



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**LAURA CHIARAMONTI WOLFF**

**UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE  
SÃO CARLOS**

Laura C. Wolff

Administrativa

São Carlos, Setembro 2022

**LAURA CHIARAMONTI WOLFF**

**UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE  
SÃO CARLOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos, Setembro 2022

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil conquista para o cuidado em saúde mental a implantação de um modelo de atenção psicossocial, em detrimento do modelo asilar, através das políticas públicas de saúde mental e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Porém, apesar das normativas, a substituição dos modelos não é imediata e a reprodução plena de práticas psicossociais não é uma realidade ainda. Dessa forma, o presente estudo se propôs sob abordagem qualitativa, de caráter empírico e teórico, com objetivo de investigar e compreender os elementos constituintes da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos e como ela orienta o trabalho na RAPS local. Para tanto, a produção dos dados se deu através de entrevistas remotas com 7 gestores do sistema de saúde local e análise documental da portaria nº3.088/2011. As entrevistas passaram por uma análise de conteúdo temática, assim como o documento passou pela sua análise de conteúdo temática. Posteriormente, os resultados das análises foram articulados na discussão. Como resultados principais, a análise temática das entrevistas gerou 2 categorias de sentido: i) a política de saúde mental no macro contexto, em que foram identificados os elementos constitutivos da política municipal de saúde mental através das lacunas da proposta organizacional e funcional da política; ii) a política de saúde mental no micro contexto, em que foram identificadas as compreensões dos gestores sobre a RAPS local. A análise temática da portaria, por sua vez, gerou uma categoria: modelo de atenção psicossocial, em que os principais aspectos da política nacional de saúde mental foram apreendidos. Articulando as análises, conclui-se que há um distanciamento entre a política de Saúde Mental do município de São Carlos e a portaria nº 3.088/2011, em especial na composição de serviços, articulação entre serviços e setores, apoio matricial efetivo e atenção à saúde mental na atenção básica (todos elementos previstos na portaria nº 3.088/2011). Ademais, conclui-se também que a compreensão dos gestores sobre a política de saúde mental do município se centrou na ausência de um documento como uma portaria ou uma nota técnica que formalizasse um fluxo de encaminhamentos.

**Palavras-chave:** Rede de Atenção Psicossocial; Política de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica

## ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil conquers for mental health care the implementation of a psychosocial care model, to the detriment of the asylum model, through public mental health policies and the consolidation of the Psychosocial Care Network (RAPS). However, despite the regulations, the replacement of models is not immediate and the full reproduction of psychosocial practices is not yet a reality. Therefore, the present study was proposed under a qualitative approach, of an empirical and theoretical character, with the objective of investigating and understanding the constituent elements of the Municipal Mental Health Policy of São Carlos and how it guides the work in the local network. To this end, the production of data took place through remote interviews with 7 managers of the local health system and document analysis of ordinance nº3.088/2011. The interviews underwent a thematic content analysis, just as the document underwent its thematic content analysis. Subsequently, the results of the analyzes were articulated in the discussion. As main results, the thematic analysis of the interviews generated 2 categories of meaning: i) the mental health policy in the macro context, in which the constitutive elements of the municipal mental health policy were identified through the gaps in the organizational and functional proposal of the policy; ii) the mental health policy in the micro context, in which managers' understanding of the local RAPS was identified. The thematic analysis of the ordinance generated just one category: psychosocial care model, in which the main aspects of the national mental health policy were apprehended. Articulating the analyses, it is concluded that there is a gap between the Mental Health policy of the municipality of São Carlos and Ordinance nº 3.088/2011, especially in the composition of services, articulation between services and sectors, effective matrix support and health care mental health in primary care (all elements provided for in Ordinance number. 3088/2011). In addition, it is also concluded that the managers' understanding of the municipality's mental health policy focused on the absence of a document such as an ordinance or a technical note that formalized a flow of referrals.

**Keywords:** Psychosocial Care Network; Mental Health Policy; Psychiatric Reform

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
1.1 Motivação para a construção do objeto de estudo	6
1.2 Mudanças na visão sobre a saúde	7
1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)	8
1.4 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial	10
1.5 Problematização do objeto de estudo	13
1.6 Justificativa	13
1.6.1 <i>Justificativa Política</i>	13
1.6.2 <i>Justificativa Científica</i>	14
1.6.3 <i>Justificativa Social</i>	14
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
<b>3. MÉTODO</b>	<b>15</b>
3.1 Tipo de pesquisa	15
3.2 Contexto empírico da pesquisa	17
3.3 <i>Corpus</i> de análise: participantes e documentos	18
3.4 Cuidados éticos	18
3.5 Instrumentos, procedimentos e análise de dados	19
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>21</b>
3.1 Modelo de atenção psicossocial	23
i) <i>Cuidado humanizado</i>	23
ii) <i>Oferta de um cuidado integral e de assistência multiprofissional na lógica interdisciplinar, com a articulação entre os serviços</i>	24
iii) <i>Promoção de saúde e prevenção de agravos</i>	24
iv) <i>Educação permanente em saúde e matriciamento</i>	25
3.2 A política de saúde mental no macro contexto	26
3.2.1 <i>Lacunas da proposta organizacional e funcional da rede</i>	26
i) <i>Ausência de equipamentos</i>	26
ii) <i>Ausência de articulação</i>	27
iii) <i>Ausência de um apoio matricial efetivo</i>	28
iv) <i>Saúde Mental na Atenção Básica</i>	29
3.2.2 <i>Respostas às lacunas relatadas</i>	32
i) <i>Grupo condutor da RAPS</i>	32
ii) <i>Articulação intersetorial</i>	33
iii) <i>Matriciamento</i>	34
iv) <i>Parceria com a universidade</i>	34
3.2.3 <i>Gestão da RAPS</i>	35
3.3 A política de saúde mental no micro contexto	36
3.3.1 <i>Compreensão dos gestores sobre a política de Saúde Mental</i>	36
<b>4. CONCLUSÕES</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>44</b>
<i>Apêndice A: Roteiro de entrevista semiestruturada</i>	44
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>
<i>Anexo A: Parecer do projeto de pesquisa aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos</i>	46

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Motivação para a construção do objeto de estudo

A ideia de estudar a Rede de Atenção Psicossocial de São Carlos e seu funcionamento surgiu de uma conversa que tive com meu irmão, que era médico generalista de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na capital paulista. Ele se mostrou aflito e preocupado com os usuários da rede que chegavam na UBS em que trabalha com queixas para as quais eram necessários encaminhamentos aos serviços especializados e, uma vez feitos esses encaminhamentos, os usuários chegavam aos outros serviços e não eram atendidos de forma satisfatória, o que os fazia retornar à UBS sem o cuidado que deveriam ter recebido.

Assim, pude identificar que há nesse “caminho” entre os serviços um problema. A partir disso, pensei a possibilidade de, ao estudar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), identificar e entender quais as fragilidades existentes nesse “caminho” entre os dispositivos da rede que estão resultando numa privação de cuidado ao usuário, em especial quando o olhamos sair de um ponto da rede, chegar a outro e não ser acolhido de forma adequada e, além disso, entender por que estas fragilidades existem

A opção por realizar o estudo em São Carlos se deu primeiramente por ser a cidade onde estudo e resido durante os períodos letivos. A partir da leitura de outros trabalhos que tratam a RAS em São Carlos, foi possível identificar que dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município a existência de um problema relacionado à ausência de integração entre os serviços da rede e a uma baixa frequência de comunicação entre eles, impedindo a execução de um trabalho efetivo e a resolutividade dos casos.

Dessa forma, optei por focar meu estudo na RAPS de São Carlos, olhando para a política de saúde mental do município e de que forma ela orienta o trabalho feito na rede e em seus dispositivos. Feito isso, será possível identificar se os problemas citados anteriormente ainda estão presentes no funcionamento da RAPS ou se houve alguma mudança. Ainda, a partir de uma análise crítica à forma como a política nacional de saúde mental vem se atualizando e a elaboração de um documento contendo diretrizes consideradas como indispensáveis no cuidado em saúde mental em rede, comparar se o trabalho feito na RAPS (investigado nesta pesquisa) está em conformidade com tal documento.

## 1.2 Mudanças na visão sobre a saúde

Foi no início da década de 1970 no Brasil que nasceu o movimento da Reforma Sanitária (MRS) – dentro de um contexto político de luta contra a ditadura e clara busca por uma redemocratização. Impulsionada por uma necessidade de mudanças na área da saúde, o MRS dá reconhecimento a uma crise naquilo que se entendia como saúde pública na época; tal crise pautou-se na constatação da necessidade de uma ampliação na concepção que se havia de saúde e, conseqüentemente, de uma mudança no modelo existente de atenção à saúde. Questionava-se, portanto, o modelo hegemônico que ordenava a saúde por “uma lógica positivista, matematizante, preventista, culpabilizadora da vítima, dona da verdade, administradora dos interesses do capital e do Estado (não da população), biologicista-centrada, negadora do social e do psicológico.” (DA ROS, 2012, p. 15). Entendia-se, então, que essa concepção reducionista que vigorava neste modelo de saúde pública não era suficiente para compreender e intervir sobre a complexidade dos processos de saúde e doença.

Ao falar em processos de saúde e doença, demonstramos o entendimento de que saúde e doença não são os extremos de uma mesma experiência: saúde não é a ausência de doença e doença não é a ausência de saúde (AYRES, 2007). Esse entendimento surge a partir de um debate filosófico, uma vez que as ciências humanas e sociais encontraram um espaço de conversa com os saberes médicos já existentes na área da saúde e, assim, passam a fazer parte dela. Portanto, essa articulação demonstra uma ampliação na forma de se pensar a saúde – tida como necessária para a superação da crise constatada na década de 1970 – e a configuração de um novo campo: o da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva, portanto, “teria que ser integral, equânime e universal, com o entendimento da determinação social do processo saúde doença (que não nega o fator biológico, mas o subordina).” (DA ROS, 2012, p. 16). Dessa forma, o conceito de determinantes sociais da saúde (DSS) se mostra notável dentro deste contexto. A definição desse conceito possui algumas variações, mas todas elas têm em comum o que o próprio nome explicita: as condições sociais nas quais um indivíduo está inserido estão relacionadas com (determinam) sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define determinantes sociais de saúde como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” (BUSS; PELLEGRINI-

FILHO, 2007). Assim, os DSS permitiram uma nova forma de pensar sobre questões como qualidade de vida, condições de vida, processos de adoecimento e intervenção em saúde.

### 1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)

O movimento de Reforma Sanitária – considerando todo o debate feito no tópico anterior – foi um processo político no qual se propuseram novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde, cujo produto foi o Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.532). Nesse processo, temos como um fruto extremamente importante a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, garantida pela Constituição Federal, destacando o Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.91). Assim, o SUS, em conformidade com a Constituição Federal, se configura como um sistema complexo, responsável por articular e coordenar ações de promoção e prevenção à saúde, bem como ações de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.532).

O SUS conta com três princípios doutrinários que norteiam sua construção, sendo eles a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990). A universalidade diz respeito à garantia do acesso a qualquer serviço público de saúde por qualquer cidadão; a equidade diz respeito à disponibilidade das ações e serviços conforme a complexidade de cada caso que não comporte privilégios ou barreiras; a integralidade diz respeito à articulação e continuidade das ações e serviços do SUS, reconhecendo o indivíduo como um ser integral e biopsicossocial: o indivíduo, os serviços e as unidades prestadoras de serviços vistos como um todo indivisível (integral) (BRASIL, 1990).

Levando em conta seus princípios doutrinários, o SUS se organiza de acordo com uma descentralização, orientada por uma regionalização, acompanhada de uma participação popular, buscando uma resolubilidade. Assim, a descentralização atribui responsabilidades diferentes entre os níveis federal, estadual e municipal quanto às ações e serviços de saúde (prevendo a decisão tomada o mais perto possível do fato, na tentativa de garantir seu êxito) (BRASIL, 1990). A regionalização, por sua vez, demarca e define territorialmente as regiões de saúde e, conseqüentemente, a população a ser atendida em tais regiões. (FRUTOSO; SAUR, 2012, p.43). A participação popular coloca o cidadão nessa lógica como um protagonista do sistema e não apenas alguém que recebe passivamente seus cuidados; dessa forma, ele está inserido na



formulação e execução de políticas públicas naquilo que diz respeito ao direito à saúde (BRASIL, 1990). Por fim, a resolubilidade diz respeito à exigência do sistema de que a demanda de saúde, seja ela individual ou coletiva, seja resolvida (BRASIL, 1990).

Torna-se evidente que o SUS rompe com a lógica da clínica tradicional, puramente biomédica – que reduz o paciente a seu sintoma e preocupa-se apenas em medicalizá-lo para se possível alcançar a cura – para trabalhar com a lógica da clínica ampliada, entendendo aquele que busca o cuidado como um indivíduo além de suas características biológicas, contemplando também os diversos aspectos sociais e subjetivos de sua história de vida que afetam seus processos de saúde e doença (FRUTOSO; SAUR, 2012, p. 44). Assim, o objeto do cuidado é o doente e não sua doença. A lógica da clínica ampliada, portanto, ao considerar o indivíduo em sua totalidade, entende que o cuidado não pode ser fragmentado e deve conter as diferentes profissões da saúde atuando em conjunto num mesmo caso (FRUTOSO; SAUR, 2012, p. 45). Compartilha-se, então, o projeto terapêutico entre os usuários e os diferentes profissionais, possibilitando a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre os profissionais responsáveis e os usuários (CAMPOS et al., 2014).

Em conformidade com o argumentado acima, contrapondo-se à lógica da clínica tradicional, a saúde pública no Brasil deixa de se estruturar em uma pirâmide hierárquica para se organizar em redes poliárquicas, onde todos os equipamentos se encontram em igualdade e se conectam em todas as direções. Dessa forma, temos a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS, portanto, é uma forma de organizar a atenção à saúde visando superar a fragmentação da atenção e da gestão, além de pretender aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, conforme previsto no anexo da portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010.

A organização em rede, por sua vez, evidencia o princípio da integralidade do cuidado, apontado por Mattos como o mais polissêmico princípio do SUS (MATTOS, 2001 apud AYRES et al., 2012), bem como um dos mais potentes. Ayres et al. (2012) adota uma definição de integralidade que a submete a quatro eixos interligados na organização da atenção à saúde. São eles: a) eixo das necessidades, ligado a “qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde” (AYRES et al., 2012); b) eixo das finalidades, ligado a “graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/ reinserção social” (AYRES et al., 2012), em que o sentido dominante é o de não segmentar ações, e sim criar cooperação almejando otimização do desenvolvimento delas; c) eixo das articulações, ligado a “graus e

modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde” (AYRES et al., 2012); d) eixo das interações, ligado à “qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado” (AYRES et al., 2012), construindo condições efetivas para uma integralidade dialógica. Esse sentido prático da integralidade do cuidado apresentado em tais eixos é o que nos instiga a pensar e arquitetar as ações em saúde, para que se possa cumprir também os princípios de universalidade e equidade.

Assim, o SUS conta com dois arranjos organizacionais ou metodologias de trabalho visando a realização de uma clínica ampliada e uma integração dialógica entre as distintas profissões da saúde: as equipes de referência e o apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). As equipes de referência consistem em equipes multidisciplinares responsáveis por determinados casos, nas quais os profissionais podem manter uma relação longitudinal com aqueles sob seus cuidados, acompanhando de perto suas demandas e tomando decisões em conjunto; já o apoio matricial pretende oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, buscando maior resolutividade para os casos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

#### 1.4 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial

Da mesma forma que a saúde pública deparou-se com a necessidade de uma ampliação para além de um modelo reducionista e biologicista da saúde, a saúde mental no Brasil também constatou a necessidade de, como aludido por Nunes, Jucá e Valentim (2007), uma desinstitucionalização dos pacientes e uma consolidação de bases territoriais do cuidado, fatores que basearam Reformas Psiquiátricas em vários países do mundo – incluindo o Brasil. Intimamente ligado ao movimento de Reforma Sanitária (MRS), o movimento pela Luta Antimanicomial inicia-se no final da década de 1970 e, por sua vez, carrega consigo princípios e diretrizes que orientam o MRS (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Nesse momento, são feitas várias críticas à administração da saúde pública; os hospitais psiquiátricos tratavam aqueles que se encontravam internados nesses espaços de forma negligente, excluindo-os da sociedade e maltratando-os com crueldade, numa clara violação dos direitos humanos (PIRES; RESENDE, 2016).

O objetivo imediato intencionado pela luta era a extinção dos hospitais psiquiátricos; porém, a questão manicomial se estende para muito além dos muros dos hospitais psiquiátricos (PRADO-FILHO; LEMOS, 2017). A extinção física dos hospitais psiquiátricos não era

suficiente para os propósitos da luta. Era necessária também a desconstrução da ordem e da governamentalidade psiquiátrica, de um modelo hospitalocêntrico (PRADO-FILHO; LEMOS, 2017) e delinear outro *lugar social* para a loucura (AMARANTE; NUNES, 2018). Assim, toma-se estes aspectos como referência para se construir outras estratégias políticas, sociais e culturais além das clínicas e terapêuticas (AMARANTE; NUNES, 2018). Dessa forma, como afirmam Amarante e Nunes (2018), “o movimento da Reforma Psiquiátrica desenvolveu o pensamento crítico à institucionalização da loucura”.

Os efeitos do movimento da Reforma Psiquiátrica culminaram na criação da lei nº 10.2016/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A rede de saúde nesse contexto passa a se constituir a partir de serviços que vêm aos poucos substituindo os hospitais psiquiátricos; por exemplo: a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – oferecendo cuidado a usuários com quadro psiquiátrico grave (sem dispor de hospitalizações ou de consultas esparsas apenas para renovação de receitas médicas) –, a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – alternativas de moradia, pensando na desinstitucionalização gradual de pessoas que passaram anos internadas em hospitais psiquiátricos e que não possuem suporte adequado na comunidade – amplamente favorecidos pelo Programa de Volta Para a Casa, redefinição dos CAPS em relação à sua organização, porte e especificidade (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad) e a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – objetivando proporcionar apoio matricial às equipes de Saúde da Família – até a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (AMARANTE; NUNES, 2018).

A RAPS, portanto, como afirma a portaria nº 3.088/2011, “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)” (BRASIL, 2011a), transformando as possibilidades de ações de saúde mental do SUS. Conforme afirmam Amarante e Nunes (2018), essa RAPS tem como objetivos principais “a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”. Portanto, até este ponto, as políticas de saúde mental até este ponto estavam progressivamente substituindo

o modelo asilar e hospitalocêntrico pelo modelo de atenção psicossocial, caracterizado pela “ampliação do conceito de saúde, considerando as concepções da produção histórica do papel de doente e do cuidado integral e humanizado, superando a visão nosológica e individualizada, que condiciona o seu significado à ausência de doença ou à utopia de completo bem-estar biopsicossocial” (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016). Apesar de tais avanços nas políticas de saúde mental, percebe-se ainda a reprodução de práticas alusivas ao modelo asilar, demonstrando que “a implantação de um modelo não suprime de imediato o anterior” (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Porém, o cenário das políticas públicas de saúde mental começa a mudar, quando o Ministério da Saúde (e, conseqüentemente, o SUS e seus princípios) se mostra como objeto de negociação política (AMARANTE; NUNES, 2018). A partir de 2016, o governo Temer instituiu um conjunto de medidas que impactou radicalmente o SUS; no que diz respeito especificamente à RAPS, a portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017 juntamente à resolução 32 da CIT representam a mudança no direcionamento da Política Nacional de Saúde mental, retrocedendo ao modelo asilar e manicomial superado pela Reforma Psiquiátrica (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). A Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo um grande desmonte desde 2016 até hoje; como afirmam Silva e Silva (2020) “ao mesclar avanço e conservadorismo, a política de saúde mental (e a política de saúde) tem se desenvolvido no cenário brasileiro, principalmente na atualidade, quando se constata a volta de uma organização das forças restauradoras da saúde mental contra a RP, a partir das propostas do ex-governo Temer e do atual governo Bolsonaro, sob a ordem de um neoliberalismo ortodoxo”. As referidas propostas direcionam a política de saúde mental para uma total inabilitação da RAPS e da lógica e proposta da Reforma Psiquiátrica, investindo em serviços que impedem a construção da autonomia de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, renunciando a serviços de base comunitária e atenção psicossocial e, portanto, rompendo com os preceitos do movimento pela Luta Antimanicomial (SILVA; SILVA, 2020).

É de extrema urgência e importância que continuemos a fortalecer o movimento pela Luta Antimanicomial e os preceitos da Reforma Psiquiátrica para garantir um cuidado psicossocial, como afirmado pelos princípios do SUS, e assegurar a proteção dos direitos humanos.

## 1.5 Problematização do objeto de estudo

Como posto anteriormente, mesmo após a implantação da RAPS pela portaria nº 3.088/2011 e a afirmação do modelo de cuidado psicossocial nas ações de saúde e saúde mental, a reprodução de um modelo asilar, medicamentoso e hospitalocêntrico ainda pode ser observado nas ações em saúde (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016). Somado a isso, os visíveis retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental reforçam mais ainda a permanência desse tipo de prática no sistema de saúde.

Assim, o presente estudo tem como hipóteses:

- A implementação da política da RAPS de São Carlos reflete fragilidades produzidas no seu histórico de constituição, ou seja, pela convivência dos diferentes modelos de cuidado em saúde mental (manicomial e psicossocial); e, concordando com Oliveira (2016), observa-se a presença de relações mais conflituosas que colaborativas entre os pontos da RAPS.
- Existe uma resistência ao modelo psicossocial na implantação da política de saúde mental do município, já que, como afirmado por Onocko-Campos (2019), a portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017 destaca um modelo de assistência em saúde que valoriza intervenções biomédicas acima das práticas psicossociais.
- Portanto, a política de saúde mental do município está distante de um modelo de atenção psicossocial implementado pela portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011.

## 1.6 Justificativa

### *1.6.1 Justificativa Política*

Frente ao presente cenário de clara ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica traduzidas nas políticas de saúde mental do país, fica nítida a necessidade de pesquisas na área. A Rede de Atenção Psicossocial corre grande risco, bem como seus usuários, com a proposta de revogação de 99 portarias que regulamentam a saúde mental, comprometendo uma série de serviços de atenção à pessoa com sofrimento ou transtorno mental. Investigações feitas nessa área, especialmente nesse momento, são de grande importância para que possamos demonstrar a importância da RAPS na qualidade de vida de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e resistir ao seu desmonte proposto pelo atual governo.

### *1.6.2 Justificativa Científica*

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006) pesquisas que tratem de saúde mental e da RAPS (especialmente dirigidas aos CAPS) mostram sua importância na potencialidade de geração de subsídios para a Reforma Psiquiátrica, além de impulsionarem pesquisas voltadas às políticas públicas e avaliação de serviços de saúde. Mesmo hoje é necessário que fortaleçamos o movimento da Reforma Psiquiátrica. Esta pesquisa se propõe a fortalecê-lo como base científica e para as decisões do movimento; ademais, se propõe, como consequência, a impulsionar pesquisas voltadas às políticas públicas e a avaliação de serviços de saúde.

### *1.6.3 Justificativa Social*

Este estudo também se justifica pela tentativa de garantir que a rede funcione e ofereça o melhor cuidado possível para os usuários; como consequência de uma pesquisa na área (citada anteriormente), impulsionar e efetivar pesquisas voltadas às políticas públicas e a avaliação de serviços de saúde corroboram para garantir que a rede funcione de maneira apropriada, sempre visando a garantia do melhor cuidado possível a seus usuários.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar e compreender os elementos constituintes da política de saúde mental do município de São Carlos e como ela orienta o trabalho feito na RAPS.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar e descrever os elementos constitutivos da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos.
- Fazer uma análise comparativa entre os principais aspectos da Política Nacional de Saúde Mental apoiada em um modelo psicossocial (PNSM - portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011) e os graus de aproximação e/ou distanciamento da RAPS local em sua implementação.
- Investigar as compreensões de profissionais e gestores da RAPS Local sobre a Política Municipal de Saúde Mental.

### 3. MÉTODO

O apoio epistemológico que norteou esta pesquisa é a Hermenêutica-Dialética: a “ciência da compreensão”. A partir da leitura de Minayo (2014, p. 327-350) é possível interpretar que, ao falarmos em hermenêutica, temos como “elementos-chave” compreensão, sentido e linguagem: a hermenêutica busca a compreensão de sentido que se dá na comunicação (interação), na qual a linguagem é o elemento central. A linguagem, portanto, se vê ampliada, residindo naquilo que se diz, naquilo que não se diz, como se diz, quando se diz, onde se diz, quem o diz e para quem se diz. Dessa forma, busca-se desconstruir a ideia de compreensão como algo imediato e racional, que reside apenas em uma das partes e não se encontra em conformidade com a postura hermenêutica, onde a compreensão consiste no entendimento dos sentidos que se dão sempre durante uma interação. É importante entender que, nesse movimento hermenêutico, nós pesquisadores nos encontramos inseridos. Faz parte de nossa investigação a percepção de como nós reagimos e entendemos os conteúdos, já que o investigador é também parte da investigação.

Ainda em Minayo (2014, p. 327-350), ao conceito de Hermenêutica, adiciona-se a Dialética: um elemento crítico e histórico que dialoga facilmente com a hermenêutica, uma vez que ambos possuem a ideia de condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas e a ideia de que o observador não consegue ser imparcial em suas observações. Dessa forma, por meio da Hermenêutica-Dialética, pretende-se compreender criticamente textos, falas e depoimentos, como resultado simultâneo de um processo intersubjetivo, social e de reconhecimento.

#### 3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo realizou-se sob abordagem qualitativa, possuindo caráter empírico e teórico, uma vez que buscou investigar e compreender, por meio do estudo de caso e da pesquisa documental, os elementos constituintes da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos e como tal política orientaria o trabalho feito na RAPS. Além disso, o estudo também se propôs sob caráter remoto (virtual) considerando o contexto da pandemia – seguindo as normas sanitárias vigentes no momento de seu início.

O estudo de caso se justificou pela escolha de descrever e analisar um cenário singular e específico da implementação da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos, além de,

como apontado por Minayo (2014, p. 164): “os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”, condizente com o primeiro e terceiro objetivos específicos desta pesquisa: identificar e descrever os elementos constitutivos da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos e investigar as compreensões de profissionais e gestores da RAPS local sobre tal Política Municipal de Saúde Mental. Ainda, segundo Yin (2001, p. 21) “o estudo de caso contribui, de forma inigualável para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos”, indicando novamente a relevância do estudo de caso para os objetivos. Além disso, Minayo (2014, p. 165) afirma que frequentemente os estudos de caso são utilizados para “compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta”, que não deixou de ser feito neste estudo.

A pesquisa documental fez-se necessária para cumprir o segundo objetivo específico: fazer uma análise comparativa entre os principais aspectos da Política Nacional de Saúde Mental apoiada em um modelo psicossocial (PNSM - portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011) e os graus de aproximação e/ou distanciamento da RAPS local em sua implementação. Dessa forma, ela tratou da portaria nº3.088 de 23 de Dezembro de 2011, a fim de apreender seus principais aspectos.

A pesquisa documental se propõe a produzir novas formas de compreender fenômenos e entender a forma como eles têm sido desenvolvidos (SÁ SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Kripka, Scheller e Bonotto (2015) pontuam que, na pesquisa documental, o pesquisador “mergulha” no campo de estudo em busca de assimilar o fenômeno a partir das perspectivas contidas nos documentos, assim, contribui para a área na qual esta pesquisa se insere. Os dados analisados pela pesquisa documental são de natureza textual: a portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, um documento público e oficial que requer critérios próprios de registro e de análise semântica, que neste trabalho será a análise de conteúdo. Dessa forma, pretendeu-se compreender os principais aspectos desta portaria que enfatizam um modelo de cuidado psicossocial, assimilando integralmente este fenômeno presente na Política Nacional de Saúde Mental.



### 3.2 Contexto empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de São Carlos, localizado no interior do estado de São Paulo, cuja população é de 238.950 habitantes, ainda com uma população flutuante de 20.000 habitantes, registra um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805 e PIB de R\$ 5.769.274,00, conforme afirma o site da prefeitura<sup>1</sup>. Segundo o IBGE<sup>2</sup>, a população estimada de São Carlos em 2021 é de 256.915 habitantes. A política de saúde do município, conforme previsto nas diretrizes do SUS, organiza-se administrativamente de forma territorial, constituída de 5 Regionais de Saúde (ARES)<sup>3</sup>, as quais coordenam as ações em saúde junto às Unidades de Saúde pertencentes à sua área de abrangência, pretendendo propiciar um cuidado integral aos moradores de determinada área geográfica (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Oliveira (2016, p. 23), é perceptível “a ausência de um organismo exclusivo para a política de saúde mental que permita respaldar a adoção de diretrizes de funcionamento e ações em termos administrativos”, evidenciando, assim, uma fragilização desta política no município. É atribuição dos CAPS se responsabilizar pela organização da demanda em saúde mental e também de seu cuidado na rede (sob a coordenação do gestor local) e os CAPS do município são subordinados administrativamente à Regional de Saúde Redenção (OLIVEIRA, 2016, p. 24). Segundo Dobies e Fioroni (2010) o município de São Carlos demonstra uma insuficiência em relação aos dispositivos de saúde mental recomendados pelo Ministério da Saúde, segundo parâmetros populacionais. Nesse caso, seriam recomendados CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU; este cenário de insuficiência se mantém até hoje conforme pode-se ver no site da prefeitura do município.

A Rede de Atenção à Saúde de São Carlos é composta por um Ambulatório Oncológico, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infanto-juvenil, CAPS II Mental), um Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro Municipal de Especialidades (CEME), Vigilância Epidemiológica e Sanitária, uma equipe de Consultório na Rua, doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinte e duas equipes da Unidade Saúde da Família (USF) e uma equipe

---

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de São Carlos. Disponível em <http://www.saocarlos.sp.gov.br/>

<sup>2</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>

<sup>3</sup> Apesar de a administração formal não se dividir mais em ARES, para os trabalhadores da rede, na prática, ainda se considera essa organização.

do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); ademais, oferece serviços como controle de arboviroses e zoonoses e serviço de remoção externa ao município. Ainda, com foco na formação e capacitação dos profissionais da rede, destaca-se o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSH).

### 3.3 *Corpus* de análise: participantes e documentos

O foco desta pesquisa é a Rede de Atenção Psicossocial de São Carlos e a Política Municipal de Saúde Mental. Portanto, participaram da produção de dados os gestores e profissionais de saúde que atuam na RAPS local e a a portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011, a qual instituiu a RAPS e estabeleceu os critérios de organização e implementação da mesma no Brasil, de forma a integrar a saúde mental em todos os pontos de atenção no SUS (SOUSA & JORGE, 2019) e garantindo a articulação e integração desses pontos, enfatizando um modelo de cuidado psicossocial em diferentes níveis de complexidade (AMARANTE & NUNES, 2018). As entrevistas e o documento em questão serão analisados e, então, suas análises serão articuladas.

Foram convidados a participar das entrevistas as coordenadoras de cada um dos três CAPS do município (CAPS II, CAPS AD e CAPS IJ), a chefe de seção de apoio à Saúde Mental, a diretora do Departamento de Gestão e do Cuidado Ambulatorial (DGCA), o chefe da seção de apoio às Unidades de Saúde da Família e a coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSH). Todos os convidados aceitaram a participação, totalizando 7 participantes entrevistados.

Os critérios para participar da pesquisa foram: i) consentir em participar do estudo, ii) ser gestor ou trabalhador da saúde (nível médio ou superior) atuante na assistência em algum dos equipamentos selecionados há pelo menos 1 ano, iii) estar em condições físicas e psicológicas para responder a uma entrevista. Já os critérios de exclusão da pesquisa são: i) não consentir em participar do estudo, ii) não estar em condições físicas e psicológicas para responder a uma entrevista.

### 3.4 Cuidados éticos

A pesquisa cumpriu com todas as normas éticas relacionadas a pesquisa com seres humanos e pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, especificadas, respectivamente, nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e cumprirá as orientações para

procedimentos em pesquisas com etapa em ambiente virtual da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de 2021. Ademais, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP - UFSCar), em 16 de setembro de 2021, sob registro CAAE 50436621.1.0000.5504, e teve parecer favorável número 5.027.773 (ver Anexo A).

### 3.5 Instrumentos, procedimentos e análise de dados

A etapa de produção de dados da pesquisa incluiu, inicialmente, um levantamento bibliográfico acerca do tema, realizado nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS-Psi Brasil), Scielo e Portal de Periódicos CAPES. A busca foi feita a partir dos descritores (estabelecidos usando o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde): Saúde Mental, Assistência à Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial, Ações Integradas de Saúde, Integração dos Serviços de Saúde, Política de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Política de Saúde Pública, Assistência à Saúde, Rede de Cuidados Continuados de Saúde, Sistemas de Assistência à Saúde e Sistemas Nacionais de Saúde. As publicações encontradas foram escolhidas por data, ou seja, de 2012 – após a publicação da portaria nº 3.088/2011 – até o presente momento, e por língua, portanto, português, inglês e espanhol. Essas publicações foram filtradas pela leitura dos resumos, identificando se elas respondiam ao foco da busca – literaturas que tratam das portarias de saúde mental, processos de implementação de políticas públicas de saúde mental e modelos de atenção em saúde – e, assim, forneceram base para a análise de dados produzidos pelas entrevistas e documentos.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, iniciou-se a aproximação ao campo empírico (seguindo as normas sanitárias vigentes no momento da produção de dados) a partir de contatos iniciais com as coordenações dos três CAPS (CAPS II, CAPS AD e CAPS IJ) por e-mail; foram agendadas reuniões online pela plataforma Google Meet para apresentar o projeto, sensibilizar as coordenações para a relevância da pesquisa e para a importância do apoio à mesma, além de pactuar datas para as entrevistas que previstas com essas coordenações. A partir desse primeiro contato, facilitou-se o diálogo por e-mail com a coordenação de Saúde Mental do município; foi agendada também uma reunião online pela plataforma Google Meet com a chefe da seção de apoio à Saúde Mental com os mesmos objetivos de apresentar o projeto de pesquisa, sensibilizar a coordenação para a relevância da pesquisa e para a importância do apoio à mesma, além de pactuar uma data para a entrevista prevista com essa coordenação.

Os próximos contatos feitos foram com a diretora do Departamento de Gestão e do Cuidado Ambulatorial (DGCA), a coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSH) e o chefe da seção de apoio às Unidades de Saúde da Família. Esses contatos foram facilitados pela orientadora dessa pesquisa via WhatsApp, uma vez que nesse momento a gestão estava passando por várias mudanças internas e o contato estava bastante demorado. Foram agendadas reuniões online pela plataforma Google Meet, com os mesmos objetivos de apresentar o projeto de pesquisa, sensibilizar a coordenação para a relevância da pesquisa e para a importância do apoio à mesma; as entrevistas foram feitas logo em seguida.

As 7 entrevistas tiveram uma média de duração de 46 minutos e seguiram um roteiro semiestruturado (ver Apêndice A). Foram realizadas entre 30/03/2022 a 27/06/2022 e, antes de iniciá-las, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via formulário do Google, todas as dúvidas sobre a pesquisa e a entrevista foram sanadas e os termos foram assinados por todos os participantes, registrando seus consentimentos para participação. Todas as entrevistas tiveram gravações em áudio e vídeo feitas pelo programa OBS Studio, as quais ficaram armazenadas em arquivos locais do computador da pesquisadora, com acesso restrito a ela. Estas gravações foram excluídas logo após as transcrições (em que os participantes não são identificados), que também ficaram armazenadas em arquivos locais do computador da pesquisadora, com acesso restrito a ela e à orientadora da pesquisa.

A partir das transcrições, a pesquisadora realizou a análise de dados – com o auxílio de sua orientadora – submetendo os conteúdos das entrevistas a uma Análise de Conteúdo, mais especificamente a uma Análise Temática: “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2009, p. 86). Com a transcrição em mãos, buscou-se encontrar as respostas dos objetivos da pesquisa e identificar os núcleos de sentido individuais importantes em cada entrevista em uma análise vertical. Então, buscou-se encontrar os sentidos semelhantes entre as entrevistas, em uma análise transversal verificando de que forma tal sentido se apresenta para os diferentes participantes (núcleo de sentido coletivo), conferindo maior robustez e potência para o sentido que se mostra significativo para um grupo. Essa análise transversal forneceu condição para entender categorias que abriguem os núcleos de sentido identificados.

Ademais, também foi feita a análise temática da portaria nº 3.088/2011 – documento que “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)” (BRASIL, 2011a). A análise temática do documento foi, então, articulada à análise temática das entrevistas para construção da discussão e formulação de conclusões a partir dela.

Por fim, é importante ressaltar que este trabalho prevê uma devolutiva dos resultados para os participantes envolvidos, bem como suas possíveis contribuições para os equipamentos da RAPS de São Carlos.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, a análise dos dados construídos pela pesquisa será apresentada. Em primeiro lugar, será feita uma breve caracterização dos participantes da pesquisa. Então, será apresentada a análise temática feita sobre a portaria nº 3.088/2011, na qual foi delimitada 1 categoria, com 4 núcleos de sentido. Em seguida, serão apresentadas as categorias temáticas formadas a partir da análise temática das entrevistas (considerando os objetivos específicos 1 e 3): **I. A política de saúde mental no macro contexto; II. A política de saúde mental no micro contexto.** Cada uma dessas categoriais possui subcategorias, as quais foram criadas a partir dos núcleos de sentido no intuito de compreender mais profundamente as análises feitas. Por fim, a análise da portaria nº 3.088/2011 foi articulada à análise das entrevistas, integrando a discussão das categorias e núcleos de sentido dessa, contemplando o objetivo 2.

**Quadro 1: Caracterização dos participantes**

Participante	Idade	Gênero	Categoria profissional	Tempo de trabalho no SUS	Tempo de trabalho na instituição	Tempo de trabalho no cargo
P1	45 anos	Feminino	Assistente social	16 anos	5 anos	5 anos
P2	43 anos	Feminino	Psicóloga	18 anos	40 dias	40 dias
P3	32 anos	Feminino	Psicóloga	10 anos	4 anos	3 meses
P4	40 anos	Feminino	Terapeuta Ocupacional	15 anos	3 anos	3 anos
P5	63 anos	Feminino	Enfermeira	34 anos	25 anos	3 anos

P6	59 anos	Feminino	Terapeuta Ocupacional	35 anos	13 anos	4 anos
P7	29 anos	Masculino	Bacharel em direito	4 anos	4 anos	3 meses

**Quadro 2: Representação das categorias, de análise da Portaria nº 3.088/2011**

Categoria temática	Núcleos de sentido
Modelo de atenção psicossocial	Cuidado humanizado
	Oferta de um cuidado integral e de assistência multiprofissional na lógica interdisciplinar, com a articulação entre os serviços
	Promoção de saúde e prevenção de agravos
	Educação permanente em saúde e matriciamento

**Quadro 3 - Representação das categorias, subcategorias e núcleos de análise das entrevistas**

Categoria temática	Subcategorias	Núcleos de sentido
1. A política de saúde mental no macro contexto	1.1 Lacunas da proposta organizacional e funcional da rede	1.1.1 Ausência de equipamentos
		1.1.2 Ausência de articulação
		1.1.3 Ausência de um apoio matricial efetivo
		1.1.4 Saúde Mental na Atenção Básica
	1.2 Respostas às lacunas relatadas	2.1.1 Grupo condutor da RAPS
		2.2.2 Articulação intersetorial
		2.2.3 Matriciamento
		2.2.4 Parceria com a Universidade

	1.3 Gestão da RAPS	
2. A política de saúde mental no micro contexto	2.1 a Compreensão dos gestores sobre a política de Saúde Mental	

### 3.1 Modelo de atenção psicossocial

Tendo em vista o objetivo 2, para que fosse possível fazer uma análise comparativa entre os principais aspectos da Política Nacional de Saúde Mental apoiada em um modelo psicossocial (PNSM - portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011) e os graus de aproximação e/ou distanciamento da RAPS local em sua implementação, foi necessário fazer uma análise temática dessa portaria. Dessa análise, emergiram 5 núcleos de sentido, organizados em uma categoria: o modelo de atenção psicossocial. Cada um dos núcleos será explorado a seguir.

#### *i) Cuidado humanizado*

O aspecto do cuidado humanizado na portaria nº 3.088/2011 é reflexo do processo de construção de um modelo de cuidado à saúde mental que compreendesse aquele que usufruiu desses cuidados e o tratasse como ser humano conquistado pelo Movimento de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (DOS SANTOS et al., 2018). Assim, a humanização do cuidado em saúde mental compreende o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença (usuários, gestores e trabalhadores), que devem compartilhar e construir conjuntamente o cuidado, assegurando a operação dos direitos do usuário (DOS SANTOS et al., 2018). Se exemplifica:

*Art. 2º: [diretrizes] I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas*

*Art. 2º: [diretrizes] V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas*

*Art. 2º: [diretrizes] VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania*

*Art. 4º: [objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial] IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária*

Por muito tempo, as pessoas afirmadas com transtornos mentais sofreram múltiplas violências, tendo seus direitos humanos totalmente desrespeitados, sendo privadas da sua própria liberdade (DOS SANTOS et al., 2018). Assim, os dois aspectos que se ressaltam com a garantia dos direitos do usuário da RAPS é o cuidado em liberdade desse sujeito, favorecendo sua inclusão social e reabilitação psicossocial; como afirma com Dos Santos et al. (2018): “Entender o movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto da saúde mental é perceber o indivíduo como cidadão autônomo que deve ser respeitado e tratado em meio à sociedade”.

*ii) Oferta de um cuidado integral e de assistência multiprofissional na lógica interdisciplinar, com a articulação entre os serviços*

A oferta de um cuidado integral, de assistência multiprofissional na lógica interdisciplinar, com articulação entre os serviços é basicamente o que se entende como uma rede na atenção à saúde. A portaria nº4.279/2010 – que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – define que as redes de atenção à saúde são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b). No documento analisado, podemos destacar:

*Art. 2º: [diretrizes] IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar*

*Art. 2º: [diretrizes] X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado*

*Art. 3º: III [objetivos gerais da RAPS] - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências*

Dessa forma, tem-se a organização dos pontos e das ações que, trabalhando de forma integrada, garantem a integralidade do cuidado, ou seja, garantem a continuidade das ações em saúde mental, reconhecendo o indivíduo em sua totalidade, como um ser integral e biopsicossocial (BRASIL, 1990).

*iii) Promoção de saúde e prevenção de agravos*

O cuidado em rede, brevemente discutido anteriormente, prevê como estratégia de garantia da integralidade do cuidado a promoção de saúde e prevenção de agravos, atuando



segundo os princípios da determinação social da saúde (TASCA et al., 2011). No documento, temos:

*Art. 4º: [objetivos específicos da RAPS] VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede*

*Art. 4º: [objetivos específicos da RAPS] VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil*

*Art. 6º: § 1º A Unidade Básica de Saúde (...) tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede*

De maneira geral, as ações de prevenção têm como objetivo evitar o surgimento de agravos relacionados ao processo saúde-doença, enquanto as ações de promoção de saúde têm como objetivo fortalecer os processos de saúde e bem-estar (CZERESNIA, 2003 *apud* FARIA & RODRIGUES, 2020), sendo que, na RAPS, isso é feito de maneira a atuar sobre os determinantes sociais do sofrimento psíquico.

#### *iv) Educação permanente em saúde e matriciamento*

A educação permanente em saúde é um instrumento que visa “transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local” (MICCAS & BATISTA, 2014). Parte-se do pressuposto que os lugares de produção do cuidado – que prezam pela integralidade, corresponsabilização do cuidado e resolutividade – são também lugares de produção pedagógica (MICCAS & BATISTA, 2014).

A análise da portaria nº 3.088/2011 permitiu identificar fragmentos que expressam o compromisso com a educação permanente em saúde e o matriciamento (uma das estratégias de educação permanente em saúde):

*Art. 4º: [objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial] V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.*

*Art. 6º: § 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando*

*diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado.*

A educação permanente em saúde é ferramenta de extrema importância na garantia de um SUS democrático, equitativo e eficiente; é necessário, portanto, que o profissional da saúde tenha perfil voltado para a integralidade do cuidado e constante e permanente reestruturação de seus conhecimentos, sob a lógica da educação permanente em saúde (MICCAS & BATISTA, 2014).

### 3.2 A política de saúde mental no macro contexto

#### 3.2.1 Lacunas da proposta organizacional e funcional da rede

A análise das entrevistas possibilitou identificar como um núcleo de sentido a o reconhecimento de lacunas, ausências, na RAPS local de elementos que são previstos pela Política Nacional de Saúde Mental, representada pela portaria nº3.08, de 23 de dezembro de 2011. As principais lacunas apontadas – que configuram os subnúcleos – foram: i) a ausência de equipamentos; ii) a ausência de articulação; iii) a ausência de um apoio matricial efetivo; iv) saúde mental na atenção básica.

##### *i) Ausência de equipamentos*

A portaria nº 3.088/2011 instituiu a RAPS e estabeleceu os critérios de organização e implementação da mesma no Brasil, de forma a integrar a saúde mental em todos os pontos de atenção no SUS (SOUSA & JORGE, 2019) e garantir a articulação e integração desses pontos, enfatizando um modelo de cuidado psicossocial em diferentes níveis de complexidade (AMARANTE & NUNES, 2018). Nessa portaria, está previsto como um ponto de atenção da RAPS os Centros de Convivência (CECOs) (BRASIL, 2011a), apontados como inexistentes no município:

*Falta talvez essa reorientação no espaço de socialização melhor dos usuários, já que a gente não tem os centros de convivência, não tem um centro de incentivo de cultura, de trabalho e geração de renda pros nossos usuários, ainda é uma fragilidade da nossa rede não ter esse envolvimento. (P1)*

De acordo com Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016), que realizaram um estudo em Campinas, os CECOs – como espaço público de convívio – são capazes de promover uma ressignificação do encontro entre pessoas e a cidade: é perceptível uma mudança na forma como a pessoa que frequenta o CECO habita a cidade, retirando-a de um lugar passivo e

marginalizado e possibilitando que ela assuma um lugar de protagonismo, que amplia o seu agir e que amplia a cidade. Ademais, os CECOs são dispositivos potentes para a promoção de políticas intersetoriais (FERIGATO; CARVALHO; TEIXERA, 2016); veremos, mais à frente, que a articulação entre diferentes setores e secretarias foi identificada como uma resposta dos participantes às lacunas identificadas por eles também.

Ademais, a portaria nº3.088/2011 também prevê CAPSs na modalidade III em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2011a). Segundo o IBGE<sup>4</sup>, a população estimada de São Carlos em 2021 é de 256.915 habitantes, portanto, seria recomendado que o município contasse com um CAPS III e um CAPS AD III, que não representa a realidade:

*Se a gente tem CAPS AD III, que é previsto e não existe ele – a gente tá num prédio que é pra ser o CAPS AD III, mas não existe investimento da prefeitura por inúmeras questões – e poderia ser um equipamento que ia suprir algumas necessidades dessa população. (P3)*

#### *ii) Ausência de articulação*

A partir da análise, fica evidente um subnúcleo que aponta a quase inexistência de um fluxo de encaminhamentos e de uma articulação e comunicação entre os serviços existentes na rede do município. Como dito anteriormente, a portaria nº 3.088/2011 reitera que a RAPS trabalha numa lógica de integração da saúde mental em todos os pontos do SUS e de garantia da articulação e integração entre esses pontos (BRASIL, 2011a), que parece não estar presente na RAPS de São Carlos:

*Ela [RAPS local] deveria [funcionar de acordo com a portaria nº3.088/2011], mas pra isso ela teria que tá articulada, e aí essa articulação ainda é muito frágil. Então a gente precisa se fortalecer nesse sentido. (P2)*

A articulação entre serviços e setores permite que se construa vínculos que complementam e ampliam os recursos existentes; a organização em rede permite formar uma série de pontos de encontro, trajetórias e cooperação, simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos e, portanto, permite a articulação da saúde, saúde mental e sociedade como um todo (AMARANTE, 2013). Garantir a articulação e, assim, a continuidade das ações e serviços do SUS é garantir o princípio da integralidade – o indivíduo como ser integral, indivisível (BRASIL, 1990).

---

<sup>4</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>

Uma das participantes entrevistadas coloca: "Eu vejo os serviços [da RAPS] pouco articulados. (...) não é de fato uma rede, é um aglomerado de serviços de saúde mental" (P2). Uma outra participante relata: "Então eu sinto que tem sim essa fragilidade na RAPS e se a gente resumisse seria uma desarticulação dos serviços" (P1).

De acordo com Sampaio & Bispo-Junior (2021), que realizaram um estudo sobre a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental em uma metrópole na Bahia, a dificuldade de articulação entre os serviços prejudica a garantia da continuidade do cuidado e contribui para a fragmentação da rede. Destaca-se também que a articulação entre serviços e setores é uma estratégia que compreende a singularidade e a complexidade da demanda em saúde mental (SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021). Ademais, quanto mais se afirma a não articulação, mais se evidencia a importância dela. Portanto, fica evidente a necessidade da articulação entre os serviços em uma rede de saúde mental.

### *iii) Ausência de um apoio matricial efetivo*

A análise das entrevistas evidenciou a fragilidade que a rede do município tem com o apoio matricial:

*(...) sinto a fragilidade do município no matriciamento. (...) o matriciamento que não é consolidado porque os espaços ficam muito caracterizados como só discussão de caso, e matriciamento não é isso, né. (P1)*

*Então é uma falta que a gente sente mesmo, de uma capacitação, de uma educação permanente em saúde, pra gente aliviar também esse trabalhador [da saúde mental], então eu sinto essas dificuldades. (P1)*

O matriciamento, ou apoio matricial, é um modo de produzir saúde que visa romper com a organização hierárquica e vertical da saúde, em que existe uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem recebe (BRASIL, 2011b). Assim, o apoio matricial muda essa organização, de forma a horizontalizá-la, integrando os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL, 2011b). O matriciamento, portanto, é uma estratégia de educação permanente em saúde (BRASIL, 2013) e pode ser entendido como "um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações" (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009), proporcionando a retaguarda especializada da assistência, um suporte técnico-pedagógico e um apoio institucional na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs); dessa forma, é diferente de uma supervisão, uma vez que o matriciador pode participar ativamente do PTS

(BRASIL, 2011b); percebemos então que o espaço de matriciamento em saúde mental no município de São Carlos está descaracterizado.

A portaria nº 3.088/2011 afirma que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como ponto de atenção da RAPS na atenção básica, deve atuar diretamente no apoio matricial em saúde mental (BRASIL, 2011a). Dessa forma, os profissionais capacitados em saúde mental devem oferecer apoio matricial às equipes, no intuito de que essas demandas tenham intervenções bem-sucedidas, sem que seja necessário encaminhá-las a níveis mais complexos de assistência (AMARANTE, 2013).

#### *iv) Saúde Mental na Atenção Básica*

O presente subnúcleo de sentido evidencia fortemente os dois subnúcleos anteriores (4.1.1.2 e 4.1.1.3). Aqui, os relatos apontam que o acesso ao cuidado em saúde mental na atenção básica é deficitário e, portanto, os usuários com demandas de saúde mental não são acolhidos de forma adequada nesses equipamentos. A maior queixa relatada nesse subnúcleo foi a grande quantidade de encaminhamentos feitos da Atenção Básica aos CAPS; afirma-se que todas as demandas de saúde mental, mesmo os casos leves e moderados, são encaminhados aos CAPS e não são acolhidos na Atenção Básica:

*Mas do que a gente já tem aberto [equipamentos] eu vejo que uma das fragilidades por exemplo é o acesso ao cuidado da saúde mental na rede de atenção básica, né. (...) porque eles [atenção básica] não entendem como separar um caso leve e moderado como sendo deles, para verdadeiramente os casos graves serem nossos.*  
(P1)

*Além disso, os profissionais da atenção básica... eu não sei qual termo utilizar, mas assim, estamos com muita dificuldade para que as pessoas com casos leves ou moderados sejam acompanhadas na atenção básica, sejam acolhidas de forma adequada na atenção básica. E aí tá sobrecarregando os serviços especializados.*  
(P5)

A portaria nº 3.088/2011 descreve claramente a atenção básica como constituinte da RAPS, além de explicitar quais os equipamentos dela que compõe a atenção básica na RAPS. A seguir, o quadro descreve as diretrizes gerais para atuação das equipes de saúde na Saúde Mental (BRASIL, 2010a):

**Quadro 4: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde - Diretrizes gerais para a atuação das equipes de saúde**

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>

Dessa forma, entende-se que o cuidado em saúde mental na atenção básica deve ser ofertado através dos princípios fundamentais da atenção psicossocial: promoção de saúde, prevenção de agravos, acolhimento, vínculo e responsabilização, integralidade, intersetorialidade, multiprofissionalidade – a organização em rede – desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (CARDOSO et al., 2018). Os relatos, no entanto, mostram que no município não funciona dessa forma, uma vez que as demandas mal são acolhidas na Atenção Básica:

*Se eu moro num dado território e eu tenho alguma dificuldade emocional, alguma coisa mental, eu preciso procurar essa equipe que é referência pra mim e que aquela equipe, mesmo não sendo da saúde mental, possa acolher, possa me ouvir e ver as minhas necessidades e não simplesmente 'ah, isso não é comigo, vai pro CAPS'. Então assim, a gente tem trabalhado nesse sentido, é um longo caminho... (P5)*

Ademais, uma outra questão referente a essa falta de acolhimento das demandas de saúde mental na Atenção Básica está relacionada a uma capacitação no tema:

*Um outro problema que a gente tem tido... os profissionais (Psico e T.O.) [na atenção básica]... porque é isso, deveria ser uma equipe multiprofissional, mas a primeira categoria que a gente tem de referência [em saúde mental] são essas. Muitos se negam a atender coisas que eles definem como específicas, alegando que era uma determinação do CRP. 'Não atendo criança, porque eu não tenho especialização pra isso'. Mas o CRP respondeu 'não, você tem que atender aquilo que estava no seu edital'. Então você deve buscar os caminhos junto ao serviço, ao município, a gente formar melhor esses profissionais com essas especificidades. (P7)*

*Existe resistência dos profissionais da saúde mental (psicólogos e T.O.s). Então eles falam "ai eu não sei atender isso, não sei atender aquilo", mas se estão na saúde mental na atenção básica, isso quer dizer que fizeram um concurso, que estava no edital todas as funções que deveriam desempenhar e agora não estão desempenhando. Então isso é um outro processo, como é que a gente vai estar lidando com isso, como é que a gente tem que discutir o processo de trabalho da saúde mental na atenção básica. (P5)*

*As pessoas [profissionais da atenção básica] tem o receio, o medo de não saber fazer e acabam não acolhendo, então as pessoas não estão sendo acolhidas. (P5)*

*"Eu reforço ainda que a saúde mental não tem que ficar restrita a profissionais e a atendimentos clínicos, centrados dentro de uma sala. Acho que saúde mental é muito mais que isso. E essa responsabilização dentro da atenção básica a gente não vê. (...) Por exemplo, dentro dos CAPS tem enfermeiros, técnicos de enfermagem, que são da saúde mental, mas dentro da atenção básica não tem quem se comprometa, a não ser esse profissional, que é o T.O. e o Psicólogo. Vai tudo pra esses profissionais." (P6)*

Dessa forma, a partir da discussão feita no tópico anterior, vemos a fragilidade do matriciamento ligada à fragilidade de acolhimento de demandas de saúde mental na Atenção Básica. Oliveira (2016) realizou um estudo sobre a implementação da RAPS de São Carlos; nesta investigação, ele identificou que uma das dificuldades do atendimento em saúde mental estava ligada à organização da lógica de cuidado, considerando os níveis de complexidade em função dos agravos apresentados e a ausência de um fluxo estabelecido entre os serviços que leve em consideração a capacitação e a orientação para o atendimento em saúde mental (OLIVEIRA, 2016). Pode-se perceber que, desde a realização deste estudo até o presente momento, essa questão não se alterou. Entende-se, portanto, como afirmou Oliveira (2016), que existe um fluxo entre os serviços da RAPS, no entanto, sob a lógica de encaminhamento, e não de compartilhamento de casos.

### 3.2.2 Respostas às lacunas relatadas

Apesar da constatação das lacunas da proposta organizacional e funcional da rede, a análise também permitiu identificar repostas dos participantes às lacunas relatadas por eles mesmos. Estas repostas configuram quatro subnúcleos de sentido: i) grupo condutor da RAPS; ii) articulação intersetorial; iii) matriciamento; iv) parceria com a universidade.

#### *i) Grupo condutor da RAPS*

A recente reimplantação do grupo condutor da RAPS apareceu em vários relatos como uma resposta da gestão aos problemas relatados, que já vêm sendo constatados. O grupo condutor é previsto na portaria nº 3.088/2011 e é responsável pelo acompanhamento da implementação da rede e pelas articulações com os atores dessa rede (BRASIL, 2011a). Os relatos feitos sobre o grupo condutor eram, principalmente, de esperança em construir fluxos de encaminhamento:

*(...) a gente montou o grupo condutor da RAPS, que tem vários atores de diversos equipamentos – inclusive intersetorial, intersecretaria – justamente como forma de construir vias de cuidado, os protocolos, os fluxos, uma forma de trabalhar mais articulada, uma forma de tá junto. (P1)*

*Então isso tá voltando agora [grupo condutor da RAPS], já teve a segunda reunião... e aí se teve como proposta nesse grupo de poder construir um fluxo pro município, que possa ser inclusive oficializado em relação a isso. (P3)*

Até o presente momento, a reimplantação do grupo condutor da RAPS foi o único ponto discutido que está em conformidade com a portaria nº 3.088/2011; os pontos anteriores todos foram relacionados com seu distanciamento da portaria. Andreeti et al. (2022), num estudo que descreve a implementação e consolidação de um grupo condutor no Rio Grande do Sul, afirma a importância do grupo condutor como ferramenta de gestão e educação permanente:

*“É possível que os espaços promovidos por grupos condutores possam se configurar como uma ‘teia’ de afetos que, em seu emaranhado, ao acolher diversos atores e contextos sociais, tornam viáveis aproximações entre as instâncias de ensino e serviço/práticas, visando uma articulação entre ambos os elementos.” (ANDREETI et al., 2022).*

Com base nesse estudo de Andreeti et al. (2022), podemos compreender o grupo condutor da RAPS como possibilidade concreta de implementação de uma educação



permanente eficiente, mas também de um espaço para lidar com medos, angústias e fragilidades decorrentes dos atuais desmontes da política de saúde mental.

## *ii) Articulação intersetorial*

A portaria nº 3.088/2011 prevê como diretriz da RAPS “a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011a). Os relatos dos participantes refletiram o vislumbre de uma resposta numa maior articulação intersetorial:

*Eu acho que é super importante o apoio e parceria com as secretarias, se a gente pensar na assistência social... eles tem espaços que podem oferecer atividades pros pacientes. E não existe hoje nada voltado pra que o paciente de saúde mental possa ter maior facilidade pra essas vagas, ou vagas destinadas pra saúde mental mesmo. (P3)*

*Se a gente pensar na questão do trabalho, por exemplo, ter parcerias com a secretaria de trabalho, emprego e renda, que tem geralmente oficinas e cursos voltados pra essa área, e a gente sabe que a população da saúde mental, álcool e drogas têm dificuldade no acesso ao mercado de trabalho. (P3)*

*A RAPS envolve vários outros departamentos e vários outros setores. Então a gente tá em busca disso, acho que a gente tá no caminho certo, a gente tem feito muitas articulações, muitas construções, mas tá sendo a passos lentos, porque a pandemia veio destruindo um monte de coisa e a gente tá tendo que retomar. Há muitas dificuldades ainda. (P5)*

A articulação intersetorial é uma estratégia política complexa, cujo resultado é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas em que se atua; é uma ação estratégica na garantia do direito à saúde uma vez que esta se entende como produto resultante de diferentes determinações biológicas, psicológicas, sociais e culturais (BRASIL, 2009). Ademais, a articulação intersetorial necessita de mecanismos de envolvimento da sociedade (controle popular) nos processos de decisão sobre a qualidade de vida e de saúde que usufruem (BRASIL, 2009).

A articulação intersetorial é uma resposta identificada pelos participantes para uma parte do problema de ausência de articulação – aquela que diz respeito a outros setores além do da saúde.

### iii) Matrciamento

O matrciamento, já discutido no t3pico 4.1.1.3, tamb3m foi identificado pelos participantes como potencial resposta 3s lacunas relatadas. Algumas falas evidenciam que j3 existe uma movimentação por parte da gest3o para comeaar a efetivar esse matrciamento:

*(...) com a vinda da XXX, ela tem trazido isso e a gente tem conversado nesse sentido, de matrciamento na atenaa b3sica, da gente retomar os atendimentos adequadamente na atenaa b3sica, ela tem feito aproximaaa. (P5)*

Algumas falas, no entanto, evidenciaram o distanciamento entre a gest3o e o N3cleo de Educaaa Permanente em Sa3de e Humanizaaa (NEPSH):

*Eu acho que a nossa conversa do NEPSH devia t3 muito atrelada 3 coordenaaa da sa3de mental n3, que tem uma pessoa respons3vel pela sa3de mental no munic3pio. Ent3o essa conversa deveria ser constante com n3cleos de educaaa permanente para pensar nessas coisas que a gente t3 falando; ent3o como preparar a atenaa b3sica para esse cuidado em sa3de mental? O que a gente precisaria fazer? O que a gente poderia t3 passando como educaaa mesmo, enquanto processo de trabalho, pra essas pessoas estarem incorporando a sa3de mental mesmo dentro da atenaa b3sica e que n3o ficasse s3 para alguns profissionais. (P6)*

*"Ent3o acho que essa conversa com a gest3o precisa ser constante, de estabelecimento de treinamento, matrciamento com essas equipes. Eu acho que 3 fundamental... eu n3o consigo pensar em sa3de sem educaaa permanente. N3o consigo. (P6)*

3 importante ressaltar que o NEPSH foi citado apenas em uma das sete entrevistas feitas, que pode ser interpretado no contexto atual da rede como uma falta de protagonismo desse serviaa nas aaaes em sa3de mental do munic3pio.

### iv) Parceria com a universidade

O 3ltimo subn3cleo relacionado 3s respostas se refere 3 parceria com a universidade:

*Ai eu acho que a parceria com a universidade 3 fundamental. N3s temos a universidade aqui e acho que esse ponto a gente n3o pode perder. (P6)*

*E articulaaa com a pr3pria universidade, que isso 3 uma coisa extremamente importante, 3 um parceiro nosso de fazer projetos dentro do munic3pio, de capacitaaa, de articulaaa. (P5)*

*O apoio da universidade 3 importante, no sentido de que a gente precisa de educaaa permanente continuada, a gente precisa formar os profissionais, levando em consideraaa que os serviaa s3o campos de est3gio, s3o cen3rios de pr3tica pra*

*atividades da universidade, então essa parceria é fundamental, esse apoio é fundamental. (P3)*

A parceria entre a RAPS e as universidades apresenta diversas possibilidades de avanço, como por exemplo, pensando na formação de profissionais de saúde que tem os serviços como campo de estágio durante a graduação; o desenvolvimento de propostas de projetos de extensão, que visam implementar ações baseadas em dados e literatura científica; oferecer um olhar “de fora” do serviço, trazendo proposições que de dentro não se identificava. O município de São Carlos possui uma grande concentração de universidades; dessa forma, oportunidades de articulação entre a rede e universidade não faltam.

### *3.2.3 Gestão da RAPS*

Este núcleo de sentido se refere a forma como a RAPS de São Carlos é gerida em diferentes níveis (dentro e fora da secretaria de saúde). As falas que compuseram esse núcleo evidenciam as dificuldades enfrentadas pela rede no que diz respeito à sua gestão, em especial, na gestão de recursos humanos:

*(...) a gente tem dificuldades. Quais são: as nossas equipes não estão completas (os CAPS); o CAPS infantil ainda inexistente pro ministério, porque a equipe não foi completada, então ele ainda não é cadastrado no ministério. O CAPS ad, a gente tem buscado fazer um CAPS ad III, mas por dificuldade na legislação tanto federal quanto municipal a gente não consegue. (P5)*

*Então vamos lá, os desafios. A gente tem 3 equipamentos especializados (os 3 CAPS). Então os desafios são ampliar o CAPS AD para CAPS AD III; e aí o que acontece: eu esbarro na legislação municipal em relação a contratação de pessoal. Então isso envolve outras coisas, envolve legislação municipal, envolve secretaria de gestão de pessoas. (P5)*

*Precisamos contratar pessoas! O município cresceu! Existe a lei 16.000 antiga, de contratação... mas o município cresceu, os serviços cresceram. (P4)*

No entanto, havia um relato que indicava uma possível mudança desse quadro a curto prazo:

*Então a gente tem um novo secretário de gestão de pessoas também, que tem um outro olhar, a gente tem uma aproximação maior. Então assim, a articulação e aproximação com outras secretarias, com a câmara dos vereadores, com outros setores, tem sido ampliada. Então isso tá nos trazendo um alento de que a gente possa construir coisas diferentes. Então até recentemente, eu solicitava contratação e era sempre negado. Agora não; “o que você realmente precisa pra melhorar isso?”.*

*Então a gente tá abrindo conversaço, tá abrindo negociaço, a gente tá vendo possibilidades. Tamo motivado. (P5)*

A Lei Municipal nº 16.000, de 23 de março de 2012 “dispõe sobre o Plano de Carreiras e Salários e estrutura de governança da carreira dos servidores públicos da administração pública municipal direta e indireta” (SÃO CARLOS, 2012) contava com um limite de contratação que não fazia mais sentido para os parâmetros populacionais do município hoje, considerando a necessidade de ampliação de serviços da rede de saúde e, conseqüentemente, ampliação de contratação de profissionais. No entanto, no dia 24/08/2022 foi publicado no *site*<sup>5</sup> da prefeitura de São Carlos que foi aprovado um projeto de lei que altera os dispositivos da lei nº 16.000, acrescentando 271 vagas de emprego no quadro geral da prefeitura, refletindo na rede de saúde do município. Dessa forma, estamos vendo, agora, algumas mudanças no que diz respeito à gestão municipal da RAPS, quando comparamos com os dados construídos nessa pesquisa entre os meses de março e junho de 2022.

A contratação de mais profissionais de saúde para a rede pública é o primeiro passo para resolver algumas questões pendentes, como o credenciamento do CAPS IJ e a ampliação do CAPS AD para CAPS AD III.

### 3.3 A política de saúde mental no micro contexto

Diferentemente da primeira categoria, que tratava dos aspectos macro contextuais das entrevistas sobre a RAPS de São Carlos, essa categoria trata dos aspectos micro contextuais das entrevistas feitas, os quais se referem à subjetividade dos participantes.

#### 3.3.1 Compreensão dos gestores sobre a política de Saúde Mental

Este núcleo de sentido compreende os conhecimentos, compreensões e entendimentos dos participantes sobre a política de Saúde Mental, tanto em nível nacional quanto em nível local. Em nível nacional, foi possível identificar gestores que conhecem as políticas nacionais de Saúde Mental, enquanto alguns deles afirmaram não conhecer nada sobre essa política:

*A gente já tem a RAPS, ela já é uma mega de uma política. E qual a prerrogativa dela? É o cuidado em liberdade. É a inclusão e a reabilitação psicossocial. Esse é o pilar. Todas as nossas ações precisam ser pautadas em cima disso, do cuidado em liberdade, da reabilitação, da inclusão... (P2)*

---

<sup>5</sup> <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2022/175840-com-aprovacao-da-lei-16000-mais-de-150-servidores-serao-contratados.html>

*[Portaria nº3.088/2011] Quando a gente fala SUS, a portaria descreve muito bem quem são esses equipamentos. Então um pouco do que me recordo dessa de 2011 é nesse aspecto. Mas assim, como eu digo, a gente faz a leitura dela há muito tempo, vai fazendo a manutenção dela no cotidiano e ela fica memorizada pra gente nesses aspectos. (P1)*

*Infelizmente a gente tá num governo que não valoriza a saúde mental e só vem trazendo retrocessos. Recentemente teve a questão do retorno dos investimentos aos hospitais psiquiátricos, que não é feito nem pela saúde, é feito lá pelo ministério da cidadania, então isso também é um outro retrocesso. (P3)*

*Se eu te falar que eu conheço a rede, ou os protocolos, ou o que quer que seja, com profundidade na saúde mental, eu não conheço. (P7)*

*[Pergunto se conhece a portaria nº3.088/2011] Não vou falar pra você que eu conheço não. Eu posso até pegar e dizer que eu já vi alguma coisa, mas não vou falar que conheço. (P5)*

Os participantes que afirmam não conhecer as políticas nacionais de Saúde Mental consequentemente afirmam não conhecer as políticas municipais de Saúde Mental. Atenta-se ao fato de que, tanto os participantes que tinham conhecimento das políticas nacionais de Saúde Mental quanto aqueles que não tinham, ambos trataram a política municipal de saúde mental como a formalização de um documento:

*Olha, na verdade, eu não sei te dizer se São Carlos tem uma política. Eu não sei se tem esse documento. O que a gente tem é o que a gente lê a nível mais do governo federal sobre a constituição dos CAPS, da RAS... então assim, pra falar a verdade, eu não vi nenhum documento da prefeitura falando sobre isso, pode até ser que tenha. (P6)*

*Eu não sei nem se essa política [municipal] está institucionalizada, se ela existe, e se existe, nunca chegou – e eu to na rede desde setembro de 2018. (P7)*

*Na verdade, eu desconheço se existe uma política formada e voltada pra saúde mental num geral assim. O que eu sei que existem são algumas leis ou outras, então existe a lei da semana municipal antidrogas... (P3)*

Dessa relação direta que se faz de política com um documento, uma normativa, podemos interpretar que é mais fácil enxergar a operacionalização da política, da rede, do que o cerne dessa política em si. Por mais que a política municipal de Saúde Mental possa ser formalizada em documentos como portarias ou notas técnicas, é importante sempre entendermos a política como forma de *práxis* humana (RODRIGUES, 2010).

Como afirmam Andreeti et al. (2022), o que mais se acentua dos aprendizados com a experiência do grupo condutor relatado em seu estudo, é que para se construir e efetivar qualquer ferramenta de trabalho dentro da área da saúde é necessário muito mais que uma portaria: é necessário a sensibilização e qualificação dos profissionais, o investimento para preparação teórica e técnica dos trabalhadores da rede no campo grupal (seja em educação permanente em saúde ou na graduação dos cursos da saúde).

Por fim, afirma um dos participantes:

*Pra mim, quando a gente fala de algum tipo de política, de política pública, principalmente na saúde, é falar em rede. Não existiu essa construção em rede em nenhum momento, eu desconheço de verdade. (P7)*

Essa fala explicita o entendimento da fragilidade dessa rede, assim como algumas outras: “Acho que tem muito, em termos de saúde mental, de rede de atenção psicossocial, muito ainda a se evoluir a nível municipal” (P3); bem como: “(...) eu a vejo [a RAPS] de forma frágil, com várias fragilidades” (P1). Tal fragilidade interpretada pelos participantes está bastante explicitada nas análises e discussões feitas até aqui.

#### **4. CONCLUSÕES**

O presente estudo evidencia a fragilidade presente na Rede de Atenção Psicossocial do município de São Carlos relatada pelos participantes nas entrevistas. Foi possível identificar os elementos constituintes da política municipal de saúde mental a partir de suas ausências; assim, entende-se que esta política se constitui de maneira fragmentada, como se faltassem peças de um quebra-cabeça e a imagem desejada estivesse descontinuada. Ainda, ao longo da discussão foi possível identificar que a realidade da RAPS local se distancia em alguns aspectos do preconizado pela portaria nº 3.088/2011, como: i) a existência de equipamentos previstos nessa política; ii) a efetividade da articulação entre os serviços e, portanto, o funcionamento efetivo de uma rede de saúde; iii) um apoio matricial efetivo e iv) a atenção à saúde mental oferecida na atenção básica. Os aspectos i e ii ficam compreendidos como o distanciamento da política local da categoria de análise da portaria nº 3.088/2011 *Oferta de um cuidado integral e de assistência multiprofissional na lógica interdisciplinar, com a articulação entre os serviços*, enquanto os aspectos iii e iv compreendem o distanciamento da política local com as categorias de análise da portaria nº3.088/2011 *Promoção de saúde e prevenção de agravos e Educação permanente em saúde e matriciamento*.

No entanto, existe o esforço e a vontade das gestões entrevistadas de agir para uma superação dessas dificuldades. A reimplantação do grupo condutor foi uma ação efetiva da gestão visando essa superação e um ponto identificado que se aproxima daquilo que está previsto na portaria nº 3.088/2011. Ademais, está se desenvolvendo uma articulação intersetorial (também prevista pela portaria) maior com as ações da atual gestão. O apoio matricial é apenas identificado como uma resposta para superar as dificuldades existentes, não havendo relato de nenhuma ação efetiva para concretizá-lo. Por fim, as parcerias com a universidade realizadas também não foram diretamente relatadas, mas configuram uma última resposta para a superação das dificuldades.

A compreensão dos gestores acerca da política de saúde mental do município se centrou na ausência de um documento como uma portaria ou uma nota técnica que formalizasse um fluxo de encaminhamentos, evidenciando que a operacionalização da política é mais evidente do que seu cerne e princípios aplicados na prática.

O presente estudo, portanto, pretendeu, de maneira geral, investigar e compreender os elementos constituintes da política de saúde mental do município de São Carlos e como ela orienta o trabalho feito na RAPS. Julga-se que este objetivo foi alcançado, evidenciando os objetivos específicos:

- Identificar e descrever os elementos constitutivos da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos: compreendido na categoria de análise das entrevistas *A política no macro contexto*
- Fazer uma análise comparativa entre os principais aspectos da Política Nacional de Saúde Mental apoiada em um modelo psicossocial (PNSM - portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011) e os graus de aproximação e/ou distanciamento da RAPS local em sua implementação: compreendido durante a discussão das categorias de análise das entrevistas e evidenciado aqui, nas conclusões.
- Investigar as compreensões de gestores da RAPS Local sobre a Política Municipal de Saúde Mental: compreendido na categoria de análise das entrevistas *A política no micro contexto*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2065, 2018.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial [online]. 4nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

ANDRETI, T. O. et al. Grupos em Saúde Mental: relato de experiência profissional em um “Grupo Condutor”. *Interação em Psicologia*, v. 26, n. 1, 2022.

ARAÚJO, A. K.; SOARES, V. L. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 275-284, 2018.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, mar. 2007.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Brasília, 1990. 10p. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34. 1ª ed. Brasília – DF: Editora MS. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios (SUS). 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de nº3.088/GM, de 23 de Dezembro de 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 4.279/2010. 2010b.



\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 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. Brasília, 2001.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, Apr. 2007.

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

CARDOSO, J. S. et al. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial–RAPS. São Luis-EDUFMA, v. 1, n. 01, p. 13-61, 2018.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, v. 18, n. 3, 2020

DA ROS, M. A. Prefácio. In ZURBA, M. C. (org). Psicologia e saúde coletiva. 1 ed. Florianópolis: Tribo da Ilha, v.1, p. 15-19, 2012.

DOBIES, D.V.; FIORINI, L.N. A assistência em saúde mental do município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. Rev. Interface comunicação saúde educação 14, n33. P. 285-99.abr/jun.2010.

DOS SANTOS, A. B. et al. Saúde mental, humanização e direitos humanos. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 10, n. 25, p. 01-19, 2018.

FARIA, N. C.; RODRIGUES, M. C.. Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais. Psicologia da Educação, n. 51, p. 85-96, 2020.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 27, n. 1, p. 12-20, 2016.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRUTOSO, J. T.; SAUR, B. O Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Clínica Ampliada. *In* ZURBA, M. C. (org). Psicologia e saúde coletiva. Florianópolis: Tribo da Ilha, v. 1, 2012

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones*, v.12, n. 2, jul-dez, 2015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta *In* MINAYO, M.C.S. (org); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, 2016.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.10, p.2375-84, 2007.

OLIVEIRA, F.C. Implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto da política de saúde mental do município de São Carlos/SP (2010-2015). Tese (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – PPGGOSP, Universidade Federal de São Carlos. 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

ONOCKO-CAMPOS R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

PIRES, J. F.; RESENDE, L. L. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a lei nº 10.216/2001. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int.** (UNIBRASIL), v. 2, n. 25, p. 34-47, jul/dez 2016.

PRADO-FILHO, K.; LEMOS, F. C. S. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. Contemporânea. **Revista de Sociologia da UFSCar**, v. 2, n. 1, p. 45-63, jan.-jun. 2017.

RODRIGUES, M. M. A. Políticas públicas. São Paulo: Publifolha, 2010.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C.; GUINDANI, J.; Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, ano I, n. I, jul. 2009.

SÃO CARLOS. Câmara Municipal. Lei nº 16.000 de 23 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre o Plano de Carreiras e Salários e estrutura de Governança da Carreira dos servidores públicos da Administração Pública Municipal Direta e Indireta e dá outras providências. São Carlos, 2012.

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

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019.

TASCA, R. et al. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. *NavegadorSUS-Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde*, 2011.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. *In* CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

## APÊNDICES

### *Apêndice A: Roteiro de entrevista semiestruturada*

Data da entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Duração em minutos: \_\_\_\_\_

Mídia de comunicação: \_\_\_\_\_  Virtual

**Idade: Gênero:**

**Escolaridade:**  Ensino médio completo  Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

**Profissão: Cargo atual:**

**Tempo de trabalho no SUS:**

**Tempo de trabalho na instituição:**

**Tempo de trabalho no cargo:**

**Vínculo empregatício:**  Celetista  Estatutário  Terceirizado

**Regime de trabalho:**  Plantonista  20 horas (parcial)  30 horas  40

horas  Outro (especifique):

### **PERGUNTAS:**

1. Como você avalia o funcionamento da RAPS local?
2. O que você conhece sobre a Política Municipal de Saúde Mental (PMSM)? Como você a avalia?
3. Quais são os elementos constitutivos da PMSM?
4. O que você conhece sobre a(s) Política(s) Nacional(is) de Saúde Mental (PNSM)?
5. Você conhece a portaria nº3.088/2011?
  - 5.1 O que pensa sobre ela?
  - 5.2 Ela se relaciona com o funcionamento da RAPS local?

6. Como gestor, quais têm sido seus maiores desafios para implementar a PMSM?
7. Como gestor, quais têm sido suas ações para implementar a PNSM?
8. Como gestor, quais parcerias e apoios seriam importantes para implementar a PMSM?

## **ANEXOS**

*Anexo A: Parecer do projeto de pesquisa aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Carlos*



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SÃO CARLOS

**Pesquisador:** Luciana Nogueira Fioroni

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50436621.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.027.773

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1754189.pdf de 29/09/2021).

O presente estudo se propõe sobre abordagem qualitativa, de caráter empírico e teórico, com objetivo de investigar e compreender os elementos constituintes da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos e como ela orienta o trabalho na RAPS local, levando em consideração a coexistência dos modelos manicomial e psicossocial nas ações em saúde mental e os recentes retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental. Para tanto, a produção dos dados será feita através de entrevistas remotas com profissionais e gestores do sistema de saúde local e análise documental das portarias nº3.088/2011 e nº3.588/2017 e posterior articulação entre os resultados das análises das entrevistas e dos documentos para a discussão. Ademais, este estudo pretende contribuir para fortalecimento teórico do movimento pela Luta Antimanicomial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

A pesquisa possui como objetivo geral investigar e compreender os elementos constituintes da

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

política de saúde mental do município de São Carlos e como ela orienta o trabalho feito na RAPS.

Objetivo Secundário:

i) identificar e descrever os elementos constitutivos da Política Municipal de Saúde Mental de São Carlos; ii) fazer uma análise comparativa entre os principais aspectos da Política Nacional de Saúde Mental apoiada em um modelo psicossocial (PNSM - portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011) e os graus de aproximação e/ou distanciamento da RAPS local em sua implementação; iii) investigar as compreensões de profissionais e gestores da RAPS Local sobre a Política Municipal de Saúde Mental.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os possíveis riscos, diretos e indiretos, associados à participação na pesquisa são: desconforto emocional e/ou psicológico devido a possibilidade das perguntas a serem feitas durante a entrevista suscitarem tais sensações por trazerem à tona memórias ou sentimentos que as despertem, além de desconforto ao descrever o contexto do próprio trabalho. Desse modo, a entrevista será feita com uma escuta consciente, respeitando o estado emocional do participante, ressaltando novamente que este pode optar por não responder a qualquer pergunta sem a necessidade de se justificar e deseje. Ademais, devido às medidas de distanciamento e isolamento social decorrentes da pandemia da Covid-19, a entrevista será realizada em ambiente online por meios eletrônicos e, portanto, apresenta também riscos relacionados a esse ambiente como instabilidade de conexão e/ou velocidade de conexão lenta – o que pode proporcionar travamentos (congelamento da tela) e, conseqüentemente, dificuldade em entender e responder às perguntas feitas durante a entrevista. Ainda em decorrência do uso de meios eletrônicos e ambiente online, a pesquisadora não pode garantir total confidencialidade dos dados, estando sujeitos às políticas de privacidade da empresa (Google) e a eventuais ataques virtuais (BRASIL, 2021).

Benefícios:

A pesquisa tem como possíveis benefícios, diretos e indiretos: uma oportunidade para os participantes relatarem sobre suas vivências, significados e compreensões em um ambiente de





Continuação do Parecer: 5.027.773

sigilo; contribuição para uma maior compreensão sobre as políticas de saúde mental e o funcionamento da RAPS local; subsídio para a reorganização das práticas de cuidado dos serviços da RAPS por meio do retorno dos dados às instituições participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pela pesquisadora ao apresentar a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Seguem abaixo as pendências listadas no segundo parecer do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

**1. PENDÊNCIAS:**

1.1. No documento "TCLE\_Laura.pdf de 14/07/2021" devem ser explicitados os possíveis danos decorrentes da participação na pesquisa, além da apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar situações que possam causar dano, considerando as características do participante da pesquisa.

Status: Pendência atendida, consultar VERSAO3\_TCLE\_28set2021.pdf de 29/09/2021.

1.2. No excerto "Em contrapartida, a pesquisa pode te oferecer como benefício uma oportunidade para relatar sobre suas vivências, significados e compreensões em um ambiente de sigilo, contribuindo para uma maior compreensão sobre as políticas de saúde mental e o funcionamento da RAPS local e contribuindo para a produção de bases para a reorganização das práticas de cuidado dos serviços da RAPS por meio do retorno dos dados às instituições participantes", solicita-se retirar a expressão "em um ambiente de sigilo", uma vez que o próprio TCLE adequadamente aponta que a "confidencialidade total dos dados não possa ser garantida, estando sujeitos às políticas de privacidade do Google e a eventuais ataques virtuais".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.585-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)



Continuação do Parecer: 5.027.773

Status: Pendência atendida, consultar VERSAO3\_TCLE\_28set2021.pdf de 29/09/2021.

1.3. No documento "TCLE\_Laura.pdf de 14/07/2021" deve ser esclarecido por QUANTO TEMPO o material será guardado/arquivado (lembrando que segundo Norma Operacional o tempo máximo é de 5 anos).

Status: Pendência atendida, consultar VERSAO3\_TCLE\_28set2021.pdf de 29/09/2021.

1.4. No excerto "TCLE\_Laura.pdf de 14/07/2021" lê-se "Destaca-se a importância de você como voluntário, guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico, visando a sua segurança". Sugere-se que esta redação seja mais clara e efetivamente mencione o termo "TCLE" ou "este documento", o participante deve ser instruído a optar pelas seguintes possibilidades: (1) a imprimir OU salvar o TCLE em seu equipamento a fim de guardar o registro do consentimento, o formulário deve contar com esta opção - salvar/imprimir; (2) solicitar envio do arquivo do TCLE por e-mail.

Status: Pendência atendida, consultar VERSAO3\_TCLE\_28set2021.pdf de 29/09/2021.

1.5. Esclarecer no documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1754189.pdf de 14/07/2021" e no PROJETO DE PESQUISA dos seguintes aspectos: (a) Como os participantes serão recrutados? (b) Como será feito o contato/convite para participação na pesquisa?

Status: Pendência atendida, consulte Projeto\_Versao3\_28Setembro2021.pdf de 29/09/2021.

1.6. No documento "TCLE\_Laura.pdf de 14/07/2021" não consta espaço para preenchimento do e-mail e nome completo do participante, devem ser inseridos um campo para inserção do nome completo e outro para inserção do e-mail.

Status: Pendência atendida, consultar VERSAO3\_TCLE\_28set2021.pdf de 29/09/2021.

1.7. No documento "TCLE\_Laura.pdf de 14/07/2021" solicita-se inclusão de informação sobre a forma de acompanhamento e a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Status: Pendência atendida, consultar VERSAO3\_TCLE\_28set2021.pdf de 29/09/2021.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. Considerando a situação sócio sanitária, bem como os planos de contingenciamento da pandemia da COVID-19 municipais e Estaduais; Considerando que as Portarias/Resoluções de Instituições Proponentes de pesquisa são constantemente atualizadas; Considerando o papel do sistema CEP/CONEP em garantir a segurança e proteção do participante da pesquisa por meio dos Protocolos submetidos na Plataforma Brasil; Considerando a corresponsabilidade do pesquisador pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa; Este CEP orienta aos pesquisadores o acompanhamento da situação sócio sanitária da região em que ocorrerá a pesquisa, bem como as determinações legais dos planos de contingenciamento do COVID-19 para determinação do início, suspensão ou continuidade de atividades de pesquisas presenciais, mesmo que o Protocolo já se encontre aprovado pelo CEP. Caso haja, futuramente, plano de realiza a pesquisa presencialmente, o protocolo deverá ser submetido à apreciação do NEVS e posteriormente deverá ser encaminhada EMENDA ao CEP para autorização.

OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.585-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (18)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 5.027.773

conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1754189.pdf	29/09/2021 15:13:38		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao2.pdf	29/09/2021 15:13:15	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Versao3_28Setembro2021.pdf	29/09/2021 15:12:57	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO3_TCLE_28set2021.pdf	29/09/2021 15:12:27	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	16/09/2021 15:28:00	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Versao2_16Setembro2021.pdf	16/09/2021 15:27:38	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLE_set2021.pdf	16/09/2021 15:26:31	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Outros	Instrumento_pesquisa_roteiro_entrevista.pdf	14/07/2021 11:20:52	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Laura.pdf	14/07/2021 11:20:20	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Declaração de concordância	CARTA_DE_AUTORIZACAO_laura.pdf	14/07/2021 11:20:08	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Laura.pdf	14/07/2021 11:19:48	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_Laura.pdf	14/07/2021 11:16:29	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 5.027.773

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 08 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**

**Adriana Sanches Garcia de Araújo  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.585-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (18)3351-9885

**E-mail:** [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)