópica<sup>16</sup> (MENDES et al, 2014), os profissionais destacam que a qualidade da assistência farmacêutica no município de Vitória/ES é um fator que colabora nesse processo, tanto pela abrangência dos medicamentos disponíveis, que incluem psicotrópicos, quanto pela regularidade desse fornecimento, o que assegura acesso ao tratamento medicamentos da população atendida.

Uma coisa que eu acho que facilita é o nosso rol de medicamentos, que tem um elenco bom, um elenco variado, abrangente, com o estoque regular. Isso proporciona um tratamento continuado, sem interrupções, as faltas são bem raras e isso também ajuda para que o paciente tenha um tratamento contínuo (profissional 01).

Entretanto, considerando que o cuidado adotado supera o modelo clínico, amparado pela noção da doença, com tratamento orientado pela cura e remissão dos sintomas (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017), as evoluções não se restringem a esse aspecto. Outra melhora apontada pelos participantes foi evolução com as práticas de autocuidado. As ações que antes eram menosprezadas e não executadas, passam a ganhar relevância e serem assumidas pelos próprios usuários, segundo os relatos de familiares e profissionais.

Ela melhorou muito depois desse tratamento aqui, ela toma banho sozinha, ela troca de roupa. Agora ela faz as coisas sozinha (familiar 02).

Ele toma banho, cuida melhor da higiene, diferente do passado quando ele andava enrolado no cobertor como se fosse andarilho, então é uma evolução muito grande, chegar onde ele chegou (familiar 05).

Você vê que eles evoluem para uma melhora em relação ao autocuidado, de se valorizar, tomar banho, pentear cabelo, de fazer coisas que eles não tavam nem querendo fazer (profissional 01).

Os familiares ressaltam que a atenção com o autocuidado também reverberam no uso e controle das medicações, possibilitando os usuários assumirem tal atribuição mais efetivamente.

Ela agora está cuidando da medicação, de vez em quando, quando vejo que ela está um pouco agitada e vou verificar se ela está usando certinho ou não, mas agora ela tá conseguindo tomar conta do remédio, antes era eu que tomava conta (familiar 01).

Tinha dificuldade que ele mesmo impunha até mesmo para tomar um medicamento, hoje pelo contrário ele mesmo procura a receita para vim tomar a injeção sozinho na unidade, Então isso para mim foi um avanço sem tamanho, um avanço extraordinário (familiar 05).

---

<sup>16</sup> Os psicotrópicos de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são substâncias que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição. Atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental, sendo incluídos os medicamentos com ações antidepressiva, alucinógena e/ou tranquilizante (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017)

Outro aspecto que merece destaque na avaliação de melhora dos usuários refere-se ao fato de que à medida que evoluem em seu desenvolvimento psicossocial assumem novos papéis em seu ambiente familiar e social. Conseguem desempenhar novas funções e atribuições na sua rotina de vida, desde o colaborar no cuidado de entes familiares, nos afazeres domésticos até retornar ao mercado de trabalho, conforme aponta os próprios usuários e familiares.

Me tratando eu fiquei em casa. Eu não tô trabalhando fora e passei a ser alguém que está ajudando a minha mãe acamada. Se eu tivesse tão ruim assim da cabeça eu não poderia ficar com ela (usuário 05).

Porque agora ele ajuda em casa, na limpeza dos animais, bota o lixo para fora, fica na comércio, ele me ajuda (familiar 04).

Eu já estava parada há um tempo porque me mandaram embora depois da gravidez. Aí eu comecei a estudar novamente e eu passei no processo seletivo de agente de combate a endemias de outro município e foi muito bom, você sentir que apesar de ter esse problema você consegue manter sua vida normal, foi muito bom (usuário 06).

Todo esse processo também tem reflexos na auto estima das pessoas atendidas. Usuários relatam uma maior auto aceitação, permitindo reconhecer sua singularidade; e alunos percebem melhora na autoestima e na auto confiança dos usuários, incentivando dessa forma, a continuidade do processo de autonomia e socialização.

Ajuda no intuito de você aceitar você mesmo como um todo sabe, você aceitar o seu problema, aceitar a sua capacidade de desenvolver alguma coisa, de fazer alguma coisa, de sentir alguma coisa, você se aceitar você próprio (usuário 03).

A gente percebeu mudança na auto estima. À medida que você entende que tem mais pessoas se preocupando com você e não só com sua doença, mas com o seu bem-estar, de você conseguir conviver em sociedade, de voltar a realizar tarefas que você realizava, mas que muitas vezes a doença está incapacitando, isso conseqüentemente vai aumentando a autoestima, devolve a confiança (aluno 01).

Como consequência dessa série de conquistas alcançadas, outra demonstração desse quadro de melhora dos usuários diz respeito a sua maior capacidade de expressão. Segundo a percepção dos entrevistados, os usuários conseguem demonstrar mais facilmente opiniões, sentimentos e afetos.

E você vê assim a melhora nesse sentido, as vezes a melhora no entendimento, no cognitivo, de falar alguma coisa, de se expressar, de dizer assim tá bom, assim não tá. A gente sente essas melhoras (profissional 01).

Ele não tinha isso, essa demonstração de afeto, ele não tinha, igual sorrir, você não via ele rindo, ele era muito sério e agora não, ele brinca, ele conversa (aluna 03).

Hoje eu consigo sorrir, coisa que não conseguia fazer (usuária 01).

Os participantes da pesquisa também evidenciaram melhora significativa relacionada ao nível de socialização, de interação social das pessoas acompanhadas. Os usuários e familiares relataram situações de superação de isolamento social.

Eu não conseguia ir para lugar nenhum, eu deixei de trabalhar e ficava restrita a casa e com medo de tudo. Eu sentia medo de todas as coisas, medo das pessoas, medo de sair de casa, de enfrentar a rua, de enfrentar o trânsito, isso tudo foi sendo superado (usuário 03).

Ele está se soltando mais, ele está mais sociável, andando mais pelo bairro, interagindo mais com as pessoas, pouca coisa, mas está, deu uma diferença (familiar 03).

Os profissionais também observaram a superação do medo e do isolamento, o que favorece a interação social.

Eu acho que que elas passam a se gostar mais, passam a encarar as vidas e as pessoas não como ameaça, não como algo que elas tem que se esconder e fugir, passam a ficar menos reclusas, circulam mais no território (profissional 03).

Somente na relação com o território, surgem novas práticas de cuidado em saúde mental, rompendo as barreiras das paredes dos serviços de saúde e permitindo a loucura circular pelos espaços da cidade (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Nesse processo de melhora apresentado pelos usuários, destaca-se a conquista de autonomia. Os mesmos relatam que antes se sentiam muito dependentes de terceiros para condução de sua vida.

Quando cheguei aqui eu tava bem delibilitada. Eu tava dependente para poder conduzir a minha vida, tava tendo comportamentos que precisava de ajuda; dependia dos filhos, dependia das outras pessoas. Mas agora a gente consegue uma solução para os problemas, de forma independente, para não estar precisando sempre depender de uma outra pessoa. Eu ganhei autonomia (usuário 03).

Teve muita mudança (risos), assim eu dependia de tudo da minha família e assim com a regulação do tratamento eu fui tomando de novo a rédea da minha vida. Hoje graças a Deus voltei a ser independente (usuário 06).

Vale ressaltar que ser autônomo não significa ser autossuficiente, significa sentir-se capaz de gerar normas para própria vida a partir das situações que se apresentem. Ser dependente é uma condição humana. O problema para as pessoas em sofrimento mental grave é que apresentam uma dependência exígua, dependem excessivamente de poucas relações ou coisas, impactando diretamente no seu grau de autonomia. Para garanti-la faz-se necessário ampliação da teia de dependência,

quantos mais conexões estabelecidas, igualmente crescem a capacidade de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida (TIKANORY APUD BRASIL, 2008).

Os resultados apresentam conformidade com a reabilitação psicossocial dos usuários, à medida que, sem suprimir sua singularidade e seu modo de interpretar e estar no mundo, experienciam novas possibilidades de vida, considerando sua emancipação e a garantia de seus direitos, restaurando de acordo com suas possibilidades, a autonomia de suas funções na comunidade (BRASIL, 2017; GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

Apontam ainda para desinstitucionalização dessas pessoas, que segundo Faleiros (2019, p.04) significa:

Expressão da individualidade na sua relação social; respeito aos direitos e à cidadania; integração com a família e a sociedade; convivência social; equipe interdisciplinar; acolhida da pessoa tal como existe; cuidado e não tratamento para uma cura.

Desta forma, a atenção básica torna-se fundamental para a abordagem da saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, vez que possibilita o cuidado com a loucura, sem excluí-la das relações sociais (ROMANHOLI, 2004).

#### 4.4 OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS

Retrataremos nesse item os significados que os atores envolvidos atribuem às práticas desenvolvidas, conforme objetivo dessa pesquisa. O que representa para cada segmento participante dessa investigação o desenvolvimento dessas ações. Abordaremos tais questões de forma segmentada, respeitando a identificação dos grupos delimitados na pesquisa: usuários, familiares, profissionais, professores e alunos.

##### 4.4.1 Pelos usuários

Para os usuários participar das ações de cuidado significa centrar a atenção não em seu diagnóstico ou sintomas, mas em sua existência, considerando suas necessidades. Sentem-se cuidando de sua vida e não de uma doença.

Eu acho que a saúde mental acompanha a própria vida da gente, em um todo, você não está conduzindo só sua psiquê, como a sua vida. Então eu

acho que é uma coisa de muita importância para a gente, porque está mexendo com a vida da gente (usuário 03).

Com certeza é um tratamento bom, principalmente porque vai resolvendo os meus problemas. Com o tratamento eu estou conseguindo resolver as minhas coisas, a minha vida (usuário 02).

Percepção que condiz com Amarante (1995) quando acentua que o tratamento em saúde mental não deve centrar-se nos sintomas, no binômio queixa-conduta, na doença; a centralidade da atenção deve pautar-se no sujeito, na sua existência, suas condições de vida e sua relação com o meio que o cerca.

À medida que se sentem cuidando de sua existência, os usuários destacam a importância do vínculo de confiança e de sua participação ativa no acompanhamento.

O que faz eu manter meu acompanhamento nesta unidade de saúde é principalmente a confiança. Porque é uma doença assustadora, e eu sei como eu fico. É um tratamento onde você caminha junto com a pessoa, você pode ter confiança (usuário 06).

O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)<sup>17</sup> divulgou conteúdo publicado pela Health Foundation, instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido, que ressalta a necessidade de que o cuidado centrado na pessoa mude a relação entre profissionais e usuários, incluindo os pacientes nas decisões, prestando um cuidado não para as pessoas, mas com as pessoas, o que altera os papéis tanto de profissionais como de usuários dos serviços de saúde.

Desta forma, podemos concluir que o significado que prevalece entre os usuários refere-se à centralidade na pessoa, o que corrobora a perspectiva da desinstitucionalização que pauta uma reformulação das práticas que anulam a subjetividade do sujeito, reduzindo-o à doença mental. Além disso, postulam intervenções que enfoquem as possibilidades de existência e expressão deste sujeito, que priorizem a transição da condição de paciente a cidadão com plenos direitos (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015). Nesse sentido, o objetivo de intervenção deixa de ser a doença e passa a ser o sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

---

<sup>17</sup> Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>

Assim, os usuários revelam sua premência de serem enxergados e cuidados, tendo suas necessidades acolhidas e compartilhadas e sua potencialidades reconhecidas, e não de tratarem uma doença, em uma intervenção curativista, de abordagem dos sintomas que manifestam, mas expressam o desejo humano de conexão, de estabelecimentos de vínculos de confiança para superação das dificuldades vivenciadas.

#### 4.4.2 Pelos familiares

Para os familiares de usuários com grave sofrimento mental o significado dessas ações perpassa pelo sentimento de tranquilidade. Diversas razões são apontadas pelos familiares que justificam tal afirmação.

Entre as primeiras razões apontadas encontra-se a garantia de acompanhamento e cuidado que resulta em estabilidade do quadro do transtorno mental grave, evitando exposição a riscos.

Eu acho bom, importante e necessário, isso eu acho importante porque é uma ajuda boa para família. Uma tranquilidade que tem porque sabe que tá cuidado, não tá andando por aí feito um zumbi né para depois ter outros problemas em cima do que já tem (familiar 03).

A segunda motivação refere-se ao fato das ações desenvolvidas não se restringirem à consulta psiquiátrica, garantir acesso à assistência farmacêutica necessária no mesmo local onde é realizado o acompanhamento e esse cuidado ser ofertado próximo à residência.

Antes ele fazia tratamento no CRE Vila Velha, muito cansativo pra gente, quando eu ia pra lá e lá só tinha consulta com o psiquiatra, só consulta; e pegava a receita. O remédio pegava lá na estação Pedro Nolasco, no Cre Metropolitano. Muitas vezes nem pegava o remédio no mesmo dia porque não dava tempo e aí só pegava no outro dia, era muita luta. E depois desse tratamento eu fiquei mais tranquila (familiar 04).

Ou ainda porque através do acompanhamento prestado de forma regular não se utilize o recurso hospitalar de forma recorrente, um fenômeno conhecido na literatura como “porta giratória” ou em inglês *"revolving door"* (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011).

Ele ficava internado né, não tinha um tratamento adequado, quando piorava a gente levava no pronto socorro medicava ele, e aí era aquele tempinho da medicação só. Quando existia as clínicas, ele ficava internado 06 meses, ficou na Santa Isabel em Cachoeiro, mas na verdade o que veio a melhorar e dar tranquilidade para nós família foi depois do serviço prestado pela unidade de saúde (familiar 05).

Comumente, as sistemáticas reinternações decorrem da inexistência ou ineficácia de uma rede de suporte e atenção extra-hospitalar ao usuário, além de fatores relacionados às condições do paciente, aspectos sociofamiliares e adesão ao tratamento, (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011; MACHADO; SANTOS, 2013). Os professores destacam a baixa ocorrência de internações hospitalares, devido o acompanhamento sistemático e longitudinal realizado pelo serviço de saúde e pelos alunos de Medicina por meio do estágio desenvolvido.

Nesse acompanhamento longitudinal ao longo desses anos o que a gente percebe é melhora gradual, conquistas a cada visita. Na verdade ainda não presenciei momento de uma crise psíquica que a gente tivesse necessidade de articular com emergência psiquiátrica, com SAMU (professor 01)

Por fim, o quarto elemento identificado entre os familiares para que o significado das ações de cuidado em saúde mental seja associado ao sentimento de tranquilidade, refere-se ao fato destes perceberem que as reponsabilidades e demandas decorrentes do cuidado familiar prestado a seus entes seja dividida com a equipe de saúde.

Esse tratamento me ajuda muito, acaba me ajudando. O meu maior medo é dele sair daqui da unidade porque vai me sobrecarregar bastante, porque a equipe ajuda mesmo, de verdade (familiar 06).

Eu sinto como se a unidade dividisse comigo essa responsabilidade, eu não ia saber lidar sozinha (familiar 05).

Dalla Vecchia; Martins (2009) ressaltam a necessidade de corresponsabilização do cuidado entre equipe e família sem conceitos culpabilizantes ou estigmatizantes sobre o grupo familiar, concebendo-o como um parceiro no cuidado, enxergando suas potencialidades e evitando julgamentos.

Tal análise torna-se relevante porque se na lógica manicomial a família era afastada da pessoa doente e concebida como causadora ocasional da perturbação mental, na perspectiva da atenção psicossocial ela assume papel de protagonista no cuidado, o que exige oferta de condições para que a saúde da família também seja preservada (BESSA; WAIDMAN, 2013).

#### **4.4.3 Pelos profissionais**

Por sua vez, para os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações em saúde mental na unidade de saúde, o significado em participar desse trabalho é atrelado à promoção de saúde.

Estes profissionais avaliam que através das ações em saúde mental, conseguem promover saúde, à medida que garantem inclusão social das pessoas em grave sofrimento mental. Essa inclusão é viabilizada pelo acesso a bens e serviços e circulação dessas pessoas pelo espaço da cidade e do território.

Então para mim essas ações significa uma oportunidade de incluir, de inclusão social (profissional 02).

Quanto mais acesso e facilidade de circulação a gente promover com essas ações mais saúde a gente promove, mais saúde mental a gente promove (profissional 03).

Ou seja, a concepção de promoção da saúde se deu através da intervenção pautada no território e nas necessidades das pessoas atendidas, articulada com o trabalho em rede. A lógica da atenção psicossocial ressignificou o trabalho realizado, influenciando na concepção dos profissionais sobre as ações desenvolvidas.

Esse significado de promoção da saúde também é revelado através da melhora dos usuários, resultados que traz sentido ao trabalho realizado.

Você vê como eles evoluem e conseguem ficar bem quando tem um apoio. Isso é importante, dá significado ao que a gente faz (profissional 01).

Essa noção de inclusão social através das ações de saúde mental na atenção básica coaduna com a lógica da atenção psicossocial que concebe o usuário como portadores de direitos sociais. As ações desenvolvidas não são concebidas como um favor, mas como um direito de acesso a saúde, conforme prevê o direito constitucional.

Notamos assim, que o conceito apresentado pelos profissionais supera a noção de promoção de saúde, restrita ao âmbito individual, que segundo Quintino et al (2012) é mais frequente entre os trabalhadores do SUS, cuja prática restringe-se à componentes educativos voltados ao redirecionamento do estilo de vida das pessoas, considerando mudanças de hábito e comportamentos a partir da identificação de riscos.

Os autores afirmam ainda que a promoção da saúde no âmbito coletivo pauta-se por ações institucionais, intersetoriais, políticas e culturais que visam o empoderamento tanto do indivíduo quanto de um coletivo, que garanta participação social e política, solidariedade, construção de ambientes saudáveis, enfrentamento de

desigualdades, injustiças e iniquidades sociais, almejando mudanças sociopolíticas, culturais e de valores por uma sociedade mais justa.

Assim, os profissionais concebem a promoção de saúde de acordo com o postulado por Coelho; Trugilho (2016) onde afirmam que promover saúde, supera o desenvolvimento de educação em saúde e converge para a transformação do indivíduo e seu contexto social. Os relatos dos profissionais explicitam que a gestão do cuidado a partir do território, relaciona-se a promover saúde, à medida que promove inserção comunitária, inclusão social, alterando sua qualidade de vida.

#### 4.4.4 Pelos professores

Para os professores de Medicina, com formação em Psiquiatria, que atuam na unidade de saúde, a participação nas ações de cuidados de saúde mental desenvolvidas, significa a oportunidade de exercício profissional pautado no suporte comunitário aos usuários em grave sofrimento mental, conforme preconizado pela reforma psiquiátrica.

É uma experiência que reforçar esse modelo de cuidado em liberdade e que dá sentido a um processo que a gente precisa construir diariamente que é o da reforma psiquiátrica. Eu me sinto aqui exercendo de fato uma reforma psiquiátrica junto com a equipe, eu me vejo sendo uma psiquiatra que trabalha na perspectiva da reforma (professora 02).

Ressaltam ainda que, o fato desse cuidado ser ofertado no âmbito da atenção básica em saúde permite uma intervenção relacionada à prevenção e promoção de saúde, pois o acompanhamento longitudinal ofertado neste nível de atenção, tem caráter preventivo na complicação de agravos mentais, evitando inclusive, internações psiquiátricas.

Na atenção básica a gente consegue trabalhar essa prevenção e promoção de saúde, prevenir uma complicação maior, uma intervenção desnecessária, uma internação (professor 01).

Tais depoimentos nos levam a refletir sobre como a reforma psiquiátrica brasileira não é algo consolidado e estabelecido. Trata-se de um processo social em curso, em constante disputa com outras correntes ideológicas sobre a assistência a pessoa em sofrimento mental.

Em um artigo de Oliveira; Garcia (2011), intitulado a política de saúde mental no estado do Espírito Santo, as autoras afirmam que historicamente, o modelo de atenção em saúde mental centrou-se em grandes hospitais psiquiátricos públicos e

privados. Analisam ainda que a maioria dos municípios do estado, mesmo os de grande e médio porte, utiliza como estratégia para responder as demandas estabelecidas pela política de saúde mental a constituição de uma equipe mínima multiprofissional, composta por um médico e dois profissionais de nível superior, geralmente psicólogo e enfermeiro e/ou assistente social, sem, contudo, garantir a estrutura necessária de uma rede de serviço de referência para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e de outros serviços de urgência.

Diferentemente do cenário estadual, o município de Vitória dispõe de uma rede serviços especializados em atenção à saúde mental, que formam a RAPS municipal: 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III (inclui a modalidade de acolhimento noturno), 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III, 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS I e 01 Serviço de Residência Terapêutica, 02 equipes de consultório na rua e as 29 Unidades Básicas de Saúde.

Entretanto, Oliveira; Garcia (2011) sinalizam que no contexto da saúde mental ainda se constitui um desafio a não garantia de recursos voltados para a saúde mental, em 100% dos municípios, bem como as resistências apresentadas por grupos defensores do modelo manicomial como a indústria farmacêutica, empresários do ramo hospitalar e alguns psiquiatras.

Esses fatores foram agravados pelos retrocessos na política de saúde mental iniciadas no ano de 2017 no governo Temer e que prosseguem no atual governo, através de edição de portarias e sanção de leis que contrariam a lei 10.216/2001 e os princípios que orientam a reforma psiquiátrica brasileira.

Todos esses retrocessos na política de saúde mental comprometem ainda mais o financiamento e a sustentabilidade da rede de serviços estabelecidos pela reforma psiquiátrica, fragilizando ainda mais uma política de saúde mental que ser quer foi formada de forma homogênea e consolidada. Diante desse cenário é possível compreender porque o significado para os professores relaciona-se a percepção de praticar a reforma psiquiátrica a partir do cotidiano de trabalho.

#### 4.4.5 Pelos alunos

Para os alunos de Medicina que desenvolvem disciplina prática de saúde mental no espaço da unidade de saúde, a experiência significa a desconstrução de preconceitos constituídos pelo imaginário social, pelo senso comum, em uma vivência de aprendizado pelo respeito à diferença e às singularidades dos sujeitos.

Desta forma, através desse aprendizado, foi possível desenvolver tolerância à diferença e romper com rótulos relacionados à pessoa em grave sofrimento mental:

Você aprende a conviver com a diferença. É como se fosse assim, aquele preconceito que você tem, você olha de uma maneira diferente, e foi o que aconteceu comigo e passei a olhar a diferença com outros olhos. Ainda mais na saúde mental, que apesar de todo mundo ser diferente, com a saúde mental as pessoas têm certo preconceito, eu comecei a enxergar com outros olhos, eu achei que isso fez uma diferença (aluno 03).

E a desconstrução de preconceitos não se limitou somente àqueles referentes às pessoas com grave sofrimento mental, mas também os que se relacionam ao próprio sistema público de saúde.

Para mim foi uma experiência muito enriquecedora porque foi uma forma de entender que o SUS de fato funciona (aluno 01).

No que tange ao imaginário sobre a pessoa em grave sofrimento mental, Lima (2009) ressalta que a loucura compõe processos contemporâneos mutantes de interação social, o que significa afirmar que abrange crenças, valores e construções de saberes. Nesse sentido, são variadas as representações populares da loucura que aparecem nas produções culturais ao longo da história da sociedade.

O autor afirma que “o imaginário da loucura é produzido por experiências de interação do indivíduo com a coletividade. São produções simbólicas a partir de vivências em práticas socioculturais que formam conceitos e ideias sobre o mundo” (LIMA, 2009, p.31).

Não podemos deixar de marcar que a ideia da pessoa em grave sofrimento mental como perigosa, ameaçadora, perpassada por certa concepção de animalidade foi constituída desde o nascimento da clínica psiquiátrica, que apresentou a loucura como doença mental (AMARANTE, 2007).

Por isso Amarante afirma que a dimensão sociocultural é estratégica para o processo da reforma psiquiátrica, pois modifica o imaginário social da loucura:

A dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais

adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários) (AMARANTE, 2007, p.73).

Nesse processo de construção de produções simbólicas, o próprio Sistema Único de Saúde também é atingido, conforme manifestação do Aluno. Oliveira (2000) analisa que a população não tem clareza sobre o alcance e significado do SUS para a mudança do sistema brasileiro de saúde, especialmente em seu campo político. Atribui isso aos processos comunicacionais midiáticos desenvolvidos, e considera que tais conteúdos interferem na apreensão política do significado do SUS.

O autor ainda afirma que a mídia prioriza imagens relacionadas às mazelas e dificuldades do setor saúde, associando tal condição a suposta ineficiência do Estado, à incompetência das autoridades ou dos profissionais de saúde, contribuindo para a criação de uma ordem simbólica distorcida e pouco reflexiva sobre o que representa o SUS para a política de saúde.

Tal cenário representa igualmente uma ameaça à rede de serviços que garantem o cuidado em liberdade, pois esta rede é essencial e genuinamente pública. Sem o sistema público de saúde consolidado e resolutivo, a proposta da atenção psicossocial torna-se inviável e insustentável.

O fato de que para os alunos participantes da pesquisa, prevalece a desconstrução de preconceitos como significado atribuído às práticas de cuidado e atenção a pessoas em grave sofrimento mental, evidencia o quanto a reforma psiquiátrica precisa ser ampliada e consolidada nos diversos setores da sociedade, inclusive nos espaços formais de ensino, de formação profissional e acadêmica. Ratificando ainda, como a dimensão sociocultural torna-se realmente imprescindível para esse processo de consolidação da atenção psicossocial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação da atenção básica na rede de saúde mental é primordial, considerando sua relevante atribuição no Sistema Único de Saúde. Constitui elemento fundamental para garantir universalidade, equidade e integralidade, princípios fundantes do sistema público de saúde brasileiro.

Nesse sentido, esse âmbito de cuidado não deve excluir de sua intervenção as pessoas em sofrimento mental grave, vez que tem organização estrutural que se aproxima dos princípios da reforma psiquiátrica, quais sejam: a noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construções possíveis de autonomia para as pessoas em sofrimento mental, potencializando a intervenção na perspectiva da atenção psicossocial.

A aproximação entre saúde mental e atenção básica, de certa forma, corrige alguns equívocos da própria construção histórica da política de saúde no Brasil, que se relaciona a trajetória de dois grandes movimentos sociais, a reforma sanitária, que influenciou a construção do SUS, e da reforma psiquiátrica, que teve forte ascendência na política de saúde mental, à medida que, a inclusão da atenção básica na RAPS e a prestação de efetivo cuidado às pessoas em grave sofrimento mental neste âmbito, trazem conectividade e permeabilidade entre a rede de saúde e a rede de saúde mental, interligando essas políticas que historicamente constituíram-se de forma paralela, permitindo os usuários acessar seus dispositivos de acordo com suas necessidades e demandas.

Com a ausência dessa permeabilidade, os usuários se mantêm vinculados, quase que exclusivamente, aos serviços específicos de saúde mental, o que também se caracteriza enquanto uma segregação. A diversidade da atenção básica se contrapõe exatamente a separação, enfrentado estigmas, preconceitos e isolamento, constituídos ao longo da história de abordagem de pessoas em grave sofrimento mental.

Contudo, o cenário político e social atual fragilizam essa articulação e compromete a ampliação e concretização da RAPS como principal recurso da política nacional de atenção à saúde mental, bem como ameaçam o cumprimento dos propósitos da

atenção básica de saúde dentro do Sistema Único de Saúde. São medidas que se contrapõem frontalmente aos preceitos da Constituição Federal de 1988, que prevê saúde como dever do Estado e direito de todos, e à lei 10.216/2001 que privilegia o tratamento em serviços de base comunitária e prevê a internação como último recurso terapêutico.

São ameaças provenientes da intensificação do projeto neoliberal no Brasil, a partir do ano de 2016, e pela ascensão de grupos de ultradireita ao poder, nas eleições de 2018, que promovem o desmonte das políticas públicas, em especial da saúde, com ataques ao seu caráter universal, através do congelamento de recursos, da centralidade no setor privado e filantrópico, do acirramento da seletividade da atenção básica e estabelecimentos de retrocessos na política de saúde mental.

Especificamente para a política de saúde mental destaca-se a fragilização da RAPS, por meio de suspensão de financiamento de seus dispositivos, fim da política de redução de danos, priorização de ambulatórios de saúde mental, expansão de leitos psiquiátricos, criminalização das drogas e centralidade nas comunidades terapêuticas na abordagem de usuários de substâncias psicoativas.

Contudo, para além desses elementos estruturais da política pública de saúde a nível nacional, que repercutem em todos os serviços de saúde do país, a pesquisa destinou-se a identificar outras dificuldades, bem como potencialidades, envolvidas no desenvolvimento de ações de atenção às pessoas em grave sofrimento mental em um ponto da rede de atenção básica do município de Vitória/ES.

Antes, porém, é preciso apontar que neste serviço de saúde estudado, as ações desenvolvidas se alinham aos princípios da atenção psicossocial e apesar das especificidades encontradas, as práticas de cuidado às pessoas em sofrimento mental grave, identificadas na unidade de saúde (grupo terapêutico, visitas domiciliares, consultas individuais e cuidado farmacêutico) correspondem às práticas encontradas na literatura. Ressaltamos que são ações que não se restringem ao cuidado médico, ultrapassando a intervenção medicamentosa.

Neste aspecto foi notório que a estratégia do matriciamento adotado pelo Ministério da Saúde e implementada na rede municipal de Vitória/ES teve repercussão no serviço de saúde tomado como objeto de estudo, contribuindo para ampliar os cuidados ofertados, sendo decisivo para a apropriação dos casos de sofrimento

mental grave adscritos. Foi através desse recurso que a unidade de saúde pode se apropriar dos cuidados que essas pessoas demandam, alterando a lógica de encaminhamento dos casos.

Sobre as dificuldades identificadas, os participantes apontaram os elementos a partir da perspectiva que estão inseridos no contexto do cuidado. Enquanto usuários e familiares destacaram restrição de acesso à rede de saúde, profissionais, professores e alunos ressaltaram elementos relacionados à dinâmica da oferta desse cuidado e os aspectos de estrutura do serviço e do sistema de saúde.

Nesse sentido, questões relacionadas à política de recursos humanos foram apontadas. A deficiência desses recursos foi elemento de destaque, especificamente, a insuficiência de profissionais da Psicologia, Serviço Social e Farmácia, considerando o horário de funcionamento da unidade de saúde e o tamanho da população adscrita, o que traz sobrecarga e ritmo mais acelerado de trabalho, podendo comprometer a qualidade da assistência.

Outro elemento desse contexto referiu-se ao modo de contrato dos profissionais. No serviço estudado a maioria dos servidores da enfermagem e a totalidade dos médicos lotados no serviço de saúde tem vínculo empregatício de contrato temporário, contrapondo-se a uma realidade vivida pelo município de Vitória, que tivera em sua rede de saúde 90% dos profissionais como servidores públicos efetivos. Tal contexto causa constante rotatividade dos servidores e na avaliação dos profissionais, prejudica a continuidade de ações de forma mais consistente e o ideal estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais.

Outro aspecto destacado na discussão sobre as dificuldades que permeiam o desenvolvimento das ações refere-se à fragmentação do processo de trabalho da equipe. Apesar da clareza da divisão de tarefas e atribuições entre os envolvidos no cuidado às pessoas em grave sofrimento mental, não há espaço de encontros e discussões da equipe. Situação motivada pela organização do serviço, onde há jornadas de trabalho diferenciadas entre os profissionais que compõe a equipe, pela predominância de práticas curativistas no serviço, o que sobrecarrega agenda dos profissionais; os entrevistados responsabilizam ainda a gestão municipal, que ratifica essa condução, à medida que estabelece metas e agendas a serem cumpridas, priorizando abordagens curativas, dificultando encontro da equipe.

Nesse cenário de não promoção de encontros e compartilhamentos entre a equipe, a presença dos professores psiquiatras atuantes no serviço de saúde é subutilizada, pois conforme apontaram, poderiam colaborar na constituição de uma formação em serviço, promovendo encontro entre generalistas e especialistas, qualificando o cuidado e incluindo os profissionais, especialmente médicos, que hoje não atuam na abordagem à pessoa em grave sofrimento mental com vistas a ampliar sua intervenção neste campo.

A falta de espaço de encontro da equipe de saúde despotencializa o cuidado ofertado e impede a realização de trocas de conhecimento e interação entre os profissionais que executam esse cuidado, fragilizando uma exigência da assistência em saúde.

Outra dificuldade identificada foi de adesão, em especial, de médicos e enfermeiros, à abordagem de pessoas em grave sofrimento mental. Os participantes apontam como causa dessa questão a rotatividade dos profissionais no serviço de saúde, a falta de identificação de alguns servidores com o tema da saúde mental, as peculiaridades que envolvem o cuidado em saúde mental, exigindo estabelecimento de vínculo e disponibilidade para a escuta e a não compreensão da importância de um trabalho que extrapole o modelo ambulatorial de intervenção em saúde.

Outro elemento apontado como dificultador foi ausência de capacitação profissional. Os participantes apontam a necessidade de formação sobre abordagem e interlocução com pessoas em grave sofrimento mental, a fim de facilitar o acolhimento e aproximação da equipe com esses usuários, bem como capacitação sobre o manejo medicamentoso desses casos.

Da mesma forma, o contato com as múltiplas expressões da questão social, resultante da contradição entre capital e trabalho, causa da desigualdade social, e que expõe parte da população a situações de pobreza, miséria e violência, também foi apontado como uma dificuldade na intervenção junto às pessoas em grave sofrimento mental na atenção básica, causando sentimentos como raiva e indignação diante a essas situações.

Entretanto, apesar desses sentimentos, o comparecimento desse elemento na pesquisa, revela um olhar para o sujeito a partir do contexto em que está inserido e o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesta discussão sobre as dificuldades, usuários e familiares apontaram restrição de acesso tanto aos serviços ofertados pela atenção básica como da média complexidade, revelando fragilidades do SUS no cumprimento de seus propósitos na assistência em saúde da população. Situação que tende ao agravamento diante as medidas de austeridade fiscal e desmonte das políticas públicas em curso no país.

As dificuldades apontadas neste serviço de saúde indicam ao município de Vitória/ES alguns desafios. Um destes refere-se à necessidade de recompor seu quadro de servidores efetivos, bem como, garantir sua permanência na rede municipal, com vista a garantir menos rotatividade dos profissionais no serviço de saúde e atender qualitativa e quantitativamente o número de profissionais para o devido transcorrer do cuidado em saúde.

Cabendo ainda garantir uma maior integração tanto dos profissionais que compõe a equipe desse serviço de saúde visando elaboração de estratégias para minimizar a fragmentação do processo de trabalho; e ainda a aproximação de todos os serviços e atores envolvidos na rede municipal de saúde mental, promovendo articulações, compartilhamentos e encontros, a fim de não isolar e fragilizar os dispositivos constituídos para ofertar essa assistência e qualificar o cuidado prestado, pois este exige uma intervenção integrada. Conforme apontado nesta pesquisa, hoje esse momento reduz-se aos encontros matriciais dentro de cada unidade de saúde.

Outro desafio é promover sistematicamente capacitação em saúde mental para os profissionais da rede conforme necessidade apontada (desconstruir preconceitos sobre as pessoas em grave sofrimento mental, habilitar sobre aspectos da interação com estes usuários e instruir sobre o manejo medicamentoso desses casos). Contudo, vale ressaltar que a implementação de uma política de formação profissional não pode prescindir uma política de recursos humanos que garanta estabilidade de servidores, para que essa necessidade não seja recorrente, garantindo a efetividade dos investimentos nesta área para a rede municipal.

Mesmo diante à vivência das dificuldades apontadas nessa pesquisa, a inserção das pessoas em grave sofrimento mental na atenção básica também é permeada de potencialidades e tem rebatimentos sobre todos os envolvidos nesse processo. São aspectos que ratificam dados da literatura sobre o assunto, e expressam a relevância desse âmbito de cuidado na atenção em saúde mental. Nesta pesquisa tais potencialidades se desdobraram tanto sobre a dinâmica de atuação da equipe e

o modo de cuidado ofertado, quanto sobre a formação dos alunos de Medicina, como sobre a qualidade de vida dos usuários atendidos.

Para a equipe verificou-se rebatimentos sobre o processo de trabalho estabelecido, como, a incorporação do trabalho multiprofissional, do território e da intersectorialidade. No trabalho multiprofissional, entendido como articulação cooperativa de campos de conhecimento para atuação frente a um problema complexo; no contexto do local de estudo, em que predomina a fragmentação do processo de trabalho e uma organização institucional que não favorece a formação de equipe, a incorporação do cuidado destinado às pessoas em grave sofrimento mental possibilitou integrar os profissionais do serviço, pois tal interação propicia apoio mútuo entre os participantes desse cuidado, divide as responsabilidades, minimiza os desgastes inerentes ao desenvolvimento das atividades de assistência em saúde mental e potencializa os resultados alcançados, sendo apontado como imprescindível para continuidade das ações em saúde mental no espaço institucional.

Essa apropriação dos casos pela unidade de saúde também possibilitou a reestruturação do modelo de atendimento, alterando práticas, anteriormente, estritamente ambulatoriais, para um cuidado pautado no território, integrando este elemento, os sujeitos atendidos e o serviço de saúde e transformando os equipamentos existentes no território, em efetivos serviços que passam a ser acessados pelos usuários atendidos.

Complementar e conseqüentemente, outro desdobramento sobre a equipe foi orientar uma intervenção que considere a intersectorialidade, reconhecendo no processo de cuidado, as múltiplas necessidades dos sujeitos e propiciando o atendimento de demandas que permeiam a vida das pessoas acompanhadas, o que favorece a promoção de sua cidadania e a superação da invisibilidade à qual esses usuários estão submetidos.

Para os alunos também houve desdobramentos. A formação em Medicina ainda é marcada por uma educação eminentemente hospitalar, que trata a doença e não pessoa, que desconsidera o contexto de vida dos usuários e apregoa a hierarquização do saber médico sobre os demais campos de conhecimento do setor saúde. Neste estudo, os participantes apontaram que a participação dos alunos nos cuidados em saúde mental na atenção básica, possibilita experienciar vivências que

questiona e se contrapõe a todos esses valores, permitindo ainda deparar-se com situações de vida dos usuários que revelam a desigualdade social do país, o que repercute sobre sua formação profissional e pessoal e se alinha às necessidades de formação profissional em consonância com os pressupostos do SUS e peculiaridades da atenção básica.

Os usuários também são impactados positivamente por esse cuidado. Por meio desse acompanhamento, melhorou seu acesso a bens e serviços da localidade, o que inclui o serviço da própria unidade de saúde, integrando-os ao território e ampliando sua qualidade de vida, produzindo maior grau de autonomia dessas pessoas, em um contexto que coopera para sua efetiva desinstitucionalização e para o recebimento de cuidado que não dicotomiza corpo e mente, que propicia o cuidado ao sofrimento psíquico, sem negligenciar os cuidados com o corpo e suas possibilidade de adoecimento.

Quanto aos significados atribuídos pelos atores envolvidos na atenção às pessoas em grave sofrimento mental na unidade de saúde, estes são congruentes com as potencialidades identificadas na pesquisa e alinham-se aos preceitos estabelecidos pelo conceito de desinstitucionalização e os princípios da reforma psiquiátrica, que postulam a intervenção na pessoa e não na doença, ressaltando sua subjetividade e cidadania e focando no cuidado e não na cura, promovendo saúde, em uma intervenção que concebe a família como elemento importante do acompanhamento e com quem a equipe estabelece uma relação de corresponsabilização, possibilitando ainda aos futuros profissionais, a desconstrução de preconceitos e estigmas tanto relacionados ao serviço público de saúde quanto à pessoa em grave sofrimento mental.

Assim, os significados atribuídos às ações de cuidado em saúde mental, expressos pelos envolvidos nesse processo, revelam várias potencialidades do cuidado pautado no sujeito, considerando o seu contexto de vida e o território onde habita, ratificando como a articulação entre atenção básica e saúde mental pode colaborar para essa perspectiva de intervenção.

Entretanto, esse processo não é planejado na unidade de saúde e nem experimentado por todos os profissionais atuantes no serviço. Existem àqueles que contrariando o processo de apropriação dos casos de sofrimento mental grave existentes no território de saúde, pautam sua intervenção junto a esse público, em

condutas de encaminhamento, ainda que reconheçam a importância da oferta desse cuidado no âmbito da atenção básica a fim de propiciar o acesso desse segmento populacional à assistência sanitária. Justificam sua ausência nessa intervenção por sobrecargas com outras demandas, ao mesmo tempo, que expressam que concebem tal demanda como atribuição de especialistas na área, entendendo os profissionais que se empenham nesse cuidado como uma equipe específica dentro do serviço de saúde, a quem podem referenciar os usuários, desresponsabilizando-se desse cuidado e pautando suas intervenções na compartimentação do sujeito, focando a abordagem na doença e não na pessoa, nos levando a concluir que diferentes concepções sobre essas pessoas e esse cuidado coabitam no serviço de saúde.

Desta forma, encerramos essa investigação apontando que cabem muitos estudos nesse campo, buscando qualificar a intervenção da atenção básica em saúde no cuidado às pessoas em grave sofrimento mental, como aprofundamento dos fatores que favorecem o afastamento de categorias profissionais desse cuidado e as medidas capazes de superar essa realidade e no caso específico dessa proposta de pesquisa instiga saber se os elementos identificados nesse serviço de saúde refletem a realidade de toda a rede de atenção básica do município de Vitória/ES.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 20 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outrasnoticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saudemental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>>. Acesso em: 20 de julho de 2019.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de et al . Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 123-134, Mar. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022015000100123&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022015000100123&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 Set. 2019.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ed.- Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro,491 -494, jul/set.1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1995000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2018.
- AVELLAR, L.Z.; A.; QUINTANILHA, B.C. Conquistando direitos: interfaces entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica no Brasil. In: AVELLAR, L. Z., ROSA, E.M (Org.) **Psicologia, justiça e direitos humanos**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 189-199.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, A. C.et al; A estratégia saúde da família no processo de matriciamento da saúde mental na atenção básica. **Rev.Desafios** - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, v. 5, n. 1, p. 121-127, 31 mar. 2018. Disponível em: < <https://sistemas.uft.br/index.php/desafios/article/download>>. Acesso em: 05 abril de 2019.
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: em 16 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à **Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental:15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 02.abr.2018
- . Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)**. - Rio de Janeiro: ANS, 2008. Acesso em: 15 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, 23 dez 2011. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>  
. Acesso em 04 abr.2018

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental /** Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011 b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/guia_pratico_matriciamento_saudemental)>. Acesso em: 05 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica/** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_farmaceutico\\_atencao\\_basica\\_saude\\_2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2.pdf). Acesso em: 10 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde**. Brasília, 2017: Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html>>. Acesso em: 05 ab. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde**. Brasília (DF), 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 15 jun.2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas /** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf)>. Acesso em 11 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**. Brasília, 21 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas/851-saude-mental/41175-estrategias-de-reabilitacao-psicossocial>. Acesso em 20 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – **Secretaria Nacional de Assistência Social**, 2005. Disponível em: <[www.mds.gov.br/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2](http://www.mds.gov.br/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2)>. Acesso em 05 junho 2019.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis ,

v. 22, n. 1, p. 61-70, Mar. 2013 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072013000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jul 2019.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2008, vol.28, n.3, pp.632-645. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 set. 2019

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, Barbacena , v. 9, n. 16, p. 303-326, jun. 2011 . Disponível em  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16794272011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794272011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 jul. 2019.

BOTTI,N.C.L.; ANDRADE,W.V. A saúde mental na atenção básica-articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, p.387-394, jul/set.2008. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view>>. Acesso em 18 dez. 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periódicos.ufes.br/argumentum/article/download>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para saúde mental na estratégia de saúde da família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/>. Acesso em: 10 dez.2018.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CAMPOS, G. W. de S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 03 Nov. 2018.

CASTILHO-PARADA, T.; CEA MADRID, Juan Carlos. Materiales para una historia de la antipsiquiatria: balance y perspectivas. **Teoría y Crítica de la Psicología 8** (2016), 169-192. Disponível em: < <http://www.teocripsi.com/ojs/> (ISSN: 2116-3480) 169>. Acesso em: 21 de out. 2018.

CAVALCANTI, P. B. et al . A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 39, p. 192-215, dez. 2013 . Disponível em  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01046578201300020009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01046578201300020009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: em 16 set. 2019.

CEZAR, M. de A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena

, v. 11, n. 20, p. 134-151, jun. 2017 . Disponível em  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2018

COELHO, M.C.de R.; TRUGILHO, S.M. Pesquisa sobre políticas de saúde: demandas e desafios. In: DALBELLO-ARAUJO, M. COELHO, M.C.de R.; RAMOS-SILVA, V. (Org.). **Políticas de saúde e assistência no cotidiano dos serviços**-Vitória: Emescam, 2016.

CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M. Á beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a nota técnica n. 11/2019 do ministério da saúde. **Revista jurídica (FURB)**, v.23, n50, jan/abril 2019. Disponível em: <<https://gorila.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918/4256>>. Acesso em 24 set. 2019.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 28, p. 151-164, Mar. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Nov. 2018.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Orgs). **Psicologia Social: temas em debate**. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008. p. 109-126

DIMENSTEIN, M. et al . Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena , v. 3,n. 5,p. 23-41,nov. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2018

\_\_\_\_\_. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18,n. 1,p. 63-74, Mar. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

FAGUNDES, G.S, CAMPOS, M.R., Fortes, LIMA S. L. C. L. Matriciamento em saúde mental – Análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. **Cien Saude Coletiva** , set .2019. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/matriciamento-em-saude-mental-analise-do-cuidado-as-pessoas-em-sofrimento-psiquico-na-atencao-basica/17333>>. Acesso em: 09 de set .2019.

FALEIROS, P.V. Política nacional de saúde mental e as práticas de desinstitucionalização dos centros de atenção psicossocial, In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORAS EM SERVIÇO SOCIAL, 16, 2018, Vitória. **Anais eletrônico**...Disponível em: <<http://www.publicacoes.ufes.br/ABEPSS/article/view/23289/16046>>. Acesso em: 24 set. 2019.

FERREIRA, G. B. et al. As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**. (SI), v.6, n.3,p.976-986, jun 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623012.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2019

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 3, p. 355-362, Set. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Set. 2019

FONTE, E. M. M. **Da desinstitucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as setes vidas da agência pública em saúde mental no Brasil**. Estudos de Sociologia. Revista do Programa de Pós Graduação em sociologia da UFPE, vol.1, n.18, mar.2013. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br> > revistas > revsocio > article > view>. Acesso em: 20 set. 2019

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 1.ed., São Paulo: Perspectiva, 1978.

GAMA, C. A. P. da; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 69-84, Mar. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Set. 2019.

GARCIA, A. C. P. et al . Análise da organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 221-236, Oct. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600221&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Set. 2019.

GARCIA, M.L.T; SOUZA, J. S; GARCIA, M. L. T. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 7, n. 2, p. 199-220. jul./dez. 2008. Disponível em: [revistaseletronicas.pucrs.br > ojs > index.php > fass > article > viewFile](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile). Acesso em: 15 set. 2019.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C.M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013. Disponível em: <<https://homologacao-reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572/1213>>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., São Paulo : Atlas, 2002

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 1 ed., São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009. Disponível em:

<[https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2009000300001](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001)>. Acesso em: 18 set. 2019.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Reabilitação Psicossocial e acompanhamento terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 101-122, 2015. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652015000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2019.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio matricial: um estudo bibliográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, Sept. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000903791&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903791&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

IGLESIAS, A. O matriciamento em saúde mental sob vários olhares. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 63-90, jun. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jul. 2019.

JAFELICE, G.T.; MARCOLAN, J. F. Percepção dos profissionais de saúde mental sobre o trabalho multiprofissional com residentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(2):542-50, fev., 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11972/14518>>. Acesso em: 16 de set. 2019.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682007000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 out. 2018.

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MACHADO, E. M. Questão social: objeto do serviço social? **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 2, n. 2, p.39-47, jul./dez. 1999. Disponível em: <[www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/8.10b%20historia%20de%20vida\\_maria\\_paulilo.pdf#page=39](http://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/8.10b%20historia%20de%20vida_maria_paulilo.pdf#page=39)>. Acesso em 11 set. 2019.

MACHADO, Vanessa; SANTOS, Manoel Antônio dos. Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 111-119, abr. 2013. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2019.

MATTANÓ, L.D.C.; DALBELLO-ARAUJO, M. A integralidade na prática dos profissionais da atenção básica. In: DALBELLO-ARAUJO, M., COELHO, M.C.de R.; RAMOS-SILVA, V.(Org.). **Políticas de saúde e assistência no cotidiano dos serviços**- Vitória: Emescam, 2016.

MARCO, M. N. da C.; CALAIS, S. L. Acompanhante terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da análise do comportamento. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**[online]. 2012, vol.14, n.3, pp. 4-18. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/546>>. Acesso em: 15 set. 2018.

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados.** 3ª ed – São Paulo, Atlas,1996.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lucia (ORG.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora,1999.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais do CAPS Santa Catarina, Brasil. **Saúde Soc.** Vol.24, n4. São Paulo, Outubro/Dezembro de 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401273&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401273&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 set. 2018.

MATOS JC, OLIVEIRA ACS, CHAVES AS, et al. A percepção do enfermeiro sobre suas ações em saúde mental na estratégia saúde da família . **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol. 06, Nº. 03, Ano 2015 p.2761-72 2761. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22413>>. Acesso em: 18 abr. 2019

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados.* Brasília: **CONASS**, 2009. (Anexo II). Disponível em: <[https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno\\_oficina\\_aps.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2019

MELO, R.J.de. **Atenção primária a saúde e atenção básica à saúde: os discursos ideo-políticos do Ministerio da Saúde.** 2009. Dissertação –Programa de Pós Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público;** Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 762-768, Dez. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Out. 2018.

MINAYO, M.C.S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, 10(2): 435-442, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 16 de set. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.**14ª ed- São Paulo, HUCITEC, 2014.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F.K.; SANTOS,C. B.T. dos.. Estudo de uma rede de atenção psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia, Ciência e**

**Profissão.** 2014,3.4(3).p.592-611.Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000300592&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000300592&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 03 set.2019

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 462-474, June 2017 . Disponível em :

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000200462&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200462&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Sept. 2019

MOREIRA, S. As implicações das alterações na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil. Conselho Federal de Serviço Social ( **CFESS**), julho 2019. Disponível em:

<[www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica13840-2019](http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica13840-2019)>. Acesso em: 25 de set. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Set. 2019

NEVES, J.; MACHADO, K. Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento. **EPS/FIOCRUZ**. Escola Politecnica de Saúde Joaquim Venancio. 01 nov.2019. Disponível em: [epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atenção-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-finaciamento](http://epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-finaciamento). Acesso em: 10 jan.2020.

NUNES, M., JUCÁ, V.J e VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitárias. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, p.10, p.2375-2384, outubro, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018

OLIVEIRA, M. F. F. de. **Recursos humanos em saúde: avaliação na atenção básica na saúde da mulher e da criança**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. — Fortaleza, 2007.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde.**Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 4, n. 7, p. 71-80, ago. 2000 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-3283200000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul. 2019.

OCKE-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica.**Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 113, p. 365-371, abr. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000200365&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200365&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2019.

ORGANIZACION Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata**, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>. Acesso em: 19 jun. 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Integração da saúde mental nos cuidados primários: uma perspectiva global. **Organização Mundial de Saúde**, Portugal, outubro, 2009. Disponível em:

<[http://www.uho.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.uho.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)> Acesso em: 13 de set. 2013.

PRADO, M. A. M. do; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. de A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** 26 (4), out-dez. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2017.v26n4/747-758/>> Acesso em: 20 de set. 2019

PIERANTONI, R.C et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde e debate** 39 (106), jul/set. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n106/637-647>> Acesso em 11 de set. 2019

QUINTINO, T. et al. As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades **Rev APS**. 2012 jul/set; 15(3): 345-355. Disponível em: <<https://periodicos.ufrj.br/index.php/aps/article/download/14836/7904>> Acesso em: 15 set. 2019

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2018.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saude soc.** [online]. 2012, vol.21, n.3, pp.599-611. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 julh. 2019

ROMANHOLI, A. C. **Na corda bamba: reforma psiquiátrica e saúde mental na atenção primária**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001, 112 p.

SÁ-SILVA, R. J; ALMEIDA, C. D; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**. n.1, a. 1, p. 1-14, jul, 2009. Disponível em: < <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>>. Acesso em: 22 de out. 2018.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94-108, Oct. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Set. 2019

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Set. 2019

- SHEFFER, G.; SILVA, L.G. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv.Soc.Soc**; São Paulo, 118, p.366-393, jun 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 set. 2019
- SILVA, A. I. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v.10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19497>>. Acesso em: 12 jun. 2018
- SILVA, E.N.C. Integralidade do cuidado na atenção à saúde mental. 2013. 27 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - **Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde, Vitória-ES, 2013.
- SIQUEIRA-SILVA, R.; NUNES, J. A.; MORAES, M. Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal*, **Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 475-496, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922013000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 out. 2018.
- SOUZA, L. G. S. et al . Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 1022-1034, Dec. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Nov. 2018.
- SOUZA. P. C. Z. Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2006, vol.9, nº1, p 91-105, jun.2006. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172006000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172006000100007)>. Acesso em: 10 maio 2019
- SPOSATI, A. Território e gestão de políticas sociais. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v.16, n.1, p.05-18, JUL./DEZ.2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18423/14620>. Acesso em: 25 set. 2019
- VIEIRA, S.P et al.; A graduação em Medicina no Brasil ante os desafios da formação para a atenção primária à saúde. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 189-207, setembro 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0189.pdf>>. Acesso em: 17 de set. 2019.
- VILLELA et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6:1316-1324, jun, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2019.
- VITORIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, período 2018-2021, 2018. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229\\_plan\\_mun\\_saude\\_2018-2021.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2019.
- WANDEKOKEN, K.D.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BORGES, L. H. Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Saúde Debate**,| Rio de Janeiro, V. 41, N. 112, P. 285-297, JAN-MAR 2017.

Disponível em:

<[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0285.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0285.pdf)>. Acesso em: 23 de set. 2019.

Yin, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.

**APÊNDICES****APÊNDICE A****ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS EM SOFRIMENTO MENTAL  
GRAVE ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE****1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)**

Código do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

**2- SOBRE O ACOMPANHAMENTO REALIZADO PELA UNIDADE DE SAÚDE**

1 - Quando você chegou para tratamento nesta unidade de saúde?

2- Quem encaminhou?

3- O que você faz nesta unidade de saúde? (Quais tipos de atendimento)

4- O que você acha desses atendimentos?

5- Você teve melhoras/ mudanças? Quais?

6- Tem alguma dificuldade nesta unidade de saúde?

7- Você frequenta algum outro serviço do bairro, além da unidade de saúde? Por que?

8- Por que você continua seu acompanhamento nesta unidade de saúde?

09- Se fosse dar um conselho para algum conhecido que estivesse na mesma situação que você, o que diria?

## APÊNDICE B

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES DE USUÁRIOS EM  
SOFRIMENTO MENTAL GRAVE ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Código do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

2- SOBRE O ACOMPANHAMENTO REALIZADO POR SEU FAMILIAR PELA  
UNIDADE DE SAÚDE

1 Qual é o vínculo de parentesco com a pessoa atendida nas ações de saúde mental?

2 Quanto tempo seu familiar faz acompanhamento em saúde mental nesta unidade de saúde?

3 Quais atendimentos seu familiar recebe na unidade de saúde?

4 Você participa no tratamento? Como?

5 Tem colaboração de outros membros da família?

6 O que você acha do acompanhamento em saúde mental da unidade de saúde ?  
Familiar dá importância?

7 Teve melhoras? Quais?

8- Tem dificuldades? Quais

9 O que faz com que você mantenha o acompanhamento de seu familiar nesta unidade de saúde?

10 Se fosse dar um conselho para algum conhecido que estivesse na mesma situação de seu familiar, o que diria?

11 Sugere alguma modificação?

## APÊNDICE C

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS QUE DESENVOLVEM  
AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Código do(a) entrevistado(a):\_\_\_\_\_ Data da Entrevista:\_\_\_\_\_

Profissão\_\_\_\_\_

Vínculo com a instituição:\_\_\_\_\_

## 2- SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PRESTADO PELA UNIDADE DE SAÚDE

- 1 Há quanto tempo desenvolve atividades profissionais nesta Unidade de Saúde?
- 2- Tem ações direcionadas aos usuários em sofrimento mental grave?
- 3- Quais são essas ações? Como acontecem?
- 4- O que motivou o desenvolvimento dessas ações? Como começou?
- 5- Qual o papel que desempenha no desenvolvimento das ações em saúde mental?
- 6- Para você o que significa participar dessas ações direcionadas a esses usuários?
- 7- Essas ações tem importância para as pessoas atendidas?
- 8- Você percebe mudanças nos usuários com transtorno mental grave atendidos nesta Unidade de Saúde?
- 9- Você tem pontos de apoio para realizar as ações direcionadas aos usuários em sofrimento mental grave?
- 10- Quais as potencialidades desse trabalho?
- 11- Quais são as dificuldades?
- 12 – Tem sugestões que você considera que melhoraria a intervenção?
- 13- Quais as dificuldades em implementá-las?

## APÊNDICE D

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFESSORES DE MEDICINA QUE  
DESENVOLVEM AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Código do(a) entrevistado(a):\_\_\_\_\_ Data da Entrevista:\_\_\_\_\_

Profissão\_\_\_\_\_

Vínculo com a instituição:\_\_\_\_\_

## 2- SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PRESTADO PELA UNIDADE DE SAÚDE

1. Há quanto tempo desenvolve atividades nesta unidade de saúde?
- 2- Atua nas ações direcionadas aos usuários em sofrimento mental grave?
- 3- Qual papel desempenha no desenvolvimento dessas ações?
- 4- O que você acha dessas ações? Qual sua avaliação?
- 5- Para você, o que significa participar dessa ações?
- 6- O que pensam seus alunos sobre essas ações?
- 7- Você percebe mudanças nos usuários em sofrimento mental grave atendidos nesta Unidade de Saúde?
- 8- Você tem pontos de apoio para realizar as ações de atendimento aos usuários em sofrimento mental grave?
- 9- Existem dificuldades em relação ao desenvolvimento dessas ações?
- 10 – Quais são?
- 11- Existem dificuldades em relação aos alunos?
- 12 – Quais são?
- 13- Nesse processo percebe alguma mudança nos alunos?
- 14 - Sugestões

## APÊNDICE E

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ALUNOS DE MEDICINA QUE  
DESENVOLVERAM AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Código do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Período que está cursando:

Vínculo com a instituição: \_\_\_\_\_

## 2- SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PRESTADO PELA UNIDADE DE SAÚDE

1 – Como foi sua inserção nesta unidade de saúde? Quais ações participou?

2. Por quanto tempo desenvolveu atividades de atendimento a usuários em sofrimento mental grave nesta unidade de saúde?

3- Qual o papel que desempenhou no desenvolvimento dessas ações ?

4- O que você achou destas ações?

5- O que significou para você participar e desenvolver as ações direcionadas aos usuários em sofrimento mental grave?

6- Você percebeu mudanças nos usuários em sofrimento mental grave atendidos nesta unidade de saúde?

7 – Percebeu mudanças em você?

8 -Você teve pontos de apoio para realizar as ações direcionada aos usuários em sofrimento mental grave?

9- Quais foram as dificuldades?

10–Quais são suas sugestões?

## APÊNDICE F

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS QUE NÃO PARTICIPAM  
DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Código do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Vínculo com a instituição: \_\_\_\_\_

2- SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PRESTADO PELA UNIDADE DE  
SAÚDE

1 Você sabe se são realizadas ações direcionadas aos usuários em sofrimento mental grave nesta unidade de saúde?

2- Você participa dessas ações? Por que?

3- O que acha desse trabalho?

4- O que acha sobre os usuários em sofrimento mental grave que são atendidos nas ações de saúde mental? Você atende essas pessoas?

5- Você percebe dificuldades?

6- Qual sua conduta diante a demanda em saúde mental dos usuários que você atende?

## APÊNDICE H



**Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória**  
**Av. Nossa Senhora da Penha 2190 – Santa Luiza, Vitória/ES- CEP 29045-402.**  
**Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no email [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br) ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do projeto de pesquisa:** PERCEPÇÕES DOS ENVOLVIDOS NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**Instituição:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). **Telefone:** (27)33343586.

**Pesquisador Responsável:**

**Nome:** Elisângela do Nascimento Covre Silva

**RG:** 1350.704-ES.

**Endereço:** Rua Carlos Chagas, 04, Nova Carapina I, Serra/ES

**Telefone:** (27) 9943 4774

**Orientadora:**

**Nome:** Prof<sup>a</sup> Dra Maristela Dalbello Araújo.

**Contato:** [maristela.araujo@emescam.br](mailto:maristela.araujo@emescam.br).

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**Objetivos da pesquisa:**

**Objetivo Geral:** “Analisar as percepções dos atores envolvidos nas ações de saúde mental realizadas em um ponto da atenção básica da rede municipal de Vitória/ES”

**Objetivos Específicos:** Apreender os significados que os atores envolvidos nas ações de saúde mental na atenção básica em Saúde atribuem as práticas institucionais pautadas no modelo de atenção psicossocial; Analisar as potencialidades e dificuldades das ações de saúde mental na atenção básica em saúde, na perspectiva dos atores; descrever a rede municipal de Vitória e as ações de saúde mental desenvolvidas na unidade de saúde estudada..

**Procedimentos da pesquisa:** a metodologia de coleta de dados na qual se dará a participação do entrevistado, será por meio da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido pela pesquisadora em conjunto com sua orientadora, contendo questões relativas a sua percepção sobre as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde.

**Riscos e desconfortos:** de acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é perpassada por risco em tipos e gradações variados. No contexto desta pesquisa, o risco está ligado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Tais riscos serão minimizados com compromisso formal da pesquisadora de assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações enunciadas. Elenca-se que a pesquisadora guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

**Benefícios:** acredita-se que esta pesquisa trará contribuições significativas para o campo de estudo em saúde mental, especialmente o cuidado ofertado na atenção básica em saúde, pois estudos que investiguem as percepções dos atores envolvidos no cuidado em saúde mental nesse ponto de atenção à saúde contribuem para análise das dificuldades e potencialidades envolvidas nesse processo.

**Custo / Reembolso para o paciente:** a participação na pesquisa, se dará de forma espontânea, sem que acarrete para o entrevistado qualquer incentivo ou ônus, haja vista que a entrevista tem a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

**Confidencialidade da pesquisa:** apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações prestadas, e estas serão guardadas somente durante a pesquisa, visto que após a finalização, o material será destruído de forma adequada. A colaboração do entrevistado será forma confidencial e privativa, na qual o anonimato do participante será assegurado. Para isso, serão omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.

## ANEXOS

## ANEXO A

## CARTA ANUÊNCIA ETSUS/SEMUS/PMV

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "PERCEPÇÕES DOS ENVOLVIDOS NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE" de autoria de ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA, orientador MARISTELA DALBELLO-ARAÚJO . O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

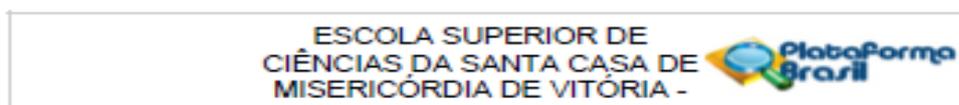
Vitória, 08 de agosto de 2018



\_\_\_\_\_  
Sheila Cristina de Souza Cruz  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

## ANEXO B

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES DOS ENVOLVIDOS NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**Pesquisador:** ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 97969218.5.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.917.124

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratória, que pretende analisar as percepções dos atores envolvidos, referentes as ações

de saúde mental desenvolvidas em um ponto da atenção primária à saúde. Realizará trabalho de campo para coleta de dados, através de aplicação de entrevistas com roteiros semiestruturados, junto aos atores envolvidos nas ações de saúde mental desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde

Maria Ortiz, sendo eles: profissionais, estudantes, usuários e seus familiares. Tal proposta de investigação assume assim a forma de estudo de caso.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as percepções dos atores envolvidos nas ações de saúde mental realizadas na Unidade de Saúde Maria Ortiz

**Objetivo Secundário:**

Apreender os significados que os atores envolvidos nas ações de saúde mental na Atenção Básica em Saúde atribuem as práticas institucionais pautadas no modelo de Atenção Psicossocial;Analisar as potencialidades das ações de saúde

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
 Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402  
 UF: ES Município: VITÓRIA  
 Telefone: (27)3334-3596 Fax: (27)3334-3596 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.917.124

mental na Atenção Básica em Saúde; Analisar as dificuldades das ações de saúde mental na Atenção Básica em Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão de acordo com as normas da resolução 466/12 do CNS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa importante percepções dos envolvidos nas ações de saúde mental na atenção básica em saúde. É viável com critérios de inclusão bem definidos, devidamente fundamentado e bem elaborado sob os aspectos metodológicos

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos apresentados estão de acordo com as normas vigentes.

**Recomendações:**

Sem comentários.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com os registros feitos neste parecer nossa conclusão é pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1194350.pdf	10/09/2018 12:54:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPplataformaBrasil.pdf	10/09/2018 12:52:50	ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termodeconsentimentolivreesclarecido.doc	21/08/2018 18:02:23	ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
Bairro: Bairro Santa Lúcia CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.917.124

Ausência	termodeconsentimentolivreesclarecido.doc	21/08/2018 18:02:23	ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA	Acelto
Outros	roteirosdeentrevistas.doc	10/08/2018 18:02:00	ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeanuenciaETSUS.pdf	10/08/2018 17:47:56	ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	10/08/2018 17:45:19	ELISANGELA DO NASCIMENTO COVRE SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 25 de Setembro de 2018

Assinado por:  
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA  
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisas  
Bairro: Bairro Santa Lúcia CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

## ANEXO C

## REGIÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

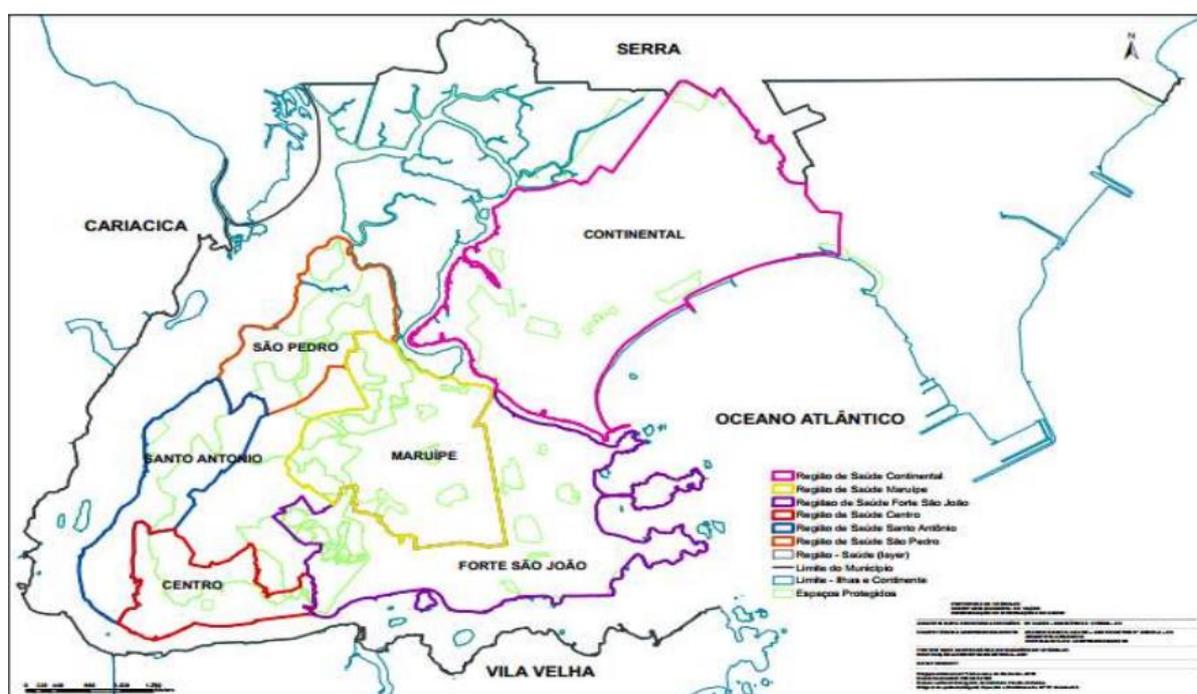


Figura 2- Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.