

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA - PPGGC

ALICÉIA CELENE LUGHI

**A rede de atenção psicossocial e o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico do
município de Araraquara**

São Carlos
2019

ALICÉIA CELENE LUGHI

A rede de atenção psicossocial e o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico do município de Araraquara

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação

Orientação: Prof^a Dr^a Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

Alicéia Celene Lughy Carvalho

**“A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO AO PACIENTE EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17/12/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Luciana Nogueira Fioroni – UFSCar

Prof.ª Dr.ª Sueli Fátima Sampaio – UFSCar

Prof.ª Dr.ª Heloisa Frizzo - UFTM

DEDICATÓRIA

À todas as Rosanas, Suelens, Fonecas, Diegos, Chicos e Puchinellis que passaram pela minha vida ensinando o verdadeiro significado do amor e do poder de transformação!

AGRADECIMENTOS

Foi um longo caminho até a chegada ao Mestrado em Gestão da Clínica. Esse processo jamais seria possível sem algumas pessoas muito especiais que hoje chamo de seres de luz que iluminaram o meu caminho!

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre presente em minha vida, e ter me ajudado a superar as dificuldades e a tornar possível a realização de um sonho muito importante.

À minha querida e iluminada Sueli B., que me proporcionou o autoconhecimento e fortalecimento pessoal, me ensinou que é preciso coragem para superar a dor e força para continuar em frente.

À Juliana Rosano, hoje mais que médica, exemplo de profissional que almejo ser, abriu o cadeado da gaiola para que, assim, pudesse voar, e me contou o segredo mais importante da minha vida: “eu possuo a chave do cadeado”.

À Marina Jorge, madrinha e principal incentivadora do projeto de mestrado, que possibilitou o sonho se tornar realidade.

À minha orientadora, Luciana N. Fioroni, muito obrigada pela paciência, sabedoria, exigência e perseverança ao longo desse caminho. Obrigada também pela acolhida, pela delicadeza em momentos pessoais conturbados que vivi durante o mestrado, e trilhar comigo esse caminho árduo.

A todos os professores e colegas do PPGGC pelos momentos de troca e todo conhecimento compartilhado.

Aos professores que participaram do exame de qualificação pelas preciosas sugestões que redefiniram esse trabalho.

A todos os equipamentos de saúde visitados e profissionais entrevistados, que comigo compartilharam generosamente suas vivências e experiências.

Aos meus pais Antônio e Tereza, que me deram o dom da vida e incentivo para trilhar novos caminhos.

Mude

Mas comece devagar, porque a direção
é mais importante que a velocidade.
Mude de caminho, ande por outras ruas,
observando os lugares por onde você passa.
Veja o mundo de outras perspectivas.
Descubra novos horizontes.
Não faça do hábito um estilo de vida.
Ame a novidade.
Tente o novo todo dia.
O novo lado, o novo método, o novo sabor,
o novo jeito, o novo prazer, o novo amor.
Busque novos amigos, tente novos amores.
Faça novas relações.
Experimente a gostosura da surpresa.
Troque esse monte de medo por um pouco de vida.
Ame muito, cada vez mais, e de modos diferentes.
Troque de bolsa, de carteira, de malas, de atitude.
Mude.
Dê uma chance ao inesperado.
Abraça a gostosura da Surpresa.
Sonhe só o sonho certo e realize-o todo dia.
Lembre-se de que a Vida é uma só,
e decida-se por arrumar um outro emprego,
uma nova ocupação, um trabalho mais prazeroso,
mais digno, mais humano.
Abra seu coração de dentro para fora.
Se você não encontrar razões para ser livre, invente-as.
Exagere na criatividade.
E aproveite para fazer uma viagem longa,
se possível sem destino.
Experimente coisas diferentes, troque novamente.
Mude, de novo.
Experimente outra vez.
Você conhecerá coisas melhores e coisas piores,
mas não é isso o que importa.
O mais importante é a mudança,
o movimento, a energia, o entusiasmo.
Só o que está morto não muda!

Edson Marques

RESUMO

Considerando as preocupações com os avanços e limites da RAPS, que subsidia estratégias para uma intervenção territorializada e pautada na oferta de um cuidado contínuo ao sujeito em sofrimento psíquico, a presente pesquisa propõe-se mapear e descrever o funcionamento dos equipamentos que compõem a RAPS no município de Araraquara-SP. Objetiva-se descrever e compreender como se efetiva o cuidado às pessoas em crise psiquiátrica na RAPS, a fim de investigar as diferentes estratégias de atenção dos serviços que a compõem, considerando as concepções e experiências de coordenadores, gestores e profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa empírica, com abordagem qualitativa-interpretativa, tendo como campo a RAPS de Araraquara – SP e como corpus de análise as experiências de gestores e profissionais de saúde. Foi realizado levantamento e caracterização dos equipamentos de saúde no que diz respeito a estrutura, modelo de trabalho e clínica ofertada, além das diferentes estratégias de cuidado em situação de crise. Os instrumentos construídos e utilizados pela pesquisa foram um roteiro de entrevista semiestruturada, aplicado a 19 profissionais/gestores dos serviços da RAPS, e outro roteiro com usuário da RAPS. Os dados foram gravados e transcritos literalmente, e a análise pautou-se na técnica de Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2014; BARDIN, 1979). Os resultados foram sistematizados em dois grandes conjuntos: I) descritivo: caracterização dos participantes, descrição dos equipamentos participantes, atuação dos equipamentos participantes, e estratégia de formação; II) analítico: núcleos de sentido distribuídos em categorias temáticas. Os dados descritivos apontam que a grande maioria dos participantes é mulher, tem entre 31 e 37 anos, são das seguintes carreiras, em ordem decrescente: enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, educação física e farmácia. Muitos profissionais (11) acumulam função de gestão com o trabalho assistencial. Os equipamentos representados pelas entrevistas se distribuíram da seguinte forma: Atenção Básica (9), CAPS (4), Urgência e Emergência (2), atenção hospitalar (2). Os dados analíticos resultaram nas seguintes categorias temáticas: I. dilemas e entraves em relação ao cuidado em saúde mental, II. articulação entre os serviços de saúde que compõem a RAPS, III. experiência com usuário da RAPS. Os equipamentos de saúde enfrentam várias dilemas e entraves que dificultam as ações de cuidados impedindo o fortalecimento e o trabalho em rede, destacando-se a falta de comunicação como fator comprometedor do cuidado integral. A articulação entre os equipamentos de saúde e a gestão é frágil, sendo necessário investimentos públicos em estratégias de gestão como planejamento integrado, instituição de fluxos, protocolos e pactuação de atendimento. O usuário da RAPS tem sofrido com falta de acesso aos serviços, concretizado por longo período de espera por consultas com psiquiatras, que acabam resultando em internação, demonstrando a fragmentação do cuidado e o modelo organicista da saúde mental.

Palavras-chave: Rede de atenção psicossocial – RAPS. Cuidado em saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

Considering the preoccupations with the advances and limits of the RAPS, which subsidizes strategies for a territorialized intervention and based on the offer of a continuous care to the subject in psychological distress, the present research proposes to map and describe the operation of the equipment that compose the RAPS in the municipality of Araraquara-SP. It aims to describe and understand the care of people in psychiatric crisis in the RAPS, in order to investigate the different strategies of care of the services that comprise it, considering the conceptions and experiences of coordinators, managers and health professionals. It is an empirical research, with a qualitative-interpretative approach, having as field the RAPS of Araraquara - SP and as corpus of analysis the experiences of managers and health professionals. It was carried out a survey and characterization of the health equipment regarding the structure, work model and clinic offered, besides the different care strategies in crisis situation. The instruments constructed and used by the research were a semi-structured interview script, applied to 19 professionals / managers of RAPS services, and another script with RAPS user. The data were recorded and transcribed literally, and the analysis was based on the Thematic Content Analysis technique (MINAYO, 2014; BARDIN, 1979). The results were systematized in two large groups: I) described: characterization of the participants, description of the participating teams, performance of the participating teams, and training strategy; II) analytic: cores of sense distributed in thematic categories. The descriptive data indicate that the great majority of the participants are women, between 31 and 37 years old, are of the following careers, in descending order: nursing, psychology, occupational therapy, physical education and pharmacy. Many professionals (11) accumulate management function with care work. The equipment represented by the interviews was distributed as follows: Basic Care (9), CAPS (4), Urgency and Emergency (2), hospital care (2). The analytical data resulted in the following thematic categories: I dilemmas and barriers in relation to mental health care, II articulation between the health services that make up the RAPS, III experience with RAPS users. The health equipment faces several dilemmas and obstacles that hamper the actions of care prevented the strengthening and the networking, being the lack of communication one of the most compromising factors. The articulation between health equipment and management is fragile and it is necessary that there be public investments in management strategies such as integrated planning, institution of flows, protocols and service agreement. The experience with a user of the RAPS equipment reveals that the subject is waiting for a long period of consultation with psychiatrists that results in hospitalization, demonstrating the fragmentation of care.

Keywords: Psychosocial care network – RAPS. Health care. Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	37
Quadro 2.....	38
Quadro 3.....	42
Quadro 4.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial.....	25
Figura 2 – Rede de Atenção Psicossocial do Município de Araraquara.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário da Saúde
AM	Apoio Matricial
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRASMA	Centro de Referência Ambulatório de Saúde Mental do Adulto
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRJA	Centro de Referência do Jovem e Adolescente
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DRS III	Departamento Regional de Saúde III
HP	Hospital Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 RAPS	18
1.1.2 Definição dos Serviços e Ações que Compõem a RAPS	18
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	29
4 MÉTODO	30
4.1 Tipo da Pesquisa	30
4.2 Participantes e Instrumentos da Pesquisa	31
4.2.1 Participantes da Pesquisa	31
4.2.2 Roteiro de Entrevista e Forma de Registro	32
4.3 Local da Pesquisa – Campo Empírico	33
4.4 Análise dos Dados	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 Caracterização dos participantes	37
5.2 Descrição dos equipamentos de saúde	38
5.2.1 Atuação dos equipamentos de saúde	46
5.3 Estratégias de formação	50
5.4 Dilemas e entraves em relação ao cuidado em saúde mental	51
5.5 Articulação entre os serviços de saúde que compõem a RAPS	52
5.6 Descrição e análise da experiência de cuidado vivida pelo usuário da RAPS	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APENDICE A	67
APENDICE B	68
APENDICE C	69

APRESENTAÇÃO

Foi durante a graduação em Terapia Ocupacional (2007/2010) que houve a oportunidade de realizar estágio de observação no Centro Referência Ambulatório de Saúde Mental do Adulto do município de Araraquara-SP (CRASMA) e, em minha rápida passagem por este ambulatório, observei uma grande demanda de pacientes que procuravam por este serviço e a insuficiência da assistência oferecida pelo mesmo para atender toda a demanda.

Desde então, comecei a me fazer questionamentos sobre como e onde esses pacientes iriam receber atendimento, e o porquê de tanta demora em conseguir uma consulta psiquiátrica. Neste mesmo período, realizei estágio de observação no Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel, em Araraquara-SP, na modalidade de internação para dependentes químicos e serviço de Oficinas Terapêuticas. Através de uma observação construída na intervenção com esses pacientes, surgiu o meu interesse em realizar uma pesquisa sobre dependência química, para tentar compreender melhor este fenômeno. O caminho possível foi discutir a ideia com outras colegas de graduação que também partilhavam do mesmo interesse e, a partir disso, propor a realização do nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sobre esta temática. Tendo como título “Dependentes Químicos e Terapia Ocupacional: os comprometimentos percebidos em suas atividades de vida diária (AVDs)”, estabelecemos como objetivo geral da pesquisa uma aproximação com a temática, conceituando-a e tecendo considerações sobre as possíveis intervenções em/de Terapia Ocupacional no tratamento do usuário de álcool e outras drogas.

No período de 2011 a 2013 concluí um curso de pós-graduação Lato Sensu de Terapia Ocupacional em Saúde Mental. Tal especialização não correspondeu às minhas expectativas como aluna, pois esperava ter um conhecimento mais profundo sobre as psicopatologias e a atuação do terapeuta ocupacional, pois necessitava de mais aprofundamento teórico sobre essas questões, uma vez que, no ano de 2011, havia começado a trabalhar como terapeuta ocupacional no mesmo hospital psiquiátrico em que fui estagiária.

No decorrer da minha atuação em hospital psiquiátrico, entre muitos acertos e erros, fui lapidando os meus atendimentos de acordo com a clientela (dependentes químicos e portadores de transtorno mental), e aprendendo, na prática, como atuar em saúde mental, sempre com o suporte da equipe técnica a qual fazia parte. Fui aprendendo que, na verdade, não existe um jeito “certo” ou um padrão de atendimento; o que existe, e o que realmente importa, é o cuidado ao outro, pautado no respeito e na qualificação técnica e ética.

Nesta época, além dos atendimentos aos pacientes, realizava acolhimento e coordenava reuniões de família; participava de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos e

compunha a elaboração de projeto terapêutico individualizado; da grade de atividades; e cuidava de reuniões e acompanhamento de pacientes em Defensoria Pública, nas audiências com promotores e juízes, a fim de viabilizar o processo de desinstitucionalização.

Atuei também como terapeuta ocupacional na Associação São Pio, no período de julho de 2014 a 2015. Esta instituição extremamente religiosa acolhe pessoas em situação de rua, sendo a maioria usuários de álcool e outras drogas, e propõe-se a trabalhar em favor do resgate de projetos para vida e de vínculos familiares.

Enquanto terapeuta ocupacional busquei construir uma apreensão mais holística acerca do ser humano, me comprometi com o desafio de compreender o homem em sua integralidade, sua totalidade biopsicossocial.

Tais atuações me fizeram (e continuam a fazer) refletir sobre algo que escutei de uma colega de profissão há anos “chega um momento na vida profissional que teremos de fazer escolhas; escolher entre fazer o que aprendemos na graduação ou o que a instituição para qual trabalhamos, de certa forma, nos obriga a fazer, indo contra tudo o que aprendemos e colocando... nisso, muitas vezes colocamos em dúvida a nossa própria capacitação”.

Em busca de um novo caminho me comprometi a evidenciar minha escolha: buscar novas experiências, novos conhecimentos e capacitação na área que me provocou e provoca muitos questionamentos internos sobre a forma de gerir o cuidado a este(s) outro(s).

Dessa forma, é possível dizer de um desejo: não só em pensar os sujeitos e/ou grupos populacionais, mas também de me fazer participante da construção histórico-social de uma leitura mais adequada de processos de saúde e de adoecimento, sobretudo, o adoecimento psíquico, e também, do desenvolvimento de práticas profissionais mais reflexivas e críticas. Enfim, em minha percepção, a atuação do terapeuta ocupacional vai ao encontro da linha de Gestão do Cuidado, à medida que se propõe à busca de novas formas de pensar o cuidado integral para o sujeito.

Para a apresentação do presente estudo, no capítulo I, desenvolvemos uma discussão introdutória sobre temática investigada. Assim, nesse capítulo, abordamos a trajetória da reforma psiquiátrica, críticas a internação, definição de RAPS e seus serviços. A partir de então, no segundo capítulo, delimitamos o problema a ser estudo e justificamos sua importância no cenário brasileiro. No terceiro capítulo, sintetizamos os objetivos gerais e específicos do trabalho. No quarto capítulo apresentamos o caminho metodológico percorrido, a descrição do cenário local, os critérios de seleção dos participantes e os procedimentos de estudo: instrumento, coleta e análise de dados. No quinto capítulo, apresentamos os resultados mediante os recortes de falas dos entrevistados, seguido da discussão e análise de dados, o que articulou

o material coletado e a literatura de autores sustentados pelo paradigma escolhido. E, enfim, concluimos o trabalho com algumas considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

Um novo modelo político de gestão e atenção à saúde mental foi proposto no Brasil a partir da década de 1970. Baseada no modelo italiano, a Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira iniciou um movimento de problematização na forma de tratar e cuidar dos sujeitos em processo de adoecimento psíquico, e da proposição da produção de práticas mais coletivas de atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Em decorrência disso, em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por técnicos integrantes do Movimento Sanitário; sindicalistas; membros de associações de profissionais; familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que passaram a lutar por uma assistência mais justa e igualitária, fazendo denúncias sobre violências e maus tratos ocorridos dentro dos então chamados manicômios. Começou, assim, um movimento de crítica ao modelo hospitalocêntrico, a partir da proposição de formas de tratamento extra-hospitalar, buscando romper com os processos de exclusão social e favorecer melhorias na qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico. Este processo culminou no fenômeno de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos (HP) e na criação de serviços assistenciais substitutivos aos hospitais, destacando a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-1987) Professor Luís da Rocha Cerqueira, no município de São Paulo e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NASP- 1989) no município de Santos (BRASIL, 2005).

Na final da década de 1980, esse movimento foi endossado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b), quando da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de sua organização e funcionamento, respectivamente, pela proposição da garantia do direito à saúde de forma igualitária e gratuita, a todos os brasileiros. Concomitante a isso, ainda na década de 1990, o país assinou a Declaração de Caracas, documento por meio do qual passou a vigorar as normas federais de implantação dos serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, além das fiscalizações e propostas de classificações destes hospitais (BRASIL, 2005).

Esse conjunto jurídico-legal que se denominou Política Nacional de Saúde Mental tinha por objetivo organizar o modelo assistencial em saúde mental e proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais na luta pela proteção e promoção dos direitos dos sujeitos que, comumente, encontram-se vulnerabilizados pela fragilização de seus vínculos familiares e comunitários, e até mesmo pela dificuldade de acesso as ações e serviços de qualidade (BRASIL, 2013).

Neste debate destacam-se a lei 10.216/2001 e a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002) que prevêm a diminuição gradativa de leitos até o posterior fechamento de hospitais psiquiátricos; assim, prevê-se que o sujeito em sofrimento psíquico receba tratamento em leitos de hospitais gerais quando da necessidade de internação, além da assistência pelos serviços ambulatoriais de suporte como CAPS, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Convivência, Residências Terapêuticas, etc.; ou seja, dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial no SUS (RAPS), favorecendo uma participação ativa do paciente na escolha de seu tratamento.

Este novo modelo de cuidado está em implementação e traz novos desafios para os profissionais e seus usuários que fazem parte dessa rede, uma vez que ainda convive com a lógica manicomial, tendo pouca experiência de saber na RAPS.

A instituição das RAPS subsidia estratégias para intervenções territorializadas, ou seja, promover espaços de construção de modos de existência que resgatem saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, visto que esta constrói coletivamente as soluções, multiplica trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental de forma continuada (BRASIL, 2015). Some-se a isso o pressuposto legal que as internações devem ocorrer no mínimo de tempo possível, somente para estabilização da crise, ao mesmo passo que o sujeito deve ter condições de continuar o seu tratamento em âmbito ambulatorial (BRASIL, 2002).

Ramos, Guimarães e Mesquita (2014) afirmam que a longa permanência em hospital pode causar perda da identidade e fragilização do vínculo familiar, provocando cronificação do quadro e piora dos sintomas pela situação de isolamento.

Nessa direção, salientamos a importância das diretrizes para o funcionamento da RAPS pautadas no respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia e liberdade, no combate a estigmas e preconceitos, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2011, 2013). Essas diretrizes são fundamentais justamente porque ressaltam processos de cuidado singulares, com respeito às demandas e com projetos específicos. Assim, afastam-se possibilidades de um cuidado massificado, com protocolos rígidos e pré-definidos e com uma prática discursiva que coloca a pessoa em um lugar de invisibilidade e alienação.

Com vistas à redução destes danos, a rede territorial de assistência além de ser um recorte geopolítico busca estimular ações de promoção da saúde, prevenção e intervenção precoce em saúde mental; tornado, assim, a internação o último recurso terapêutico, devendo ocorrer somente quando o sujeito apresentar riscos para si mesmo e/ou a outros membros da sociedade, e quando todas as possibilidades terapêuticas das RAPS se esgotarem, na tentativa

de estabilização da crise que, geralmente, é demarcada por episódios de agressividade, agitação, delírios e alucinações, entre outros sintomas (BRASIL, 2002).

Apesar de toda a defesa e constatação da necessidade das mudanças nos processos de desinstitucionalização e de sua legitimidade legal, segundo Ramos, Guimarães e Mesquita (2014), os programas e serviços da RAPS não estão estruturados para receber o paciente desinstitucionalizado tanto em recursos humanos e capacitação; há um despreparo e/ou o preconceito da comunidade para receber o indivíduo egresso de instituição; cronicidade adquirida pelas falhas nos serviços, resulta em internações e reintegrações desnecessárias.

As equipes de AB apresentam fragilidades e dificuldades em assumir o cuidado pós alta e de estabilização da crise psíquica, assim como as equipes dos CAPS necessitam efetuar e efetivar estratégias mais eficientes de cuidado longitudinal e na crise.

Em uma compreensão mais atual sobre o ser humano e sua saúde, o cuidado é tido de forma integral, ou seja, como uma nova forma de olhar e interpretar o sujeito e seu processo de adoecimento. O sujeito não é mais visto com um ser doente improdutivo, e sim como alguém capaz de produzir saúde e vida enquanto faz escolhas e mantém-se mais autônomo ao pensar e agir (SOUTO; PEREIRA, 2011).

A partir desta nova compreensão do sujeito, das suas necessidades de saúde e das maneiras de dar respostas a elas, a humanização surge forte como um elemento constituinte da relação de cuidado, entre o sujeito que cuida e o sujeito que é cuidado; em uma perspectiva comprometida com a promoção de ações de saúde e fortalecimento de vínculos pautados na história de vida, no contexto social, nos desejos e mesmo dificuldades dos sujeitos (JUNGES; BARBIANI, 2012).

Atualmente se tem cada vez mais a necessidade de repensar o processo saúde-doença e o sujeito adoecido. Há a necessidade de uma nova compreensão de fazer saúde, ou seja, o sujeito deve ser olhado e tratado de forma biopsicossocial e integralmente. Escutar, acolher, compreender os motivos que o levaram ao adoecimento e as queixas que o fizeram procurar os serviços de saúde, são extremamente importantes, pois a doença precisa ser entendida e correlacionada com sua estrutura de vida. Isso auxilia o próprio usuário a descobrir os motivos de seu adoecimento.

Pensando em ações que promovem a saúde do sujeito e em suas necessidades de saúde, discutir as RAPS torna-se necessário na apresentação do próximo tópico.

1.1 RAPS

O SUS passa e vem passando por diversas transformações e formulações políticas que visam garantir uma melhoria na qualidade do atendimento da população e, com isso, a partir do decreto nº 7508, de 28 junho de 2011, foi definido a Rede de Atenção à Saúde (RAS). As RAS 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. A RAPS surge junto com as primeiras RAS estabelecidas, tais como a Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, etc.

A rede de atenção psicossocial foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a partir da necessidade do SUS ampliar e diversificar os serviços de saúde para atender as pessoas e suas famílias com demandas decorrentes de transtornos mentais, consumo de álcool e outras drogas, ofertando, assim, uma rede de serviços em saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Entre os vários objetivos da RAPS destaca-se o de promover cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir e reduzir danos provocados pelo consumo e a dependência de drogas; 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, adequando-se a necessidade dos usuários e não os mesmos se adequarem aos serviços, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011).

1.1.2 Definição dos serviços e ações que compõem a RAPS

Segundo a portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, a RAPS é composta pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial em caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Reabilitação Profissional e seus respectivos pontos de atenção (BRASIL, 2011).

Atenção Básica em Saúde é composta por:

- **Unidade Básica de Saúde:** serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional, que protege e promove a saúde individual e coletiva. Desenvolve planos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Tem

como objetivo a atenção integral ao sujeito, proporcionando autonomia, responsabilização e direito a escolha em seu processo saúde-doença (BRASIL, 2013).

- **Estratégia Saúde da Família:** se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde. Dirigida a populações de territórios definidos, a ESF, por meio desse conjunto de ações, assume a responsabilidade sanitária, considerando, assim, a dinamicidade existente no território em que vivem tais populações. Constituído por equipe multiprofissional, a qual é constituída, em sua maioria, por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentre outros profissionais (BRASIL, 2012).
- **Núcleo de Apoio a Saúde da Família:** sua equipe é constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento, que atuam de maneira integrada, assegurando a retaguarda especializada às Equipes de Saúde da Família, e às Equipes de Atenção Básica para populações específicas, através da prática e saber compartilhados, atuando diretamente no apoio matricial. Busca, na integralidade do cuidado, aumentar a capacidade de intervenção e resolutividade de problemas relacionados ao processo saúde-doença. Suas ações estão pautadas em discussão de casos, atendimento conjunto ou não, Inter consulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2013).
- **Consultório de Rua:** é uma equipe de saúde móvel constituída por profissionais de diferentes formações, que atuam nas ruas ofertando cuidado de saúde a pessoas em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas aos outros serviços da RAPS, como estratégia de redução de danos (BRASIL, 2011).
- **Equipe de Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório:** é uma equipe multiprofissional que coordena o cuidado, oferece suporte clínico e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011).
- **Centro de Convivência:** é uma unidade pública, que oferece a população espaço para socialização, produção e intervenção na cultura e na cidade. Proporciona a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e

outras drogas, que por meio do convívio e das diferenças podem construir um espaço para o lazer, trabalho e saúde (BRASIL, 2011).

A atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), configura um campo estratégico de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e da territorialidade (AOSANI; NUNES, 2013).

Assim, o Apoio Matricial realizado pela equipe do NASF atua como suporte para os outros serviços de saúde, sugerindo utilizar outros serviços ou ações de saúde, existentes na rede, através da interdisciplinaridade para chegar a transversalidade como caminho viável e essencial no tratamento da doença e na construção da saúde (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

O cuidado territorializado é o reconhecimento dos problemas de saúde das comunidades, bem como a vinculação da população a um conjunto de serviços, a qual necessita de um saber interdisciplinar, ou seja, além do médico, os profissionais de nível superior e técnicos formam a equipe de saúde numa perspectiva de trabalho integrado para atuar no território e efetuar ações de educação em saúde (MACHADO *et al.*, 2014).

A integralidade é importante para compreendermos que o sofrimento psíquico não é uma questão exclusiva apenas dos serviços especializados em saúde mental, mas de todos os serviços de saúde, que devem ser suficientes tanto em quantidade como em qualidade para atender as necessidades da população, assim como na intersetorialidade necessitamos de vários setores e atores sociais diferentes do sistema de saúde atuando em conjunto, para suprir as necessidades das pessoas, promovendo seu potencial e equidade (MACHADO *et al.*, 2014).

Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada na década de 1990, marca um progresso da política do SUS, que vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, investimento este de suma importância para a saúde coletiva. O foco da intervenção de cada equipe de atenção básica é composto pelos sujeitos e suas histórias, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente (MACHADO *et al.*, 2014).

Atenção Psicossocial Estratégica:

Centros de Atenção Psicossocial são serviços desenvolvidos estrategicamente no processo da reforma psiquiátrica para substituir o modelo hospitalocêntrico evitando internações. Local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais

e necessitam de cuidado, onde recebem atendimento médico, psicológico e estímulos para a autonomia e socialização. Os CAPS diferem quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas e demanda (BRASIL, 2004).

Dentre as atividades realizadas pelos CAPS podemos citar: acolhimento inicial, acolhimento diurno, acolhimento noturno, atendimento individual e grupal de paciente, atendimento familiar, práticas expressivas e comunicativas, práticas corporais, atenção às situações de crise, atendimento domiciliar para pacientes e/ou familiares, ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade, matriciamento de equipes da atenção básica, matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, ações de articulação de redes intra e intersetoriais, fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares, acompanhamento de serviço residencial terapêutico (MATEUS, 2013). A seguir destacamos os tipos de CAPS:

- **CAPS I:** serviço de saúde com equipe técnica constituída por 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Atende adultos, adolescentes e crianças com sofrimento ou transtornos mentais severos e decorrentes do uso de substâncias psicoativas de segunda à sexta-feira, durante o dia, sendo indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes (BRASIL, 2004).
- **CAPS II:** serviço de saúde com equipe técnica constituída por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de segunda à sexta-feira. Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2004).
- **CAPS III:** serviço de saúde para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, durante 24 horas, oferecendo suporte clínico e acolhimento noturno a outros serviços de saúde, podendo o paciente permanecer de 7 a 10 dias. Sua equipe técnica é constituída por 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais

de nível superior de outras categorias profissionais como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior, 8 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004).

- **CAPS AD:** serviço de saúde constituído por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Atende usuários de álcool e outras drogas de segunda à sexta-feira, inclusive crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Indicado para municípios acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2004).
- **CAPS AD III:** serviço de saúde que oferece tratamento contínuo e diário durante 24 horas por dia, com 12 leitos para observação e monitoramento, podendo o paciente permanecer no máximo 14 dias. Sua equipe técnica é constituída por 7 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio. Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool, crack e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004).
- **CAPS ij:** serviço de saúde, aberto de segunda à sexta-feira para atender crianças e adolescentes comprometidos psiquicamente como portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e os que fazem uso de múltiplas drogas. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Sua equipe é constituída por 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 5 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2004).

Ainda pensando os equipamentos que compõem a RAPS, destacam-se os serviços responsáveis pelo cuidado na crise:

Atenção de Urgência e Emergência:

- **SAMU 192:** Serviço de Atendimento Móvel em Urgência, acionado através do número 192, com equipe capacitada para o atendimento precoce e transporte adequado de vítimas acometidas por agravos à saúde que leva ao sofrimento, morte ou sequelas (BRASIL, 2012).
- **Sala de Estabilização:** equipamento de saúde que atende às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico (BRASIL, 2011).
- **UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde:** as Unidades de Pronto Atendimento 24h, funcionam 24h por dia, todos os dias da semana, garantindo acolhimento e classificação de risco aos pacientes de demanda espontânea e encaminhamentos, assim como contra referenciá-los para outros serviços como a atenção básica, especializada ou internação hospitalar (BRASIL, 2011).

Para as situações de moradia transitória breve destacam-se os seguintes equipamentos:

Atenção Residencial em caráter transitório:

- **Unidade de Acolhimento:** serviço de atenção residencial transitório da RAPS para adultos, crianças e ou adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiar, encaminhadas pela equipe do CAPS. Oferece acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento prolongado (até 6 meses). Funciona 24 horas, nos 7 dias da semana (BRASIL, 2012).
- **Serviço de Atenção em Regime Residencial:** Comunidades Terapêuticas - serviço residencial transitório até 09 meses para adultos usuários de múltiplas drogas com necessidades clínicas estáveis, que recebe suporte da atenção básica no cuidado clínico geral dos usuários e do CAPS pelo acompanhamento especializado durante este período, saída e seguimento do cuidado (BRASIL, 2012).

Atenção Hospitalar: é todo cuidado disponibilizado ao paciente em sofrimento psíquico que necessita de internação para estabilização da crise psíquica que, muitas vezes, está vinculada a quadros de agitação psicomotora, agressividade, depressão, tentativas de suicídio, uso de álcool e outras drogas.

- **Enfermaria especializada em Hospital Geral:** hospitais públicos, privados e filantrópicos, dispõem a reserva de leitos psiquiátricos para atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2012).
- **Serviço Hospitalar de Referência:** oferece retaguarda em Hospital Geral nas internações para estabilização do quadro clínico dos usuários com Transtornos Mentais e necessidades decorrentes do uso de múltiplas drogas, atuando em conjunto com os outros serviços da rede. Funcionam 24 horas, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2012).

Estratégias de Desinstitucionalização: é caracterizada pela desconstrução do modelo manicomial, e novas formas de tratar os sujeitos em adoecimento psíquico, tornando os ativos em seu tratamento e não objetos na relação com a instituição.

- **Serviços Residenciais Terapêuticos:** são moradias inseridas na comunidade designadas a reabilitação psicossocial e cuidado de pessoas com transtorno mental sem suporte social, apoio familiar e histórico de internações de longa permanência. São constituídas nas modalidades Tipo I (8 moradores), para pessoas em processo de desinstitucionalização e Tipo II (10 moradores), para pessoas dependentes fisicamente (BRASIL, 2004).
- **Programa de Volta para Casa:** é um auxílio financeiro instituído pela Lei 10.708/2003 para reabilitação e inclusão social de pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência com mais de 2 anos ininterruptos (BRASIL, 2003).

Reabilitação Profissional: seus princípios estão voltados para a melhoria de vida de seus usuários e familiares, autogestão, democracia, solidariedade, cooperação, respeito à natureza, comércio justo e consumo solidário; e articulação em rede dos vários setores, como educação, trabalho, saúde, cultura.

- **Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda/Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais:** segundo Morato e Lussi (2015), economia solidária é uma inovação na geração de trabalho na inclusão social, a qual representa uma alternativa

relevante na entrada ou no retorno ao trabalho de pessoas em sofrimento psíquico. A participação destes usuários em atividades de geração de trabalho e renda viabilizam a afirmação da cidadania dos sujeitos, relações de cooperação, fortalecimento de grupos e comunidades voltados para o bem-estar coletivo e individual.

Dessa forma, o Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) apresenta uma ilustração de como deveria se estruturar a rede de saúde mental de um município, com os diferentes equipamentos e a AB como centro e ordenadora do Cuidado.

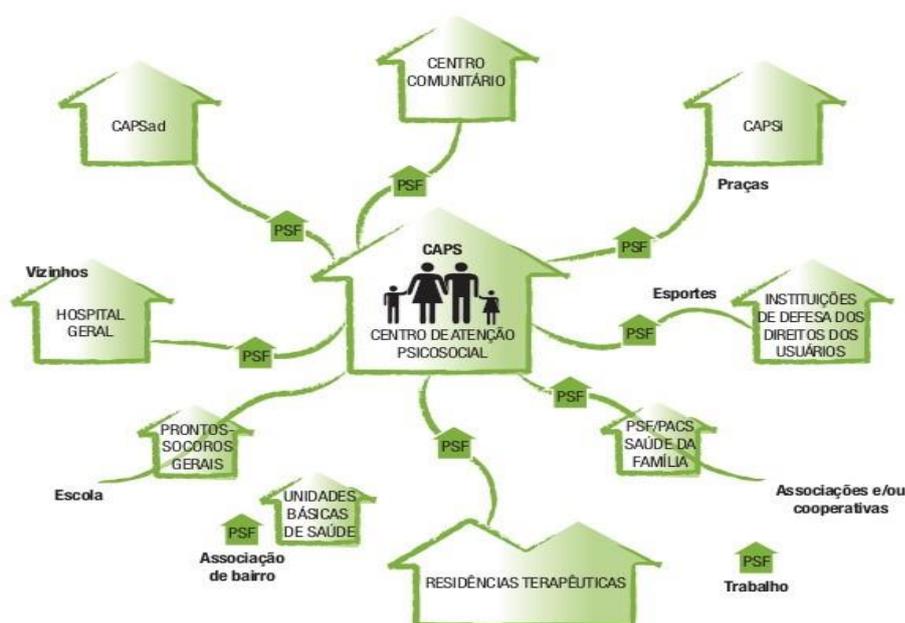


Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial
Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005)

Os serviços de atenção psicossocial devem sair de suas sedes locais e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos, devendo articular-se com todos os recursos existentes na RAPS e na saúde em geral, assim como os recursos criados pela sociedade, formando uma série de pontos de encontros, trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

O itinerário terapêutico é o caminho que o usuário faz na rede de saúde para sanar suas necessidades, mesmo que seja diferente dos traçados pela rede. O sistema de saúde pretende que o usuário siga à risca o itinerário pré-estabelecido para melhoria da assistência, mas o usuário tem sua própria percepção e representação do serviço de saúde, além de perceber suas próprias necessidades (GUERIN *et al.*, 2012).

Uma eventual insatisfação do usuário com o serviço de saúde faz com que ele crie seu próprio itinerário, indo à outros serviços, como, por exemplo, a necessidade de passar por um médico clínico geral, e os atendentes informarem que só terá consulta para daqui há um mês, sendo que ele necessita da receita para comprar suas medicações e perdeu sua consulta. Começa, assim, caminhos tortuosos até sanar sua necessidade (GUERIN *et al.*, 2012).

O sistema de saúde cria barreiras para não atender as demandas do usuário fazendo com que alguns locais de assistência aumentem sua demanda, criando filas de esperas, macas em corredores, causando mais dor na poluição, estresse nos profissionais do serviço que não estão preparados e estruturados para isso. Um serviço estruturado e de boa qualidade pode ser suficiente para incrementar o seu uso, criando e aumentando imprevisto da demanda.

O simples fato de o indivíduo procurar os serviços de saúde, demonstra motivação, preocupação para o cuidado de suas necessidades de saúde. O que ocorre muitas vezes é que o próprio serviço de saúde coloca obstáculos em seu caminho, dificultando a continuidade do tratamento como, por exemplo, demora no atendimento e agendamento de consultas e exames, recurso financeiro, falta de informação sobre o tratamento, vínculo com o profissional, entre outros fatores.

O cuidado deve ser realizado de forma integral, centrado nas necessidades do sujeito, levando em consideração renda, trabalho, apoio familiar, suporte social, saberes, cultura, noção de saúde e doença. O fluxo da assistência ao usuário deve ser garantido a todos, e para cada demanda existe uma linha do cuidado.

Um bom sistema de saúde garante serviços necessários e para tal realização temos que lidar diariamente com as experiências, saberes e práticas dos usuários, familiares e colegas, profissionais e equipe de saúde, e todos os atores envolvidos nesse processo, portanto, o itinerário terapêutico eficaz é aquele que o usuário sai de casa com uma necessidade e retorna para a mesma melhor ou com sua necessidade sanada (GUERIN *et al.*, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Durante a graduação, a pesquisadora teve a oportunidade de realizar estágio de observação no Centro Referência Ambulatório de Saúde Mental do Adulto do município de Araraquara-SP (CRASMA). Em sua rápida passagem por este ambulatório pode observar uma grande demanda de pacientes que procuravam por este serviço, e a insuficiência da assistência oferecida pelo mesmo, para atender toda a demanda. Neste mesmo período, realizou estágio de observação no Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel, na modalidade de internação para dependentes químicos, e serviço de Oficinas Terapêuticas.

Desde então, começou a se questionar, como e onde esses pacientes iriam receber atendimento, e o porquê de tanta demora em conseguir uma consulta psiquiátrica.

A motivação para iniciar este trabalho surge da atração que o tema do cuidado exerce sobre a pesquisadora. Através de uma observação construída na intervenção com esses pacientes durante sua formação e, posteriormente, em seu trabalho, surgindo o interesse em realizar uma pesquisa sobre a rede de atenção psicossocial e como funcionava esta rede, no que diz respeito a estrutura, modelo de trabalho e clínica ofertada.

Desconhecendo o funcionamento da rede, tanto em abrangência quanto em capacidade de atendimento, a pesquisadora resolveu ir à campo para obter estas informações, mas, para isso, é importante destacarmos alguns dados a respeito do trabalho realizado em saúde mental.

No ano de 2015, o município de Araraquara realizou 27.122 atendimentos/acompanhamento psicossocial e 455 internações em hospital psiquiátrico, segundo o Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS, 2016).

Atualmente, estima-se que o custo anual de internações psiquiátricas no mundo é de valor aproximado a US\$4.019,25 por paciente e US\$8.038,50 em serviços hospitalares, e tem-se que a esquizofrenia é a doença que mais causa re-internação, tendo como fator agravante a não adesão à medicação e a falta de suporte familiar (BERTOLUCCI *et al.*, 2015).

Segundo o relatório “Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação”:

As doenças crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes. Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país e podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2003, p. 15).

Sabe-se que os transtornos mentais e comportamentais estão entre as principais causas de perdas de dias no trabalho, apresentando um elevado custo econômico para o país, pois, com a doença perdem qualidade de vida, frequentemente apresentam uma baixa produtividade, pois reduzem suas atividades trabalhistas; isso se desdobra em aumento nas taxas de desemprego, causando desconforto em várias esferas da sociedade (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2003, p. 19):

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica.

Os transtornos mentais exigem cuidado e monitoramento a longo prazo, sendo a Depressão uma das doenças mais preocupantes da atualidade que causam grandes impactos pessoais, sociais e econômicos na vida do sujeito, tornando-o muitas vezes incapacitante, isso porque, estima-se que em 2020 ela só seja superada pelas doenças cardíacas. Para 2020, há também uma estimativa de um aumento de 14% dos transtornos mentais em países em desenvolvimento como o Brasil. Há a necessidade de integrar ações de saúde mental na atenção básica como prioridade no cenário atual da saúde brasileira, porém é necessário o desenvolvimento de estratégias institucionais efetivas como capacitações, supervisões, financiamento, dentre outras (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

Diante da crise econômica do país e da contenção de gastos, bem como da contínua pressão social para melhorar a assistência à população, esses dados nos permitem olhar para a rede de suporte social como fator protetivo na vida do sujeito, ou seja, a articulação desta rede como algo que contribui para diminuir o risco de internação. Analisando a proposta de readequação dos serviços de saúde e de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, problematiza-se a oferta de cuidado integrado, na articulação dos serviços e ações da RAPS, em torno da continuidade do tratamento e na prevenção de internações/reinternações, e como esta oferta de cuidado têm sido, de fato, efetivas e efetivadas.

Ferreira e Pereira (2012) apontam que, se nos aproximarmos do sujeito que passou pela experiência de tratamento em caráter de internação e pós-alta, nos equipamentos componentes da RAPS, poderemos ter uma ampliação da compreensão do processo de reinserção social e do cuidado voltado a ele, além de conseguir delinear processos de mudanças significativas na sua vida; favorecendo reflexões sobre os serviços e futuras intervenções.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral: Compreender como se efetiva o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico a partir da ótica dos diferentes atores envolvidos.

Objetivos específicos:

- Mapear os serviços e equipamentos que compõem a RAPS do município de Araraquara-SP;
- Descrever uma experiência de atenção em saúde mental de um usuário da RAPS.

4 MÉTODO

4.1 Tipo da Pesquisa

Esta pesquisa adotou o referencial teórico metodológico qualitativo, de caráter descritivo-interpretativo buscando um olhar processual, aprofundado e relacional a respeito dos fenômenos e fatos a serem explorados durante o estudo, buscando conhecer de que forma tem sido efetivo e efetivado os serviços de saúde (MINAYO, 2014).

A escolha pelo método justifica-se por se tratar de estudo empírico fenomenológico que possibilita conhecer, observar, entender e investigar diversas situações no contexto de vida real, social, político, econômico e demais aspectos que ocorrem na sociedade; proporcionando liberdade ao ator social, observador e observado, que por meio de sua história de vida e relação com o outro, cria significados e constrói realidade (MINAYO, 2014).

O estudo teve duas frentes: uma relativa ao mapeamento e caracterização dos serviços de atenção psicossocial; e outra relativa à identificação de estratégias de cuidado em saúde mental na RAPS através da aproximação dos gestores, profissionais e usuários dos serviços, visando discutir avanços e limites da RAPS de Araraquara-SP em relação à legislação vigente de Saúde Mental.

Para mapear os serviços que compõe a RAPS do município de Araraquara-SP foi realizado o levantamento dos serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de dados que compõe o Departamento de Informática do SUS, que disponibiliza informações em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, com fins de organizar e disponibilizar as informações relativas aos estabelecimentos na rede SUS.

Como segunda etapa, foram elaborados 3 roteiros de entrevistas semiestruturadas, utilizado com gestores (Apêndice A), profissionais de saúde (Apêndice A) e um usuário (Apêndice B) dos serviços que compõe a RAPS, a fim de descrever o funcionamento e identificar estratégias de cuidado.

Entende-se que a entrevista com gestores, profissionais e usuário da RAPS são estratégias que se complementam em relação ao objeto de pesquisa proposto, e essa abordagem permitirá ao pesquisador a aproximação ao fenômeno investigado, possibilitando o conhecimento através da interação entre o pesquisador e o meio.

Destaca-se que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (Propq – UFSCar), e aprovado sob o parecer 2.291.660. Realizou-se o estudo obedecendo as diretrizes éticas da

resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com seres humanos, que envolve a garantia do sigilo, e das informações da identidade dos participantes, assim como a orientação quanto aos objetivos da pesquisa e apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.2 Participantes e Instrumentos

4.2.1 Participantes da Pesquisa

O conjunto de participantes da pesquisa foi composto por: coordenador da saúde mental, gestores/coordenadores dos serviços, profissionais da rede de atenção psicossocial e um usuário com trajetória nos serviços que compõem a RAPS e que foi identificado com algum tipo de sofrimento psíquico (o CAPS informou qual usuário tem transitado por esta rede). Totalizando 20 entrevistas, sendo 19 entrevistas com os profissionais/gestores dos serviços e 1 entrevista com um usuário desta rede de saúde.

Todos os participantes são maiores de 18 anos e estavam em condições de participar da entrevista voluntariamente. Os profissionais foram incluídos por atuarem junto aos serviços realizando assistência em saúde aos usuários do SUS, vivenciando a realidade da prática ao lidar com as mais diversas situações do cotidiano relacionadas ao serviço e atendimento aos usuários de saúde mental. Quanto à inclusão do usuário, ele foi escolhido por receber cuidados nos equipamentos de saúde de Araraquara-SP, e representaria uma perspectiva singular de como seria receber as ações de saúde da RAPS. O critério de inclusão foi ter sido atendido em dois ou mais equipamentos da RAPS Araraquara-SP, estar em condições cognitivas necessárias à compreensão da entrevista, e aceitar participar da pesquisa voluntariamente.

Esta pesquisa buscou identificar, a partir dos relatos dos seus participantes, quais são suas percepções acerca das estratégias de cuidado e características da rede de atenção psicossocial.

O contato inicial com os equipamentos de saúde que compõem a RAPS do município de Araraquara foi realizado por telefone a fim de identificar qual profissional aceitaria participar da pesquisa e, posteriormente, pessoalmente nos equipamentos de saúde.

A pesquisadora fez visitas aos serviços de saúde assim como entrevistas com os profissionais. E com usuário da RAPS, realizou entrevista, não tendo a obrigatoriedade de acompanhá-lo em seu trajeto terapêutico.

O planejamento inicial previa 42 entrevistas, sendo 41 entrevistas com os profissionais/gestores dos serviços e 1 entrevista com um usuário desta rede de saúde. Porém,

foram realizadas 19 entrevistas com os profissionais e 1 uma entrevista com o usuário da rede, considerando que parte dos profissionais participantes da pesquisa assumem dupla função, ou seja, gestão e assistência, sendo realizado apenas uma entrevista que contemplou os objetivos da pesquisa; também ocorreram falta de disponibilidade de alguns profissionais convidados para a pesquisa, compondo ao final as 19 pessoas participantes. Foram realizadas várias tentativas de contato com os profissionais do NASF para participarem da pesquisa, mas a profissional indicada pelo equipamento não foi encontrada, assim como não se conseguiu realizar entrevista com o secretário da saúde devido sua agenda de horário. Totalizando 03 entrevistas não realizadas.

Havia a previsão de entrevistar o gestor municipal (secretário da saúde), porém devido agenda limitada de horários do mesmo, não foi possível a realização da entrevista no período de coleta de dados.

4.2.2 Roteiro de Entrevista e Forma de Registro

Segundo Breakwell (2010), a entrevista é um modo de se adquirir informações sobre o tema da pesquisa por meio de roteiros ou questionários, sendo facilmente adaptados em seu formato e função, dependendo da necessidade do pesquisador. Envolve comunicação, interação ou troca direta, entre pesquisador e entrevistado; pode ser realizada individualmente, ou em grupo; em qualquer etapa do processo de pesquisa como principal veículo de coleta de dados.

Neste estudo optou-se por entrevista semiestruturada, permitindo ao entrevistado a possibilidade de refletir sobre o tema exposto, com liberdade de produzir uma resposta ancorada em suas experiências e concepções (MINAYO, 2015). Essa técnica possibilitará conhecer a história dos serviços de saúde da RAPS, sua caracterização e identificar estratégias de cuidado usadas por estes serviços. O roteiro de entrevista foi construído com questões abertas, alinhadas aos objetivos da pesquisa. Dados complementares poderão surgir ao longo do diálogo com o participante em relação a: público atendido, equipe, serviços ofertados, fluxo de acesso e encaminhamento, estratégias de capacitação ou educação permanente (Apêndice A).

No que se refere ao registro, as entrevistas e análise de documento, foram registradas manualmente no momento da entrevista e da análise de documento. Também optou por gravar a entrevista como estratégia complementar de segurança, sem a obrigatoriedade de transcrição literal. Todos os dados da entrevista foram anotados no roteiro de entrevista (Apêndice B), assim como os dados da análise de documentos (Apêndice C).

4.3 Local da Pesquisa – Campo Empírico

O campo empírico diz respeito aos diversos equipamentos de saúde que compõem a RAPS Araraquara-SP.

O município de Araraquara está localizado no centro do Estado de São Paulo, constituindo-se enquanto uma cidade média, a população no ano de 2010, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), foi de 208.662 habitantes, estimada para o ano de 2015 em 226.508 habitantes em uma área territorial de 1.003,625 Km² (IBGE, 2015).

É sede do Departamento Regional de Saúde – DRS III, composto por 24 municípios para os quais é referência.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2016), o município de Araraquara-SP é constituído por estabelecimentos de saúde público, privado e filantrópico, totalizando 672 serviços de saúde distribuídos em: 36 Centros de saúde/unidade básica distribuídos em 7 territórios; 11 Policlínicas; 2 Hospital Geral; 3 Hospital Especializado; 508 Consultórios isolados; 58 Clínica/Centro de Especialidades; 21 Unidades de apoio diagnóstico e terapia; 1 Unidade móvel terrestre; 13 Unidades móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência; 5 Farmácias; 3 Unidades de vigilância em saúde; 1 Hospital/dia – isolado; 1 Central de regulação de serviços de saúde; 2 Central de gestão em saúde; 2 Centros de atenção psicossocial; 2 Pronto atendimento; 2 Polo academia da saúde; 1 Central de regulação médica das urgências; 1 Central de regulação do acesso.

Deste universo interessou a pesquisadora apenas os serviços do SUS ou conveniados ao SUS que prestem cuidado em saúde mental.

Como dito anteriormente, Araraquara-SP está organizada em 7 territórios regionais de saúde, que totalizam 36 equipamentos de atenção básica (UBS/USF). Para construção do campo empírico no que diz respeito a atenção básica (AB), iremos identificar junto a Secretaria Municipal de Saúde / coordenação de saúde mental / coordenação de atenção básica, os 10 equipamentos de AB que apresentam maiores demandas de cuidado em saúde mental, distribuídos igualmente em UBS e USF, isto é, 5 USFs e 5 UBSs, e 1 NASF. Além dos serviços de AB, farão parte do campo empírico os equipamentos especializados que compõem a RAPS. A seguir listamos todos os serviços (20) que totalizam nosso campo empírico:

- 1 CAPS I - AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas “Dr. Calil Buinain”
- 1 CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial – “Dr. Nelson Fernandes” - Araraquara-SP
- 1 Centro de Atenção à Criança - Espaço Crescer

- 1 Centro de Referência Ambulatorial de Saúde Mental Adulto – Araraquara-SP (CRASMA-A)
- 1 Centro de Referência do Jovem e Adolescente
- 1 SAMU - Serviço de Atendimento Móvel em Urgência
- 2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA
- 2 Hospitais - Hospital Psiquiátrico Cairbar Schutel e Santa Casa de Araraquara
- 5 Centros Municipal de Saúde
- 5 Unidades da Saúde da Família
- 1 NASF

4.4 Análise dos dados

O estudo teve duas frentes de organização e análise dos dados: uma relativa ao mapeamento e caracterização dos serviços de atenção psicossocial; e outra relativa à identificação de estratégias de cuidado em saúde mental na RAPS através da aproximação dos gestores, profissionais e usuários dos serviços, visando discutir avanços e limites da RAPS de Araraquara-SP em relação à legislação vigente de Saúde Mental.

Bardin (1979) diz que é o trabalhar a palavra e seus significados que difere análise de conteúdo da linguística, embora sua distinção pareça neutra. A linguística estuda a língua para descrever o seu funcionamento, enquanto a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras. A linguística é um estudo da língua e a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens.

As entrevistas foram audiogravadas e também registradas manualmente. A pesquisadora ouviu cada uma das gravações das entrevistas e complementou os registros, que foram lidos um a um, diversas vezes, a partir da leitura flutuante, visando identificar os sentidos mais relevantes e prevalentes, as semelhanças e diferenças, e dados singulares que respondessem aos objetivos do estudo.

Em seguida, organizou-se quadros de núcleos de sentido, buscando evidenciar as possíveis categorias de análise, orientadas sempre pelos objetivos da pesquisa.

Os dados foram tratados de acordo com a análise descritiva interpretativa, que, segundo Bardin (1979), 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, ou seja, essa técnica permite analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo

pesquisador, buscando classificar o material coletado em tema ou categorias que auxiliam na compreensão dos discursos. Todo material coletado foi submetido a pré-análise, exploração dos dados e, finalmente, ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos descrevendo o trabalho de campo com os participantes, posteriormente realizamos a análise descritiva dos dados classificados em: 5.1 caracterização dos participantes, 5.2 descrição dos equipamentos de saúde, 5.2.1 atuação dos equipamentos de saúde, 5.3 estratégias de formação e, por fim, a análise de conteúdo dos dados na forma de núcleos de sentido distribuídos em: 5.4 dilemas e entraves em relação ao cuidado em saúde mental, 5.5 articulação entre os serviços de saúde que compõem a RAPS, 5.6 descrição e análise da experiência de cuidado vivida por um usuário da RAPS.

Ressaltamos que para descrever as características dos serviços, como sua história, público alvo, funcionamento, entre outras informações, não foi possível a partir do acesso aos documentos dos equipamentos de assistência em saúde mental como se previa no início dessa pesquisa. Durante o trabalho de campo tal pedido da pesquisadora não foi viabilizado por diferentes razões: os serviços não dispunham dos documentos, os serviços tiveram dificuldade em localizar os documentos, alguns serviços não se dispuseram a liberar tais documentos. A partir desta dificuldade, os dados previstos de serem coletados, a partir de um roteiro de observação (Apêndice C), foram buscados ao longo das entrevistas.

No período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, foram realizados contatos com os serviços de saúde, equipamentos que compõem a RAPS do município de Araraquara-SP, a fim de identificar qual profissional aceitaria participar da pesquisa. Quando identificado o profissional, a data e horário da entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade do mesmo. A entrevista foi realizada nos equipamentos de saúde em que os profissionais trabalhavam, em condições de conforto e privacidade assegurados para todos.

Todos os dados da entrevista foram coletados de acordo em formulário específico para tal (Apêndice A) e registrados manualmente no momento da entrevista em um caderno denominado “Diário de Campo”. A pesquisadora utilizou também de recurso de áudio gravação como estratégia complementar de registro de segurança, sem a obrigatoriedade de transcrição literal. O tempo médio da duração das entrevistas foi de 45 minutos, com duração mínima de 30 minutos e máxima de 1 hora.

A maioria dos profissionais aceitaram o convite para participarem da pesquisa logo no início. Apesar desta abertura, nota-se que, durante a realização das entrevistas, houve inúmeras interrupções provocadas por demandas cotidianas dos serviços.

5.1 Caracterização dos participantes

Iniciaremos este tópico com a apresentação dos participantes. Constituíram o grupo de participantes 18 mulheres e 1 homem, com idades entre 27 e 57 anos; a maioria na faixa etária entre 31 e 37 anos. Apenas um participante possuía Ensino Técnico em Enfermagem, e os demais participantes possuíam Ensino Superior Completo; 11 participantes possuem graduação em Enfermagem, 04 em Psicologia, 01 em Terapia Ocupacional, 01 em Educação Física, 01 em Farmácia.

Todos os participantes ingressam em seus cargos via concurso público, e tem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Sabem as regras e rotina do seu ambiente de trabalho, assim como as demandas de cuidado.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa

Participante	Idade	Gênero	Formação	Função	Local de Trabalho
S.1	32 anos	Feminino	Terapeuta Ocupacional	Gestão/Assistência	Atenção Especializada
S.2	42 anos	Feminino	Psicóloga	Gestão/Assistência	Atenção Especializada
S.3	31 anos	Feminino	Técnica de Enfermagem	Gestão	Atenção Especializada
S.4	51 anos	Feminino	Psicóloga	Gestão/Assistência	Atenção Especializada
S.5	37 anos	Feminino	Educadora Física	Coordenação	Atenção Especializada
S.6	54 anos	Feminino	Psicóloga	Psicóloga	Atenção Especializada
S.7	42 anos	Feminino	Farmacêutica	Gestão de UBS	Secretaria da Saúde
S.8	34 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.9	39 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.10	36 anos.	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.11	33 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.12	32 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.13	44 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.14	52 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.15	57 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.16	36 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão/Assistência	Atenção Básica
S.17	27 anos	Masculino	Enfermeiro	Assistência	Atenção Especializada
S.18	31 anos	Feminino	Enfermeira	Assistência	Atenção Básica
S.19	50 anos	Feminino	Psicóloga	Gerência da Saúde Mental	Gestão Central

De modo geral, pode-se observar prevalência quase absoluta de mulheres, com idade média de 39,44 anos, em sua maioria com formação em Enfermagem, seguido de Psicólogos. Tal distribuição hegemônica entre os enfermeiros pode trazer aspectos singulares nas entrevistas, refletindo de forma mais intensa a experiência destes profissionais nos serviços de saúde. Todos os participantes atuavam na rede com vínculo empregatício estável, visto que

ingressaram em seus cargos via concurso público e, na sua maioria, cumprem carga horária de trabalho de quarenta horas semanais. Os profissionais estão familiarizados com as rotinas e demandas relacionadas a sua prática profissional. Distribuídos entre os equipamentos da RAPS da seguinte forma: 09 profissionais da atenção básica, 02 profissionais de urgência e emergência, 04 profissionais de atenção especializada em saúde mental, 02 profissionais de serviço hospitalar, 02 profissionais da gestão da saúde.

5.2 Descrição dos equipamentos de saúde

O quadro 2 mostra os serviços que compõem a RAPS do município de Araraquara-SP, suas respectivas equipes de profissionais, dia, horário de funcionamento e número de atendimento aproximando por dia de cada serviço. Os equipamentos foram agrupados por nível de atenção e natureza do cuidado.

Quadro 2 – Caracterização dos equipamentos estudados

Serviços	Composição da equipe	Dia e Horário de funcionamento	Número de atendimentos geral por dia/em acompanhamento não específico de saúde mental
AB (UBS – USF)	<p>UBS: Médico clínico geral, Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Auxiliar Bucal, Odontologista, Técnico ADM, Agente operacional, Médico GO, Pediatra, ACS, Farmacêutico.</p> <p>USF: Médico da família, Enfermeira, Técnicos de enfermagem, ACS, Técnico ADM, Odontologista, Auxiliar Bucal, Agente operacional</p>	Segunda à sexta-feira, das 07 às 17 horas	O número de atendimentos varia de 60 a 200 por dia.
Urgência / emergência (UPA SAMU)	<p>UPA: Médico clínico geral, Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Téc. de Raio X, Odontologista, Técnico ADM, Agente operacional, Pediatra, Coordenador.</p> <p>SAMU: Motorista socorrista, Médico, Enfermeira, Técnico de enfermagem, Técnico ADM, Agente Operacional, Radio Operador de Frota, Regulador Médico.</p>	<p>Segunda a segunda 24 horas</p> <p>Segunda a segunda 24 horas</p>	<p>Não informaram o número de atendimento</p> <p>400 chamados por dia incluindo regulação.</p>

SAÚDE MENTAL (CAPS+ CAIBAR)	CAPS: Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Técnico ADM, Agente operacional, Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Gestor, Médico clínico geral. Casa Cairbar: Médico clínico geral, Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Técnico ADM, Agente operacional, Psiquiatra, Neurologista, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Coordenador, Diretor, Oficineiros, Cuidadores, Monitores.	CAPS- segunda à sexta-feira, das 07 às 18 horas Casa Cairbar- 24 horas	Não informaram o número de atendimento 120
Outros (CRASMA / Espaço crescer)	CRASMA: Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Técnico ADM, Agente operacional, Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Gestor. Espaço Crescer/CRJA: Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Técnico ADM, Agente operacional, Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Pedagogo, Coordenador.	Segunda à sexta-feira, das 07 às 19 horas	80 60

O quadro permite observar as principais características estruturais dos serviços, que serão complementadas a seguir com a descrição da dinâmica de funcionamento dos mesmos.

Atenção Básica: as UBS e USF funcionam de segunda à sexta-feira das 07:00 às 16:30 horas para o público e até as 17 horas para os funcionários. Passam pelas unidades uma média de 60 a 200 pessoas aproximadamente, variando o número de pessoas de acordo com o território, pela procura de serviços como farmácia, vacina, aplicação de medicamentos, orientação, consultas e curativos. Atende recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos, de ambos os sexos, e todas as necessidades de saúde da população em geral. A procura pelo serviço não é específica em saúde mental.

Urgência e Emergência: UPA e SAMU são componentes pré-hospitalares, dispositivos de média complexidade, que atuam entre a atenção básica e as portas de urgências hospitalares visando o acesso rápido e o atendimento a vítimas após ocorrência de alguma situação de urgência e emergência. O SAMU pode ser acionado através do 192 por uma central de regulação das urgências, que prestará orientações e enviará veículos tripulados por equipe

capacitada em socorro. Atende recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos, de ambos os sexos e todos os tipos de patologias em casos de urgência e emergência.

Casa Cairbar: ao longo dos seus 50 anos viveu várias transformações em busca de se adequar às necessidades de seus usuários. Desde redução de leitos, oficinas, moradias e os demais serviços foram se agregando e mudando ao longo do tempo. Houve muitas crises e muitas mudanças de equipe na tentativa de estabilizar o seu quadro de funcionários. As crises financeiras ainda são constantes. Essa instituição oferece aos seus assistidos 05 tipos de serviços diferentes. O serviço de internação funciona 24 horas por dia, de segunda a segunda. Atualmente oferece 25 leitos de internação para unidade masculina e 15 para unidade feminina. A Moradia da instituição atualmente abriga 10 leitos e funciona nas dependências da Casa Cairbar 24 horas por dia de segunda a segunda-feira. A Residência Terapêutica também abriga 10 moradores, sendo localizada no centro da cidade. Os lares ou pensões protegidas são residências (3 casas com 5 pacientes cada, localizados no mesmo bairro da Instituição) ligados a Casa Cairbar que visam atender os pacientes na situação de transição entre o hospital e a reintegração social, e que ainda não têm condições de viver em comunidade, mas que já não precisam de hospitalização. Os serviços de Oficinas Terapêuticas são divididos em Produtivas e Expressivas com 70 pacientes. A oficina expressiva é o primeiro estágio do tratamento; assim, quando os pacientes saem da internação, são encaminhados para este serviço desde que não sejam encaminhados para outros serviços do município. Nesta oficina são oferecidas atividades artesanais. As oficinas produtivas são oferecidas ao paciente em um segundo momento do tratamento, quando já adquirem mais autonomia e independência, cuja meta é a promoção de habilidades de desenvolvimento de habilidades profissionalizantes. Essa Instituição tem parceria com várias empresas do município. Os pacientes recebem um incentivo financeiro aleatório ao participarem desta oficina produtiva, quando existe recurso para tal.

Segundo os profissionais de saúde mental entrevistados, a saúde mental no município de Araraquara iniciou no Posto de Saúde com uma equipe mínima há aproximadamente 25 anos, e com o passar dos anos surgiu o Centro de Reabilitação, local em que existia vários serviços de saúde funcionando com várias especialidades diferentes. Há dez anos houve a desagregação desses serviços, havendo espaços e equipe para cada especialidade.

CRASMA: o serviço funciona das 07 às 18 horas, de segunda a sexta-feira em caráter ambulatorial. Atende adultos acima de 18 anos, de ambos os sexos. O número de atendimento

de pacientes varia de acordo com cada profissional, sendo em média 14 pacientes para cada especialidade. As patologias atendidas nesse ambulatório incluem todos os transtornos mentais classificados como neuróticos (depressão, ansiedade, fobias, histerias, quadros obsessivos compulsivos, doenças de pânico descontrolado de impulso agressivo, conflitos com sexualidade e identidade, doenças psicossomáticas, entre outros), quadro reativos situacionais de complexidade moderada, assim como transtornos de personalidade, quadros psicóticos desde que estabilizados e em condição de tratamento ambulatorial. O ambulatório não atende quadros agudos que requeiram atenção intensiva, como surtos psicóticos, agitação psicomotora, uso de substâncias psicoativas, ideação suicida. Após os pacientes serem inseridos no serviço, faz-se o contrato terapêutico e o cartão de retorno, onde são agendados os horários, data e profissional de cada atendimento, e abre-se o prontuário do paciente em que deve constar os seguintes dados: nome completo, RG, CPF, data de nascimento, telefone, endereço, cartão SUS, filiação, e cor. O atendimento ao paciente no ambulatório é periódico e agendado conforme sua necessidade.

CAPS AD e II: o CAPS AD funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 19 horas, tendo como público alvo adultos e adolescentes usuários de álcool e drogas do município de Araraquara-SP. É composto pela seguinte equipe que trabalha no período da manhã e da tarde: 01 Médico psiquiatra, 01 Médico clínico geral, 02 Terapeutas Ocupacionais, 02 Psicólogos, 01 Assistente social, 02 Enfermeiras, 04 Técnicos de Enfermagem, 01 Agente operacional, 01 Agente Administrativo, 01 Guarda municipal, e 01 Profissional da limpeza e manutenção.

O CAPS II funciona das 07 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, tendo como público alvo adultos a partir de 18 anos com transtorno mental grave e tentativa de suicídio, neurótico grave, morador de Araraquara-SP. Sua equipe de profissionais é composta por 02 Médicos psiquiatras, 02 Terapeutas Ocupacionais, 02 Psicólogos, 01 Assistente social, 01 Farmacêutico, 01 Auxiliar de limpeza terceirizado, 01 Enfermeira, 03 Técnicos de Enfermagem e 02 Agentes Administrativos.

O cuidado nesses serviços tem início com o acolhimento. Após o procedimento de escuta do usuário e/ou familiares, considerando as informações coletadas, o usuário é direcionado para o técnico presente no serviço naquele momento e, após esse acolhimento, o usuário segue a rotina do serviço com definição da frequência no serviço e esquema medicamentoso. Em alguns casos ocorre o encaminhamento para outras instituições de tratamento, conforme necessidade.

Espaço Crescer e CRJA: ambos os serviços funcionavam em local e espaços diferentes, e por uma questão política, há um ano houve a junção dos serviços (abril/maio de 2016) que funciona ainda com dois protocolos de atendimento, e uma única gestora. Todos os profissionais passaram a atender adolescentes e crianças, e a equipe passou a ser mesclada. Atualmente, o serviço está pleiteando uma transformação em CAPS IJ (Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil). O serviço funciona em dois turnos, manhã e tarde, com atendimentos individuais e grupais, e retorno semanal. Há as oficinas livres onde são trabalhadas a socialização e regra. O serviço funciona de segunda a quinta-feira das 07 às 19 horas, e de sexta-feira das 07 às 18 horas, devido reunião geral com todos os profissionais.

O quadro 3 mostra como a população acessa os serviços de saúde e como os serviços recebem e fazem encaminhamentos:

Quadro 3 – Caracterização dos equipamentos estudados

Serviços	Como a população acessa o serviço	Quem encaminha	Como fazem encaminhamentos	Para onde encaminham
AB (UBS – USF)	Demanda espontânea e agendamento	\geq médico \leq enfermeira e outros profissionais	Guia de referência e contra referência, contato telefônico	Serviços de saúde mental e toda rede de saúde
Urgência / emergência (UPA SAMU)	Demanda espontânea	Médico	Guia de referência e contra referência, contato telefônico	Trabalha com o sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde) para hospitais; UBS/USF, CAPS, e toda rede de saúde
SAÚDE MENTAL (CAPS + CAIBAR)	Demanda espontânea	Médico e outros profissionais	Guia de referência e contra referência, contato telefônico, ofício	Assistência social e rede de saúde
Outros (CRASMA / espaço crescer)	Demanda espontânea e agendamento	Médico e outros profissionais	Guia de referência e contra referência, contato telefônico	Assistência social e rede de saúde

A população pode acessar os serviços por demanda espontânea e/ou agendamento diariamente. Além do atendimento no serviço de saúde, é possível receber atendimento médico e de enfermagem no domicílio quando necessário, através das visitas dos ACS em suas residências mensalmente, que verificam suas necessidades de cuidado. Atualmente 02 USFs disponibilizam para a população o recurso do Acesso Avançado, ou seja, a oferta de vagas passou a ser diária e não mais semanal/mensal, tendo-se o cuidado apenas de identificar no momento da procura se o motivo requer prioridade. Esse recurso leva em consideração a capacidade da AB para cuidar de problemas agudos, a importância da formação do vínculo e o tratamento dos problemas crônicos.

O quadro 4 descreve as ações em saúde dos respectivos equipamentos da RAPS:

Quadro 4 – Caracterização dos equipamentos estudados

Equipamentos de saúde	Ações em comum	Ações Singulares	Ações Específica de Saúde Mental
AB (UBS – USF)	Atendimento de enfermagem, grupo de acolhimento e pós-consultas realizados pela enfermagem imunização/vacina, curativo, inalação, teste do pezinho, exames laboratoriais, verificação de PA, cuidados de enfermagem no geral, consultas com clínico geral, ginecologista, pediatra, dentista	Visita domiciliar Busca ativa de paciente Grupo da melhor idade com o educador físico Caminhadas Palestras Grupo de diabéticos/hipertensos Grupo de gestante Grupo de educação em saúde na escola e creche do bairro Grupo de alongamento para os idosos Grupo cuidando de quem cuida	O médico clínico geral avalia o paciente e referência para os serviços de saúde mental (CAPS AD / II, CRASMA, Espaço Crescer/CRJA) de acordo com o fluxograma de encaminhamento “Atenção Básica à Saúde Mental”, disponibilizado nas unidades de saúde. Quando o paciente necessita trocar a receita o clínico faz a receita se o quadro geral do paciente estiver estável, demais casos é referenciado para o serviço de saúde mental onde o mesmo faz acompanhamento.
Urgência / emergência (UPA SAMU)	Atendimento de enfermagem, cuidados de enfermagem no geral	Atendimento de Urgência e emergência médica As ambulâncias do SAMU transportam e prestam o atendimento ao paciente até a unidade de saúde mais próxima para receber os devidos cuidados de urgência e emergência.	O paciente é atendido pelo clínico para controlar a crise e encaminhado para a internação e outros serviços de saúde mental. Existe o contato direto com a secretaria de saúde para agilizar esse atendimento. As ambulâncias do SAMU transportam o paciente até o local que receberá internação.
SAÚDE MENTAL (CAPS + CAIBAR)	Atendimento de enfermagem, grupo de acolhimento e pós-consultas realizados pela enfermagem	Orienta a família a buscar grupos de ajuda externos Visita domiciliar Busca ativa de paciente Oficinas produtiva e expressiva Internação Residência Terapêutica Atendimento com equipe multiprofissional Atendimento familiar Consultas psiquiátricas	O CAPS faz encaminhamentos para outros serviços quando o quadro do paciente apresenta comorbidades. Realiza atendimento compartilhado com outros serviços como Casa Cairbar, CRASMA. Casa Cairbar oferece internação, residência terapêutica, moradia, lares abrigados, oficina produtiva e expressiva.
Outros (CRASMA / Espaço Crescer/CRJA)	Atendimento de enfermagem, grupo de acolhimento e pós-consultas realizados pela enfermagem	Oficinas de TO e Psicologia, atendimentos individuais de TO e Psicologia, atendimentos grupais de TO e Psicologia, atendimento fonoaudiológico e de pedagogia, assistência social, Atendimento familiar, Consultas psiquiátricas	Serviço ambulatorial

Todos os equipamentos de atenção básica cumprem com os requisitos básicos de oferta em ações de cuidados, que são as vacinas, curativos, medicação, teste rápido para DSTS, teste do pezinho, exames em geral, consulta médica, entre outros procedimentos de UBS e USF. Dos 10 equipamentos de atenção básica (USB e USF) que participaram da entrevista, apenas 02 UBS realizam grupo para diabéticos/hipertensos, grupo da melhor idade com o educador físico, caminhadas e palestras. E apenas 03 USF ofertam grupo de gestante, grupo de caminhada, grupo de educação em saúde na escola e creche do bairro, visita domiciliar, grupo de diabéticos/hipertensos, grupo de alongamento para os idosos, atividades que são programadas de acordo com as datas comemorativas como dia das mães, dia das mulheres; grupo “Qualidade de vida”, grupo “Cuidando de quem cuida”. Os grupos são ofertados para família e comunidade, toda semana e quinzenalmente, com duração máxima de 01 hora.

Além das atividades com equipe multiprofissional em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, oferta de medicamentos, o CAPS II oferece algumas atividades em parceria com a Casa da Cultura do município local e uma artista plástica, realizando oficina de artes as segundas-feiras. Parceria com a Fundesport, a qual realiza atividades esportivas as quarta e sextas-feiras no período da manhã e parceria com o Clube Estrela, que realiza Oficina de Dança às sextas-feiras. Essas oficinas são abertas à comunidade, com a presença de um técnico de referência do CAPS. Considera também a família como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário.

A visita domiciliar também é um recurso utilizado pelos CAPS como estratégia territorial que fortalece o vínculo entre o profissional e o usuário, a dinâmica familiar, a vida cotidiana e as relações com a vizinhança e amigos, assim como condições sociais e suas necessidades.

O ambulatório de saúde mental (CRASMA) não oferece atividades específicas para a família e comunidade. A família é convocada para atendimento quando há necessidade de orientação e o paciente apresenta risco de suicídio, sendo o psiquiatra o profissional que mais tem contato com a família. Grupos de família assim como manutenção e orientação de medicamentos não são realizados devido grande demanda de pacientes e número atual de funcionários. Segundo a profissional entrevistada, esses grupos seriam muito importantes, pois muitos pacientes não administram suas medicações ou administram erradas.

Os equipamentos de saúde mental (CAPS AD, CAPS II, Casa Cairbar, Espaço Crescer/CRJA) podem receber encaminhamentos da UBS, USF, poder judiciário, Conselho Tutelar, Defensoria Pública e fazer encaminhamentos para toda rede de saúde através de guia

de referência e contato telefônico. O médico é sempre o autor principal dos encaminhamentos, visto que alguns serviços não aceitam encaminhamentos de outros profissionais. Enfermeira, Técnico de enfermagem e Assistente Social fazem encaminhamentos em minoria para Oftalmologia, UPA e outros serviços da rede de saúde.

O cuidado em saúde mental nos equipamentos de atenção básica (USF e UBS) se estabeleceu através dos encaminhamentos dos casos para outros equipamentos de saúde mental como CAPS e CRASMA, entrega de receita de medicação e o controle das medicações. Os equipamentos de atenção básica que participaram da pesquisa não recebem Apoio Matricial - arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2003) - do NASF, contam apenas com suporte e auxílio telefônico dos equipamentos de saúde mental.

É possível perceber que o medicamento é um dos recursos terapêuticos mais usados entre os equipamentos de saúde, sendo, muitas vezes, considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, passando a ser vinculado ao bem-estar ou mesmo à felicidade. tornando os usuários dependentes. Carvalho e Dimenstein (2004, p. 122) afirmam que:

O fenômeno da *medicalização*, apesar de não ser um problema atual [...] está muito presente nos dias de hoje e ocupa um lugar importante no jogo de interesses do poder econômico. O consumo de medicamentos tem um significativo impacto na sociedade, haja vista constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e também por ter relevante significância em termos econômicos. Aliado a isso, existe o fato de as consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta.

Os relatos abaixo demonstram como a oferta de cuidado em saúde mental na atenção básica por meio do fornecimento de medicação e consulta médica é reiterada como insuficiente quando se trata da assistência que deve ser oferecida fora dos muros dos hospitais psiquiátricos, conforme apontam Aosani e Nunes (2013, p. 71-80).

S.8 “[...] temos um fluxograma de encaminhamento para a saúde mental, mas nunca é fácil encaminhar paciente psiquiátrico, as dúvidas sobre qual o local adequado sempre surge [...]”

S.9 “[...] A saúde mental é atendida mais rápido no CAPS, pois no CRASMA ele só faz acompanhamento com psiquiatra ou primeira avaliação quando o nosso clínico não se sente seguro de medicar [...]”

S.10 “[...] O clínico avalia o paciente e referência para a saúde mental, que são os CAPS AD ou mental, CRASMA. Quando o paciente de saúde mental precisa trocar a receita o clínico faz a receita se o quadro geral dele estiver

estável, demais casos é referenciado para o serviço de saúde mental que ele geralmente faz acompanhamento [...]"

S.11 “[...] Para a saúde mental precisa passar com o clínico geral ou outro médico e o mesmo solicitar o encaminhamento. No município, dependendo da idade, a mãe leva o encaminhamento e casos, adultos levam o encaminhamento para a secretaria de saúde para a regulação. Casos de urgência, o enfermeiro entra em contato com a secretaria de saúde para agilizar o caso [...]"

S.12 “[...] Eu sinto muita dificuldade em acessar o serviço de saúde mental, pois as vezes eles não valorizam nossa avaliação e acaba que as famílias procuram a secretaria de saúde para resolver o assunto. Os surtos, casos agudos, são encaminhados para o CAPS, quando é caso que dá para esperar são encaminhados para o CRASMA. [...] A dificuldade que os médicos sentem na hora de encaminhar para a saúde mental é que as vezes não se sabe ao certo se deve encaminhar para o CAPS ou CRASMA, eles ficam meio perdidos. O encaminhamento é feito através de guia de referência. Recebemos pouca contra referência, quem envia mais é o CAPS [...]"

S.14 “[...] Nos casos de SM procuramos saber a história da pessoa, ver a necessidade dela e se o médico estiver aqui ele já resolve o problema. Quando não tem médico ligamos no CAPS ou CRASMA para pedir orientação [...]"

Observa-se que para as ações em Saúde Mental serem, de fato, efetivas nos equipamentos de atenção básica, é necessário que esses equipamentos estejam engajados no cotidiano da comunidade, formando vínculo, e ainda propiciando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população.

Entende-se que um ambiente diferenciando e acolhedor é essencial para a inclusão do doente mental nos equipamentos de saúde, além de profissionais capazes de ouvir, escutar e orientar, representando, nesse sentido, a efetivação de princípios do SUS fundamentais no desenvolvimento de suas práticas como a integralidade e a resolubilidade dos problemas encontrados (CORREIA *et al.*, 2011).

A visita domiciliar surge também como uma proposta que, sobretudo, possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores.

5.2.1 Atuação dos equipamentos de saúde

A análise dos dados permitiu observar que os equipamentos de saúde mental atuam de forma semelhante, ou seja, ofertam consulta médica e de enfermagem, acolhimento multidisciplinar, triagem, atendimento individual e grupal realizam encaminhamentos e

orientações para a população. Assim como as USB e USF funcionam da mesma forma, ofertando atendimento médico e de enfermagem, acolhimento, triagem, encaminhamentos e orientações para a população, assim como renovam as receitas psiquiátricas sem maiores questionamentos sobre essa estratégia de intervenção.

Isso demonstra a fragilidade dos equipamentos de saúde diante da demanda em saúde mental apresentada, além das tradicionais intervenções em saúde mental, e na saúde global, de prescrição de medicamentos e encaminhamentos. Entretanto, muitas ações podem ser desenvolvidas em parceria com os profissionais do CAPS, tais como: consulta/atendimento, trabalhos em grupo, visita domiciliar, reuniões com equipe e apoio matricial.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), os princípios de atuação da atenção básica na saúde mental são: a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção de autonomia possível de usuários e familiares. E para que o atendimento à saúde mental aconteça na atenção básica, é necessário que os profissionais sejam preparados a ouvirem e reconhecerem que a demanda em saúde mental vai além de um corpo adoecido, precisa haver comunicação entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental.

Atualmente o enfermeiro(a) é a figura de maior responsabilidade dentro das UBS e USF, assumindo o papel informal de gestor de unidade, acaba tornando-se responsável pela organização geral das unidades, assim como serviços administrativos e manutenção da estrutura física. As gestoras oficiais das UBS e USF permanecem na Secretaria de Saúde e os assuntos referentes a gestão são encaminhados as elas, e as mesmas só intervêm nos assuntos das unidades quando necessário. Já os equipamentos de saúde mental contam com seu gestor diariamente no serviço, além da gestora de saúde mental que permanece na Secretaria de Saúde. A Casa Cairbar possui coordenador de área técnica, assim como gestor administrativo.

Os gestores dos equipamentos de saúde que participaram das entrevistas são responsáveis pela parte técnica do trabalho, assim como organização da rotina diária de trabalho. Propõe discussões de casos, e elaboração do projeto terapêutico singular, fazem reunião de equipe e assumem decisões em conjunto.

O modelo de clínica mais predominante nas UBS e USF foi o modelo biomédico (medicação e internação), embora venham sendo realizados esforços no sentido de uma mudança de modelo por parte da equipe, ainda há muito o que avançar na reorganização dos processos de trabalho para se mudar essa realidade. Os equipamentos de saúde mental (CAPS

Ad e CAPSII) trabalham com a clínica ampliada e compartilhada, realizam projeto terapêutico singular, assembleias com seus assistidos e familiares; exceto a Casa Cairbar que ainda vive o modelo centrado no médico caminhando para uma clínica ampliada de acordo com seus profissionais, os quais relataram que atualmente conseguiram se aproximar do médico, devido as mudanças no quadro de recursos humanos e na assistência ao paciente, existe diálogo e vínculo, pois as relações entre os profissionais eram distantes. Os membros de sua equipe técnica conseguem acompanhar a consulta médica e serem ouvidos por esse profissional para avaliar o caso. A clínica ampliada e compartilhada vem com a proposta de compreender o significado do adoecimento e tratar o sujeito em seu contexto de vida real no qual está inserido, valorizando sua singularidade, sentimentos e história de vida. Ela sugere que haja um compartilhamento com o outro, ou seja, será ampliada quando há diálogo com o usuário e nesse diálogo está a possibilidade de entendimento pelo mesmo e assim, ele, por ter entendido, poderá participar e escolher o seu tratamento com a equipe de saúde, tendo maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2010).

A seguir, relatos das entrevistas que evidenciam o modelo de clínica ofertada pelos equipamentos de saúde:

S.1 “[...] a clínica é compartilhada, se não na rede, dentro do próprio serviço. O CAPS AD trabalha com PTS e profissional de referência, e quando o profissional necessita, solicita acompanhamento de outro profissional de especialidade diferente para dar apoio. A maioria dos grupos são realizados por dois profissionais de área diferente para compartilhar olhares. As reuniões de equipe existem para as discussões de caso [...]”

S.1 “[...] existe reunião de equipe para discutir o PTS e assembleia com o paciente e familiar para discutir suas necessidades e dificuldades daquele momento [...]”

S.2 “[...] o cuidado é planejado de acordo com a necessidade do paciente, através do técnico de referência, que realiza as discussões em equipe e elabora o projeto terapêutico [...]”

S.2 “[...] a clínica é ampliada, tendo como foco a atenção psicossocial e o trabalho em equipe [...]”

S.5 “[...] Hoje temos uma abertura maior e um vínculo melhor com o médico, pode se dizer que é uma clínica compartilhada. Temos sempre algum da equipe acompanhado a consulta médica e opinando. Hoje o médico ouve mais a equipe para avaliar o caso[...]

Através da prática interdisciplinar, a clínica ampliada e compartilhada faz conexões e parcerias com outras especificidades e até de outros serviços de saúde em busca de soluções possíveis para atender as necessidades dos usuários. Utiliza instrumentos, ferramentas e

dispositivos como as equipes de referência, os projetos terapêuticos singulares e o apoio matricial; para que a ampliação dos serviços seja possível e efetiva (BRASIL, 2010).

Os serviços dos CAPS são os principais atores em fornecer apoio matricial às equipes de atenção básica, uma vez que seus serviços ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica. Esses serviços devem se deslocar de seus espaços e ir em busca de um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica e aproximação com as famílias e as comunidades, garantindo assim o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. E, para isso, os incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica são fundamentais (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

O apoio matricial ou matriciamento visa dar suporte técnico a essas equipes de saúde, assim como estabelecer a corresponsabilização, pois para a saúde mental avançar, a atenção básica precisa ser inserida no processo, mesmo sabendo que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

A ilustração abaixo mostra como está formada atualmente a RAPS do município de Araraquara-SP de acordo com a pesquisa.

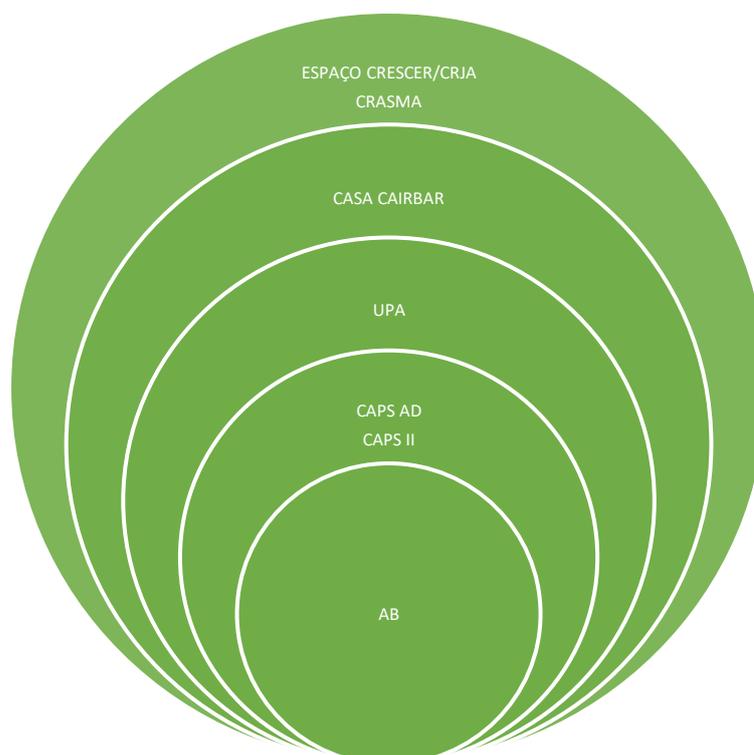


Figura 2 - RAPS do município de Araraquara-SP

5.3 Estratégias de formação

Os profissionais entrevistados relataram que, ao ingressarem no serviço, não receberam preparação para atuar em seu local de trabalho além da sua formação de origem. A capacitação fica sendo responsabilidade financeira e interesse do profissional. Os profissionais de ensino superior tem direito a 5 dias de dispensa no ano para cursos e 20% da carga horária para mestrado e doutorado. Relataram também que existe educação permanente mais para as enfermeiras, e que a secretaria de saúde sempre está oferecendo cursos e comunicando a rede de saúde.

S.2 “[...] nenhum funcionário está preparado para o serviço. Os serviços de capacitação são financiados parcialmente pelo município. Existe dias de dispensa para realizar cursos. Se o gestor superior da secretaria de saúde acredita que a capacitação é importante para os funcionários, a capacitação acaba acontecendo com mais facilidade [...]”

S.3 “[...] não tem estratégia de formação para os profissionais. Alguns profissionais se sentem despreparados para atuar nessa área. A grande rotatividade foi devido à falta de preparo dos profissionais e o fato de não se identificarem com a SM [...]”

S.4 “[...] Toda a especialização e capacitação fica sendo responsabilidade financeira do profissional. Não existe um preparo prévio ou treinamento para o profissional ingressar no serviço [...]”

S.6 “[...] Não temos educação permanente. Quem deseja se capacitar é por conta própria [...]”

Por outro lado, os entrevistados já relataram que não existe educação permanente e treinamento, e que as reuniões semanais em que as enfermeiras participam acabam sendo para discutir rotina de trabalho e fazer educação em serviço.

A capacitação contínua do profissional é necessária e de suma importância para as práticas de saúde, especialmente quando se leva em conta que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas UBS é bastante frequente, e nem sempre está em condições de oferecer suporte a essa demanda de atendimento. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação prejudicam o desenvolvimento de uma ação integral pela(s) equipe(s). Desta forma, demarca-se aqui a necessidade de os serviços serem conhecidos, assim como suas dificuldades e potencialidades de atendimento em saúde mental, a fim de se desenvolver uma prática de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que possa ser efetiva.

Destaca-se a importância da capacitação e formação continuada desses profissionais, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), para que

estejam instrumentalizados, proponham e fortaleçam novas práticas e atuem no processo de transformação do modelo de atenção à saúde. Além disso, é necessária a criação de mais espaços comunitários, locais de produção de encontro, de trocas, de saúde, assim como cooperativas e iniciativas de trabalho que, de fato, incluam as pessoas com transtornos mentais, fortalecendo a promoção de cidadania e a garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2017).

A pesquisadora sugere alguns temas/conteúdo que possam ser significativos para os encontros de educação permanente como: atendimento humanizado; dificuldades encontradas no trabalho; como fazer articulação em rede; como/quando solicitar matriciamento; quando encaminhar o paciente; o que fazer em situação de risco; entre outros temas.

5.4 Dilemas e entraves em relação ao Cuidado em Saúde Mental

Os equipamentos de saúde enfrentam várias dilemas e entraves que dificultam as ações de cuidados impedido o fortalecimento e o trabalho em rede. A falta de comunicação é geral entre os equipamentos de saúde, a falta ou ineficiência dos serviços de referência e contra referência, inexistência de prontuário eletrônico dificulta a troca de informações, assim como a falta de um protocolo padrão de encaminhamento e atendimento dificulta o serviço. Quando acontece esse referenciamento não há acompanhamento do caso, nem retorno por parte do serviço especializado. O despreparo dos profissionais para lidar com os problemas de saúde mental também surge como um problema enfrentado pelos profissionais de saúde.

S.1 “[...] O manejo de pacientes psiquiátricos acaba sendo um problema para o serviço que não está preparado para receber este paciente, sendo necessário encaminhá-lo para outro serviço. O município ainda é precário em situação de crise. Quando necessário encaminha-se para internação no Cairbar e UPA, porque ainda não existe leito em hospital geral. Existe uma grande necessidade de o município criar o CAPS 3, mas para isso outros serviços que existem precisam ser fortalecidos [...]”

S.4 “[...] o dilema é a dificuldade de se trabalhar em rede. A rede não consegue visualizar o objetivo do serviço. A forma como são feitos os encaminhamentos dificulta muito o serviço (encaminhamentos equivocados). Existe uma confusão entre saúde mental e deficiência intelectual, não existindo triagem adequada [...]”

S.5 “[...] A falta de comunicação entre os serviços é o grande dilema [...]”

S.16 “[...] A demanda é grande, mas a demora em exames é o problema. Mesmo havendo uma central de regulação que tende a melhorar a qualidade na liberação dos exames ainda demora. A falta de comunicação principalmente entre os serviços de urgência também é um problema. Eles nunca enviam contra referência para a gente, então não conseguimos saber o

porquê do nosso paciente procurar tanto esse serviço ao invés de nos procurar [...]”

As fragilidades encontradas entre os equipamentos de atenção básica (UBS e USF) e os equipamentos de saúde mental se assemelham, como a verticalização e normatividade da atenção básica (USF e UBS) reforçam o caráter prescritivo, dificultando as ações com base na realidade local; o despreparo dos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a dificuldade de estabelecer, de fato, serviços de referência e contra referência. Dessa forma, esses serviços de saúde almejam por uma “horizontalização” nos equipamentos anteriormente verticais, para que o usuário encontre em sua unidade de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Segundo Cardoso e Galera (2011), existem demandas de atenção à saúde mental que nem chegam a serem atendidas por dificuldades, como escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes e dificuldade de acesso ao serviço e, nesse sentido, a proposta de integração dos cuidados em saúde mental nos serviços como os CAPS têm o objetivo de inserir o cuidado compartilhado como sustentação do processo de trabalho na articulação entre as equipes de saúde mental e as demais equipes de saúde, buscando sensibilizar profissionais e gestores para a importância do compartilhamento de ações voltadas para o cuidado integral.

Lapidar a articulação dos equipamentos de saúde mental com atenção básica torna-se necessário para os CAPS realizarem um trabalho em conjunto com a atenção básica e, para isso, os incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica são fundamentais.

Fortalecer a gestão da Política de Saúde Mental para garantir a implantação e expansão do apoio matricial de forma efetiva e continuada que envolva os equipamentos de saúde mental quanto as da atenção básica devem ser um dos principais desafios do SUS, objetivando minimizar a fragmentação da assistência em saúde tradicional.

5.5 Articulação entre os serviços de saúde que compõem a RAPS

Os entrevistados relataram que existe articulação entre os serviços e a gestão, sendo realizado semanalmente e quinzenalmente reunião com alguns equipamentos de saúde. Mantêm sempre o contato por telefone e e-mail. Embora em suas falas nota-se o quanto a articulação

entre os serviços e gestão é deficitária, chegando a ser inexistente em alguns casos, e que a relação entre as partes não é totalmente harmônica. Muitos sentem falta de uma gestão mais próxima e de momentos para discussão.

S.2 “[...] comunicação é uma fragilidade entre os serviços da rede. A articulação é o maior desafio. O atendimento da atenção básica em relação a saúde mental é precário, pois não entendem o seu papel [...]”

O relato de S.2 acima revela a ineficiência na avaliação em saúde mental de parte significativa dos usuários que passam pela AB. Tal fato pode configurar-se como desassistência e desarticulação na rede de saúde, impactando na qualidade do cuidado ofertado.

S.2 “[...] Utiliza-se a mesma estratégia, telefone, atendimento em conjunto. A articulação ainda é bastante frágil. A tendência da rede é achar que apenas o CAPS é responsável pelo paciente não os outros serviços [...]”

S.16 “[...] A articulação ainda é muito deficitária. Falta articulação entre os serviços, falta transporte para visitas domiciliares, falta funcionário. Uma pergunta que eu sempre em faço é como é que se faz saúde da família se não se tem acesso a família [...]”

Fica evidente nos relatos dos entrevistados o quanto a articulação entre os equipamentos de saúde e a gestão é frágil. Para que a articulação entre os equipamentos de saúde e a gestão ocorra, e assim pensarmos um cuidado integral para os sujeitos que procuram esses serviços, é fundamental e necessário que haja investimentos públicos em estratégias de gestão como planejamento integrado, instituição de fluxos, protocolos e pactuação de atendimentos (AZEVEDO *et al.*, 2014).

É necessário também que haja conhecimento entre os equipamentos de saúde existentes no entorno, bem como dos serviços de base comunitária, instituições, associações, pois, não bastam que num dado território tenha vários dispositivos, eles precisam saber da existência um do outro, fortalecer laços e criar conexões para potencializar a visão de cuidado integral em saúde mental (WETZEL *et al.*, 2014).

Dessa forma, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados da Saúde Mental entre os equipamentos de atenção básica (UBS e USF), ou seja, compartilhando saberes entre equipes de apoio e equipes de referência, através de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões e intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

Os CAPS, como serviços especializados, não estariam passando a responsabilidade de suas demandas, mas atuando com uma olhar que aproxima esse cuidado, para mais perto do usuário, uma vez que os profissionais desse serviço atuariam orientando e construindo junto

com as equipes de atenção básica um novo modelo de atenção, em que o maior beneficiado é o próprio usuário, havendo compartilhamento de responsabilidades (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

Campos (1999, p. 396) aponta um novo sistema de referência entre profissionais e usuários para a efetivação da proposta de Apoio Matricial em que:

A tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência.

Sendo assim, o Apoio Matricial se consolida através de um projeto terapêutico composto pelas equipes de referência da atenção básica e a equipe de outros serviços adequados à demanda de cada caso, sendo as intervenções integradas umas às outras, utilizando-se da troca de saberes específicos dos diversos profissionais de saúde, tendo como principal objetivo o funcionamento efetivo da rede, sendo os CAPS o principal articulador estratégico.

5.6 Descrição e análise da experiência de cuidado vivida por um usuário da RAPS

Nesse tópico apresentaremos a entrevista com um usuário dos equipamentos RAPS, assim como sua experiência ao passar pela rede, em relação ao cuidado recebido e itinerário terapêutico, divididos em: Momento I – Apresentação do usuário da RAPS; Momento II - O diagnóstico; Momento III - Serviços da RAPS, e Momento IV: Aspectos positivos e negativos dos equipamentos de saúde.

Momento I – Apresentação do usuário da RAPS:

Usuário B.L.G, 60 anos de idade, sexo feminino, divorciada. Possui Ensino Médio Completo. Coursou um ano e meio de Auxiliar de Enfermagem, mas não concluiu.

Suas experiências de trabalho incluem 09 anos atuando como funcionária pública na função de Berçarista, na Maternidade Gota de Leite; a qual também desempenhava a função de Auxiliar de Enfermagem, uma vez que antigamente alguns serviços de saúde não exigiam o certificado de conclusão do curso de Auxiliar de Enfermagem. E com o passar dos anos foi obrigada a concluir o curso de Auxiliar e Técnico de Enfermagem, pois o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) não aceitava evolução hospitalar para aposentadoria e experiência trabalhista. Trabalhou no Restaurante GauChop na função de Auxiliar de Cozinha por 2 anos; e 4 meses na empresa Massadoro, na mesma função.

Atualmente sua renda mensal é de aproximadamente R\$954,00.

Momento II - O diagnóstico:

A Depressão Grave segundo o CID 10, corresponde a um episódio depressivo acompanhado de alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora, ou estupor de uma gravidade que todas as atividades sociais se tornam impossíveis, podendo existir risco de suicídio, desnutrição e desidratação. As alucinações e delírios nem sempre correspondem ao distúrbio afetivo.

Diagnóstico esse que levou B. a 18 dias de internação psiquiátrica no ano de 2015, ocasionado grandes perdas em sua vida, como distância familiar, estigma social, baixa autoestima, falta de motivação, isolamento.

Momento III - Serviços da RAPS:

A procura pelos equipamentos de saúde sempre esteve relacionada ao diagnóstico de depressão, mas devido a falta de escuta qualificada pelos profissionais e acolhimento, o diagnóstico demorou a ser confirmado.

Os equipamentos de saúde pelos quais recebeu algum tipo de cuidado foram o de atenção básica, serviço de urgência e emergência (UPA), e atenção especializada (Casa Cairbar) - unidade de internação psiquiátrica.

B. relata que esses equipamentos de saúde ofertaram um atendimento/cuidado bom em sua visão, pois suas queixas foram sanadas naquele momento. A UPA, por ser um equipamento de saúde de urgência e emergência, atende rápido e oferta receita. Na ocasião procurou por este serviço duas vezes por dores no peito. Passou também por atendimento no posto de saúde de seu bairro (equipamento de saúde de atenção básica), mas suas necessidades não foram sanadas, havendo a necessidade de ser encaminhada para o psiquiatra do CAPS (equipamento de atenção psicossocial). Devido a grande demanda e a demora para passar em consulta com o psiquiatra, necessitou de uma internação psiquiátrica.

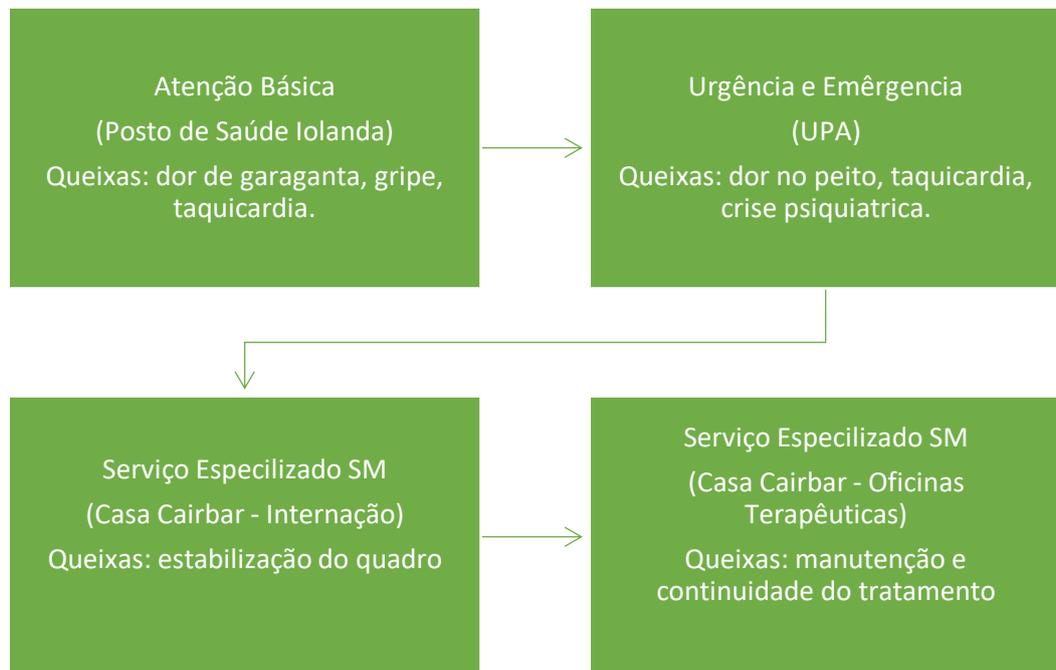
Momento IV: Aspectos positivos e negativos dos equipamentos de saúde:

Os aspectos negativos destacados por B. incluem a demora para passar pela consulta psiquiátrica, que resultou na internação, e falta de apoio dos equipamentos de saúde extra hospitalar para evitar a internação. Já os aspectos positivos incluem a preocupação e dedicação por parte dos profissionais da Casa Cairbar apresentaram com sua saúde. Ela destaca ainda que ao passar pela Casa Cairbar em caráter de internação foi essencial para sair daquele momento

de profundo desespero, e continuar o tratamento nas Oficinas Terapêuticas as Casa Cairbar lhe proporcionou autonomia e independência novamente, além do convívio social e resgate da autoestima. Também reforça que nas oficinas recebe auxílio para administração da medicação, além de receber auxílio psicológico e de toda a equipe da Casa.

Ressalta que há a necessidade de melhorar o tempo de atendimento para as consultas psiquiátricas, devendo a rede de saúde disponibilizar mais profissionais. Em geral, os atendimentos ofertados pelos equipamentos de saúde são bons, demonstram preocupação com a saúde das pessoas. Na UPA os médicos são novos, demonstram mais preocupação e interesse pela saúde do outro.

O esquema abaixo mostra o itinerário terapêutico do usuário da RAPS e suas principais queixas.



O cuidado em saúde envolve um conjunto de procedimentos técnicos para o tratamento, que deve ser realizado de forma integral, centrado nas necessidades do sujeito, levando em consideração renda, trabalho, apoio familiar, suporte social, saberes, cultura, noção de saúde e doença; podendo ser singular ou coletivo.

A saúde, sendo percebida como recurso para a produção de vida diária dos usuários, exige novos modos de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento, na sua vida diária e em seu espaço comunitário. Dessa forma, a atenção básica é fundamental para tal acompanhamento,

sendo a saúde mental entendida como um campo de intervenção prioritário não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula (DIMESTEIN *et al.*, 2009).

O cuidado cotidiano envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos usuários e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, etc. (CARDOSO; GALERA, 2011).

A rede de atenção à saúde mental vem tentando consolidar a integralidade do cuidado. Contudo, o sujeito fica a espera por um longo período de consultas com psiquiatras que resulta em internação, demonstrando a fragmentação do cuidado. Tal como aparece à perspectiva do atendimento diferencial como uma de suas práticas, quando esses identificam demandas em saúde mental.

Os profissionais dos equipamentos de atenção básica precisam incrementar a integração dos serviços de saúde, por referência e contra referência, realizar acolhimento (nível de atenção primária, secundária e terciária) treinando a escuta qualificada, manter vínculo realizando a troca de saberes entre técnico e popular, manter a autonomia com capacidade de se autoperceber e perceber o outro, garantir atendimento e facilitar acesso dentro dos limites geográficos para reconhecerem que a demanda em saúde mental vai além da doença e transtorno mental instalado.

É necessário que os profissionais que atuam na atenção básica estejam com olhar voltado para a ideia de saúde, pois se entende que as concepções definem suas práticas, sendo necessário também buscar reintegrar na comunidade as pessoas acometidas por transtornos mentais, e que essas não sofram mais com a exclusão e com a violência social

O atendimento da saúde mental no nível primário de atenção deveria possibilitar um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços quando necessário, pois através da proximidade da comunidade com os profissionais da saúde, estes se deparam frequentemente com as problemáticas dos sujeitos e da comunidade (DELFINI; REIS, 2012). Podendo assim pensar no desenvolvimento das ações do tipo preventivas e promocional de saúde mental, no nível primário de atenção básica de maneira mais efetiva.

No Brasil, como em muitos outros países, a RAPS ainda está em desenvolvimento e carece de ampliação da implantação de infraestrutura extra-hospitalar mais próxima ao cotidiano de seus usuários. Mesmo com os avanços, a assistência ao doente mental ainda é marcada por um processo de internações, caracterizando um novo fenômeno conhecido como porta giratória, como mostra a entrevista do usuário da rede. Isso demonstra que a doente alterna

entre episódios agudos com internação e períodos de estabilidade quando fica na comunidade (CARDOSO; GALERA, 2011).

A internação hospitalar aparece como um recurso que auxilia a organizar e minimizar o sofrimento mental, assim como um local de acolhimento intensivo no momento da crise. A ausência de uma rede extra hospitalar organizada em acolhimento entende-se que somente o contorno hospitalar pode exercer função protetora. Assim, casos de pacientes que poderiam ser atendidos no CAPS são, na ausência ou insuficiência de recurso, encaminhados a internação, justificadas como medida de proteção. Sendo o hospital na visão do usuário considerado como um local de reflexão e afastamento dos problemas da vida.

No relato do usuário é possível supor que os equipamentos de saúde do município estudado não apresentam algumas condições essenciais para as práticas de atenção à saúde mental, como número de recursos humanos suficiente, horário de atendimento ampliado, trabalho transdisciplinar, articulação entre os serviços, práticas territoriais e atendimento a crise, demonstrando que ainda há um longo caminho a percorrer até que todas as diretrizes preconizadas pela atenção psicossocial sejam atendidas pelos equipamentos de saúde extra hospitalar do município.

O usuário destaca a importância da realização de atividades nas Oficinas Produtivas da Casa Cairbar, que proporciona geração de renda e permite uma ocupação prazerosa, além de espaço para interação e convívio social.

Observa-se que o mesmo fez seu próprio itinerário terapêutico, conforme suas necessidades, ou seja, ele e sua família percorreram vários caminhos na tentativa de preservar ou recuperar a sua saúde, mobilizando diversos recursos, desde cuidados caseiros e religiosos até dispositivo biomédicos o qual envolve diversos serviços da Rede. Também observa-se as dificuldades encontradas pelo usuário que tornou seu itinerário terapêutico confuso e conturbado devido à falta de profissionais capacitados e atendimento especializado em saúde mental, longo tempo na fila de espera/agendamento, falta de informação, comprometimento e comunicação (usuário, profissional e rede), além da peregrinação.

O conhecimento sobre os itinerários terapêuticos das pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para a compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e à utilização de serviços de saúde, e o não cumprimento do itinerário terapêutico pode afastar o usuário do uso adequado do medicamento e, conseqüentemente, comprometer a qualidade de vida e adesão ao tratamento proposto, tendo a Equipe de Saúde da Família um papel de fundamental e de relevância no diagnóstico comunitário, qualificando as situações (individuais ou comunitárias) como problema ou não-problema de saúde e, portanto, desempenhando papel

primordial para promover ou impossibilitar a realização de determinadas trajetórias na busca pelo cuidado em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se destacar, no que diz respeito a organização e descrição dos equipamentos RAPS, classificados como atuação dos equipamentos participantes; estratégia de formação; dilemas e entraves em relação ao cuidado em saúde mental; articulação entre os serviços de saúde que compõem a RAPS; e experiência com usuário da RAPS; que não há diferença nas respostas dos gestores e profissionais entrevistados, apontando a predominância do modelo biomédico na atenção à saúde, em que se privilegiam os cuidados medicamentosos na resolução dos problemas de saúde da população, como a prescrição de medicamentos. A visão predominantemente fragmentada do trabalho em saúde e em equipe propicia o fortalecimento da lógica do encaminhamento.

A perspectiva de um atendimento efetivo para as demandas em saúde mental na unidade básica é vislumbrada como necessária, entretanto, um trabalho articulado entre essa instituição e o serviço especializado não é observado. Isso acontece porque, tradicionalmente, o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu uma fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços, instituindo formas de se conceber e de se intervir, acarretando uma desresponsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde.

O medicamento ocupa posição privilegiada no tratamento, como uma prática mais imediata e resolutiva, que muitas vezes é a única possibilidade em saúde mental na atenção básica e estar bem é entendido como remissão de sintomas. Isso acaba sendo a prática principal e a mais importante realizada pelos profissionais quando se identificam as demandas em saúde mental. Esse enfoque, que acaba sendo privilegiado, muitas vezes irá impedir que o profissional olhe e cuide das outras questões que permeiam os sujeitos e seus sintomas.

Por fim, nota-se um trabalho voltado para si próprio (profissional), não havendo interface com a cidade, e sua existência não produz nenhum efeito no território. O que leva a perceber o quanto ainda se faz necessário que os profissionais sejam preparados e apresentados a outras modalidades que envolvem terapêuticas, que não só permeiam o curativo, mas humanização, acolhimento e um vínculo seguro ao usuário e, assim, construir uma clínica ampliada e em prol da saúde mental.

A articulação da saúde mental com a atenção básica também apresenta os seguintes entraves: insuficiência de serviços e profissionais na atenção básica; dificuldades na implantação do apoio matricial, falta de preparo dos profissionais, com desentendimento da proposta de cuidado e carência de esclarecimentos aos usuários; encaminhamento como repasse

de responsabilidades; obstáculos na referência e contra referência influenciando na interlocução entre serviços; e escassez de políticas para além da saúde.

Sobre o papel do gestor em subsidiar a atuação dos profissionais e o funcionamento dos serviços, os seguintes problemas são destacados: carência de diálogo com os profissionais; precarização de mão de obra e insuficiência de recursos para capacitação; e necessidade de projetos políticos que invistam na estruturação e fluxo da rede em saúde mental.

O apoio matricial aparece como estratégia para reversão da lógica de encaminhamentos, definindo fluxos, qualificando as equipes e operacionalizando o cuidado compartilhado. A partir do contato com a realidade, tal arranjo permite a constituição de espaços reflexivos sobre práticas e saberes. Deve ser potencializado e institucionalizado através de sistemas estruturados, onde as equipes especializadas, como os CAPS, impliquem ações contínuas de supervisão, educação permanente ao restante dos profissionais e serviços da rede. Assim, é possível reorientar o trabalho, promovendo a integração dos serviços, com os encaminhamentos indiscriminados dando lugar à corresponsabilização.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AOSANI, T. R. NUNES, K. G. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2013.

AZEVEDO, E. B.; CARVALHO, R. N.; CORDEIRO, R. C.; COSTA, L. de F. P.; SILVA, P. M. de C.; FILHA, M. de O. F. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento Psíquico. **Rev. Enferm UFSM**, v. 4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BERTOLUCCI, B. *et al.* Indicadores de reinternação em enfermaria de psiquiatria. **Revista Debates em Psiquiatria**, p. 6-8, maio/jun. 2015. Disponível em: http://www.abp.org.br/download/2015/RDP/RDP_3_2015.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 10 fev.2016.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa “De Volta para Casa” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html. Acesso em: 15 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília-DF, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em: 12 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº- 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 1º jul. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiSP.def>. Acesso em: 10 set. 2016.

BREAKWELL, G. M. O uso de autorregistro: métodos de diário e de narrativa. *In*: BREAKWELL, G. M. *et al. Métodos de pesquisa em psicologia*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 13. p. 260-277.

CARDOSO, L. GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011.

ZANARDO, G. L. de P.; LEITE, L. dos S. L.; CADONÁ, E. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da Lei 10.216 e da Portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 1-21, 2017.

- CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.
- CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção a saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-1129, 2004.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. cap. p. 295-316.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, n. 45, v. 6, p. 1501-1506, 2011.
- DALLOS, R. Métodos observacionais. In: BREAKWELL, G. M. *et al.* **Métodos de pesquisa em psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 7. p. 133-155.
- DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre os serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.
- DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- FERREIRA, M. S. C.; PEREIRA, M. A. O. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital dia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 65, n. 2, p. 317-23, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a18.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- GUERIN, G. D. *et al.* Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012.
- JUNGES, J. R.; BARNIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 397-406, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/1.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016.
- MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

- MACHADO, F. R. de S. *et al.* O sistema único de saúde e as políticas de saúde no Brasil. In: **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2014, p. 19-39.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e construções necessárias. **Cad. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 733-745, 2015.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003.
- RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES J.; MESQUITA, S. K. C. Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 553-560, jul./set. 2014. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35382/23243>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- SOUTO, B. G. A; PEREIRA, S. M. S. F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 176-81, set./dez. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2663.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, P. L; VILLAR LUIS, M. A. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.
- SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER F. D. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735-744, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00735.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.
- WETZEL, C.; PINHO, L. B.; OLSCHOWSKY, A.; GUEDES, A. C.; CAMATTA, M. W. SCHNEIDER, J. F. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 35, n.2, p. 27-32, jun., 2014.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Profissional/Gestor)

1. Dados pessoais: idade, sexo, profissão, local de trabalho?
2. Equipe - horário de funcionamento / número de pacientes por dia/mês/ano
3. Como acessar o serviço?
4. Como encaminha?
5. Serviços ofertados (família) / ações desenvolvidas
6. História do serviço: data de início, local, equipe nova ou antiga
7. Como têm funcionado no cotidiano os serviços de saúde?
8. Como organizam os processos de trabalho e que formas neles assume a gestão?
9. Qual ou quais modelos de clínica vem ou vêm se desenvolvendo?
10. Com quais estratégias de formação estão sendo preparados seus trabalhadores?
11. Quais os dilemas ou entraves existentes na relação dos novos serviços com outros equipamentos da rede SUS?
12. Como estão se organizando e funcionando as equipes dos CAPS?
13. Como, no cotidiano dos Serviços, os modelos de gestão e de atenção estão se articulando?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Usuário)

1. Dados pessoais: idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade, trabalho?
2. Qual o sofrimento psíquico?
3. Como chegou ao serviço em questão – por que procurou?
4. Quais são os serviços de saúde que você conhece?
5. Quais são os serviços de saúde que você recebeu atendimento?
6. Como são esses serviços de saúde que você tem transitado?
7. Você tem conseguido resolver suas necessidades de saúde ao procurar pelos serviços?
Que necessidades são essas?
8. Qual ou quais dificuldades você tem encontrado nos serviços de saúde?
9. Quais são os pontos positivos e negativos dos serviços de saúde mental dos quais você recebe cuidado?
10. O que precisa melhorar em sua visão nos serviços de saúde?
11. Como você descreveria os atendimentos ofertados pelos profissionais de saúde?

APÊNDICE C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Investigação da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico

Pesquisador: ALICEIA CELENE LUGHI CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70083917.3.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.291.660

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo-interpretativo com referencial teórico metodológico qualitativo. O estudo pretende mapear e caracterizar os serviços da rede de atenção psicossocial do município de Araraquara. Para coleta de dados será utilizado análise documental, entrevistas semi estruturadas e observação participante. O conjunto de participantes da pesquisa deverá ser composto por: gestor municipal (secretário da saúde), coordenador da saúde mental, coordenador do DRS III, gestores/coordenadores dos serviços e profissionais da rede de atenção psicossocial, um usuário com trajetória nos serviços que compõem a RAPS e que seja identificado com algum tipo de sofrimento psíquico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Mapear e descrever o funcionamento dos equipamentos que compõem a RAPS no município de Araraquara.

Objetivos específicos:

•Realizar levantamento e caracterização dos serviços de atenção psicossocial no município de Araraquara no que diz respeito a estrutura, modelo de trabalho e clínica ofertada;

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br