

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

PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA

**A IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM
MUNICÍPIO PEQUENO DO INTERIOR DO ESPÍRITO SANTO:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

VITÓRIA

2021

PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA

**A IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM
MUNICÍPIO PEQUENO DO INTERIOR DO ESPÍRITO SANTO:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Moreira Trugilho

Área de Concentração: Políticas de saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA

2021

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

G279i Gava, Patricia da Cruz Bento
A implantação de Unidade de Atenção Psicossocial em um município pequeno do interior do Espírito Santo / Patricia da Cruz Bento Gava. - 2022.
82 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Saúde mental – cuidados - cidadania. 2. Política pública – Espírito Santo (Estado). 3. Assistência psicossocial – Espírito Santo (Estado). I. Trugilho, Silvia Moreira. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.20981

PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA

**A IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM
MUNICÍPIO PEQUENO DO INTERIOR DO ESPÍRITO SANTO:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

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

Aprovada em ____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof.^a Dr.^a Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Dedico a Deus, à minha mãe, ao meu esposo, aos meus avós, Maria Cruz e Moacy Bento, que estiveram sempre em um lugar especial, brilhando, incentivando-me e que comemoram mais essa vitória comigo!

Aos meus filhos, Bernardo e Pedro Henrique, que são a razão de todo meu esforço de vencer mais esta etapa da minha vida!

“Se a educação sozinha, não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”

Paulo Freire (2000, p. 67).

RESUMO

Estudo relacionado com a política pública de saúde mental, na especificidade da implantação e funcionamento de um serviço de atendimento a pessoas com transtornos mentais em um município de pequeno porte, tendo como objetivo geral analisar o processo de implantação e o funcionamento de uma Unidade de Atenção Psicossocial (UAPS) em um município do interior do Espírito Santo, com vistas a desvelar os desafios e as perspectivas para a efetivação da política pública de saúde mental no município. Trata-se de pesquisa social desenvolvida a partir da abordagem qualitativa, cujo delineamento foi o Estudo de Caso. A coleta de dados compreende a realização de entrevistas semiestruturadas, associadas à técnica de análise documental. Para o tratamento dos dados, adotou-se o método de Análise de Conteúdo. Os resultados revelam que a UAPS foi criada ante a impossibilidade de o município criar um CAPS I, que esse serviço funciona com uma equipe minimamente composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, totalizando quatro profissionais. Essa composição mínima não garante o atendimento pleno às demandas, restando constituída uma demanda reprimida de atenção em saúde mental no município. Além disso, os dados obtidos revelam que a UAPS busca desenvolver os objetivos de atenção em saúde em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental e a Portaria nº 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mantendo como propósito fortalecer a RAPS no município e o desenvolvimento da atenção em saúde mental centrada nos cuidados com enfoque comunitário. Ainda, os resultados revelam que os profissionais da UAPS buscam efetivar o matriciamento em saúde mental, no entanto, vivenciam diversos desafios na realização das ações de atenção em saúde mental, especialmente no que tange à articulação de ações intra e intersetoriais, segundo eles, por falta de sensibilidade de alguns profissionais da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde, além de outros setores do município em atuar sobre as demandas relacionadas com a saúde mental e os usuários dessa política pública.

Palavras-chave: Saúde mental. Política pública. RAPS.

ABSTRACT

Study related to the public policy of mental health, in the specificity of the implantation and operation of a service of attendance to people with mental disorders in a small city, with the general objective to analyze the process of implantation and the operation of a Psychosocial Care Unit (UAPS) in a municipality in the countryside of Espírito Santo, with a view to unveiling the challenges and prospects for the implementation of public mental health policy in the municipality. Its specific objectives were: to examine the documents of the municipal public administration that provide for the implementation of the UAPS, highlighting what these instruments establish as competencies and resources for the functioning of this health service; to identify actions developed by the UAPS in the interrelation with the municipality's primary health care; to verify how the UAPS is equipped to host and meet the city's mental health care demands; point out the challenges experienced by UAPS professionals for the effectiveness of mental health care, in the reality of this municipality. It is a social research developed from a qualitative approach, whose design was the case study. Data collection comprises semi-structured interviews, associated with the document analysis technique. For data processing, the Content Analysis method was adopted. The results reveal that the UAPS was created due to the impossibility of the municipality creating a CAPS I, that this service works with a team composed at least by a psychiatrist, a nurse, a psychologist, and a social worker, totaling four professionals. This minimum composition does not guarantee full service to the demands, leaving a repressed demand for mental health care in the municipality. In addition, the data obtained reveal that the UAPS seeks to develop health care objectives in accordance with the National Mental Health Policy and Ordinance No. 3.088/11, which instituted the Psychosocial Care Network (RAPS) in the municipality aiming at the development of mental health care centered on care with a community focus. Still, the results reveal that UAPS professionals seek to implement matrix support in mental health, however, they experience several challenges in carrying out mental health care actions, especially with regard to the articulation of intra and intersectoral actions, according to them, for lack of sensitivity of some professionals from the Family Health Strategy and Primary Health Care, as well as other sectors of the municipality in acting on the demands related to mental health and the users of this public policy.

Keywords: Mental health. Public Policy. RAPS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da RAPS e pontos de atenção segundo a Portaria nº 3.088/11	38
Quadro 2 – Desafios e perspectivas para a implementação da UAPS ante as demandas sociais no município.....	62

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Psicossocial
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	15
1.2 OBJETIVOS	17
1.3 ESTRUTURA GERAL DA DISSERTAÇÃO	18
2 PROCESSO METODOLÓGICO	20
3 BASES TEÓRICAS PARA A REFLEXÃO E DEBATE A RESPEITO DA SAÚDE MENTAL	26
3.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO PSÍQUICO	26
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E OS CAPS	32
3.3 PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO: DESAFIOS, DILEMAS E INFLUXOS	39
4 IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UAPS NO MUNICÍPIO ESTUDADO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	46
4.1 IMPLANTAÇÃO, COMPETÊNCIA, ESTRUTURA E RECURSOS PARA FUNCIONAMENTO DA UAPS	47
4.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA UAPS	53
4.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	74
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DO CAPS	74
APÊNDICE B – PLANILHA DE REGISTRO DE DADOS DOS DOCUMENTOS ANALISADOS	75
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
ANEXO	79
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	79

1 INTRODUÇÃO

O conceito da OMS contribuiu para ampliar o entendimento a respeito da saúde, uma vez que passou a compreendê-la conjugando o aspecto biológico aliado à dimensão psíquica e social que compõem o ser humano. Com ênfase na saúde mental, esta pode ser considerada uma área específica na saúde (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

A ampliação do conceito da OMS, envolvendo as dimensões de bem-estar psíquico e social, levou os estudos sobre saúde e relacionamento humano a novos níveis de investigação, uma vez que a saúde mental envolve aspectos que vão além de patologias físicas (podendo nem as envolver). A saúde mental envolve todos os aspectos que possam perturbar o perfeito estado de bem-estar psíquico do indivíduo, sejam fatores relacionados com a natureza biológica, traumas, uso de psicoativos e afins.

Esse conceito ampliou também a forma de lidar com os indivíduos que apresentam sofrimento psíquico, pois estimulou novas formas de abordar esse fenômeno, modificando visões arcaicas de exclusão e internalização para ações voltadas à integração e socialização do indivíduo. A atenção dada às pessoas com transtorno mental possui uma trajetória histórica marcada por exclusões, violências, violações ao longo de séculos. Já no século XX, as experiências de reforma psiquiátrica possibilitaram a construção de outros modos de lidar com as pessoas com transtorno psíquico, instaurando a ruptura com a tendência de tratamento hospitalocêntrico segregador, para dar lugar à defesa de uma atenção em saúde mental voltada para liberdade e convivência social de tais pessoas.

No Brasil, o movimento internacional de reforma psiquiátrica influenciou na elaboração da Política Nacional de Saúde Mental. Atualmente, a saúde mental está fundamentada na atenção psicossocial e na organização de serviços e práticas de cuidado centrado na comunidade e no território de vida das pessoas com transtorno psíquico (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental foi criada a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Embora outras leis e movimentos tenham

colaborado na estruturação desta e nos cenários atuais, a Lei nº 10.216/2001 é considerada o marco da instauração da Política de Saúde Mental no País. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. De acordo com Farias (2019), essa lei marca também a Reforma Psiquiátrica, pois realizou o rompimento das delimitações até então vigentes na área, como isolamento e tortura de pessoas acometidas por transtornos da mente.

A política de saúde mental estabelece novos direitos, mais “humanizados” aos portadores de transtornos mentais, bem como implementa uma rede substitutiva aos manicômios. Segundo Silva (2020), o tratamento a ser ofertado à pessoa com transtorno mental deve estar centrado no sujeito, considerando os aspectos objetivos e subjetivos de sua existência, inerentes às suas condições de vida e relações sociais; portanto, a pessoa em sofrimento mental deve receber atenção em saúde preferencialmente a partir uma rede de serviços constituída interdisciplinar e intersetorialmente que possa responder a suas múltiplas demandas e complexidades presentes na atenção em saúde mental. Ainda em concordância com a autora, embora o tratamento dos portadores de transtornos mentais seja realizado, preferencialmente, nos serviços comunitários de saúde mental, a internação hospitalar é sugerida apenas quando todos os demais recursos se mostrarem insuficientes.

Em seus artigos, essa lei garante os direitos e a proteção dos indivíduos com transtornos mentais independentemente de qualquer característica étnico-social, trazendo como direitos o acesso ao melhor atendimento do sistema de saúde, condizente com as necessidades do indivíduo, tratamento com respeito voltando ao beneficiamento de sua saúde e inserção na família e sociedade, proteção contra abuso ou exploração, sigilo das informações fornecidas, acompanhamento médico e esclarecimentos sobre sua condição, a despeito de internações voluntárias ou não, acesso a comunicação e informação, entre outras medidas (BRASIL, 2001).

O presente estudo trata da política de saúde mental, porém, com recorte para a questão dos serviços de saúde mental, na especificidade de um serviço de atenção psicossocial destinado ao atendimento de pessoas com transtorno mental em um

município de pequeno porte situado no interior do estado do Espírito Santo, com o intuito de estudar o processo implantação e funcionamento de uma da Unidade de Atenção Psicossocial (UAPS) nesse município, diante das condições reais de se efetivar a atenção aos usuários da política de saúde mental.

Na experiência pessoal, a partir de minha formação como técnica de enfermagem e, posteriormente, na graduação em Serviço Social, vivenciei, por meio de estágios curriculares, algumas situações relacionadas com o atendimento de pessoas com transtornos mentais realizados em uma clínica de enfermagem em uma instituição para pessoas em sofrimento psíquico. Em meio à experiência de estágio na minha formação profissional, pude vivenciar contradições inerentes ao contato e à atenção realizada a pessoas acometidas por transtornos mentais.

De uma posição inicial marcada pelo senso comum (e pelo imaginário social) que considera as pessoas em sofrimento mental como “lunáticas”, “perigosas”, “incapazes”, o contato pessoal e profissional com elas me mostrou uma realidade diferente. Fui surpreendida pela realidade, e nela pude constatar que aquelas pessoas se mostravam diferentes do que minha imaginação inicial havia construído sobre elas. Ouvir com mais atenção tais pessoas permitiu-me conhecê-las de fato e desconstruir mitos e imaginários a seu respeito.

Na experiência de estágio, participei de um grupo de discussão em que os usuários questionavam se estavam efetivamente integrados à organização social. As falas escutadas por mim revelavam a consciência que eles possuíam de que as condições para sua inserção e participação na vida social e comunitária refletiam o reconhecimento de sua cidadania. A consciência deles teve reflexos importantes na minha consciência e formação profissional.

Decorrido algum tempo entre a vivência acima relatada e o momento atual, já atuando como assistente social em um município do interior do estado do Espírito Santo, minha busca agora se dirige para a formação continuada. Nesse aspecto, a experiência de estágio, ainda marcante na minha pessoa, assim como a característica investigativa, propositiva e interventiva que deve possuir um profissional de Serviço Social conduziram-me ao interesse no estudo e produção

de conhecimento a respeito de como um município pequeno do interior efetiva suas ações e serviços na política de saúde mental.

Há, no Brasil, uma tendência em estudar e analisar academicamente a Política Nacional de Saúde Mental em si, bem como os procedimentos, os serviços e os agentes com ela envolvidos (trabalhadores, gestores, usuários, população). Nesse aspecto, consideramos que este estudo se encontra afinado com essa tendência acadêmica e científica.

O campo da saúde mental se revela como um espaço ainda em construção, permeado de tensões e conflitos. Costa (2019) faz referência à realidade pela qual passa a política de saúde mental, sob influência nefasta da onda conservadora que atravessa as discussões políticas, econômicas e sociais no contexto atual da sociedade brasileira, atingindo os princípios fundamentais dessa política pública. Para essa autora, vem ocorrendo no campo da saúde mental “[...] uma invasão de propostas conservadoras que colocam em risco os direitos conquistados” (COSTA, 2019, p. 164), haja vista que a política de saúde mental se realiza no contexto das relações sociais decorrentes do atual estágio de desenvolvimento do capitalismo e do avanço do neoliberalismo no cenário mundial e pelas forças neoconservadoras que se encontram no centro do poder político no Brasil atualmente.

Tomando como referência a realidade acima mencionada, consideramos necessário refletir sobre como vem sendo implementada a política de saúde mental, na especificidade da organização dos serviços e práticas de atenção às pessoas com transtorno psíquico; e, nesse aspecto, tomando como cenário a realidade de um município pequeno situado no interior do estado do Espírito Santo – o que problematizamos na sequência.

O presente estudo justifica-se na importância de compreender o aspecto histórico de atenção a pessoas acometidas por transtornos mentais, sobretudo no Brasil, e contextualizar os elementos relevantes presentes na particularidade da implantação de uma UAPS em um município pequeno de interior.

Por conseguinte, busca-se sintetizar as concepções e as incitações necessárias para alcançar os objetivos almejados, isto é, os aspectos teórico-metodológicos. Posto isso, cabe ressaltar, ainda, que o estudo desenvolvido está ancorado em conhecimentos situados nas áreas de Saúde e de Serviço Social, nos quais se buscou os aportes teórico-conceituais para a necessária fundamentação científica.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

Concomitantemente à evolução das formas de lidar com o transtorno psíquico, observa-se que, em muitas regiões do País, envolvendo municípios de pequeno ou grande porte, desenvolvidos ou não, metropolitanos ou com características de interior, podem-se notar tendências (não generalizadas) de aumento no número de transtornos mentais e o uso abusivo de substâncias psicoativas entre usuários de atendimento de saúde pública. Aspectos como esses são os propulsores no crescimento das pesquisas relacionadas com a saúde mental.

Destaca-se ainda que as transformações econômicas decorrentes do processo de expansão e de reestruturação do capitalismo, além de desencadear transformações nas condições de vida e de trabalho, provocam influxos nas políticas sociais, uma vez que o processo de reordenamento do capital em seu padrão globalizado e neoliberal promove uma busca pela redução de custos da força de trabalho, privatização, mercantilização das políticas públicas, desconstrução e perdas de direitos (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Dessa forma, o estudo a respeito da política pública de saúde mental deve atentar-se para os elementos conjunturais que se mostram como determinantes sociais, econômicos e políticos do processo saúde-adoecimento-atenção, e incidem sobre o cuidado em saúde, na organização dos serviços e das práticas firmadas na integralidade do atendimento, autonomia e desenvolvimento da cidadania do usuário da Política de Saúde Mental.

A pesquisa foi desenvolvida em um município pequeno situado no sul do Espírito Santo, com economia centrada na agropecuária e beneficiado com *royalties* provenientes da exploração de petróleo; segundo dados do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), com população superior a 11.500 habitantes e Produto Interno Bruto (PIB) per capita de mais de R\$ 290 mil (IBGE, 2020). Destaca-se que, no município, a assistência especializada em saúde mental se iniciou em 2019, com a criação de um serviço de atenção psicossocial para atendimento a demandas relacionadas com a política pública de saúde mental. Não obstante, faz-se importante esclarecer que o município possui menos de 20 mil habitantes; dessa forma, não se enquadra na capacidade descrita pelo § 4º do art. 7º da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), para a implementação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa forma, observando a demanda existente para atendimento à população em saúde mental, o município criou um serviço que foi denominado de UAPS, com uma equipe multiprofissional composta por assistente social, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro e coordenador.

Diante dessa breve caracterização, destaca-se a atuação ainda “jovem” dessa UAPS, e, concomitantemente, suas atribuições ainda limitadas, como a realização de psicodiagnóstico, medicação e encaminhamento de casos de internação hospitalar, como sendo as atribuições atuais dela. Apesar da existência da política específica de saúde mental, as medidas que as viabilizam em determinados cenários podem ser consideradas limitantes. Dessa forma, existe uma busca por parte dos profissionais envolvidos na UAPS do município em expandir as ações desenvolvidas e gerar novas estratégias de atendimento, envolvendo, por exemplo, a atenção ambulatorial comunitária.

O contexto destacado, em relação ao município, ancora uma interrogação que se apresenta como problema de pesquisa: como se deu a implantação de um serviço de atendimento psicossocial para pessoas com transtorno mental na realidade de um pequeno município de interior? A essa questão, encontram-se intimamente relacionadas duas outras também norteadoras da pesquisa, a saber: como um município pequeno de interior realiza a atenção às pessoas com transtorno psíquico na política pública de saúde mental? Que elementos se destacam como fatores que influenciam no processo da implantação e funcionamento desse serviço e como influenciam?

Com vistas a responder a essas questões, buscou-se realizar uma pesquisa social de abordagem qualitativa, tendo como delineamento o Estudo de Caso, com a perspectiva de favorecer a produção de conhecimentos relativos à realidade da atenção ofertada na política de saúde mental, mesmo em face da realidade de um município pequeno do interior do Espírito Santo. Esperamos que os conhecimentos produzidos por este estudo contribuam para potencializar as ações de atenção em saúde mental dirigida às pessoas com transtorno mental no município campo da pesquisa.

Nesse sentido, o presente estudo tem por compromisso tecer e estimular reflexões a respeito da realidade relacionada com a implementação de um serviço de atenção psicossocial, inserido na política pública de saúde mental em um município de interior, contribuindo para o registro de uma experiência real, que, mesmo que pontual, com suas contradições, conflitos, revela possibilidades ou não de efetivar os pressupostos da reforma psiquiátrica que subsidiam a atenção em saúde mental.

1.2 OBJETIVOS

O **objetivo geral** do estudo consistiu em analisar o processo de implantação e funcionamento de uma UAPS em um município do interior do Espírito Santo, com vistas a desvelar os desafios e as perspectivas para a efetivação da política pública de saúde mental no município.

No intuito de aprofundar as intenções implícitas no objetivo geral e auxiliar no seu alcance, apresentaram-se os seguintes **objetivos específicos**: a) examinar os documentos da administração pública municipal que dispõem sobre a implantação do CAPS, destacando o que esses instrumentos estabelecem como competências e recursos para o funcionamento desse serviço de saúde; b) identificar ações desenvolvidas pela UAPS, na inter-relação com a atenção básica de saúde no município; c) verificar como se encontra equipada a UAPS para acolhimento e atendimento às demandas de atenção em saúde mental do município; d) assinalar os desafios vivenciados pelos profissionais da UAPS para a efetivação da atenção em saúde mental, na realidade desse município.

1.3 ESTRUTURA GERAL DA DISSERTAÇÃO

A partir dessas primeiras considerações sobre o trabalho, exibidas nos itens anteriores, passamos agora a apresentar como esta Dissertação encontra-se organizada.

Dentre as subdivisões que compõem este estudo, destaca-se a Introdução, que contém as concepções que contextualizam e problematizam o objeto de estudo, bem como descrevem os objetivos da pesquisa anteriormente citados.

Na sequência, na seção 2, denominada “Processo Metodológico”, descrevem-se os métodos, as técnicas, os instrumentos e os procedimentos empregados na realização da pesquisa que subsidia o presente estudo, destacando a abordagem qualitativa no formato de um Estudo de Caso.

Após a descrição do processo metodológico, está disposta a seção 3, que compreende o capítulo de referencial teórico. Intitulado “Bases teóricas para a reflexão e debate a respeito da saúde mental”, esse capítulo versa sobre a saúde mental e o processo histórico social da atenção às pessoas com transtornos mentais, bem como a Política Nacional de Saúde Mental adotada no Brasil, suas ações e serviços, além dos desafios atuais impostos a essa política pública. Para melhor abordagem do seu conteúdo, o capítulo está dividido em três subseções, denominadas: “A trajetória histórica de atenção às pessoas com transtorno psíquico”; “Política Nacional de Saúde Mental e os CAPS”; “Panorama da Política de Saúde Mental no atual contexto brasileiro: desafios, dilemas e influxos”. A divisão em subitens, embora fracione o conteúdo, possibilita uma abordagem de forma mais atenta de cada fragmento textual na sua especificidade de fundamentação teórico-científica, evitando-se, assim, a sobreposição confusa de ideias em um texto único corrente. A subdivisão, portanto, tem um caráter didático organizativo, pois reconhecemos que os elementos, embora separados em itens, são absolutamente correlatos.

Em seguida, a seção 4 desta Dissertação, intitulada “Implantação e funcionamento da UAPS no município estudado: Desafios e perspectivas à política de saúde

mental”, contém os resultados da pesquisa desenvolvida a partir de entrevistas realizadas com profissionais da UAPS, contemplando a análise interpretativa dos dados obtidos.

Por fim, as Considerações Finais cumprem o papel de apresentar a síntese deste estudo, que mesmo não se tratando de conclusões definitivas, mostram-se como oportunidade de tecer as últimas ideias relacionadas com a experiência da pesquisa na vivência da autora, uma reflexão sobre o estudo desenvolvido, bem como sugestões de possíveis desdobramentos do tema que possam ser tratados em pesquisas futuras.

2 PROCESSO METODOLÓGICO

A realização de uma pesquisa científica exige, pois, atentar para seu processo de desenvolvimento, o que implica a necessidade de proceder a escolhas e tomar decisões. Tais decisões conformam um processo de planejamento imbuído de reflexão e tomada de decisão acerca dos objetivos e procedimentos a serem adotados para realizar cientificamente uma pesquisa.

A pesquisa científica é um processo que pressupõe a articulação de esquemas teóricos para a compreensão da realidade, bem como a definição de procedimentos para realizar o alcance dos propósitos da pesquisa. Ao realizar uma pesquisa científica, o pesquisador reúne informações e as analisa para construir conhecimento em uma determinada área ou disciplina.

As informações a serem buscadas, as fontes de informações a serem utilizadas, as formas para obtenção das informações desejadas e a maneira como se dará o tratamento das informações obtidas constituem, assim, um processo metodológico científico que representa um percurso entre a indagação inicial e o alcance dos objetivos.

Chegar à apreensão da realidade estudada demanda uma postura que incorpore conhecimentos teóricos, associados a procedimentos e técnicas metodológicas, como já referido. É no quadro de referências que se encontram os princípios, as diretrizes e os procedimentos norteadores da pesquisa, porque é ele que fornece os elementos para a compreensão da realidade e do processo de produção de conhecimento. O quadro de referência teórica encontra-se realizado por meio de pesquisa bibliográfica compondo o referencial teórico do estudo.

Dessa forma, este espaço tem por finalidade apresentar as escolhas metodológicas guiadas por referências epistemológicas que situam a pesquisadora como um agente ativo no processo investigativo que, ao construir e desenvolver seu processo investigativo, também constrói a si própria e se desenvolve.

Sob essa ótica, o processo metodológico contemplou uma pesquisa social de abordagem qualitativa, cujo delineamento foi o Estudo de Caso. O caráter qualitativo da pesquisa está representado pelo interesse de estudar um objeto que se configura como um processo social, na medida em que o interesse desta pesquisa esteve direcionado ao processo de implantação de um CAPS e seu funcionamento, na realidade social de um pequeno município situado no interior do Espírito Santo.

A escolha pela abordagem qualitativa encontra-se fundamentada em referenciais como Minayo (2006), Martinelli (1999) e Richardson (2011). Na concepção de Minayo (2006), o método qualitativo permite estudar relações, histórias, crenças, opiniões, percepções dos homens em suas construções sociais, respondendo a questões subjetivas e particulares. Para Martinelli (1999), as pesquisas qualitativas se dedicam a conhecer experiências sociais, em uma dada sociedade. Por fim, Richardson (2011) assinala que a pesquisa qualitativa apresenta a característica de buscar a compreensão detalhada de fenômenos e fatos sociais vividos por pessoas e grupos sociais.

Considerando o objetivo de analisar o processo de implantação e funcionamento de uma UAPS na realidade específica e singular de um pequeno município do interior do Espírito Santo, com vistas a desvelar os desafios e as perspectivas para a efetivação da política de saúde mental no município, a pesquisa desenvolvida se estruturou como Estudo de Caso exploratório, de abordagem qualitativa.

O Estudo de Caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas Ciências Sociais, e seu uso é adequado quando se deseja analisar situações concretas, nas suas particularidades, possibilitando o amplo e detalhado conhecimento do objeto tomado para estudo, como afirma Gil (2009). Ainda, segundo esse autor, embora não seja adequado para o estudo preciso de uma população, o Estudo de Caso permite explorar situações da vida real, preservando o caráter unitário do objeto pesquisado, e explicar variáveis causais de determinado fenômeno em situações que não possibilitem a utilização de levantamentos e experimentos.

Nas Ciências Sociais, o Estudo de Caso pode englobar tanto um único indivíduo em um contexto definido como pode ser entendido como uma família ou outro grupo social, uma instituição, um conjunto de relações, um processo social, uma comunidade, uma nação, ou mesmo uma cultura, pois qualquer unidade social é considerada totalidade investigativa (GIL, 2009). Assim, o estudo relacionado com a implantação e o funcionamento de um CAPS, como serviço inscrito na política pública de saúde mental, no contexto específico de um município, converte-se em um Estudo de Caso, na medida em que o município pode ser considerado, segundo Gil (2009), uma unidade-caso de pesquisa.

A pesquisa foi realizada no contexto de um município pequeno, situado no sul do estado do Espírito Santo, com economia centrada na agropecuária e beneficiado com *royalties* provenientes da exploração de petróleo. Segundo dados atuais do IBGE, a população foi estimada em 11.574 pessoas em 2019, com PIB per capita de R\$ 292.397,08, salário médio mensal dos trabalhadores de empregos formais de 2,4 salários-mínimos e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)¹ de 0,657 em 2017 (IBGE, 2020).

Em relação aos procedimentos de coleta de dados, o local de realização da pesquisa foi a UAPS do município. Destaca-se que a assistência em saúde mental nesse município iniciou-se no ano de 2019, com a criação da UAPS, composta por uma equipe mínima de um psicólogo, um médico psiquiatra, um assistente social e um enfermeiro. Como já explicitado anteriormente nesta Dissertação, o município não preenche o requisito para a instalação de um CAPS, segundo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, na impossibilidade de organizar o CAPS, por se tratar de município com população abaixo de 20 mil habitantes, o serviço criado pelo município foi denominado de UAPS.

¹ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida utilizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento para comparar indicadores relacionados com o grau de desenvolvimento econômico e qualidade de vida da população; varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor é o índice de desenvolvimento.

A pesquisa contou com a participação de quatro pessoas que atuam na política de saúde mental do município, compondo a equipe multiprofissional da UAPS, a saber: um assistente social, um psicólogo, um médico psiquiatra e um enfermeiro. Trata-se de amostra intencional, intrínseca à pesquisa qualitativa, pois,

[...] Como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências, não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Acreditamos que o coletivo expressa o conjunto de vivências, contribuindo para revelar as tensões, dilemas e contradições inerentes à implantação e ao funcionamento da UAPS na realidade do município campo de estudo. Ou seja, o coletivo contribui, no dizer de Richardson (2011), para a apreensão das características situacionais da realidade estudada.

Os dados foram coletados por meio entrevistas do tipo semiestruturada, com roteiros elaborados pela própria pesquisadora (APÊNDICE A). Na realização das entrevistas, manteve-se atenção voltada para a fala dos entrevistados, sua expressão corporal, gestos, tonalidade da voz e ênfase em palavras e expressões. Para tanto, as entrevistas, após agendadas segundo a disponibilidade de cada participante, foram realizadas em espaço reservado, a fim de assegurar privacidade e confidencialidade.

Para assegurar o registro fidedigno dos dados obtidos nas entrevistas, elas foram gravadas por meio de aparelho de gravação digital, com a devida permissão do participante. Nos casos em que não houve a permissão da gravação, a entrevista foi registrada manualmente pela pesquisadora.

Ainda, na coleta de dados, as entrevistas com os profissionais da UAPS foram complementadas pela realização da técnica de análise documental, aplicada em documentos de domínio público, pertencente à administração municipal, como portarias e projetos, relacionados com a criação da UAPS e seu funcionamento.

As fontes documentais foram analisadas observando-se sua aplicabilidade referente à implantação e ao funcionamento da UAPS no município. As informações contidas nos documentos foram registradas em uma planilha especialmente elaborada para tal finalidade, criada pela própria pesquisadora (APÊNDICE B), possibilitando o tratamento dos dados à luz do método de Análise de Conteúdo.

Para tratamento dos dados, o material das entrevistas foi devidamente transcrito para assegurar a análise, segundo o método de Análise de Conteúdo. Após a transcrição e a análise, o material gravado foi destruído, para preservar a integridade dos participantes.

Uma investigação social possui características específicas, exigindo um método de análise de dados que considere suas peculiaridades enquanto fenômeno nascido da intervenção humana, política, econômica, entre outros fatores característicos dos processos sociais. Possui, portanto, especificidades intrínsecas e extrínsecas indissociáveis da ação humana no mundo, demandando, nesse sentido, um olhar sensível do investigador para informações que possam estar implicitamente contidas no discurso.

A Análise de Conteúdo é um método originário da área da Psicologia Social, no entanto, é perfeitamente adaptável a qualquer área do conhecimento em que exista comunicação humana e na qual se estejam investigando fenômenos sociais por meio do discurso subjetivo dos sujeitos, requerendo, para tal, uma interpretação mais atenciosa e criteriosa por parte do investigador. Para Franco (2012, p. 21):

[...] o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Necessariamente, ela expressa um significado e um sentido. Sentido que não pode ser considerado um ato isolado. (FRANCO, 2012, p. 21).

Por outro lado, segundo o autor, a Análise de Conteúdo não pode configurar mera projeção da interpretação subjetiva do pesquisador, ou seja, “os resultados devem refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos e capturáveis no âmbito das comunicações emitidas” (FRANCO, 2012, p. 30), tornando, assim, o processo de inferência plenamente verificável.

A Análise de Conteúdo, portanto, “[...] tem por objetivo classificar o conteúdo dos textos alocando as declarações, sentenças ou palavras a um sistema de categorias” (FLICK, 2013, p. 137). Segundo a proposta do autor, o procedimento de análise qualitativa de conteúdo tem início a partir dos seguintes passos: a) definição do material a ser analisado; b) análise da situação da coleta de dados; c) caracterização formal do material; d) definição da direção da análise em relação ao material selecionado.

A partir daí, definem-se: a “unidade de codificação” que indica a mínima parte do texto que pode compor uma categoria; a “unidade contextual” que indica qual o maior elemento do texto a ser categorizado; e a “unidade analítica” que definirá quais passagens serão analisadas uma após a outra (FLICK, 2013, p. 139).

Assim, na pesquisa realizada, foi adotado o método de Análise de Conteúdo. Para tanto, procedeu-se de modo a identificar nos textos transcritos das entrevistas, e nos documentos analisados, as unidades de codificação, contextuais e analíticas, agrupando-as em seguida, conforme suas semelhanças, para compor as categorias de análise, que estão apresentadas descritivamente e analisadas interpretativamente por meio da inferência e associação ao referencial teórico adotado nesta pesquisa, na seção 4 desta Dissertação.

A pesquisa, que foi registrada na Plataforma Brasil sob o número CAAE: 31536820.4.0000.5065 do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), adotou os critérios estabelecidos na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a realização ética de pesquisa com seres humanos nas Ciências Sociais e Humanas. Dessa forma, foi realizada somente após a concordância explícita da instituição coparticipante, expressa por meio da Carta de Anuência. A coleta de dados ocorreu apenas após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM e a concordância dos participantes da pesquisa que, estando devidamente esclarecidos da sua participação na pesquisa, consentiram em participar livre e voluntariamente dela, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 BASES TEÓRICAS PARA A REFLEXÃO E DEBATE A RESPEITO DA SAÚDE MENTAL

Conforme já mencionado anteriormente, esta seção se destina a apresentar a base teórica que fundamenta o presente estudo e cumpre o papel de expor uma compreensão a respeito da saúde mental, com atenção voltada para a consideração da atenção dada às pessoas com transtornos mentais ao longo do tempo, compondo um histórico que nos permite situar a construção da política de saúde mental no Brasil, suas ações e serviços, bem como uma reflexão sobre as questões atuais que ameaçam os princípios e as conquistas da reforma psiquiátrica brasileira, impondo retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental, na atual conjuntura do País, com a ascensão ao poder das forças neoconservadoras.

Assim, a seção está organizada em três eixos (subseções), que nos fundamentam na apreensão teórico-conceitual de concepções inerentes ao debate em saúde mental, considerando nosso interesse na análise da implantação e funcionamento de um CAPS em uma cidade pequena de interior.

3.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO PSÍQUICO

Em 1947, segundo Lourenço e outros (2012), a OMS criou um conceito de saúde que ainda é utilizado no contexto moderno, referindo-se à saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Esse conceito, de acordo com Quinderé e Jorge (2010), contribuiu para a ampliação da compreensão da saúde nos eixos biológico, psíquico e social que, em conjunto, compõem o ser humano.

Contudo, existe uma evolução histórica que culminou nas bases para a criação do conceito da OMS de 1947 e que continuou em processo de evolução após a divulgação dele. Entre as bases, com ênfase para o eixo mental, pode-se considerar a evolução na forma de lidar com as pessoas que apresentam comportamentos advindos de algum transtorno na psique.

Historicamente, antes do século XIX, não havia o conceito de doença mental, tampouco uma distinção entre a razão e a loucura. Contudo, do Renascimento até a atualidade, ocorreu um processo de exclusão da loucura, das demais experiências sociais (SILVEIRA; SIMANKE, 2009). Todavia, a forma de compreender e lidar com as pessoas com transtornos psíquicos se alterou muito no decorrer da história humana.

Na Grécia Antiga, o louco era considerado uma pessoa com poderes divinos ou próximos dos deuses. Nesse período, as frases enigmáticas ou não compreendidas proferidas pelas pessoas com transtornos psíquicos eram relacionadas com as ordens dos deuses para os mortais, sendo, muitas vezes, capazes de modificar acontecimentos e costumes da sociedade. Nessa época, os transtornos eram vistos como dons divinos, dessa forma, a sociedade não buscava os controlar nem os excluir (SOUZA, 2018).

Na Idade Média, eventos como a peste e a lepra geraram medo na população, que, por não compreender as razões desses eventos, considerava-os como ações do outro mundo. Assim, novamente as frases enigmáticas dos indivíduos com transtorno psíquico eram a forma de comunicação deste com o outro mundo, sendo vistos como forças da natureza – naquele momento, pode-se dizer que a loucura era exaltada, e não julgada (SOUZA, 2018).

Contudo, concomitantemente com a exaltação, o medo do diferente começou a dominar outras formas de pensamento, que repudiavam o incompreendido; o que fez com que a loucura, no decorrer da história, fosse separada de sua função como instrumento das forças da natureza e fosse colocada como o oposto da razão. A razão, ao tentar compreender a loucura, passou a considerá-la como o conjunto dos vícios humanos, como preguiça, avareza e afins, transformando a visão próxima do divino que havia no passado como uma forma de vida desqualificada e banal (SOUZA, 2018).

Ainda na Idade Média, as pessoas com transtorno mental poderiam ser vistas com associação ao sobrenatural, contudo, ao invés de próximos aos deuses, eram associados aos demônios, sendo, muitas vezes, considerados possuídos por eles, levando ao início de sua exclusão pela sociedade, sendo acorrentados e expostos

ao frio e à fome, sendo até queimados em fogueiras como hereges (BRASIL, 2008; LOTUFO NETO; LOTUFO JUNIOR; MARTINS, 2009).

Esta situação se manteve, tornando-se cada vez mais acentuada, pois a sociedade preocupava-se com sua segurança acima da compreensão das pessoas com transtornos, levando esses indivíduos a serem banalizados e colocados à margem da sociedade. A pessoa com transtorno psíquico, principalmente quando agitada e agressiva, era simplesmente largada em alguma prisão, exposta a outros indivíduos excluídos da sociedade que aguardavam a morte, podendo correr riscos devido a tal contato, cenário que perdurou até o século XVIII (FOUCAULT, 2010).

No século XVII, de acordo com Foucault (1987) e Zambroni-de-Souza (2006), na França, foi criado um estabelecimento denominado de Hospital Geral. Este local era uma casa de internação sem características médicas, visando apenas abrigar os pobres, vagabundos, inválidos, doentes e qualquer indivíduo considerado à margem da sociedade. A função do Hospital Geral, basicamente, era impedir que essas pessoas, geralmente desempregadas, mendigassem nas cidades; e para garantir essa estrutura, tanto o Poder Executivo quanto o Judiciário poderiam encaminhar os indivíduos para o Hospital Geral. Para arcar com as despesas, os indivíduos alojados no Hospital Geral eram submetidos a diversos trabalhos, recebendo valores mínimos para tal. Contudo, esse modelo foi praticamente extinto em toda a Europa no início do século XIX.

Salienta-se que a estrutura do Hospital Geral não distinguia entre pessoas com transtornos psíquicos ou não. Estas poderiam apenas ser separadas internamente por medidas de manutenção administrativa dos indivíduos no estabelecimento, mas não para gerar cuidados diferenciais ou uma visão médica sob sua condição (CASTEL, 1978; ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

O Hospital Geral surgiu como uma medida para lidar com as pessoas desempregadas excluídas do restante da sociedade. Entretanto, mesmo sem distinguir pessoas com transtorno mental daquelas sem esse tipo de transtorno, esses indivíduos se destacavam no estabelecimento, pois, conforme citado, o local seguia uma ordem de trabalho, determinada pela sociedade da época, que classificava as pessoas em dois grupos: os que trabalhavam, e nesse período o

trabalho dignificava o homem; e os “vagabundos”, excluídos e à margem da sociedade por não desempenharem função produtiva (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006; FOUCAULT, 2010).

As pessoas que apresentavam transtornos psíquicos ou eram consideradas alienadas poderiam apresentar resistência a esse modelo de subordinação. Essa forma de posicionamento colocou esses indivíduos ainda mais à margem social, pois, ao não seguirem a estrutura preestabelecida, eles se destacavam dos demais indivíduos que seguiam tais padrões. Essa postura levou ao encerramento dos Hospitais Gerais e à geração de uma nova forma de reclusão, o asilo ou, como ficaram mais conhecidos, os hospícios; concomitantemente, nasce o alienismo (FOUCAULT, 1987; ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

No século XVIII, com as reformas políticas e sociais, surgiu na França o início da compreensão da loucura como doença mental, por meio do médico Philippe Pinel, que passou a considerar a loucura como uma questão médica que deveria ser vista e tratada como doença, levando ao surgimento das clínicas com local de internação, estudos sobre o comportamento e caracterização das pessoas com transtornos e afins (FORTES, 2010; SOUZA, 2018).

Infelizmente, a nova estrutura, apesar de aparentemente melhorar a situação desses indivíduos, ainda era marcada por exclusão e opressão. Nas clínicas de internação, as pessoas com transtorno mental ficavam aos cuidados dos enfermeiros que, muitas vezes, devido ao medo do desconhecido, repreendiam-nas e isolavam-nas de suas famílias, que ou desconheciam essa situação ou se omitiam a ela (BRASIL, 2008).

No início do século XIX, continuando as ações de Pinel, a loucura passou a apresentar uma descrição psicológica, sendo os principais representantes da chamada primeira escola psiquiátrica o próprio Philippe Pinel na França e Tuke na Inglaterra, de Esquirol (discípulo de Pinel) (SOUZA, 2018). Inicialmente, o tratamento das pessoas com transtornos psíquicos era nomeado de tratamento dos alienados, em que o médico especializado nesse tratamento era chamado de alienista (DESVIAT, 1999).

O alienismo pode ser considerado o nome primário da psiquiatria, destinando a forma de lidar com os indivíduos alienados da razão ou insanos. A psiquiatria surgiu como ciência nos primórdios do século XIX, momento em que se iniciaram as concepções sobre loucura e/ou doença mental descritas por Pinel (MACHADO, 2009).

A falta de capacidade dos indivíduos alienados em seguir os moldes estabelecidos pela sociedade fez com que estes fossem vistos como pessoas que necessitavam de cuidados e proteção, ao passo que os colocava como riscos potenciais à sociedade (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

Por não seguirem a estrutura social, serem considerados insanos e incapazes, os alienados deveriam ser isolados para receber o tratamento moral, fazendo do asilo e/ou hospital o local de isolamento/reclusão e tratamento da doença. Essas medidas apresentam duas facetas: de um lado, permitiram o estudo e a compreensão das possibilidades de tratamento modernas, afastando o misticismo da condição das pessoas com transtorno psíquico; contudo, de outro, ainda manteve os muros de confinamento sobre esses indivíduos (FOUCAULT, 1987, 2010; DESVIAT, 1999).

Em uma síntese baseada nos estudos de Foucault (2010), Souza (2018) e outros similares, pode-se afirmar que, antes do século XIX, não havia ciência voltada ao estudo das pessoas com transtornos psíquicos; na verdade, por muito tempo não existiu distinção entre o que era o racional e a loucura, como ficou denominada por um longo período. Na Grécia, o indivíduo transtornado era exaltado como alguém próximo das divindades; na Idade Média, essa exaltação se converteu em medo que criou um misticismo negativo, associando a loucura à posse por demônios. A partir desse ponto, os indivíduos com transtorno psíquico passaram a ser excluídos da sociedade com outras classes de indivíduos marginalizados, sendo as ideias iniciais de separação do misticismo para a compreensão do transtorno como enfermidade ocorrendo no século XIX.

Nesse período, as ideias de Pinel possibilitaram a criação dos asilos e de estudos que refletiram em conhecimentos e formas de lidar com as pessoas nessa condição, influenciando a construção dos conhecimentos modernos. Contudo, as forças de Pinel, em sua época, não foram suficientes para eliminar a exclusão dos indivíduos

com transtornos psíquicos. Passou-se a ter noção das necessidades que essas pessoas demandam e da forma mais adequada, até então, de lidar com eles; no entanto, essa compreensão não impediu a repressão e o isolamento desses indivíduos.

No século XX, com os estudos de Sigmund Freud sobre o comportamento do indivíduo sadio e do doente, novas concepções foram geradas, baseadas na assistência social, emocional e religiosa, complementando-as com a física. Nascia o campo da Psicanálise. Isso levou a uma nova forma de cuidado e bem-estar

Dessa forma, o cenário da compreensão desenvolvido por Freud – e o cenário social posterior com a proliferação e lotação de hospícios, por exemplo – permitiu iniciar a implementação das ideias de Pinel, a partir de 1950. Com o surgimento dos psicofármacos, houve reduções nessa superlotação dos hospícios, possibilitando a construção de outras perspectivas (SOUZA, 2018).

Segundo Amarante e Torre (2018), as experiências de reforma psiquiátrica no cenário internacional, na segunda metade do século XX, resultaram em críticas e inovações na forma de lidar com as pessoas com transtornos psíquicos, bem como na possibilidade de superação da atenção manicomial, instaurando a defesa da liberdade, da convivência social e comunitária e a ruptura com a segregação de tais pessoas.

As experiências internacionais foram influência para o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil na década de 1970, sobretudo a experiência desenvolvida por Franco Basaglia na Itália. A Reforma Psiquiátrica no Brasil representa importante crítica ao modelo hospitalocêntrico, construiu caminho para a efetivação de novos modos de cuidado às pessoas com transtornos psíquicos e, nesse sentido, “[...] se constituiu, desde as suas raízes, como um movimento social de construção de um novo discurso e uma nova prática no lidar com a loucura e o sofrimento mental [...]” (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1103). Como resultado desse processo, tem-se a Política Nacional de Saúde Mental, o que será abordado no próximo item.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E OS CAPS

Retomando o conceito de saúde da OMS, de 1947, o eixo da saúde mental, em conjunto aos demais, é essencial para o estabelecimento do bem-estar humano. Nesse sentido, sua importância e notoriedade cresceu tanto que se tornou, também, um componente do modelo da saúde pública moderna no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Tamanho é essa expressividade nos cenários modernos que foi instaurada, por meio do art. 198 da Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990), e nº 10.216, de 2001 (BRASIL, 2001), a Política Nacional de Saúde Mental. Tal legislação compreende a inserção da pessoa com transtorno mental na rede de atenção à saúde, com todo o tratamento necessário.

Contudo, houve um longo processo dentro do cenário brasileiro até a implementação da Política Nacional de Saúde Mental. No tópico anterior, tratou-se da história de abordagem das pessoas com transtorno psíquico no mundo, porém, essa história apresenta suas particularidades distintas em cada nação. A Reforma Psiquiátrica no Brasil seguiu os fundamentos teóricos da reforma italiana, entretanto, houve grande distinção do processo ocorrido na Europa.

Para fins de registro, a atenção ao indivíduo com transtorno psíquico ou doente mental iniciou-se com a chegada da família real, em que, para “permitir” o crescimento socioeconômico e a expansão das cidades, adotou-se como medida o controle por meio do isolamento dos indivíduos que ameaçavam a paz e a ordem social (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Avançando cronologicamente, em 1852, foi criado o primeiro hospício brasileiro, seguindo as mesmas diretrizes europeias; o agente de cuidado nos hospitais psiquiátricos era o enfermeiro, mediando o médico que tratava a doença e o guarda que fazia a vigília dos indivíduos no estabelecimento. Alinhada a essa concepção, em 1890 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, para tornar sistemática a formação dos enfermeiros voltados ao espaço asilar. Contudo, em um país em desenvolvimento com um modelo assistencialista e curativo, não demorou para que a doença mental fosse convertida em mercadoria; com isso, o modelo

manicomial baseou-se no gasto mínimo para manter os indivíduos sob controle. Porém, tal modelo demonstrou suas falhas na década de 1970, quando a previdência social entrou em crise, demonstrando a necessidade de reformulação do modelo (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na década de 1970, o cenário de denúncias sobre violação dos direitos humanos nas instituições psiquiátricas gerou os primeiros casos de remodelação de serviços em saúde mental, envolvendo trabalhadores, família e imprensa. Uma vez constatados rompimentos na dignidade dos indivíduos com transtorno nos locais de trabalho, foram geradas novas modalidades de assistência com base comunitária e territorial. Em 1978, ocorreu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que gerou fortes mobilizações sociais, direcionando-se ao Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, baseada principalmente na desinstitucionalização e no enfoque na atenção psicossocial (SILVEIRA; BRANTE; STRALEN, 2014).

No final da década de 1970, de acordo com Almeida (2019), a necessidade de implementar uma Política Nacional de Saúde Mental era algo urgente. O cenário até o momento se caracterizava por muitos hospitais psiquiátricos e pouca qualidade nos cuidados, violando, muitas vezes, os direitos humanos no interior dos estabelecimentos. Como medidas iniciais, vieram as primeiras reformas, por exemplo, em Santos-SP, com o desenvolvimento de um modelo adaptado ao contexto brasileiro, dando os primeiros passos rumo à Política Nacional de Saúde Mental.

Tais reformas buscavam, principalmente, a melhoria das condições de vida nas instituições, para minimizar e/ou eliminar as citadas violações dos direitos humanos comuns até então, além de gerar um processo de desinstitucionalização que culminou na progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, ao entorno dos CAPS, que se inspiravam nos centros de saúde mental europeus (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A luta contra a manutenção dos manicômios se deu por meio da constatação e da adoção da reforma psiquiátrica. Nas décadas de 1960 a 1980, as redes assistenciais brasileiras eram ofertadas massivamente e subsidiadas por recursos advindos da unificação da Previdência Social; contudo, apesar da existência das redes

assistenciais, estas eram baseadas em modelos precários e com uso intenso de psicofármacos, além do isolamento social dos indivíduos com transtorno mental nos manicômios. Como consequências, constataram-se: superlotação das instituições, erros médicos, segregação e mortalidade dos pacientes (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Em 1986, perante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, diante da ampliação democrática na saúde, foi instaurada a realização de conferências temáticas por todo o País, entre as quais a área de saúde mental foi um dos focos, estabelecendo, em 1987, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que incitou a necessidade de reformular a legislação e inverter o modelo assistencial centrado no hospital. Outro evento de destaque foi o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se caracterizou pela luta contra os manicômios, e estabeleceu, no dia 18 de maio, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (SILVEIRA; BRANTE; STRALEN, 2014).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992 e 2001, atuaram tornando possível o cenário para substituição do modelo retrógrado de cuidado ao indivíduo com transtorno mental, para as novas concepções de respeito aos direitos e à cidadania, bem-estar e saúde, norteando, também, a implantação dos CAPS citados anteriormente. No entanto, as conquistas desses eventos não foram absorvidas de forma homogênea em todo o País, em parte devido à necessidade de mudança cultural, resistência de donos de hospitais focados na questão econômica e políticos opostos à reforma (ALMEIDA, 2019).

Os resultados dessas medidas podem ser observados de forma numérica: no período entre 2001 e 2014, os leitos de hospitais psiquiátricos saíram de 53.962 para 25.988, evidenciando, entre outras coisas, o fechamento de muitos estabelecimentos que não atendiam aos parâmetros mínimos de qualidade para funcionar. Dentre outras medidas, pode-se citar o desenvolvimento de serviços residenciais para os pacientes de longa permanência, além de outras medidas fortalecidas pela Conferência de 2001, aliada a Lei nº 10.216, de 2001 (ALMEIDA, 2019).

A Reforma Psiquiátrica pode ser considerada efetivamente conquistada com a lei de 2001, contudo, foram as ações desenvolvidas entre 1980 e 1990 que impulsionaram e tornaram possível a ocorrência de tais feitos. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, apresentava as primeiras considerações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, norteando diretrizes para o sistema público e privado sobre as formas de lidar com a saúde, desde a universalidade de acesso aos serviços de saúde até a organização de atendimento específico e especializado de determinadas situações (BRASIL, 1990).

Direcionada para as particularidades da saúde mental, a Lei nº 8.080/1990 já apresentava como atribuições: controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e uso de psicoativos; organização de acompanhamento psicológico; e medidas para a modalidade de assistência e internação domiciliar, envolvendo procedimentos médicos, medicação, cuidado integral e outras medidas necessárias à modalidade. Por ser a Lei Orgânica da Saúde, possui ainda outras atribuições voltadas ao atendimento e à promoção da saúde de maneira geral, trazendo, como citado, as primeiras medidas direcionadas à saúde mental e dando outras indicações e parâmetros para atendimento, promoção e proteção da saúde da população (BRASIL, 1990).

Em 2001, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, torna-se o marco para o estabelecimento da Política Nacional da Saúde Mental. Em seus artigos, essa lei garante os direitos e a proteção dos indivíduos com transtornos mentais, a despeito de qualquer característica étnico-social, trazendo como diretos o acesso ao melhor atendimento do sistema de saúde, condizente com as necessidades do indivíduo, tratamento com respeito voltado ao beneficiamento de sua saúde e inserção na família e sociedade, proteção contra abuso ou exploração, sigilo das informações fornecidas, acompanhamento médico e esclarecimentos sobre sua condição, independentemente de internações voluntárias ou não, acesso a comunicação e informação, entre outras medidas (BRASIL, 2001).

A lei deixa como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, bem como a assistência e a manutenção das instituições e unidade

de apoio. Torna o processo de internação em qualquer instância como última medida, indicada apenas na insuficiência dos recursos extra-hospitalares, busca a inserção/reinserção social do paciente e, principalmente, veda a internação dos indivíduos com transtornos psíquicos em instituição asilares e/ou desprovidas de recursos para assegurar os direitos presentes nessa mesma lei para esses indivíduos (BRASIL, 2001).

A internação passa a ocorrer apenas diante de laudo médico que assinale e justifique os motivos para tal, sendo caracterizada como voluntária ou consentida, involuntária ou não consentida e compulsória que é determinada pela justiça, sendo a internação voluntária acompanhada de uma declaração de que o indivíduo optou por essa modalidade de tratamento (BRASIL, 2001).

Das medidas enfatizadas nas determinações para o processo de internação, destaca-se que esta só será realizada com definição médica condizente, e seu término será definido de acordo com solicitação do paciente ou representante legal ao consentimento médico para tal ou por definição deste último. Nota-se que o indivíduo com transtorno mental e/ou seu representante passam a dispor de informação total sobre a situação do paciente, seus direitos, medidas protetivas, e demais parâmetros que muitas vezes foram negligenciados nos modelos mais arcaicos do tratamento das pessoas com transtorno psíquico (BRASIL, 2001).

A Lei nº 10.216/2001, que dispõe as medidas e marca o estabelecimento da Política Nacional da Saúde Mental, é complementada por outras medidas posteriores, como a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, voltada aos CAPS, nos diferentes graus de severidade de transtorno psíquico e nos diferentes regimes de tratamento (BRASIL, 2002).

Esses centros devem ser compostos por equipes multiprofissionais com ações interdisciplinares visando à criação de ambientes terapêuticos e/ou acolhedores. Os CAPS podem ser separados em cinco categorias: os CAPS I, II e III, referentes ao porte, complexidade e abrangência; o CAPSI, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes; e o CAPSAD, relativo ao atendimento de indivíduos com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas psicoativas (BERNARDI; KANAN, 2015).

Outra medida de importância é a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS para indivíduos com transtorno mental e/ou sofrimento com suas necessidades advindas do uso de álcool, crack e outras drogas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Essa mesma portaria traz a organização dos CAPS, descrita abaixo:

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPSI: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011, art. 4º).

Essa segmentação demonstra a forma de organização dos CAPS quanto ao atendimento dos indivíduos com transtornos psíquicos, sejam eles crianças, jovens ou adultos, e independentemente das causas de origem do transtorno. Contudo, Bernardi e Kanan (2015) destacam que não é claro qual CAPS possui atribuição exclusiva para crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, apresentando menções aos CAPSI e ao CAPSAD.

O CAPS constitui-se de um serviço substitutivo que oferece atividades terapêuticas, atendimento clínico, consultas, medicamentos e afins, buscando evitar as

internações em hospitais psiquiátricos. Essa extensão do atendimento denomina-se Clínica Ampliada, que gera mudanças no modo tradicional de compreensão e tratamento de transtornos psíquicos (BERNARDI; KANAN, 2015).

Segundo Pereira (2020, p. 78), a RAPS “[...] aponta para a concepção de um cuidado em saúde mental múltiplo, o que requer várias articulações envolvendo os diferentes níveis de atenção em saúde a fim de assegurar o suporte ao indivíduo no seu território [...]”. Constitui-se, portanto, uma rede com pontos articulados de atenção, que visa criar, ampliar e articular a atenção em saúde, no âmbito do SUS, para pessoas com transtorno mental e aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Quadro 1 – Componentes da RAPS e pontos de atenção segundo a Portaria nº 3.088/11

Componentes da RAPS (eixos)	Pontos de atenção (dispositivos)
I – Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura.
II – Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (nas diferentes modalidades: I, II, III, AD, Infanto-juvenil, AD III).
III – Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto-socorro.
IV – Atenção Residencial em caráter transitório	Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, que inclui as Comunidades Terapêuticas.
Componentes da RAPS (eixos)	Pontos de atenção (dispositivos)
V – Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
VI – Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa.
VII – Reabilitação Profissional	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Pereira (2020).

Além de destacar as Leis nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e as Portarias nº 336/2002 (BRASIL, 2002) e nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011),

muitas outras medidas não citadas estão envolvidas no processo de estabelecimento e manutenção da Política Nacional de Saúde Mental. Tais medidas buscam meios de garantir os direitos dos indivíduos com transtornos psíquicos/mentais às questões relacionadas com tratamento e igualdade social, ou seja, buscam, além de diagnosticar e tratar sua condição, garantir sua integração à sociedade, assegurar tratamento sem reclusão ou negligenciadas e estabelecer serviços como os CAPS que atuem garantindo o cumprimento dessas atribuições.

3.3 PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO: DESAFIOS, DILEMAS E INFLUXOS

Os rumos da política de saúde mental vêm sendo sistematicamente ameaçados por uma trajetória retrocedente, em contrapartida aos anos de avanços e conquistas com o movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Desde a crise do capital, na década de 1970, e suas reformulações estruturais para o enfrentamento da crise, vimos emergir o neoliberalismo e, com ele, a subsunção das políticas sociais às políticas econômicas de ajuste fiscal e redução do gasto público, como bem aponta lamamoto (2001) em sua análise, segundo a qual a perspectiva que submete os direitos e as políticas sociais à política econômica e à lógica orçamentária compromete as ações do Estado no seu dever legal de garantia de acesso dos cidadãos aos direitos sociais pela via das políticas públicas.

A isso, acrescenta-se o avanço do conservadorismo, que, segundo Gomes (2018), investe em medidas de retrocesso no campo da saúde mental fundamentadas nos seguintes elementos: capitalismo, proibicionismo, eugenia, Antirreforma Psiquiátrica, impactando o processo de implementação da RAPS. Desta feita, vimos que o setor saúde acaba sofrendo influências de ordem ideológica e econômico-orçamentária (COSTA, 2019).

Diante dessa conjuntura, fica explícito que, após o governo do ex-presidente Michel Temer e a atual governança do presidente Jair Bolsonaro, em vista de uma ótica ortodoxa neoliberal, houve uma atribuição dos problemas ao investimento público a essa área. Cumpre aqui destacar que o neoliberalismo avançou na década de 1970

em grande parte do mundo em resposta à crise mundial do capital, chegando ao Brasil em meados de 1990 (SILVA; SILVA, 2020).

Ainda nesse sentido, tal período é caracterizado pela normatização de privatizações em diversos campos, em uma lógica que prima pelas políticas sociais com caráter de seletividade, focalização, terceirização (com redução das responsabilidades do Estado na proteção social dos cidadãos). Após o ano de 2016, o Brasil tem retomado tais características, tendo como aspectos principais o conservadorismo e o autoritarismo de ideais (SILVA; SILVA, 2020).

Nesse cenário, a concordância de grande parcela dos brasileiros acende um sinal de alerta, pois vincula-se aos êxitos obtidos pela classe trabalhadora, inclusive as conquistas alcançadas após a Reforma Psiquiátrica (SILVA; SILVA, 2020).

A Reforma Psiquiátrica foi decisiva para transformar as atividades de grandes hospitais psiquiátricos, nos quais havia casos de violência asilar, além de aprisionamento e exclusão. Nesse método ilegal, ocorriam os isolamentos recorrentes e a ingestão de uma série de medicamentos (SILVA; SILVA, 2020).

Tal processo conceitual, iniciado em meados do século XX na Itália, primou pela ruptura com os métodos invasivos aos direitos humanos, utilizando-se do que foi chamado de Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria, sendo esta última originária da Inglaterra. Tal ato ecoou por todo o mundo, porém, de forma ímpar no Brasil (SILVA; SILVA, 2020).

Ainda em relação ao cenário nacional, na década de 1970, surgiu outro grupo relevante, designado de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se opunha às diretrizes impostas pelo regime ditatorial iniciado em 1964, quanto aos segmentos sociais, principalmente nos preceitos de condições de saúde pública. Tal movimento foi responsável ainda pela elaboração do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (SILVA; SILVA, 2020).

Em concordância com a citação acima, é notório ressaltar os elementos da reforma social, desempenhada por este movimento:

a) Democratização da saúde – em que se destaca a concepção ampliada de saúde, os determinantes sociais e o reconhecimento do direito público e universal à saúde; b) a democratização do Estado – com a ruptura com o modelo autocrático centralizador, respeitando o pacto federativo, a partir da descentralização das políticas com participação social via controle social e c) democratização da sociedade – com uma reforma intelectual e moral da sociedade, democratização da economia e da cultura etc. (COSTA, 2016, p. 88 *apud* SILVA; SILVA, 2020, p. 102).

Desse modo, a Constituição de 1988 foi resultado de pautas tanto do MRSB quanto de inúmeros outros grupos do gênero. Com isso, a saúde obteve avanços, sendo uma obrigação do Estado mantê-la íntegra e acessível a todos os cidadãos brasileiros. Na verdade, todos esses fatos históricos culminaram na elaboração do SUS, em 1990, com base na Lei nº 8.142 (SILVA; SILVA, 2020).

No entanto, Silva e Silva (2020) são categóricas em afirmar que o sistema capitalista busca se utilizar de modelos privatizantes de saúde, incluindo a saúde mental, como forma de acumulação, sem deixar qualquer dúvida de que, para a classe dominante, interessa o predomínio do lucro sobre direito a qualquer política pública de qualidade.

A atual volta da velha política é explícita, chamando a atenção, sobretudo, por causa dos reajustes dos valores destinados aos leitos de hospitais psiquiátricos, salientados pela Portaria nº 2.434 implantada em 2018. Tal fato destaca-se por uma política conservadora, contrária às ações que vinham sendo instituídas desde 2001 (COSTA, 2019).

Nessa perspectiva, com a implementação da Lei nº 10.216/2001, houve a centralidade dos planejamentos para todos os estados (unidades federativas) da União, para um mesmo direcionamento, com base na implantação de serviços com a modalidade CAPS habilitado. No entanto, entende-se que, com a redução de leitos psiquiátricos, deve haver um maior entendimento da história, para uma discussão ampla sobre a realidade (COSTA, 2019).

Em sucessão, outro aspecto importante no debate sobre os retrocessos para o campo da saúde mental foi a inclusão das comunidades terapêuticas na listagem oficial de componentes da RAPS, de acordo com o art. 11 da Resolução nº 32, de

2017. Esse ato ocorreu em 2015, ainda sob a administração do governo Dilma Rousseff; com isso, o apoio aos usuários de bebidas alcoólicas e outras drogas passou a ser financiado pelo Ministério da Saúde (MS), tendo apoio de recursos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), além de entidades filantrópicas e outros grupos (SILVA; SILVA, 2020).

Nesse mesmo sentido, Farias (2019) afirma que os avanços alcançados com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica em uma perspectiva de direitos de cidadania, universalidade de atenção na saúde e luta antimanicomial vêm sofrendo desmonte desde o governo Dilma, e mais incisivamente nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, por meio de alterações nas legislações sobre políticas de saúde mental.

A atual política atinge negativamente esse setor, em razão de projetos voltados para medidas de desencorajamento de processos e verbas ao SUS, enraizada pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que atua na direção contrária à Lei nº 10.216/2001 caracterizada como o pilar da Reforma Psiquiátrica. Outra medida desse governo que precisa ser citada é a Nota Técnica nº 11/2019, diminuindo as estruturas primordiais das batalhas movimento antimanicomial (SILVA; SILVA, 2020).

Outrossim, Silva (2020, p. 47) faz referência a essa nota técnica, assinalando que “[...] apesar de argumentar o fortalecimento da Rede, propõe um modelo que a substitui, em uma proposta que a aproxima do modelo asilar [...]”, cujas medidas propostas incluem o fim da política de redução de danos, a expansão dos leitos psiquiátricos para internação, e inclui o repugnante retrocesso à utilização da eletroconvulsoterapia (eletrochoque) em casos refratários a outras terapêuticas.

Outro dilema da política de saúde mental corresponde às concepções econômicas e sociais do Estado como uma peça imprescindível para a produção capitalista. Nesses pormenores, a compreensão das táticas do Estado aos preceitos capitalistas é crucial para o completo entendimento das questões dos hospitais psiquiátricos brasileiros (FARIAS, 2019).

Essa involução, embasada pelo sistema capitalista, confere à sociedade modelos privatizantes no que se refere à saúde mental, evidenciando que os interesses

capitais sempre se sobressaem aos valores primordiais e humanos do povo brasileiro (SILVA; SILVA, 2020).

Outra exemplificação de ato que fere tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Constituição Federal de 1988 refere-se à Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União em 22 de dezembro de 2017. Tal proposta, sugeriu mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, em especial na RAPS, anteriormente a qualquer argumentação pública, sem levar em consideração o que deseja o povo brasileiro (SILVA; SILVA, 2020).

Silva (2020), ao abordar os retrocessos atuais por que passa a política pública de saúde mental, cita a portaria do MS nº 3.588/2017, que fragiliza a RAPS e propõe mudanças na política de saúde mental, reforçando internações em hospitais psiquiátricos e ações que fortalecem as denominadas comunidades terapêuticas; o que, em nossa compreensão, visa atender a interesses daqueles que obtêm ganhos econômicos com a saúde.

A saúde mental acaba sendo um campo de tensão e disputas ideológicas que, lastimavelmente, colabora para um setor em declínio em função das várias conquistas de décadas passadas. Desse modo, o atual conservadorismo tende a direcionar tal área de modo contemporâneo, porém, com várias problemáticas secundárias (COSTA, 2019).

Destarte, entre tantas contradições, o Estado está à mercê das classes dominantes, que obtêm o controle geral tanto do meio midiático quanto de grande percentual do campo político. Tendo isso em vista, grande parte das concessões obtidas pela classe trabalhadora, em função do Estado, é basicamente uma forma de ele manter tal categoria silenciada, devido à sua importância para o suporte primordial desse sistema, mas que, por outro lado, não tira o mérito desses movimentos indispensáveis para a construção da história nacional, bem como para a preservação dos direitos humanos (FARIAS, 2019).

Na verdade, há ainda uma dissonância de caráter religioso, que atinge diretamente vários pacientes na base moral, resultando em uma temática polêmica, mas que

precisa ser compreendida. Em suma, muitas entidades e comunidades que compõem a modalidade de atendimento desenvolvido pelas denominadas comunidades terapêuticas utilizam-se das crenças religiosas, tanto em doutrinas quanto em costumes. Todavia, o Estado brasileiro é laico, e, portanto, é primordial existir uma transparência, principalmente quanto à assistência social e ao acolhimento desses pacientes, já que, em teoria, tais comunidades não se enquadram na definição de instituições de saúde, e não apresentam normas nem diretrizes que fomentem os cuidados sanitários convencionais e seguros (COSTA, 2019).

Diante desse cenário, a laicidade do Estado é colocada à prova, em função dos recursos de tratamento utilizados por algumas comunidades e instituições, que violam os direitos humanos dos pacientes e, majoritariamente, os fundamentos do SUS (COSTA, 2019).

Barcelos (2019), também, ao estudar egressos de comunidades terapêuticas, faz referência aos retrocessos impostos aos preceitos da Reforma Psiquiátrica por meio de resoluções, proposições e posturas do MS, a partir de 2017, com propósito de instituir mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Tais mudanças, segundo ela, comprometem a constituição da RAPS na medida em que buscam alterar a lógica de organização dos serviços de saúde mental e acentuam o investimento em hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas, revertendo a lógica de financiamento público da política de saúde mental. Entendemos, a partir das leituras de autores como Iamamoto (2001; 2008), Montañó (2012), Pastorini (2007) e Netto (2012), que tais mudanças se convertem no que pode ser claramente entendido como arroubos em direção à privatização da política pública e redução do compromisso público do Estado na condução das políticas sociais, com a consequente precarização das políticas públicas.

Ainda em concordância com tais fatos, a modalidade do CAPS precisa ser discutida amplamente para uma expansão notória e embasada no conceito científico (COSTA, 2019). Enfim, como pôde ser visto, embora tenha ocorrido um alto empenho do setor público nas décadas passadas para melhorar as condições sanitárias e funcionais dessas instituições, as medidas recentes têm tomado um outro caminho, que se

contrapõe ao fortalecimento dos programas sociais e dos direitos humanos (FARIAS, 2019).

Todavia, apesar de todos os aspectos negativos da história recente e antepassada, bem como ditaduras, democracias com tendências fascistas e atos contra os direitos humanos, há uma expectativa de que os movimentos sociais tencionem o sistema, para a concepção de cidadania e direitos dos pacientes com qualquer modalidade de transtorno mental (FARIAS, 2019).

4 IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UAPS NO MUNICÍPIO ESTUDADO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Esta seção se destina a apresentar os resultados obtidos com os participantes da pesquisa por meio das entrevistas realizadas com eles: assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, que são os profissionais que atuam na UAPS do município estudado.

Para o processo de tratamento dos dados, em primeiro plano, foi realizada a transcrição das entrevistas gravadas, gerando, assim, o material de interpretação analítica, submetido ao método de Análise de Conteúdo. Na sequência, foram realizadas leituras exaustivas no material transcrito, o que possibilitou identificar elementos significativos do conteúdo textual das entrevistas, segundo os objetivos do estudo desenvolvido.

Tais elementos constituíram o que o método em Flick (2013) designa por unidades de codificação, unidades contextuais e unidades analíticas. Em um terceiro plano, essas unidades possibilitaram a construção das categorias de análise, que, na sequência deste texto, serão descritivamente apresentadas e interpretativamente analisadas por meio da inferência e da associação ao referencial teórico adotado.

Optamos por apresentar as categorias como subseções, por julgarmos que, dessa forma, elas poderão ser mais bem demonstradas no corpo do texto. As categorias de análise constituídas buscam refletir os objetivos da pesquisa realizada. Nomeamos cada categoria construída no processo de análise dos dados, que aqui apresentamos: 1) Implantação, competência, estrutura e recursos para funcionamento da UAPS; 2) Ações desenvolvidas e condições de funcionamento da UAPS; 3) Desafios e perspectivas da efetivação da atenção em saúde mental no município.

Partimos, como ponto inicial neste estudo, do desejo de conhecer como se deu a implantação de uma UAPS em um pequeno município situado no interior do estado do Espírito Santo, o que nos guiou para definição do objetivo de analisar o processo de implantação e funcionamento desse serviço público de cuidados em saúde

mental, com vistas a desvelar desafios e perspectivas que se põem para a efetivação da atenção em saúde mental do município.

Para o alcance desse objetivo, buscamos identificar documentos da administração pública municipal que dispõem sobre a implantação da UAPS e examiná-los, com o intuito de destacar os que os documentos encontrados estabelecem como competência e recursos para o funcionamento desse serviço especializado em saúde mental. De modo complementar, valemo-nos das entrevistas realizadas para identificar: as ações desenvolvidas pela UAPS no município na inter-relação com a atenção básica de saúde no município; a forma como esse serviço de saúde está equipado para acolher e atender as demandas de saúde mental; e os desafios vivenciados pelos profissionais da UAPS na efetivação da atenção em saúde mental.

Na sequência, encontram-se dispostas as categorias de análise, que refletem essas intenções da pesquisa.

4.1 IMPLANTAÇÃO, COMPETÊNCIA, ESTRUTURA E RECURSOS PARA FUNCIONAMENTO DA UAPS

Esta primeira categoria de análise se dedica a desvelar o processo em que se deu a implantação da UAPS no município onde se realizou o estudo, destacando ainda como esse equipamento da política pública de saúde mental se encontra estruturado para atender às demandas em saúde mental do município e os recursos disponíveis para o seu funcionamento.

Destacando, inicialmente, o processo de implantação da UAPS no município cenário do estudo, foi possível obter com os informantes da pesquisa e a partir dos documentos examinados que a criação da UAPS teve início em 2019, por meio do Decreto nº 47, de 3 de maio de 2019, que instituiu a Equipe Mínima de Referência em Saúde Mental no município estudado.

Pelos documentos analisados, foi possível conhecer que era desejo do município criar um CAPS I. No entanto, devido ao quantitativo populacional, isso não foi

possível, tendo em vista que a Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS para indivíduos com transtorno mental e/ou com suas necessidades advindas do uso de álcool, crack e outras drogas, define que a criação do CAPS I é indicada para municípios com população maior do que 20 mil habitantes (BRASIL, 2011); e o município possui menos de 20 mil habitantes.

Em relação ao desejo de criação de um serviço de atenção em saúde mental no município, os entrevistados afirmaram que isso também era uma demanda dos profissionais de saúde, que atendiam pessoas com transtornos mentais e em uso de álcool e outras drogas na Unidade de Saúde e na UPA, como se verifica na fala de alguns entrevistados a respeito da criação da UAPS:

“A unidade era um sonho antigo dos profissionais que já atuavam com pacientes em outras unidades - PAM e Posto de Saúde. Quando iniciou as atividades foi muito gratificante ver os atendimentos sendo feitos de forma correta, mais humanizada e centralizada em um local”. (E3)

“Já desenvolvia um trabalho dentro do município, nesta área e percebia com clareza a necessidade de um serviço mais específico e dedicado aos pacientes com distúrbios mentais”. (E4)

Diante da realidade do município, a Administração Municipal, reconhecendo as demandas em saúde mental existentes na territorialidade municipal, buscou então instituir uma equipe mínima de referência em saúde mental, composta por coordenador, psicólogo, assistente social e médico – destinada a realizar o atendimento às demandas em saúde mental no município, como se pode destacar na sequência a partir de um trecho extraído do Decreto Municipal:

Art. 3º - São objetivos da Equipe Mínima de Referência em Saúde Mental: I- ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II- promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; III- promover ações de prevenção, ao consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; IV- reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; V- promover ações e trabalhos terapêuticos voltados a reabilitação, e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI- produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VII- monitorar e auxiliar os processos internações em espaços de reabilitação de dependentes químicos, ao que tange as internações voluntárias, bem como compulsórias - determinação

judicial; e VIII- prestar auxílio aos familiares de internos, visando promover ambiente acolhedor e o fortalecimento de vínculos (Decreto municipal).

Desse decreto, foi posteriormente elaborado pela gestão municipal um Projeto Técnico, intitulado “Implementação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental - AMENT Tipo I”. O projeto é datado de maio de 2021, e procura estar em conformidade com os documentos legais da política nacional de saúde mental brasileira, como podemos aqui destacar.

[...] a equipe de referência em saúde mental segue todos os princípios das legislações vigentes, principalmente a Lei 10.216, que dispõe sobre os direitos e cuidados às pessoas com transtornos mentais, com enfoque comunitário, territorial, com atividades de inserção social e reabilitadoras, com ações matriciais e orientadoras às equipes da Atenção Primária, a fim de aprimorar os cuidados às pessoas com transtornos mentais. (Projeto Técnico municipal)

O Projeto Técnico prevê a constituição de uma equipe multiprofissional de atenção em saúde mental composta por médico psiquiatra, psicólogos, assistente social, como se lê no texto do documento abaixo destacado:

A Equipe de Referência em Saúde Mental está localizada na Unidade de Atenção Psicossocial. Conta com um médico clínico, com especialidade em Psiquiatria, três psicólogos, um assistente social, um coordenador, um oficial administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, e um vigilante. (Projeto Técnico municipal)

Não obstante o Decreto municipal e o Projeto Técnico de criação da equipe multiprofissional especializada em saúde mental preverem a constituição de uma equipe multiprofissional, de acordo com as informações obtidas com os participantes da pesquisa, a UAPS foi iniciada em 2019 com apenas dois profissionais (um psicólogo e uma coordenadora de equipe), sendo que, no decorrer de 2020, a equipe foi sendo complementada por mais profissionais, como demonstra o seguinte relato:

“A UAPS foi implantada no município de [...] no mês de agosto de 2019, inicialmente com uma psicóloga da saúde mental e a coordenadora da equipe; posteriormente, passou a contar com mais profissionais, como um assistente social e um médico psiquiatra, além de receber o apoio da psicóloga e enfermeira do NASF”. (E2)

Atualmente, a UAPS está constituída por uma equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Dos quatro entrevistados, somente um afirmou que participou dos momentos iniciais da implantação da UAPS. Além disso, embora ele não estivesse na composição inicial da Equipe de Referência em Saúde Mental, acompanhava de perto as demandas existentes no município. Para ele, a criação da UAPS foi de grande valia, proporcionando melhoria na qualidade do atendimento aos usuários no município.

“[...] Foi um grande salto na qualidade do atendimento no município”. (E3)

Em relação aos objetivos da UAPS, os participantes da pesquisa foram bastante sucintos nas respostas, mas afirmaram que, entre os objetivos, estão: acolhimento das demandas em saúde mental; oferta de atendimentos em psicologia, psiquiatria, serviço social; atuação conjunta com a Atenção Primária à Saúde (APS), conforme se destaca nas narrativas apresentadas abaixo:

“Atender e acompanhar os pacientes que necessitam de atenção psicossocial”. (E4)

“Prestar todo atendimento dentro da área de especialidade da unidade que são: assistência social, psiquiatria, psicologia”. (E3)

“Tem como objetivo prestar atendimentos aos pacientes nas áreas de psicologia, psiquiatria, serviço social, bem como apoiar a APS para que seja resolutiva no manejo de casos em que há demanda de saúde mental”. (E1)

“O trabalho da equipe é voltado ao acolhimento das demandas de saúde mental do município, em seus graus variados de origem e severidade”. (E2)

No destaque dos objetivos constantes no Projeto Técnico, a serem desenvolvidos pela Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental no município, estes se direcionam a: acolher as demandas em saúde mental; efetivar o Programa Municipal de Saúde Mental; fortalecer e efetivar a RAPS do município; atuar, com enfoque comunitário, priorizando a família, com estabelecimento de vínculos familiares; desenvolver ações individuais, coletivas e intersetoriais em saúde mental; estruturar as políticas de saúde mental do município.

A análise das informações obtidas com os entrevistados permite inferir que os objetivos da UAPS ainda estão sendo assimilados pelos profissionais da equipe, que ainda não conseguem detalhar com maior propriedade as finalidades da atenção em saúde mental. As respostas recebidas nas entrevistas realizadas se mostram vagas, genéricas, concisas e superficiais, uma vez que não referem detalhadamente os objetivos da própria proposta do município. Os profissionais, em sua maioria, não fazem menção à atuação comunitária, territorializada, intersetorial, de atenção à família, com fortalecimento da RAPS e de matriciamento como objetivos da UAPS; embora um dos participantes da pesquisa faça referência ao apoio à APS.

Consideramos que esse dado reflete uma fragilidade da equipe no que se refere à apropriação dos objetivos da política de saúde mental de modo mais consistente. Isso aponta para a necessidade de capacitação para a equipe, o que será discutido adiante. Todavia, entendemos, também, que como a equipe constituída está há pouco tempo inserida no campo da saúde mental, ainda está se apropriando de diretrizes, objetivos, proposições de ações da política pública de saúde mental.

Somente uma das pessoas entrevistadas referiu que o papel da Equipe de Referência em Saúde Mental, por meio da UAPS, é trabalhar no sentido de fortalecer a RAPS no município, efetuar ações de matriciamento em saúde mental, realizar atendimento às pessoas com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas – o que interpretamos como maior aderência para com os objetivos dispostos no Decreto municipal e no Projeto Técnico do município.

“A equipe ainda tem o papel de trabalhar o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, [...] realizar o matriciamento em saúde mental [...], realizando ações conjuntas de acompanhamento dos casos de uso abusivo de álcool e outras drogas”. (E2)

Já na análise dos objetivos dispostos no Projeto Técnico do município, verificamos que falta objetivo que contemple a atenção voltada ao uso de álcool e outras drogas, que também faz parte das demandas em saúde mental. Contudo, verificamos um esforço do município em contemplar no Projeto Técnico os objetivos semelhantes ao de um CAPS I, e se manter afinado com a Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011, embora se verifiquem algumas inconsistências no Projeto Técnico do

município. É possível reconhecer que tanto os gestores da Administração Pública Municipal quanto os profissionais da UAPS vêm buscando construir suas políticas de saúde mental para atenção aos direitos de saúde dos moradores do município.

Quando indagados a respeito dos recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações na UAPS em que trabalham, mais uma vez os entrevistados foram vagos nas respostas, como podemos destacar:

“Espaço físico para os atendimentos, além dos materiais permanentes como computadores, armário, mesa, cadeira, dentre os materiais de escritório”. (E1)

“Recursos físicos [espaço, mobiliários, equipamentos e insumos] e recursos humanos [profissionais]”. (E4)

“Temos à disposição uma sede, onde ocorrem todos os atendimentos e os insumos necessários para o trabalho do dia a dia”. (E3)

“Espaço físico para os atendimento e acolhimento de usuários e realização de grupos, além dos materiais permanentes como, computador, armários, mesa, cadeira e materiais de escritório”. (E2)

Sabemos, assim, que existe uma estrutura física específica para o funcionamento da UAPS no município, mas não temos por parte dos informantes o detalhamento do espaço físico. Ou seja, não há informação a respeito de quantas salas compõem a UAPS no município e a que ações se destinam. Nesse caso, não foi possível apreender se a estrutura física atende às ações de acolhimento, atendimento à família, atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, que são as atividades a serem realizadas pela Equipe de Referência de Saúde Mental, segundo o que consta no Decreto municipal nº 47/19, como se apresenta abaixo:

Art. 4º - As atividades desenvolvidas pela Equipe Mínima de Referência de Saúde Mental estão associadas às demandas diárias espontâneas e/ou planejadas, além disso, serão promovidas: I- Oficinas terapêuticas de recreação; II- atividades laborais; III- Atendimentos individuais e grupais; IV- projetos terapêuticos de individual e coletiva. (Decreto municipal)

Os profissionais entrevistados também não fizeram referência à fonte de financiamento da UAPS, se fonte própria de arrecadação municipal ou com recursos dos *royalties* da exploração de petróleo no município. Embora não se possa utilizar o

montante financeiro proveniente dos *royalties* para pagamento dos salários dos profissionais da UAPS, não se pode negar que se trata de uma excelente fonte de recursos financeiros para custeio de capacitação profissional e de insumos para o desenvolvimento das ações, incluindo as instalações da UAPS, permitindo, assim, que a unidade possa dispor de boa estrutura física e de material para atendimento aos usuários. Os participantes deste estudo não fizeram qualquer menção de queixa em relação à falta de recursos para o desenvolvimento das ações de saúde mental no município.

4.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA UAPS

Esta categoria de análise revela as demandas de atenção em saúde mental que se apresentam para a atenção a ser desenvolvida na UAPS do município e as ações desenvolvidas pela UAPS, bem como sua relação com as ações da atenção básica de saúde no SUS.

Para seu funcionamento, a UAPS conta com uma equipe multiprofissional, denominada de Equipe de Referência em Saúde Mental, que é composta por um médico com especialização em psiquiatria, um enfermeiro, um psicólogo, uma assistente social e um coordenador. O Decreto municipal nº 47, de 3 de maio de 2019, institui a equipe mínima de saúde mental no âmbito do município, a ser composta por coordenador, psicólogo, assistente social e médico.

Entretanto, quando se examina o Projeto de Implementação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental no Município (da Prefeitura/Secretaria Municipal de saúde), a equipe prevista consta de um médico psiquiatra, três psicólogos, uma assistente social, uma coordenadora, uma oficial administrativa, dois auxiliares de serviços gerais, um vigilante. No entanto, o projeto pleiteia a implementação de uma equipe minimamente composta por médico clínico (com 10 horas semanais de carga horária de trabalho), psicólogo e assistente social (ambos com 30 horas semanais de carga horária de trabalho).

Diante do planejado e do real existente, observa-se a opção do município pela manutenção de uma equipe mínima. No entanto, quando se atenta para as

demandas existentes no município, constata-se a existência de uma “fila de espera”, ou seja, de uma demanda reprimida que não consegue acessar os atendimentos propostos na UAPS. Portanto, a opção por uma equipe mínima se mostra como uma inconsistência na política pública desenvolvida no município, uma vez que não dá conta de atender a real demanda existente.

Ainda em relação à equipe constituída, foi possível verificar com os informantes da pesquisa que os profissionais entrevistados não são os mesmos do início de funcionamento da UAPS, revelando que não há uma formação de equipe por profissionais efetivos no cargo, e, sim, temporários – uma clara evidência da flexibilização das relações de trabalho. Consideramos que essa questão se conforma como um ingrediente de precarização da atenção em saúde mental, haja vista que a rotatividade de profissionais na UAPS não permite a construção de um vínculo duradouro com os usuários e suas famílias, além da construção de ações mais abrangentes e contínuas em saúde mental, firmada na integralidade da atenção.

A questão da rotatividade de trabalhadores da área de saúde parece ser uma constante no município estudado, pois ela também é referida no estudo realizado por Souza (2021) no mesmo município sobre as ações de intersetorialidade desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção básica, contribuindo para a descontinuidade das ações de saúde.

Por exemplo, se considerarmos que a UAPS deve atender pessoas com transtornos mentais, além daquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em diferentes faixas etárias, compreendemos que se trata de demandas variadas, com heterogeneidade de sujeitos demandatários de atenção em saúde mental. Isso reafirma a necessidade de uma equipe preparada para a construção de ações interdisciplinares, intra e intersetoriais, e que esteja em condição de construir vínculos com os territórios e população adscrita.

Um estudo sobre a atenção em saúde mental no município de Vitória, realizado por Silva (2020), também aponta a questão da insuficiência de profissionais em quantidade adequada para o atendimento às demandas existentes no território

adscrito e para a realização das ações de atenção integral na RAPS, além da sobrecarga de trabalho e rotatividade dos profissionais na equipe de saúde mental. Segundo a autora aqui citada, a precariedade de recursos humanos compromete a qualidade da assistência prestada, além de se constituir como um problema crônico na área da saúde.

Além disso, os próprios profissionais apontam a carência da capacitação para atuação na equipe multiprofissional de referência em saúde mental, de modo a qualificar as ações desenvolvidas, como se evidencia pelas falas destacadas abaixo:

“Até o presente momento, não houve nenhum processo de formação ou capacitação”. (E1)

“No que diz respeito a capacitações, a equipe ainda não teve acesso”. (E2)

“Desde quando os novos profissionais foram integrados, não houve novo processo de formação”. (E3)

“Após o período em que fui integrado à equipe, não houve movimento de treinamento ou capacitação”. (E4)

Conforme já disposto na categoria de análise anterior, existe uma real demanda de capacitação dos profissionais que compõem a equipe de atenção em saúde mental da UAPS. Além disso, os próprios profissionais identificam essa necessidade, assim como gostariam de receber treinamentos ou capacitações. A falta de capacitação também é referida por Souza (2021) no seu estudo sobre as ações de intersectorialidade desenvolvidas por ACS no mesmo município.

O município dispõe de recursos para realizar a capacitação, proveniente dos recursos dos *royalties* do petróleo que podem ser aplicados em educação, e, portanto, não se justifica a equipe ter sido constituída e passado a atuar no município sem a necessária capacitação.

Em um estudo sobre ações de prevenção e enfrentamento da violência contra mulheres realizado no mesmo município campo do presente estudo, Silva (2021), fundamentada em autores que estudaram os efeitos da aplicação dos *royalties* do

petróleo nos investimentos públicos em municípios brasileiros, dispõe que o foco de aplicação desse tipo de receita deve estar centrado no investimento fixo para o crescimento econômico do município e na formação de recursos humanos. Segundo a autora,

[...] no Brasil, a legislação não define claramente a forma de aplicação dos *royalties* petrolíferos, embora haja dispositivos legais para nortear as ações de gastos. Isso faz com que os gestores tenham certo grau de liberdade quanto à sua aplicação. Desse modo, é importante analisar a forma de aplicação dos recursos provenientes de *royalties* pelos entes públicos, sobretudo no que diz respeito à alocação em despesas de capital (SILVA, 2021, p. 89-90).

Os profissionais da UAPS entrevistados afirmaram que a UAPS atende uma média de 90 pessoas por mês, como pode ser observado nos seguintes relatos:

“Aproximadamente 90 pacientes, mensalmente”. (E2)

“Seguindo os boletins de atendimento dos últimos dois meses, o fluxo vai em média de 70 a 90 pacientes”. (E4)

“Atendemos em média 80-100 pacientes, fora a demanda esporádica quando a unidade é acionada para acolher novos casos”. (E3)

Quando perguntados sobre as ações desenvolvidas na UAPS, os participantes mencionaram o atendimento, o acompanhamento, o tratamento e as campanhas de conscientização, como pode ser observado nos seguintes relatos:

“Atendimento e acompanhamento de portadores de distúrbios mentais em todas as suas necessidades, desde a avaliação de seu estado até a implantação do protocolo que seu tratamento irá seguir”. (E4)

“Através da promoção de ações iniciais de atenção: medicação, atendimento psiquiátrico, psicológico e social. Além do desenvolvimento de atividades de acolhimento e de sensibilização e orientação das famílias”. (E2)

“Na UAPS, organizamos programas de conscientização além de atender os usuários nas especialidades que eles necessitam. Acompanhamos todo o processo deste usuário, desde sua entrada na unidade até o tratamento em si, avaliando mensalmente a evolução (ou não) e se for o caso, modificar a abordagem buscando sempre os melhores resultados”. (E3)

“Atendimento psiquiátrico, atendimento psicológico, além de ações de matriciamento realizando intervenções e acompanhamento compartilhado”

com as equipes das UBS através de um processo de responsabilização compartilhada dos casos, articulação intra e intersetorial, como por exemplo, com outras secretarias, como a de Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar”. (E1)

“[...] fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial [...], conforme preconização do SUS e do Ministério da Saúde; matriciamento em saúde mental como forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência, realizando ações conjuntas de acompanhamento priorizando os casos de transtornos mentais severos e persistentes, o uso abusivo de álcool e outras drogas, os pacientes egressos de internações e as tentativas de suicídio”. (E2)

Ainda, segundo os profissionais entrevistados, para maior efetividade no desenvolvimento das ações de atenção aos usuários da política de saúde mental no município, são realizadas reuniões quinzenais entre os membros da equipe de referência de saúde mental e, também, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) para alinhamento, planejamento e avaliação das ações executadas. Essas reuniões se constituem também como reuniões de matriciamento com as UBS. Algumas narrativas que ilustram esse dado estão expostas a seguir.

“Realiza o planejamento das ações de assistência em saúde mental durante as reuniões de matriciamento junto aos profissionais das UBS”. (E1)

“Através de reuniões realizadas pela equipe de Saúde Mental, e, também, com as equipes da ESF”. (E2)

“Quinzenalmente, realizamos reunião de planejamento e alinhamento para avaliar o que está sendo feito e o que deverá ser feito”. (E3)

“Existe encontro quinzenal para alinhamento e planejamento de atuação”. (E4)

Nesse contexto, os participantes citaram o matriciamento em saúde mental, entre outras ações, tais como a responsabilização compartilhada de casos atendidos pela UAPS e o fortalecimento da RAPS no município, como ações que fazem parte do papel da Equipe de Referência em Saúde Mental no município, a partir do trabalho desenvolvido na UAPS:

“Atendimento psiquiátrico, atendimento psicológico, além de ações de matriciamento, realizando intervenções e acompanhamento compartilhado

com as equipes das UBS através de um processo de responsabilização compartilhada dos casos”. (E1)

“A equipe tem ainda o papel de trabalhar o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial de Presidente Kennedy, conforme preconização do SUS e do Ministério da Saúde; realizar o matriciamento em saúde mental como forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência, realizando ações conjuntas de acompanhamento priorizando os casos de transtornos mentais severos e persistentes, o uso abusivo de álcool e outras drogas, os pacientes egressos de internações e as tentativas de suicídio”. (E2)

“A equipe de saúde mental oferece apoio matricial, e assim passa a ter dois ‘usuários’ sob sua responsabilidade: ‘os usuários do serviço’ para o qual somos referência e ‘a própria equipe de saúde da ESF’. Isso significa que a equipe de saúde mental participa junto com as equipes de referência (ESF), sempre que necessário, da confecção de projetos terapêuticos dos pacientes que são tratados por ambas as equipes, e ajuda as equipes da ESF a incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples”. (E2)

“São realizadas periodicamente reuniões de matriciamento entre as equipes da UAPS e UBS, onde acontecem as discussões dos casos mais graves com demandas em saúde mental, sendo traçadas em conjunto estratégias de intervenção para cada caso, considerando as urgências e gravidade de cada caso”. (E1)

“Todo trabalho é desenvolvido de forma integrada entre a UAPS, UBS, secretaria de saúde e em alguns casos fazendo o link com a secretaria de assistência social, conselho tutelar e demais autoridades”. (E3)

Foi perguntado aos participantes da pesquisa se na UAPS é desenvolvido trabalho em equipe, e eles foram unânimes em responder de modo afirmativo, sinalizando que, para eles, a atuação em equipe enriquece o trabalho, como se observa abaixo:

“Sim. Desenvolvemos nossas atividades em equipe para proporcionar aos atendidos uma experiência mais efetiva”. (E4)

A análise das entrevistas obtidas com os profissionais da UAPS do município estudado permite algumas inferências. Percebe-se o investimento dos profissionais da UAPS no sentido de realizar suas ações em conformidade com o que se encontra preconizado na Política Nacional de Saúde Mental e com o SUS por meio da construção de redes de atenção, pautada no diálogo e na articulação de estratégias intrassetoriais no campo da saúde.

Verifica-se também a direção dada pela Equipe de Referência em Saúde Mental na implementação de ações intersetoriais, no entendimento de que a articulação entre os diferentes setores das políticas sociais se mostra importante para a condução da atenção em saúde mental. A esse respeito, encontramos ressonância em Pereira (2020, p. 74), no sentido de que:

A integração entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais é essencial para que haja o enfrentamento conjunto das problemáticas que permeiam as precárias condições de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que afetam o processo saúde-doença desses sujeitos [...].

Para além disso, é importante mensurar que as atividades apresentadas acima servem somente como exemplo do papel social da UAPS diante das diversas situações sociais vivenciadas pela sociedade, tomando como base o município de implantação. Assim sendo, para que o fluxo de atividades seja pensado pelos profissionais, vale ressaltar que são levados em considerações os dados apresentados pelos índices, isto é, a título de exemplo: a quantidade de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas; ou a quantidade de indivíduos com transtornos mentais que requerem atenção em saúde mental de cunho comunitário, em pleno acordo com o disposto na Lei nº 10.216/2001.

Entretanto, não somente por meio de índices numéricos se efetiva uma política pública. Faz-se necessário também atentar para os recursos existentes para o seu financiamento, o que se revela como um importante desafio no contexto atual de redução de gastos públicos. Além disso, requer o compromisso do gestor público para a realização das ações preconizadas nas legislações que instituem o funcionamento da política pública. A esse respeito, temos visto, com base em alguns autores já referenciados neste estudo (COSTA, 2019; SILVA; SILVA, 2020; FARIAS, 2019; PEREIRA, 2020), que a política de saúde mental (assim como todas as demais políticas públicas) vem sofrendo investidas de cunho neoliberal e conservador no atual governo federal, comprometendo a universalidade das políticas de saúde, seu financiamento e suas proposições firmadas na Reforma sanitária e na Reforma Psiquiátrica. Tais desafios marcam a política de saúde mental no Brasil tanto em grandes quanto em pequenos municípios.

4.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

Quando atentamos para os desafios que atualmente vêm se pondo para a política de saúde mental no Brasil, buscamos também identificar com os profissionais da UAPS quais são os desafios que eles vivenciam cotidianamente para a efetivação das ações de atenção em saúde mental no município estudado. Dessa forma, a presente categoria de análise assinala os desafios destacados pelos entrevistados, assim como o que foi possível obter de informações com eles sobre as perspectivas vislumbradas quanto à efetivação da atenção em saúde mental na realidade de um pequeno município de interior.

Costa Neto e Dimenstein e outros (2017) assinalam que essa realidade se intensifica também nos municípios de pequeno porte e nos territórios rurais, que demandam cada vez mais estudos, mediante a carência de pesquisas nesse contexto.

Nesse sentido, os participantes deste estudo foram questionados sobre as dificuldades, os desafios e os limites que vivenciam em relação ao desenvolvimento de ações inerentes à política de saúde mental na UAPS. Diante disso, um dos participantes mencionou que:

“Existem desafios na percepção dos demais órgãos de atendimento à saúde do município da competência de atuação quando o assunto é saúde mental” (E3).

e ampliação da política de saúde mental no País, assim como a possibilidade de desenvolver trabalhos profissionais.

Outro participante reconhece que:

“Existe uma necessidade de integrar ainda mais a UAPS aos demais setores da municipalidade, informando, a todos, sua linha de atuação para que o trabalho ocorra de forma organizada, cada um em seu escopo” (E4).

A esse respeito, encontramos em Hernandez e Gonçalves (2021) uma valiosa contribuição para o entendimento de que o trabalho em saúde precisa forjar o diálogo entre o ente administrativo municipal e a sociedade civil.

Outras narrativas dos entrevistados descrevem que os maiores desafios na execução da política de saúde mental no município pesquisado estão na atenção básica, conforme se desvela abaixo:

“O maior desafio que a equipe encontra é a realização do trabalho de sensibilização dos profissionais da ESF, no sentido de compreenderem seu papel no território no que diz respeito a possibilitar o primeiro acesso das pessoas que demandam um cuidado em saúde mental” (E2)

O maior desafio para mim é conseguir com que as equipes das UBS entendam que a Saúde Mental pertence à APS e deve ser incluída no cronograma de atendimento assim como os outros grupos de doenças” (E1).

Percebe-se que as dificuldades e os desafios vivenciados pelos profissionais que compõem a Equipe de Referência em Saúde Mental do UAPS no município estudado se relacionam, em grande parte, com: 1) articulação das ações entre a UAPS e a APS no município (o que se verifica em E1); 2) efetivação da intersetorialidade (o que se percebe em E3 e E4). Ambos relacionados, portanto, com a constituição e o fortalecimento da RAPS, que requer esforços no sentido de desenvolver ações articuladas intra e intersetoriais.

Em seu estudo, Silva (2020) aponta que profissionais da equipe de saúde mental em Vitória também ressaltaram a dificuldade de adesão às ações de saúde mental por parte de algumas categorias profissionais da saúde na APS, assim como os desafios para a realização das ações de matriciamento, especialmente devido à gestão municipal da política de saúde à época do estudo realizado por ela em Vitória. Isso nos permite inferir que, tanto em pequenos como em municípios metropolitanos, as ações de matriciamento e de articulação da saúde mental com a APS se fazem presentes, dificultando o fortalecimento da RAPS.

Para efeito didático de visualização, elaboramos um quadro, abaixo apresentado, que representa alguns dos desafios e perspectivas em torno da realização das ações de saúde mental por meio da implementação da UAPS no município estudado.

Quadro 2 – Desafios e perspectivas para a implementação da UAPS ante as demandas sociais no município

Desafios	Perspectivas
Participação dos usuários	Que os usuários possam exercer a participação social na UAPS
Análise das questões que atravessam a realização das ações desenvolvidas	Que seja possível estabelecer uma análise diante dos problemas sociais do município e a articulação intersetorial para a atenção em saúde mental
Levantamentos de dados corretos	Apresentação de dados adequados para que as atividades que os profissionais estão desenvolvendo possam ganhar maior efetividade
Orçamento público	Garantia de recursos orçamentários para a realização das ações em saúde mental
Integração de ações intra e intersetoriais	Que sejam vencidas as dificuldades na realização de ações na APS e assegurado o fortalecimento da RAPS no município

Fonte: Elaboração própria (2021).

O quadro acima disposto representa inferências a respeito de alguns dos desafios enfrentados no município para a efetivação da atenção em saúde mental e as expectativas em relação ao enfrentamento desses desafios – pelo que foi possível identificar nos documentos analisados (o Projeto Técnico e o Decreto municipal nº 47/19). No entanto, nas entrevistas realizadas, os profissionais da UAPS pouco se referiram à questão orçamentária. Consideramos que isso concerne à possibilidade de o município contar com recursos procedentes dos *royalties* da exploração de petróleo, que deixam o município em uma situação confortável financeiramente em comparação com grande parte dos municípios brasileiros. Quanto aos demais itens do quadro, consideramos estarem relacionados com a efetivação da RAPS e com as ações intra e intersetoriais, que foram mais apontadas nas falas dos entrevistados.

Dessa forma, centramos nossa atenção na questão da efetivação das ações na APS e nos outros setores do município por ter sido a questão mais apontada pelos participantes da pesquisa. Entendemos que as ações de construção e fortalecimento da RAPS envolvem muitos elementos desafiadores, especialmente no que tange à intersectorialidade. Nesse aspecto, concordamos com Pereira (2020, p. 76) quando ela refere que “[...] a intersectorialidade aponta para uma visão integrada das problemáticas sociais, que devem ser enfrentadas coletivamente”.

Outro aspecto importante a ser retomado nesta análise é a questão da rotatividade da Equipe de Referência em Saúde Mental, sua pequena composição para atendimento à demanda real existente no município e a falta de capacitação recebida pelos profissionais da UAPS. Tudo isso, somado à dificuldade de integração com os profissionais e as ações da APS no município, revela a dificuldade para o fortalecimento da RAPS, embora os entrevistados contraditória e dialeticamente se coloquem otimistas em relação às ações realizadas por eles em forma de atenção em saúde mental desenvolvida no município, quando falaram a esse respeito nas entrevistas realizadas. Silva (2020) também revela algumas potencialidades em meio às adversidades e desafios postos à construção dos cuidados em saúde mental no município de Vitória.

No entanto, apesar do otimismo dos profissionais da UAPS quanto às ações que realizam, cabe destacar que eles reconhecem as dificuldades da articulação intersectorial. Constatamos que todas as políticas públicas necessitam desenvolver ações intersectoriais para resultados mais efetivos a serem alcançados em relação às suas finalidades e propósitos. Portanto, também se faz necessário, para a realização da política de saúde mental o desenvolvimento da intersectorialidade. Por isso, nossa análise se centra nos desafios postos à construção da intersectorialidade tão apontada pelos profissionais da UAPS. Especialmente a considerar que:

Apesar da reconhecida necessidade de a política de saúde ser pautada em uma lógica intersectorial, contudo, o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações entre a saúde e as diversas políticas sociais ainda aparece como um desafio para os trabalhadores e gestores, principalmente no cenário atual de intensificação das estratégias do neoliberalismo no país [...] (PEREIRA, 2020, p. 77)

Cabe ressaltar que a referida articulação necessária à realização da intersetorialidade se mostra atravessada por diversos fatores, tais como: o avanço das ideias neoconservadoras e reacionárias que têm avançado sobre o Brasil e as políticas públicas no governo Bolsonaro, provocando graves retrocessos aos princípios da Reforma Psiquiátrica e à lógica do cuidado comunitário, com tendência remanicomializadora (PEREIRA, 2020); o avanço do capitalismo financeiro global e do neoliberalismo que incide sobre os direitos sociais e precariza as condições e relações de trabalho nas políticas públicas e, portanto, nas ações em saúde mental, por meio da financeirização, mercadorização das políticas sociais (FARIAS, 2019); a retração das ações do Estado, pela via do desfinanciamento da política de saúde mental com repasse de recursos financeiros para as denominadas comunidades terapêuticas (PEREIRA, 2019; FARIAS, 2019).

Nesta análise, destacamos ainda que:

Especificamente na Política de Saúde Mental, a intersetorialidade adquire importância com a busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excludente, que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas, que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade (PEREIRA, 2020, p. 77)

As falas dos entrevistados apontam, em certa medida, a dificuldade encontrada pelos profissionais da UAPS no que se refere ao entendimento da política de saúde mental por parte de outros setores do município, bem como nos próprios posicionamentos ideológicos entre profissionais de saúde, que resultam em tensões para o desenvolvimento da assistência às pessoas com transtornos mentais e àquelas com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em uma perspectiva de interdisciplinaridade.

“Particularmente, existem desafios na percepção dos demais órgãos de atendimento à saúde do município da competência de atuação quando o assunto é saúde mental.” (E3)

“Existe uma necessidade (e isso gera desafio e tensão) de integrar ainda mais a UAPS dos demais setores da municipalidade, informando, a todos, sua linha de atuação para que o trabalho ocorra de forma organizada, cada um em seu escopo.” (E4)

Os desafios estão postos para a Equipe de Referência em Saúde Mental no município, assim como em outras partes do País, inclusive em municípios maiores que possuem uma rede de atenção em saúde já mais organizada – especialmente, considerando as investidas neoconservadoras e neoliberais sobre a Política Nacional de Saúde Mental, já apontadas neste trabalho.

Os dados obtidos com os profissionais da UAPS revelam a disposição deles em constituir a RAPS no município, desenvolver ações em consonância com a Lei nº 10.216/2001 e a nº Portaria 3.088/2011, realizar as ações de matriciamento, bem como os cuidados às pessoas com transtornos mentais e aos usuários de álcool e outras drogas firmados na lógica da atenção comunitária. Ainda assim, esbarram em importantes desafios a serem superados. Alguns desses desafios relacionados com a realidade específica do município e outros mais relativos ao contexto macrossocial que se refere a questões de ordem econômica, política, social do País no momento atual. Dessa forma, entre expectativas e desafios, os profissionais da UAPS seguem construindo a atenção em saúde mental no município estudado, considerando, apesar disso, que, conforme assinala Pereira (2020), a RAPS ainda se encontra em processo de implementação e aprimoramento no Brasil, com necessidade de maior investimento do Estado em todos os seus pontos de atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou apreender a realidade da atenção em saúde mental a partir da busca em conhecer mais de perto como se deu o processo de implantação e funcionamento de uma UAPS em um município pequeno situado no interior do estado do Espírito Santo. Esse conhecimento foi possível a partir da visão dos profissionais que compõem a Equipe de Referência em Saúde Mental e por meio do exame de documentos da Administração pública municipal que instituíram a criação da Equipe de Referência em Saúde Mental e as ações a serem desenvolvidas a partir da UAPS.

Foi possível conhecer que existia uma demanda por parte dos profissionais de saúde que atendiam pessoas com transtorno mental e com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas quanto à existência de um serviço especializado para atendimento a esses usuários do SUS. Simultaneamente, era do desejo dos gestores do município a criação de um CAPS I, mas que isso não foi possibilitado devido ao quantitativo populacional. Dessa forma, constatou-se que os gestores buscaram criar um serviço semelhante ao CAPS I, que passou a ser denominado de UAPS, revelando-se uma estratégia de construção de ações e serviços de atenção qualificada em saúde mental.

Foram analisadas as informações obtidas com os participantes da pesquisa realizada sobre os momentos iniciais da implantação da UAPS, os objetivos e ações, a capacitação, a relação entre o trabalho na UAPS e o que se encontra disposto nos documentos municipais de criação da Política Nacional de Saúde Mental, assim como as principais dificuldades do trabalho na UAPS.

A metodologia utilizada permitiu contemplar os objetivos propostos, o que não exclui a sugestão de que outras possibilidades metodológicas, como a cartografia e os grupos focais, por exemplo, possam ser utilizados nas entrevistas, já que os profissionais entrevistados foram bastante econômicos nas respostas às perguntas feitas. Os principais resultados evidenciaram a temática do atendimento, sendo que os objetivos, as ações e o espaço físico do serviço estariam direcionados fortemente

para realização somente de atendimentos, contemplando de forma fragmentada o que está proposto na Portaria nº 336, de 2002.

Além disso, há relato de falta de capacitação profissional na UAPS pesquisada, o que significa um ponto emblemático que necessita ser superado para o melhor preparo da equipe de saúde mental no município, na atenção aos usuários dessa política pública. Apesar dessa ausência de formação profissional, foi relatado que as ações realizadas na UAPS estariam de acordo com os princípios da política de saúde mental. De fato, verifica-se que os profissionais entrevistados possuem o firme compromisso na efetivação de ações pertinentes à Política Nacional de Saúde Mental, como, por exemplo, a realização do matriciamento. A esse respeito, é notório que os profissionais da UAPS buscam realizar o matriciamento por meio de planejamento com reuniões quinzenais.

É perceptível um movimento da equipe da UAPS do município em desenvolver as ações inerentes à atenção em saúde mental de modo articulado com a APS. Entretanto, trata-se de uma equipe multidisciplinar minimamente composta, o que dificulta a atenção para a demanda existente no município, resultando na realidade de uma demanda reprimida de atendimento. Além disso, constatam-se dificuldades vivenciadas pelos profissionais da equipe de saúde mental em articular ações com os demais profissionais de saúde e serviços da APS no município. Isso demanda um investimento dos gestores públicos em envidar esforços de aprimoramento dos pontos de atenção que fazem parte da RAPS nesse município.

Assim, foi possível apreender com este estudo que o trabalho em saúde mental carrega particularidades e complexidades que se impõem como desafios para os profissionais que executam a política de saúde mental. Na realidade estudada, verificam-se dificuldades encontradas para a realização das ações de saúde mental na articulação com a atenção básica, o que demonstra a necessidade de superação de concepções meramente curativistas ainda presentes no SUS.

Ressalta-se que, mesmo diante do compromisso dos profissionais da UAPS em buscar atuar em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental e o fortalecimento da RAPS no município, isso somente será possível com o

investimento da Administração Municipal na capacitação dos profissionais, na ampliação da equipe mínima, ou seja, em um investimento maior em política de Recursos Humanos e de aprimoramento dos serviços já existentes no município que atuam na atenção articulada às pessoas com demanda de atenção em saúde mental, o que significa investimentos na melhoria dos serviços que realizam ações intra e intersetoriais.

Por fim, considerando o contexto brasileiro atual, o estudo permitiu apreender que, na contramão da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, a saúde e a saúde mental no Brasil vêm sofrendo reiteradas investidas tanto na ordem dos interesses do capital financeiro mundializado e seu ideário neoliberal quanto do neoconservadorismo que ascendeu ao poder no País, provocando graves retrocessos nos direitos humanos e sociais de pessoas que sofrem com transtornos mentais, assim como na lógica da atenção comunitária de cuidados em saúde mental. Isso aponta para um período difícil para as políticas públicas, para os sujeitos de direito, com grandes desafios a serem superados, o que requer mais do que nunca a reorganização das lutas direcionadas ao fortalecimento da democracia e à defesa dos direitos humanos e sociais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, p. 1-6, 2019.
- AMARANTE, P. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.52, n.6, p. 1090-1107, 2018.
- BARCELOS, K. R. **Por dentro das comunidades terapêuticas: as vozes dos egressos**. 2019, 155 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2019.
- BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.107, p. 1105-1116, 2015.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde - Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília DF, p. 18055, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília DF, p. 2, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da loucura**: Apostila de Monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília DF, p. 22, 20 fev. 2002.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília DF, p. 27,21 maio 2013.
- BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do serviço social na saúde mental: Entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.9, n.2, p. 229-243, 2010.

CARDOSO, L.; VIEIRA, M. V.; RICCI, M. A. M.; MAZZA, R. S. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 513-517, 2012.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, T. C. R. A política da saúde mental na atualidade e o avanço do conservadorismo. **Argumentum**, Vitória, v.11, n.2, p. 163-178, 2019.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, out./dez. 2017.

DESCHAMPS, A. L. P.; RODRIGUES, J. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.

DESVIAT, M. A. **Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FARIAS, L. L. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, Vitória, v. 11, n. 3, p. 47-66, 2019.

FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: História da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, p.S321-S330, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000. p. 67.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: A direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, n.3, ABEPSS, p. 09-32, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Mundialização do capital, “questão social” e serviço Social no Brasil. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 117-139, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades: Presidente Kennedy**. 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/panorama>. Acesso em: 10 abr. 2020.

LOTUFO NETO, F.; LOTUFO JUNIOR, Z.; MARTINS, J. C. **Influência da religião sobre a saúde mental**. Brasil: ESETec, 2009.

MACHADO, G. S. O trabalho do serviço social nos CAPSs. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 241-254, 2009.

MACHADO, S. B. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-228, 2009.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTAÑO, C. Pobreza, “Questão social” e seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 16, n. 2, p. 481-491, jul/dez 2012.

PAES, L. G. *et al.* Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 395-409, 2013.

PASTORINI, A. **A categoria questão social em debate**. São Paulo: Cortez, 2007.

PATRIOTA, L. M. *et al.* A saúde mental na formação do curso de serviço social. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.9, n.1, p. 55-65, 2010.

PEREIRA, N. F. **Drogas e dependência**: uma análise a respeito da internação compulsória. 2019. 115 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2019.

PEREIRA, S. L. B. Saúde mental e intersectorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais. **SER social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 72-98, jan./jun. 2020.

PINTO, A. G. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PRATES, J. C. A pesquisa social a partir do paradigma dialético-crítico: do projeto à análise do dado. *In*: FERNANDES, I.; PRATES, J.C. (org.). **Diversidade e Estética em Marx e Engels**. Campinas-SP: Papel Social, 2016.

QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: A experiência do apoio matricial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des) Construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p. 569-583, 2010.

RIBEIRO, J. P. *et al.* Ulterior validação do questionário de saúde geral de Goldberg de 28 itens. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 278-285, 2015.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SILVA, B. L.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 23, n. 1, p. 99-119, jul./set. 2020.

SILVA, E. N. **Saúde mental e processos de gestão e cuidado no território**. 2020. 137 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2020.

SILVA, J. F. **Análise das ações e serviços de proteção a mulheres vítimas de violência em um município do interior do Espírito Santo**. 2020. 111 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2020.

SILVEIRA, A. R.; BRANTE, A. R. S.; STRALEN, C. J. V. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 783-793, 2014.

SILVEIRA, F. A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v.21, n.1, p. 23-42, 2009.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SOUZA, N. E. A saúde mental e seus conceitos no século XXI. **Revista Científica Educandi e Civitas**, v.1, n.1, p. 1-19, 2018.

SOUZA, Z. S. F. **Ações intersetoriais realizadas pelos agentes comunitários de saúde no município de Presidente Kennedy - ES**. 2021, 101 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, 2021.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: Análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017.

TSZESNIOSKI, L. C.; NÓBREGA, K. B. G.; LIMA, M. L. L. T.; FACUNDES, V. L. D. Construindo a rede de cuidado em saúde mental infantojuvenil: Intervenções no território. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-370, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, I. *et al.* Condições de trabalho e saúde de assistentes sociais no âmbito das políticas públicas. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 21, n. 2, p. 719-738, 2017.

WOERNER, C. B. Serviço Social e saúde mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 174-185, jan./jun. 2015.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Trabalho e transtornos mentais graves: Breve histórico e questões contemporâneas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.26, n.1, p. 154-167, 2006.

ZUARDI, A. **Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 50, n. 1, p. 51-55, 2017. Suplemento.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DO CAPS

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Profissionais do CAPS

Iniciais do entrevistado: _____

Profissão: _____

PERGUNTAS DIRIGIDAS AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- 1- Como se deu a implantação deste CAPS?
- 2- Você participou da implantação do CAPS? Fale-me um pouco a esse respeito.
- 3- Quais são os objetivos do CAPS?
- 4- Qual a média de usuários atendidos no CAPS?
- 5- Quais são as ações desenvolvidas neste CAPS?
- 6- Quais os recursos disponíveis para realização das ações neste CAPS?
- 7- Houve/há processo de formação ou de capacitação para atuação nesse CAPS?
Em caso afirmativo, como?
- 8- No CAPS é desenvolvido trabalho em equipe? Fale um pouco a esse respeito.
- 9- Esse Serviço realiza planejamento das ações de assistência em saúde mental para seus usuários? Em caso afirmativo, como?
- 10- Na sua opinião, o CAPS desenvolve atenção em saúde mental em acordo com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental? Por quê?
- 11- Que dificuldades, desafios, tensões e limites você vivencia em relação ao desenvolvimento de ações inerentes à política de saúde mental neste CAPS?

**APÊNDICE B – PLANILHA DE REGISTRO DE DADOS DOS DOCUMENTOS
ANALISADOS**

Documentos			
Elementos			
Princípios e diretrizes			
Objetivos do documento			
Eixos Estruturantes			
Definição de ações			
Definição de serviços			
Definição de equipe profissional			
Medidas preconizadas de assistência ao usuário			
Observações sobre o documento			

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário a participar da pesquisa intitulada “Atuação profissional do assistente social na política de saúde mental em município de pequeno porte”, sob a responsabilidade de Patricia da Cruz Bento Gava.

Justificativa: a pesquisa busca produzir conhecimentos sobre a profissão de Serviço Social na Política Nacional de Saúde Mental em um município de pequeno porte do interior do Espírito Santo e se justifica pela possibilidade de contribuir para verificar as contribuições proporcionadas pela profissão de Serviço Social para as ações de saúde mental desenvolvidas neste município e fortalecer o reconhecimento da profissão no âmbito da saúde.

Objetivos da pesquisa: a pesquisa tem por objetivo geral: analisar como se dá a atuação do assistente social na política de saúde mental em um município de pequeno porte com vistas a apreender as possibilidades, desafios e contribuições do Serviço Social na execução desta política pública. Possui como objetivos específicos: identificar os instrumentos e recursos de intervenção de que se vale o assistente social para atuação na política de saúde mental desse município; identificar as demandas que emergem para a atuação do assistente social nos serviços de atenção em saúde mental desse município; destacar as possibilidades e os desafios vivenciados pelo assistente social em sua atuação na política de saúde mental, na realidade desse município; apontar as contribuições proporcionadas pela atuação do assistente social para as ações desenvolvidas na saúde mental nesse município.

Procedimentos da pesquisa: sua participação será por meio de entrevista, que consiste numa conversa da pesquisadora com você sobre a atuação do assistente social na política de saúde mental. A entrevista poderá ser gravada, sendo posteriormente transcrita e o áudio apagado. Caso você não concorde com a gravação da entrevista, a pesquisadora fará o registro manualmente.

Duração e local da pesquisa: a pesquisa terá duração de aproximadamente 2 meses para a fase de coleta de dados. Os procedimentos de coleta de dados serão realizados no CAPS.

Riscos e desconfortos: Nesta pesquisa o risco está associado à quebra de sigilo, confidencialidade e privacidade, além de constrangimentos nas respostas na entrevista que será realizada com você. Nesse sentido, a pesquisadora assume o compromisso em minimizar o risco existente, mediante o compromisso formal com a manutenção do sigilo, anonimato e confidencialidade na relação constituída entre pesquisador e participante da

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

pesquisa, restando assegurados aspectos de sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, de maneira que se sinta confiante e protegido quanto à sua participação no estudo.

Benefícios: Não há benefícios diretos aos participantes da pesquisa. Os benefícios estão associados à produção de conhecimentos relacionados à produção de conhecimentos sobre a política de acolhimento.

Acompanhamento e assistência: caso durante sua participação na pesquisa você apresente a necessidade de acompanhamento e assistência, a pesquisadora assume o compromisso em realizar seu encaminhamento a um profissional especializado, conforme a necessidade e acompanhar seu acesso a esse profissional.

Garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento: você pode se recusar a participar como voluntário nesta pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento da mesma, sem que isso acarrete qualquer dano à sua pessoa.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: a pesquisadora assume o compromisso o compromisso formal com a manutenção do sigilo e confidencialidade em relação às suas informações fornecidas, garantia do seu anonimato, privacidade na realização das entrevistas e o devido respeito à sua integridade e dignidade.

Garantia de ressarcimento financeiro: a pesquisa não acarreta custos para sua pessoa, mas caso haja alguma despesa decorrente de sua participação, você será devidamente ressarcido(a).

Garantia de indenização: a pesquisadora assume o compromisso de realizar a devida indenização por eventuais danos causados a você por sua participação nesta pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Patricia da Cruz Bento Gava, no telefone (28)99900-0303, ou no endereço Rua Olegário Fricks, nº 383 – Centro – Presidente Kennedy - ES. Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou pelo correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Presidente Kennedy, ____ de _____ de 2020.

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Atuação profissional do assistente social na política de saúde mental em município de pequeno porte”, eu, Patricia da Cruz Bento Gava, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 510/16, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

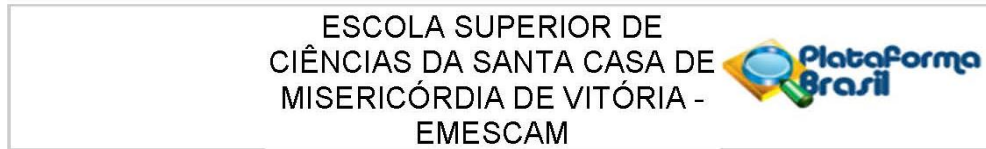
Pesquisadora

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação profissional do assistente social na política de saúde mental em município de pequeno porte

Pesquisador: PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31536820.4.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.128.694

Apresentação do Projeto:

Estudo (em nível de mestrado) relacionado à profissão de Serviço Social na Política Nacional de Saúde Mental, na especificidade de um município do interior do estado do Espírito Santo, a ser desenvolvida a partir da abordagem qualitativa, com emprego do método materialista histórico dialético, cujo delineamento será o estudo de caso. A coleta de dados será realizada mediante a utilização de entrevistas semiestruturadas com 5 profissionais que atuam no CAPS e análise da Política Nacional de Saúde Mental, por meio das leis e portarias inerentes a ela. O tratamento dos dados será feito mediante a utilização da técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como se dá a atuação do assistente social na política de saúde mental em um município de pequeno porte com vistas a apreender as possibilidades, desafios e contribuições do Serviço Social na execução desta política pública.

Objetivo Secundário:

- Identificar os instrumentos e recursos de intervenção de que se vale o assistente social para atuação na política de saúde mental deste município;
- Identificar as demandas que emergem para a atuação do assistente social nos serviços de

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
Bairro: Bairro Santa Luiza	CEP: 29.045-402		
UF: ES	Município: VITORIA		
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 -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 4.128.694

atenção em saúde mental deste município;

- Destacar as possibilidades e os desafios vivenciados pelo assistente social em sua atuação na política de saúde mental, na realidade deste município;

- Apontar as contribuições proporcionadas pela atuação do assistente social para as ações desenvolvidas na saúde mental neste município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nesta pesquisa o risco está associado à quebra de sigilo, confidencialidade e privacidade, além de constrangimentos nas respostas às entrevistas que serão realizadas. Nesse sentido, a pesquisadora assume o compromisso em minimizar o risco existente, mediante seu compromisso formal com a manutenção do sigilo, anonimato e confidencialidade na relação constituída entre pesquisador e participantes da pesquisa, com vistas a garantir a proteção destes, restando assegurados aspectos de sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, de maneira que se sinta confiante e protegido quanto à sua participação na pesquisa.

Benefícios:

Benefícios indiretos relacionados à produção de conhecimentos sobre a atuação do assistente social na política pública de saúde mental. O presente estudo pretende fomentar, juntamente com outros estudos de natureza similar a discussão do trabalho das categorias profissionais atuantes na política pública de saúde mental, a produção de conhecimentos sobre o trabalho no campo da saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores esperam que os resultados a serem alcançados neste estudo possam favorecer a produção de conhecimentos relacionados ao trabalho do assistente social, a partir do seu fazer profissional na política pública de saúde mental, ampliando os conhecimentos já existentes a este respeito.

Espera-se, ainda, que o conhecimento produzido possa contribuir para potencializar as ações de atenção em saúde mental dirigida às pessoas com transtorno mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE corrigido conforme orientação do CEP, portanto, todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se adequados.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
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 -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 4.128.694

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

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_BASICAS_DO_PROJETO_1542706.pdf	28/05/2020 10:47:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	28/05/2020 10:44:51	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/05/2020 10:44:21	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	06/05/2020 16:00:57	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	05/05/2020 15:22:18	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
Outros	ColetaDadosDocumentos.docx	19/04/2020 09:55:09	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
Outros	RoteirosDeEntrevistas.docx	19/04/2020 09:54:15	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	19/04/2020 09:50:27	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito
Outros	CartaDeAnuencia.pdf	19/04/2020 09:48:51	PATRICIA DA CRUZ BENTO GAVA	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 4.128.694

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 01 de Julho de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br