



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

JOSIANE DA PAZ SILVA

**OS CAMINHOS E OS IMPASSES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
MANGABEIRA- BA**

CACHOEIRA-BA

2018

JOSIANE DA PAZ SILVA

**OS CAMINHOS E OS IMPASSES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
MANGABEIRA- BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social, da universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia de Oliveira Pereira.

CACHOEIRA-BA

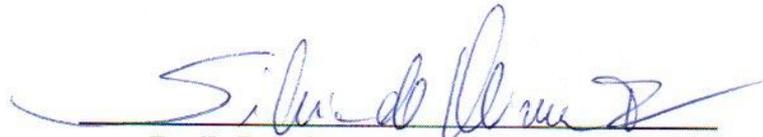
2018

JOSIANE DA PAZ SILVA

OS CAMINHOS E OS IMPASSES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
MANGABEIRA- BA

Cachoeira – BA, aprovada em 11/09/2018.

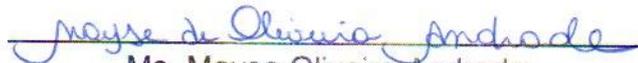
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dr.ª. Silvia de Oliveira Pereira
Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
Membro da Banca Examinadora



Ms. Mayse Oliveira Andrade
Membro da Banca Examinadora

Paciência

Lenine

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma

Até quando o corpo pede um pouco mais de alma

A vida não pára

Enquanto o tempo acelera e pede pressa

Eu me recuso, faço hora, vou na valsa

A vida é tão rara

Enquanto todo mundo espera a cura do mal

E a loucura finge que isso tudo é normal

Eu finjo ter paciência

O mundo vai girando cada vez mais veloz

A gente espera do mundo e o mundo espera de nós

Um pouco mais de paciência

Será que é tempo que lhe falta pra perceber

Será que temos esse tempo para perder

E quem quer saber

A vida é tão rara tão rara

Mesmo quanto tudo pede um pouco mais de calma

Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma

Eu sei a vida não pára a vida não pára não

Será que é tempo que lhe falta pra perceber

Será que temos esses tempo pra perder

E quem quer saber

A vida é tão rara

Tão rara

Tão rara

A vida é tão rara.

AGRADECIMENTOS

Por todas as etapas vividas em minha vida durante o processo de escrita dessa Monografia, de inicio tenho a dizer: Obrigado Senhor por ter me conduzido e por ter permitido que eu chegasse até aqui. E em sinal de gratidão às pessoas que Ele permitiu estarem ao meu lado, em minha vida durante toda jornada, assim às agradeço:

A minha mãe Joanice e a meu pai Amando por ser a grande essência do que eu sou. A vocês retribuo o meu amor de filha que sabe reconhecer o quanto fizeram e ainda fazem por mim.

A minha filha Ellen Vitória, que me permite vê a essência do existir humano de forma continuada, revelada nos gestos de amor e carinho. Muitos foram os momentos que ao te olhar eu segui em frente.

Ao meu esposo Erivaldo que com toda a sua paciência procurou de uma forma ou de outra compreender que o meu momento agora seria de dedicar-me aos estudos.

Aos meus irmãos Janilda, Gilma e Jailton por estarem sempre me apoiando nos momentos que precisei, chegando às vezes de abdicarem de algo afim de facilitar na minha jornada, inclusive na reta final.

As minhas tias, tios, primos, primas, familiares, por estar sempre me incentivando na caminhada, em particular: Neide (como eu a chamo) que independente da forma a qual me dirijo a ela o carinho não muda, por ter sido a pessoa que me informou, por ela está acompanhando o processo, que eu havia sido selecionada para ingressar na Universidade.

Aos familiares do meu esposo que me apoiaram nessa jornada, em especial a Dona Janice em nome de todos, que se dispuseram do inicio ao fim da minha graduação a cuidar de Ellen com muito carinho.

As minhas comadres Denile, Antonivalda e Rosicleide que cada uma, a sua maneira foram amparos para mim em muitos momentos.

As minhas colegas de turma que durante a jornada acadêmica foram construídos verdadeiros laços de amizade, saibam que serei sempre grata ao carinho e dedicação de cada uma de vocês: Selma, Cristiane, Maria José, Luciana, Tatiele, Celí, Ednalva, Kaliane, Edmeia, Juliana. Aos demais da turma 2013.1, deixo o meu carinho e agradecimento pela oportunidade de tê-los conhecidos, foram experiências muito boas.

As duas grandes companheiras no decorrer do desenvolvimento estrutural do meu trabalho: Debora e Jonildes, que me ampararam em diversos momentos.

A minha grande orientadora Silvia Pereira, que percorreu junto a mim uma longa jornada durante os escritos desse trabalho, e que mesmo diante dos impasses vividos, soube ter paciência, dedicação e continuou apostando que tudo daria certo, muito obrigada pelo teu carinho e acolhimento.

A minha equipe de trabalho pelo apoio, em nome da minha coordenadora Keila que sempre compreende a minha ausência, não sendo um empecilho para que eu trilhasse esse caminho, mas sempre me incentivando.

A coordenadora da Atenção Básica atual Lainara, que anterior, era a coordenadora da minha equipe de trabalho, podendo também ter acompanhado de perto o percurso que percorri pra chegar até aqui; muitos foram os momentos que cheguei até a ela aflita e ela simplesmente me amparava.

Aos meus colegas de categorias: os Agentes Comunitários de Saúde, em nome da atual Presidente Cleria, que sempre se dispôs a me ajudar, através do gesto de compreensão quando muito precisei.

As Equipes de Saúde da Família do município no qual foi realizada a pesquisa, pela disponibilidade em participar das entrevistas de grupo.

Enfim, reconheço com uma enorme gratidão que a torcida de todos para que eu chegasse até aqui com sucesso foram imensas, então: Muito obrigado a todos!

RESUMO

O presente trabalho tem o propósito de refletir o desencadear das políticas de saúde no Brasil, com a explanação dos Modelos de Atenção à Saúde, a Reforma Sanitária, a Atenção Básica, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial. A organização da gestão e da atenção em redes de atenção influenciou para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando à ampliação de acesso e qualidade às ações de saúde de maneira a consolidar um modelo de atenção psicossocial. O campo da Atenção Psicossocial está imerso em um contexto que reflete a transição dos modelos de atenção em saúde mental: do hospitalocêntrico-manicomial para o psicossocial-territorial. A efetivação de um novo modelo de atenção através da implantação, ampliação e consolidação de diversos pontos de atenção da RAPS implica realizar um processo de análise situacional envolvendo diversos atores na construção do Sistema Único de Saúde, entre eles as práticas de cuidado desenvolvidas na Atenção Básica no campo da Saúde Mental, sendo essas ações em consonância com a Rede, o foco central dos nossos estudos.

Palavras-chave: Atenção Básica. Rede de Atenção Psicossocial. Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica Brasileira. Saúde Mental.

ABSTRACT

This paper aims to reflect the triggering of health policies in Brazil, with an explanation of the Models of Health Care, Sanitary Reform, Basic Care, Brazilian Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Network. The organization of management and attention in care networks influenced the constitution of the Psychosocial Care Network (RAPS), aiming at expanding access and quality to health actions in order to consolidate a model of psychosocial care. The field of Psychosocial Care is immersed in a context that reflects the transition from mental-health care models: from hospitalocentric-psychiatric to psychosocial-territorial. The implementation of a new model of care through the implementation, expansion and consolidation of several points of attention of RAPS involves carrying out a process of situational analysis involving several actors in the construction of the Unified Health System, among them the care practices developed in Primary Care in the field of Mental Health, these actions being in line with the Network, the central focus of our studies.

Keywords: Basic Attention. Psychosocial AttentionNetwork. Sanitary Reform. Brazilian Psychiatric Reform. Mental health.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAB- Caderno de Atenção Básica

CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF- Estratégia de Saúde da Família

ESF – Equipe de Saúde da Família

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MRSB- Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PSF- Programa Saúde da Família

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços

PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

RSB- Reforma Sanitária Brasileira

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento de Urgência

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro1- Componentes da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)

Quadro 2- Perfil dos entrevistados

Quadro 3- Dimensão de análise das entrevistas

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM DEBATE SOBRE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE DENTRO DO SUS...13 | 13 |
| 2.1 O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira..... | 13 |
| 2.2 A Atenção Básica como novo modelo de atenção a saúde | 20 |
| 3. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLITICA DE SAÚDE MENTAL..... | 25 |
| 3.1 Um novo olhar voltado para a Saúde Mental: fruto da RPB e sua articulação com a Atenção Básica..... | 25 |
| 3.2 Trabalhos em Rede na Política do SUS: com ênfase na RAPS | 28 |
| 4 O CAMINHO METODOLÓGICO EM BUSCA DE SENTIDOS | 34 |
| 4.1 O trabalho da UBSF: ações que promovem a saúde mental das pessoas?..... | 38 |
| 4.2 O acesso à Rede de cuidados em saúde mental: aproximação ou distanciamento? | 43 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 58 |
| 6. REFERÊNCIAS..... | 51 |

1 INTRODUÇÃO

Durante a escrita dessa monografia é realizado uma discussão a respeito da Atenção Básica e da Saúde Mental, pontos de relevância no decorrer do trabalho. E para que de fato seja compreendido a temática, foram levantados os seguintes elementos: os modelos assistenciais dentro da política do Sistema Único de Saúde, abordando cada um em seu contexto histórico transversal e/ou vertical, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a Atenção Básica, a Reforma Psiquiátrica e o trabalho em Rede dentro do SUS com maior destaque para a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

Pretende-se no decorrer dessa pesquisa, avaliar se existem possíveis articulações entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, visto que, o primeiro acesso das pessoas que necessitam de cuidados de modo geral, se dá por meio da Atenção Básica como porta de entrada do SUS e que a Saúde Mental não deve ser apresentada à parte.

Com a proposta dessa temática, busca-se também, estudar as estratégias de cuidado na rede da Atenção Básica voltadas para os usuários da Saúde Mental, relatadas no Caderno de Atenção Básica 34 (CAB/ 2013) do Ministério da Saúde, apresentado como uma ferramenta de intervenções no processo e também como um instrumento de diálogo frente à realidade das equipes de Saúde que pode ser utilizado por todos os profissionais que compõem a equipe de da Atenção Básica.

Almeja-se discutir como ponto também de relevância, os princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, a fim de identificar as estratégias de ações terapêuticas como práticas diárias inclusas na Atenção Básica assim como em toda a Rede de cuidado, com o objetivo de fortalecer a ressocialização do usuário no seu território, dispondo-se da política de direito e acesso dos usuários por meio de um novo modelo de assistência em saúde mental.

No Brasil historicamente as passagens em torno da melhoria da assistência prestada às pessoas com problemas mentais, se devem ao Movimento de Luta Antimanicomial, que ao longo dos anos concretizou ações denunciando a violência e os maus tratos praticados no interior dos manicômios. Com o passar do tempo, essas manifestações foram repercutindo de maneira positiva no campo estatal, dando origem à RP, já citada anteriormente.

Com a proposta da desinstitucionalização preconizada pela Política de Saúde Mental do SUS, com a substituição da estrutura de manicômios, por instituições regidas pela lógica psicossocial, tanto o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como a Rede de assistência à saúde mental, ganham a centralidade na estratégia de organização do cuidado às pessoas em sofrimento mental, tendo o incremento de várias políticas governamentais que irão garantir o projeto visando atender as demandas.

Diante desse contexto, a pesquisa é de grande importância para se compreender as mudanças ocorridas no âmbito da saúde mental, com a mudança do modelo psicossocial, sendo que, durante um longo tempo as práticas assistenciais destinadas às pessoas tidas como loucas, restringiam-se aos espaços dos manicômios e da exclusão social.

Nesse sentido, este trabalho de pesquisa investiga as práticas e ações dentro da rede de cuidados da Saúde mental, com ênfase na AB, tentando compreender até que ponto se dá a realização plena da saúde proposta pela mesma e a sua relação com o contexto e o cotidiano do usuário. Para tanto, foi proposto o seguinte questionamento: Qual a articulação e integração entre as Redes de Cuidados em saúde mental no Município de Governador Mangabeira – BA?

Na perspectiva de responder ao questionamento, o estudo adotou como objetivo geral: Discutir se existem de forma efetiva a articulação e integração dentro da Rede de Cuidados nas práticas vivenciadas nas UBSF. Ainda como objetivos específicos têm: Identificar as ações da rede de relação entre saúde mental e a atenção básica no município de Governador Mangabeira; Verificar a que nível está sendo cumpridas as diretrizes propostas pela RAPS.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e explicativo, por ser essa a abordagem mais adequada para a análise em Ciências Sociais, mesmo sendo apenas uma aproximação, um recorte da realidade, incapaz de conter a totalidade da vida social, a fim de concretizar os seus objetivos, revelando os significados e determinações da realidade que não pode ser apresentada em quantidade, sendo que a pesquisa qualitativa permite “reconstruir teoricamente os processos, as relações, os símbolos e os significados da realidade social” (MINAYO, 2008, p. 14)

Os dados da pesquisa foram levantados por meio de alguns instrumentos, dentre eles: análise documental, estudos bibliográficos que segundo Lakatose

Marcani (1987, p. 66), trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda a bibliografia já publicada sobre o assunto que está pesquisando, em livros, jornais, teses, monografias com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com toda a bibliografia produzida sobre a temática. E como técnica de investigação, realizaram-se entrevistas de grupo focal, semiestruturadas e audiogravadas com o consentimento dos participantes assinado por um termo, envolvendo duas Equipes de Saúde da Família, anteriormente solicitadas à permissão da Coordenadora da AB do município para informar às equipes sobre a realização das entrevistas, previamente agendadas com os seguintes membros: Enfermeira chefe da UBS, Técnica de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Dentista e Auxiliar Bucal. A pesquisa de campo foi desenvolvida em uma UBSF da zona rural- Maria Alfreda da Conceição, no Povoado de Lagoa da Rosa, e a outra na sede- Ana Coutinho Simões, no Bairro do Projeto. As questões do roteiro visavam a investigar a percepção dos profissionais da ESF com relação ao trabalho em rede, como tem sido feito, se tem sido feito, quais suas dificuldades e a importância. Objetivou-se, especificamente, investigar a interlocução entre as ações realizadas por cada componente entrevistado com a saúde mental no processo de trabalho em rede, dentro e fora de cada Posto de Saúde.

Feito esse percurso, chegamos a este trabalho monográfico e, para situar o leitor, o estruturamos em quatro capítulos: Um debate sobre reorientação do modelo assistencial em saúde dentro do SUS, que aborda um pouco do processo histórico da saúde, envolvendo o percurso que foi feito para chegar ao modelo atual de saúde presente no SUS; Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental, que discute o desencadear das ações voltadas para o tratamento da saúde mental, o trabalho em Rede, dando ênfase na Rede de Atenção Psicossocial; A pesquisa de campo, expondo os resultados do que se objetiva a pesquisar, e as considerações finais.

A ideia de pesquisa do trabalho intitulado Os caminhos e os impasses na produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica do Município de Governador Mangabeira- BA, surgiu das diversas inquietações com relação à questão da Saúde Mental durante as vivências de trabalho, vindo a favorecer à aproximação com o tema. Partindo de observações de episódios do cotidiano, foi possível perceber que as dificuldades vivenciadas pelas pessoas em sofrimento ou transtorno mental podem, em diversos casos, serem resolvidas ou suavizadas pelo

que de primeiro lhes são oferecidos dentro do SUS, à primeira porta de entrada ou até mesmo de saída diante dos seus problemas, a AB, sendo ela como um modelo de atenção à saúde capaz de estabelecer e firmar uma relação de vínculo com o usuário, abrangendo as diferentes necessidades no campo da Saúde Mental, assim como em outros aspectos de modo geral.

Na realidade, este trabalho é um convite à abertura para novas reflexões, novas propostas, novas atitudes. É muito mais um ponto de partida do que de chegada. O conhecimento, ao invés de produzir certezas é, notadamente, uma estratégia de desmontá-las. O conhecimento vai-se construindo e nunca se esgota, sendo uma aventura difícil e incerta, um desafio contínuo. Talvez o momento ainda não seja o de superar a crise, mas o de suportá-la de forma a possibilitar pensar as incertezas. O esforço será para aprender a pensar, saber pensar e inventar novos saberes e práticas (ERDMANN, 1996).

2 SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM DEBATE SOBRE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE DENTRO DO SUS

Este capítulo tem objetivo de apresentar a saúde mental e a atenção básica como ações ancoradas na reorientação do modelo assistencial em saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). Para tanto é necessário discorrer sobre o SUS e seus antecedentes para compreender a concepção de modelo assistencial.

O capítulo é composto por duas sessões que tratam como se deu o percurso das mudanças enfrentadas na saúde, com ênfase nos modelos assistências antes e após a Reforma Sanitária Brasileira(RSB), e também da Atenção Básica como uma estratégia de atenção primária à saúde.

2.1 O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

O Sistema Único de Saúde do Brasil(SUS) é uma das maiores políticas sociais do país. Segundo dados do Ministério da Saúde,o SUS, amparado pela Constituição Federal de 1988(BRASIL,1988), deve garantir o acesso à saúde a todas as pessoas de maneira igualitária, abrangendo as questões ligadas a saúde em toda a sua dimensão.

Como base legal para a garantia de direitos à saúde, temos na expressão de início no artigo 196 da Constituição Federal, onde estão explícitos os direitos e deveres diante da saúde, a integração dos serviços de saúde em maneira regionalizada e de hierarquia:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa é a base jurídica para a construção do SUS, integrando em suas ações e serviços públicos uma rede regionalizada e hierarquizada com base nos princípios da: descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, que foram detalhados na lei orgânica da saúde de nº 8080 e 8142, publicadas em 1990, leis que regulamentam o SUS.

O SUS deve consolidar o propósito de que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a política de saúde de maneira integrada, universal e gratuita,garantindo o direito à cidadania, sendo ações relacionadas à saúde algo de

relevância pública, cabendo ao Poder Público agir a fim de promover a redução do risco de doença e de agravos e garantir o acesso a ações e serviços de saúde que de fato proporcionem o bem estar das pessoas. Inseridos na política do SUS, estão as suas ações, os seus programas, os serviços, as políticas, as redes, etc.

Junto à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que está constituído como uma política social que defende a garantia de direitos é possível destacar alguns dos muitos desafios e enfrentamentos da mesma.

Para Paim (2006), com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), se tratando de atenção à saúde no século XX, em especial na década de 1990, ela veio a sofrer grandes transformações, por está subordinada a um sistema de serviços de saúde com características insuficiente, descoordenado, mal distribuído, sem eficiência e eficácia, ou seja, desde a sua implementação já era possível notar questões de embates com os seus princípios de criação.

Para se compreender o SUS na perspectiva de reorientação do modelo assistencial, é fundamental destacar os seus antecedentes, ou seja, a forma ou modelo de organização do sistema de saúde antes da década de 90.

Paim (2002) destaca que a reforma sanitária brasileira, um grande movimento social e político é o berço do SUS. A Reforma Sanitária inicialmente surge como uma ideia no seio dos movimentos sociais e com a criação do Centro Brasileiro de Estudo e Saúde (CEBES), se tem um espaço de discussão de determinada parcela da sociedade civil, estudantes, profissionais de saúde, trabalhadores. A ideia da Reforma Sanitária surge na verdade de um campo fértil de contestações, debates, sofrimentos, calamidades motivadas pela falta de uma rede sanitária que abrangesse toda a população. Com a criação da CEBES ocasionou com a publicação: Saúde e debate que já trazia a ideia dos direitos à saúde e uma proposta de Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um sistema de saúde, transformou-se em projeto, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, desenvolveu-se como processo desde então especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é simultaneamente uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (PAIM, 2008, p. 173)

A Reforma Sanitária ou mais precisamente “movimento” sanitário aqui no Brasil, por esse termo referir-se a algo contínuo, processual e inacabado se

estabelece no Brasil na década de 1970. O movimento que surge devido à indignação por parte da sociedade civil ao triste quadro de falta saúde vigente. A grande massa da população era desassistida do direito à saúde, vulnerável a diversas doenças. Por isso diversos atores sociais de variados grupos: universitários, profissionais de saúde, trabalhadores, passam a debaterem e debruçarem por propostas que mudem esse quadro.

Antes da Reforma Sanitária Brasileira, segundo Paim (2002), o Estado Brasileiro, frente às crises que a saúde enfrentava na década de 70, apresentou de maneira autoritária algumas políticas racionalizadas da época, tais como: a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei n 6.229/75), a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do Conasp) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2002). Mesmo com a criação dessas políticas, as questões relacionadas a atenção à saúde no Brasil, ainda enfrentava dificuldades, “concedendo” espaço para os movimentos sociais propagar pela criação de um Sistema Único de Saúde e pelo desencadear da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2002).

É importante salientar que antes do SUS, o sistema de saúde era excludente, pois beneficiava ao grupo dos contribuintes da previdência, agindo de forma desigual e com poucos recursos, tratava-se do modelo previdenciário, sendo que:

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associado ao enfoque na medicina curativa foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina de todo o país. Os cursos de medicina desconheciam, de modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalar. O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61).

Nota-se ainda certa rejeição à forma de aplicação das medidas sanitárias, somadas à dificuldade apresentada pelo Estado em dar continuidade aos projetos, acabando por contribuir o crescimento de instituições de assistência médica previdenciária, que cresce a partir da promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, quando começam a se definir estratégias para atender os indivíduos registrados no mercado de trabalho formal, esse plano se consolida com a ideia das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. O plano acaba por criar duas variáveis de um mesmo setor: a saúde pública e a saúde previdenciária. Em Bravo (2001, p.91) encontramos uma caracterização da assistência não contributiva e seus destinatários: “[...] a saúde pública tinha um caráter preventivo e centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente para as do campo”. Conforme a análise de Paim (2009, p. 27-28), para esse período “[...] prevalecia uma concepção liberal de Estado de que só cabia intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder”.

Paim (2002) traz a ideia de que a partir do movimento da RSB buscava-se concretizar os princípios e diretrizes das políticas no âmbito da saúde, onde já haviam sido experimentados diversos modelos de atenção à saúde cada um com suas características, com o intuito de ampliar os serviços e a qualidade das ações.

Mas que de fato, desde o início da sua criação a prática se dava em uma realidade contraditória, excludente, de difícil acesso às pessoas que dela necessitam, e que ainda segue a se apresentar dessa forma nas diversas demandas presentes no contexto atual ao se tratar de saúde, expressada nas necessidades de recursos (humanos e financeiros) na concretização das ações, na necessidade de um olhar diferenciado do que realmente seja saúde, onde não se resume apenas a ausência de doença etc. Os direitos da população, precisavam ganhar maior visibilidade diante dos problemas em que o país se encontrava no setor saúde, com o intuito de trazer solução.

O nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (CF/88) trouxe a ideia de ruptura com o padrão médico hegemônico predominante que existia na política de saúde vigente à época. É a partir daí que, a atenção à saúde passa a ser compreendida como direito de todos e como dever do Estado, ampliando o entendimento quanto ao processo saúde-doença. A saúde passou a ser vinculada a qualidade de vida considerando os diferentes fatores

sociais, culturais e econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividades (BRASIL, 1988). Mas, para isso se concretizar foi preciso percorrer um longo caminho travado por diversas lutas advindas da insatisfação da população com o regime político da época na área da saúde, vindo a ser desenvolvido um grande movimento popular que lutava pela democratização do país e por melhores condições de vida e saúde, denominadas de Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

O Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil (MRSB), iniciado na década de 70 marcou a história da política de saúde no país, pelo fato de ter proposto a ruptura com o modelo meramente assistencialista e privatista com relação à saúde, e a ideia de ser implantado um sistema de saúde pública, descentralizado, com direito universal à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com participação da população, foi um movimento crítico e democrático no campo da saúde, contando com apoio de profissionais da área, da sociedade civil organizada, entre outros.

Historicamente no Brasil, foram desenvolvidas diversas práticas de saúde dentro do Sistema Único, ou seja, modelos de práticas de saúde diante dos problemas e necessidades da população e assim foram consolidados dois modelos fundamentais no país: o modelo assistencial médico privatista e o modelo assistencial sanitário. Falar em modelos de atenção ou modelo assistencial significa falar sobre a forma como os serviços de saúde estão organizando suas práticas para atender as pessoas (TEIXEIRA, 2002).

Teixeira (2006) fundamenta o debate sobre modelo de atenção a saúde definindo “modelo assistencial” como referência a teoria do processo de trabalho em saúde e “modelo de atenção” como parte sistemática do processo, que na sua ideia “ampliada” se encontra dividida em três dimensões, sendo elas: dimensão gerencial que conduz as ações e serviços, dimensão organizativa que estabelece as relações entre as unidades prestadoras de serviços e a dimensão técnica- assistencial ou operativa que estabelece as relações entre as práticas do sujeito e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e pela tecnologia.

Conforme Paim (1993, 1998, 1999) modelos assistenciais podem ser entendidos como uma junção de saberes que envolve o conhecimento com a técnica que são os métodos e instrumentos, utilizados para resolver problemas relacionados à saúde de forma individual ou coletiva, eles organizam as formas de relações entre os sujeitos.

Modelo esse que disponha de determinado espaço e algumas ações voltadas para a saúde e que utiliza de instrumentos humanos e tecnológicos. Modelos assistenciais se relacionam ao contexto socioeconômico, possuem uma dimensão ética e política e evidenciam determinado modo de conceber a saúde (PAIM, 2001; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Tratando-se de saúde coletiva, o uso de modelos é muito comum por possuir diferentes formas na sua construção (FARIA, 2010) onde se pode analisar ou até mesmo comparar os seus sistemas de saúde existentes ou que deixaram de existir, resultando em determinadas tipologias, ressaltando aqui desses modelos assistências à saúde, elencando não apenas de tais modelos, mas também os contrapondo com a realidade e com as mudanças, caso seja necessário.

O modelo assistencial médico privatista está centrado na demanda espontânea, onde as pessoas só procuram o serviço quando dele necessitam, é um modelo, mas prestigiado, onde o sujeito da ação é o médico, o seu objeto de ação está centrado na doença, o meio de trabalho se dá de forma tecnológica e a organização através de rede, inclusive hospitalares. Esse modelo de organização da saúde tende a prejudicar o indivíduo em sua forma de atendimento. O modelo veio a se fortalecer após a expansão da previdência social, e sua consolidação foi fortalecida nos últimos anos devido à comercialização da medicina. É um modelo predominantemente curativo, presente na medicina liberal, nas cooperativas médicas, na medicina de grupo, no seguro de saúde e também no serviço público (PAIM, 2003).

Barra (2013) traz a ideia de que, em consequência, esse modelo médico hegemônico apresentava alto custo e não garantia acesso a toda a população brasileira, sendo assim, o atendimento se dava por meio de seleção da classe social da qual o indivíduo pertencia, e que nos dias atuais isso ainda pode se dar nas práticas no campo da saúde.

O modelo sanitário possui características complementares e subalternas ao modelo assistencial médico privatista, por não ter suportes o suficiente para se manter, sendo usado principalmente pelas instituições públicas, com ações de saúde voltadas para as necessidades ou não, seu foco central é voltado para campanhas e programas especiais direcionados a determinados públicos em especial os de mais agravos ou de riscos de adoecer ou morrer. Da mesma forma que o modelo assistencial médico privatista também não enfatiza a integralidade da

atenção, tem caráter geralmente temporário e exige que se tenham muitos recursos (PAIM, 2003).

Diante das mudanças no estilo de vida e da saúde da população brasileira, resultado das transformações sociais, culturais, tecnológicas etc., que acabam por interferir de alguma forma na saúde das pessoas, os modelos que foram sendo formados ao longo do século XX, não desenvolveram ações o suficiente e eficaz diante dos novos problemas de saúde da população. (TEIXEIRA e COLS, 2003).

Diante do que se vê com relação aos modelos de atenção a saúde, é que nesse cenário se criou o debate em vários países em torno da necessidade de se organizar um modelo que realize a atenção de forma integral à saúde (TEIXEIRA e COLS, 2003).

Como crítica a esses modelos predominantes e percebendo a necessidade de ideais emancipatórios, o Movimento da Reforma Sanitária traz a ideia de um modelo de atenção à saúde regulada em valores como a democracia, a cidadania e a justiça social. Algo importante para o andamento desse processo foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que reuniu um grande número de participantes, mobilizando a sociedade em torno de um amplo debate sobre a saúde (PAIM, 2001).

A RSB pôde proporcionar um novo olhar e uma nova roupagem às políticas de saúde. Com a ideia baseada nos direitos de igualdade já sendo implementado em outros países, no Brasil em 1990 foi implementada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 e 8142 que regulamentam o SUS e dispõem da organização e do funcionamento dos serviços de saúde e da participação da comunidade no funcionamento do Sistema. Dentre a LOS, destacam-se os princípios e diretrizes da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação pública através das Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) Tendo vários campos de atuação:

- Assistência terapêutica integral;
- Assistência farmacêutica;
- Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas, garantindo orientação familiar;
- Participação na preparação de recursos humanos;
- Orientação familiar;

- Acompanhar a Saúde do trabalhador;
- Assistência psicossocial;
- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância nutricional;
- Vigilância sanitária.

O SUS, assim, vem exigindo em seu processo de implementação, um conjunto de enfiamentos de ordem política e operacional que atravessam desde a prática cotidiana dos trabalhadores da saúde até as decisões na mais alta escala decisória do país no campo da saúde.

A Reforma Sanitária ocorrida no Brasil representou justamente a busca por um novo modelo focado na integralidade da atenção, já que antes do SUS o modelo de atenção à saúde se dava mediante a realização de práticas meramente assistencialistas, curativa, individualista, se restringindo apenas ao ambiente hospitalar.

Este período (anos 80) da história das políticas de saúde no Brasil foi marcadamente um período político-ideológico onde se desenvolveram os principais alicerces de discussão para a política de saúde a ser implementada. A importância dessa fase está na capacidade de mobilização e implicação de diversos atores, políticos, sociais e institucionais, na avaliação e construção de um ideal político para a saúde (BAPTISTA, 1996, p. 26).

Dentro desse contexto histórico das políticas de saúde no Brasil, é preciso buscar o desenvolvimento de modelos de atenção que venham a diminuir as desigualdades, incorporando o conceito ampliado ao se falar de saúde, a fim de promover uma melhor qualidade de vida e atingir as mais novas alternativas ao se falar de modelos de atenção à saúde, dentre as experiências: reorganização da oferta, ações de vigilância à saúde, acolhimento, promoção da saúde, entre outros.

2.2 A Atenção Básica como novo modelo de atenção a saúde

A reflexão a respeito dos modelos assistenciais no Brasil desenvolve-se com a crítica elaborada sobre a organização dos serviços de saúde, a partir da década de 70, e em especial, com o projeto da RSB que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2002).

Sendo assim, vêm se somando experiências na construção de “modelos alternativos” diante do modelo assistencial hegemônico (dominante), sendo

incorporados métodos, técnicas e instrumentos vindos a exemplo da epidemiologia, do planejamento, e das ciências sociais, tornando possível a possibilidade de concretização de um “modelo de atenção à saúde voltada para a qualidade de vida” (PAIM, 2002, p.5)

Os modelos assistências são construções históricas que estão sempre a sofrer condicionamentos, passando por processos de reformulação, revisão ou até mesmo transformação por questões econômicas, sociais, culturais. Historicamente, o Brasil conviveu com dois modelos fundamentais, contraditórios e complementares: o modelo assistencialista médico privatista que centralizava suas ideias na doença e o modelo assistencialista sanitaria que tinha como foco prevenir as doenças.

Inserida no contexto do Sistema Único de Saúde a proposta da Atenção Básica, apresentada como uma estratégia da atenção primária à saúde se dá como porta inicial de acesso diante das diversas demandas presentes no SUS, como um lugar de acolhimento e do cuidado continuado, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos, e tida ainda como o centro de comunicação com a rede de atenção à saúde de modo geral. Estratégias essas detentoras de uma vasta ação na vida do usuário permitindo o vínculo entre as redes de cuidado, e que assume a seguinte característica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PNAB, 2007, p. 12).

Com o novo modelo de atenção a saúde defendida pela RSB, a construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, passa a se concretizar, traçadas por pontos interligados e com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). Este entendimento foi sendo construído ao longo do desenvolvimento do SUS, a partir da consideração de que a APS funciona como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, portanto o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com as ações e serviços de saúde (BARRA, 2013).

Sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o campo para as práticas desenvolvidas por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da

saúde, realizadas por uma equipe de saúde direcionada a cada pessoa, às famílias ou a conjuntos de pessoas de um território determinado (BRASIL, 2009, p. 16).

As equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são uma das estratégias para o cuidado ampliado e integral às pessoas nos mais diversos ângulos, entre eles as pessoas com transtornos mentais, com o intuito de oferecer cuidado a usuários, identificar indivíduos com história de ruptura dos laços sociais, articular pontos de atenção para a continuidade dos projetos terapêuticos singulares bem como propor abordagens conjuntas, como ações de redução de danos ou oferta de tratamento.

Com base no Caderno da Atenção Básica 34, “a Atenção Básica prima pela organização territorial dos serviços de saúde” (2013, p. 34). A organização do território se dá através de divisão de área realizada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), afim de organizar o processo de trabalho, fixando um limite geográfico de cobertura da população, com intuito de construir relações de vínculos entre a equipe e as pessoas. E a sua política se orienta por meio dos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (2013, p. 34).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é uma modalidade de grande relevância na atuação da atenção básica, preservando os princípios de: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, a buscado cuidado aos indivíduos e das famílias ao longo do prazo, a busca pela integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de construção da cidadania e da valorização do ser humano. Sendo assim:

A saúde da família está no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (FIOCRUZ, PENSE SUS, MS).

Na cartilha “Entendendo o SUS”, publicada pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006) traz a ideia da atenção básica como porta de entrada do SUS, por meio de uma rede de serviços, dentre eles os postos de saúde, as Unidades de

Saúde da Família etc., e que é através desse primeiro atendimento que deve acontecer o encaminhamento para outros serviços da Rede, caso seja necessário.

Essas ações são exemplos dos quais podemos considerar como o primeiro nível de assistência, ou assistência primária, atenção primária ou atenção básica, e sendo realizada de forma organizada e bem estruturada, a APS possui a proposta de resolver os problemas do dia das pessoas, reduzindo os agravos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de quem é acompanhada por ela.

Com foco no indivíduo a Atenção Básica mantém um contato direto com os usuários no que diz respeito ao cuidado de maneira ampla e diversificada, mas sem perder a sua singularidade, sendo que:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (PNAB, 2007, p. 12).

E com ações de caráter dinamizadas e o olhar cuidadoso permitindo a contemplar as necessidades do indivíduo de maneira integral, realizando as estratégias apresentadas na Política Nacional de Atenção Básica:

Com a posição estratégica no Sistema Único de Saúde (SUS) de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, cabe à atenção básica a efetivação de integralidade: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (PNAB 2007, p.13).

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, depois considerado como estratégia, passou a ser à base de estrutura da atenção básica no Brasil reorientando o modelo assistencial, sendo reconhecido tanto pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), quanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como melhor estratégia seguidora dos princípios do SUS. A ESF nasce então como uma proposta de inovação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial que imperava, onde se passou a assumir também mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento, que estimularam a sua consolidação e expansão. Uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde atual é a Estratégia de Saúde da Família que após 1998 veio a expandir-se, – principalmente, pela incorporação da Norma Operacional Básica (NOB) 1996, que

passou a remunerar por profissional e não mais por procedimento, estabeleceu a transferência fundo a fundo do Governo Federal para as cidades e criou o Piso da Atenção Básica (PAB) (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A fim de minimizar os impactos negativos no direcionamento da política de saúde, algumas iniciativas foram adotadas no âmbito do SUS. Uma delas foi à criação, em 2006, do Pacto de Saúde em reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006), que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de então, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Esse processo pode contribuir para a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde. Para a efetivação desse pacto, foram aprovadas também as portarias nº 649 e 650 que regulamentam, respectivamente, o financiamento com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de saúde da família, o financiamento do Piso da Atenção Básica fixa e variável mediante revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a portaria nº 822, que altera os critérios para a definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família, todos dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Existem atualmente inúmeros programas do Ministério da Saúde, com vistas a alavancar as ações de atenção básica e prevenção à saúde.

No Brasil, o termo determinado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) como Primária, foi substituída por Básica, afim de não ser interpretada como uma concepção que cabe ao simples ou como forma de atenção apenas para as pessoas pobres.

As práticas de acesso inseridas na Atenção Básica ainda estão postas como desafios mediante a procura dos usuários aos serviços devido à demanda e a complexidade, pois ainda há muito que se buscar de transformador, ao se falar da realização plena da saúde que é o que se espera ao buscar o caminho primário, ou ao menos um direcionamento para a conquista da mesma, através de mecanismos que dinamizem os serviços nos seus diversos trabalhos.

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLITICA DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo explanamos sobre a ideia da Saúde Mental, trazendo uma demonstração da inclusão da pessoa com problemas mentais no meio social.

O capítulo está dividido em duas sessões que vem retratar da Saúde Mental após a Reforma Psiquiátrica com um novo seguimento, e por fim a questão dos serviços em Rede dentro da política do SUS, com maior destaque para a Rede de Atenção Psicossocial.

3.1 Um novo olhar voltado para a Saúde Mental: fruto da RPB e sua articulação com a Atenção Básica

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

Desde os anos setenta e acompanhando o movimento da reforma sanitária, a ação da reforma psiquiátrica vem transformando os conceitos e as práticas no cuidado com os transtornos mentais no país, destacando os mais severos. Sendo como ponto central, as ações da desinstitucionalização, principal luta afim de que ocorra a redução nos número de leitos manicomiais, e a partir dessa ação, cresça as redes comunitárias de serviços substitutivos.

Os processos de desinstitucionalização são complexos, têm um ritmo próprio e ainda enfrentam vários desafios: problemas de documentação dos pacientes, crescimento insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Além da grande dificuldade para a desinstitucionalização da população de perfil crônico dos Hospitais Psiquiátricos. Fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades demandam serviços de Residências Terapêuticas adaptadas e adequados às necessidades dessa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos (BRASIL, 2011).

O Relatório de Gestão (2007-2010) - "Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica" explana que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos. Esta renovação acontece pela priorização da redução de

leitos em hospitais especializados com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (através do PNASH/ Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) e hospitais de grande porte (PRH - Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciado em 2004) (BRASIL, 2011).

No que se trata de saúde mental, podemos apresentar a atenção básica como um campo de grande potencial em tratamentos diversificados, capaz de desenvolver principais ações, entre elas: detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; compreender as várias formas de lidar com os problemas detectados; oferecer tratamento na própria atenção básica ou encaminhamentos dos pacientes para serviços especializados; manter contato com a rede de cuidado, entre outras. “[...] a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais” (LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 1990-2004, p.12).

Esta direção das políticas públicas de saúde mental dispor-se da ampliação das ações na atenção básica é legitimada por diretrizes derivadas de organismos internacionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, publicou o documento "La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria", no qual enfatiza a importância do aspecto emocional na atenção à saúde: "É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais" e reforça que "as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária; pelo contrário, aumentam a efetividade desta" (OMS, 1990).

Com a reforma psiquiátrica, os cuidados com os pacientes com transtornos severos e persistentes já mencionados anteriormente, foram reavaliados e redirecionados, cabendo ainda uma visão crítica com relação à assistência aos transtornos mentais leves e menos constantes.

Na tentativa de reduzir esta diferença na assistência, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. As principais diretrizes para esta articulação são:

- Apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF: aumento da capacidade resolutive das equipes;

- Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica;
- Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica.

O Ministério da Saúde (MS, 2007) no Relatório de Gestão (2003-2006) apresenta:

Uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica.

A proposta apresentada pelo Ministério da Saúde tem a ideia centrada no fortalecimento das ações no campo da saúde mental que podem ser desenvolvidas no campo da AB com apoio matricial.

A Legislação em Saúde Mental com relação ao Atendimento Primário de Saúde alega que “[...] o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde [...]” (LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 1990-2004, p. 11).

E com relação à assistência psiquiátrica ao modo convencional, ela descreve que “[...] a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 1990-2004, p. 11), ou seja, práticas vivenciadas entre a APS e a psiquiatria convencional se apresentam de formas bem distintas umas das outras.

Dentre os diversos pontos de atenção destinados ao cuidado em Saúde Mental, está os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que realizam o acolhimento e atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma articulada com os outros pontos de atenção e demais Redes.

Tanto o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) como os novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os CAPS – nos últimos anos, marca um progresso indiscutível da política do SUS (BRASIL, 2003, 2010).

Diante das ideias expostas sobre o cuidado em Saúde Mental, ainda se faz necessário discutir o papel de cada espaço de produção do cuidado à saúde mental na atenção primária ou na rede como o todo, sendo que cada espaço pode contribuir para o processo de inversão do modelo de atenção em saúde mental, em curso no Brasil, procurando conhecer os modos de cuidado oferecidos pelos profissionais da Rede diante das necessidades de saúde identificadas como problemas de saúde mental, elencando para tal algumas linhas de análise, entre elas a noção de vínculo/acolhimento, de escuta do sujeito, da valorização territorial, e de integralidade na ação, de promoção do indivíduo em diversos aspectos, dentre outras.

3.2 Trabalhos em Rede na Política do SUS: com ênfase na RAPS

Os sistemas de saúde que se apresentam de forma fragmentadas têm significado um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, constituindo como uma alternativa a esse modelo organizacional a implantação de Redes de Atenção à Saúde.

As propostas de Redes de Atenção a Saúde (RAS) nas políticas públicas têm significado um crescentemente processo no SUS, adotadas a partir da década de 90, para suprir as organizações hierárquicas rígidas e inserir redes que se amparem em estruturadas de organizações flexíveis e abertas, proporcionando o compartilhamento e a interdependência de objetivos, informações, compromissos e resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OUVENEY, 2008).

A RAS foi criada em 30 de dezembro de 2010 através da Portaria 4 279, baseada em Diretrizes para Organização da Rede e Atenção à Saúde do SUS, como uma estratégia de superação das fragmentações de atenção à saúde, com a proposta de assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A RAS tem como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde com a finalidade de oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e, eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Considerando tais características, as RAS apresentam comunicação de ações e serviços passíveis de transformação e reinvenção de papéis e territorialidades, fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Essa articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados da atenção (BRASIL, 2010a).

Assim, os serviços de saúde que compõem a rede estruturam-se em pontos de atenção à saúde, que são locais onde é oferecido o cuidado, compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, de maneira eficaz (MENDES, 2011).

Na constituição do trabalho em Rede na Saúde apresentamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), responsável pelo oferecimento da linha de cuidados vinculada à atenção psicossocial da população (BRASIL, 2011a). Sua ideia decorre da concretização de direitos conquistados pela promulgação da Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre os mecanismos para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes.

Instituída na Portaria de nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste em uma rede de pontos de atenção que atuam de maneira articulada a outros setores com a finalidade de garantir o cuidado em saúde às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa rede está auxiliada em diretrizes, objetivos e componentes.

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços (cuidado integral e interdisciplinar) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território (inclusão social para exercício da cidadania); desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus

familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada; promoção de estratégias de educação permanente; e cuidado tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Os objetivos gerais da RAPS, definidos pela normativa federal, são os de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, bem como, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Os objetivos específicos da rede de atenção psicossocial seriam: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras 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, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

O trabalho em Saúde Mental, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos pressupostos do SUS, surge como uma oportunidade de cuidado comunitária e aberta, em contraponto à visão excludente que permeava o campo da saúde mental. Visando atender ao novo modelo, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e todos os dispositivos e recursos sociais existentes, estão se organizando para que as Redes de Atenção em Saúde ofereçam cuidados em saúde mental, considerando a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e as inserindo nos meios sociais.

O desenvolvimento e a concretização da RAPS estão em consonância com o Pacto pela Saúde e a proposta de reorganização do SUS em Redes de Atenção á

Saúde (Lei 8080, decreto 7508, portaria das RAS 4279) e também derivam dos avanços da Política Nacional de Saúde Mental, que analisou a necessidade de apresentar uma rede de serviços de saúde mental associada, articulada e efetiva, composta por diferentes pontos de atenção para trazer ações às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e demais necessidades.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes e seus pontos de atenção de acordo com os Artigos 5º e 6º da Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011a) que seguem no quadro abaixo:

| REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) | |
|--|--|
| Componentes | Pontos de Atenção |
| Atenção Básica | Unidade Básica de Saúde Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas (equipes para consultórios na rua e equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório) Centros de Convivência |
| Atenção Psicossocial Estratégica | Centros de Atenção Psicossocial |
| Atenção de urgência e emergência | SAMU 192 Sala de Estabilização Unidade de Pronto Atendimento Pronto-socorro Unidades Básicas de Saúde Centros de Atenção Psicossocial UPA 24h |
| Atenção Residencial de Caráter Transitório | Unidade de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial |
| Atenção Hospitalar | Enfermaria Especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Estratégias de Desinstitucionalização | Residências Terapêuticas Programa de Volta para Casa |
| Reabilitação Psicossocial | Empreendimentos solidários e cooperativas sociais |

Fonte: adaptado de Brasil, (2001).

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS propõe a coordenação dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, garantindo o acesso universal, na oferta do cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional. Portanto, a RAPS contém diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a). Sendo assim, a RAPS é constituída pela articulação de diversos componentes e seus pontos de atenção no âmbito do SUS.

O processo de escrita desse trabalho permeia-se no campo da Atenção Básica, sendo ela o ponto de atenção com maior destaque ao retratar dos componentes da RAPS nesses escritos.

Detalhando o papel da AB como um ponto da RAPS, podemos dizer que ela desempenha importante papel na Rede de Atenção Psicossocial por sua proximidade com as famílias e comunidades. Em tal contexto, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, sendo operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2003a, 2010a). Sendo assim, a Atenção Básica é uma importante área no campo da atenção psicossocial, onde na maioria das vezes ocorre o primeiro contato do usuário com os cuidados de saúde.

Com base no Relatório Anual de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a integração de cuidados em saúde mental na atenção básica é fundamental por possibilitar:

- A redução do estigma à pessoa com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- A qualificação e ampliação do cuidado clínico das pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- A ampliação do acesso e capilarização das ações de cuidado em saúde mental individual e coletiva.
- A continuidade do cuidado em saúde mental no território, potencializando as possibilidades de reinserção social.

Cabe salientar que os Pontos de Atenção à Saúde de modo geral são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, com o propósito de promover o indivíduo, sendo que todos os pontos da RAPS possuem a devida importância no contexto do cuidado e que um está para complementar o outro, assim, precisamos refletir no cuidado em saúde mental em um campo de atuação que abranja a relação entre os Pontos de Atenção da RAPS e todos nela envolvidos, ponderando as particularidades de cada contexto nas diversas práticas.

4 O CAMINHO METODOLÓGICO EM BUSCA DE SENTIDOS

Foi utilizada a pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e explicativo, mesmo sendo apenas uma aproximação, um recorte da realidade, incapaz de conter a totalidade da vida social, a fim de concretizar os seus objetivos, revelando os significados e determinações da realidade que não pode ser apresentada em quantidade, sendo que a pesquisa qualitativa permite “reconstruir teoricamente os processos, as relações, os símbolos e os significados da realidade social” (MINAYO, 2008, p. 14). Nesse sentido, este trabalho investigou como se dá a articulação e a integração entre as redes de cuidado no campo da saúde mental.

A cobertura da AB no município está distribuída entre nove UBSF, quatro na zona urbana e cinco na zona rural e como apoio para as UBS, uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e para serviços com maiores necessidades de emergência um Centro Médico, e uma equipe de Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU). E como pontos de Atenção Psicossocial tem-se a cobertura feita pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e a Associação de Pais e Alunos Especiais (APAE)¹.

A técnica de investigação, entrevista de grupo focal foi utilizada mediante as dificuldades de contatar de forma individual cada participante para ser entrevistado, tornando-se viável unificar as entrevistas, que foram elas semiestruturadas e audiogravadas, com o consentimento de cada um deles assinado por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e anteriormente, foi solicitado da Coordenação da AB a autorização para a realização da coleta de dados, e como sugestão vinda da própria coordenadora, foram selecionadas as UBSF uma da zona rural e outra da zona urbana. O roteiro foi pré-elaborado com questões que abordaram temas-chave a serem investigados. Essa técnica de coleta de dados permitiu observar os processos de interação entre os participantes durante as técnicas em ambos os grupos, e também abordar pontos de relevância para ajudar nas possíveis respostas da pergunta de investigação e até mesmo foi possível notar uma reflexão dos grupos quanto a necessidade de partir para ações após as entrevistas.

1 A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. É uma Rede sem fins lucrativos que a mais de 60 anos se dedica a defesa de direitos e prestação de serviços à pessoa com deficiência no Brasil. Sendo responsável pela inclusão social em diversos níveis de milhares de pessoas ao longo de sua história.

Se tratando de estudos de saúde pública, Lervolino e Pelicioni (2001) expõem diversas aplicações do grupo focal, tais como: gerar hipóteses sobre um assunto a partir da perspectiva dos informantes; avaliar um serviço ou intervenção de material instrucional; fornecer um quadro inicial para estudo de um campo até então não explorado cientificamente; funcionar como pesquisa exploratória ou como diagnóstico preliminar; obter a interpretação de um grupo sobre resultados quantitativos obtidos em estudo prévio; contribuir para a montagem e teste de questionários e escalas para projetos de pesquisas quantitativas.

A colocação do grupo focal tanto em pesquisa quanto em avaliação de programas e projetos depende tanto dos objetivos que se pretende alcançar como das potencialidades e limites do método. Se tratando das potencialidades da técnica, Minayo (1992, p. 129) aponta que “o grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”.

As UBSF foram selecionadas para a pesquisa seguindo o critério de que fosse uma da zona urbana e outra da zona rural, a fim de serem analisadas realidades distintas, sendo a da zona rural - Maria Alfreda da Conceição, no Povoado de Lagoa da Rosa, que com base nas informações da coordenadora da AB o índice de pessoas com problemas mentais ou em sofrimento mental era intenso, dados anteriormente levantados pela equipe. O nome da localidade se deu em homenagem a uma lagoa onde a sua dona se chamava Rosa, e os moradores enfrentavam dificuldades quanto ao consumo de água para as necessidades do dia a dia, tendo que se deslocar até a fonte de dona Rosa, porém a mesma não autorizava as pessoas a entrarem em suas terras para pegar água em sua lagoa, sendo que ela ficava dia e noite vigiando a sua lagoa, daí os moradores resolveram homenagear a lagoa com esse nome, assim contam alguns moradores mais velhos. E a da zona urbana - Ana Coutinho Simões, no Bairro do Projeto II. O nome do referido bairro originou-se a partir de um projeto habitacional do Governo Federal, administrado pela Prefeitura Municipal de Governador Mangabeira, na gestão do prefeito Anateles Ferreira de Almeida, no ano de 1998, quando realizou a compra de dois terrenos de uma área rural. A partir daí a área adquirida foi dividida em lotes e distribuída às pessoas menos favorecidas através de uma inscrição na Prefeitura Municipal e cada pessoa selecionada deveria construir sua própria casa com o

mesmo padrão exigido, assumindo características de bairro popular, assim foi retratado por alguns moradores que já residiam na localidade tempos antes a se tornar um bairro. A comunidade se desenvolveu, tornando-se um bairro no centro urbano, com ruas pavimentadas, Posto de Saúde da Família - PSF - e uma Escola da Educação Infantil. Ambas as Unidades de Saúde situadas na cidade de Governador Mangabeira-BA, próximo às margens da BR 101, a 130 km, da cidade de Salvador-BA, com população estimada em 21.267 habitantes².

Os grupos foram realizados um na data 12 de abril de 2018 com a duração de tempo de dezenove minutos e o outro em 13 de abril de 2018 que durou cinquenta e sete minutos e vinte e nove segundos. Participou das entrevistas de grupo um total de onze pessoas.

A seguir, apresentamos o perfil dos participantes trazendo dados pertinentes a pesquisa, que responderam a entrevista grupal, semiestruturada, salientando que na nossa amostra não foi possível contar com a presença do médico em nenhuma das UBSF, sendo que em uma coincidiu com o dia de folga do mesmo profissional e na outra devido à não disponibilidade de tempo livre, por está a atender pacientes agendados previamente para consultas médica, onde até fez-se presente, mas já findando a entrevista não houve a sua participação oral.

Por questões éticas, os profissionais participantes, sujeitos deste trabalho são referenciadas por código, a saber, tratadas de P1 a P11, tendo em vista que a divulgação de suas identidades em nada acrescenta aos resultados do trabalho:

| | SEXO | IDADE | PROFISSÃO | TEMPO DE ATUAÇÃO - AB | VÍNCULO EMPREGATÍCIO |
|-----------|-------------|--------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| P1 | Feminino | 29 anos | Enfermeira | 09 meses | Contrato (cooperativista) |
| P2 | Feminino | 38 anos | Agente Comunitária | 20 anos | Efetivo |
| P3 | Feminino | 20 anos | Auxiliar de saúde bucal | 01 ano e 02 meses | Contrato |
| P4 | Feminino | 26 anos | Dentista | 01 ano e 02 meses | Contrato (cooperativista) |
| P5 | Feminino | | | | Contrato |
| P6 | Feminino | 45 anos | Agente Comunitária | 20 anos | Efetivo |
| P7 | Feminino | 40 anos | Agente Comunitária | 10 anos | Efetivo |
| P8 | Feminino | 35 anos | Agente Comunitária | 01 mês | Contrato |

²Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2015.

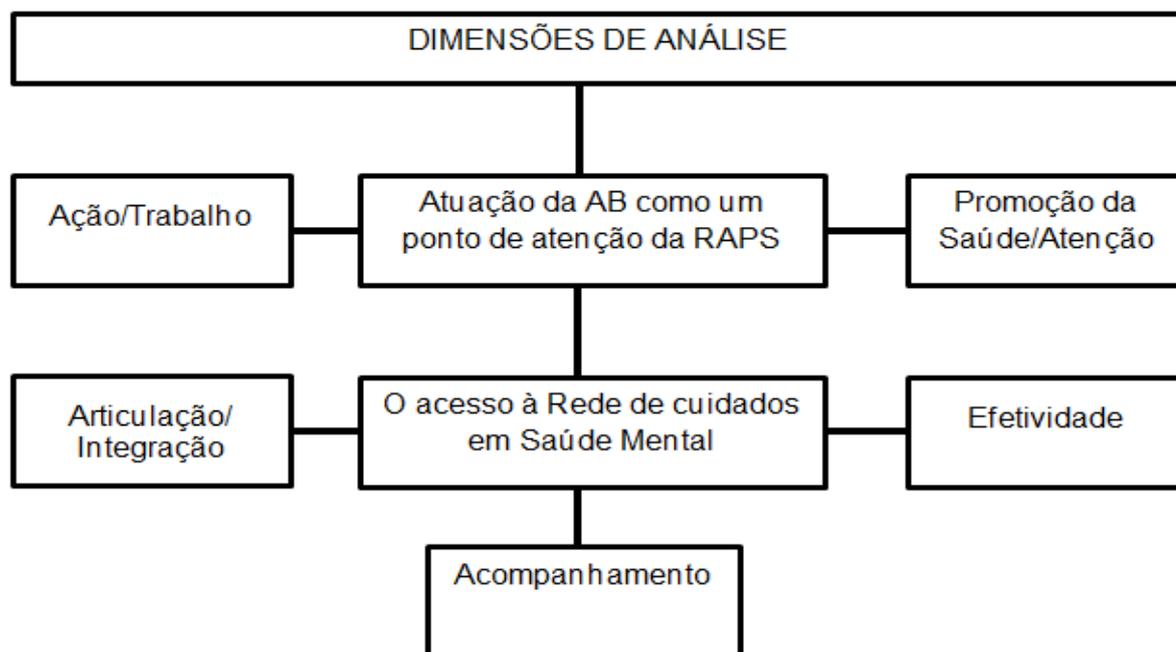
| | | | | | |
|------------|----------|---------|-----------------------|-------------------|---------------------------|
| P9 | Feminino | 40 anos | Técnica em Enfermagem | 01 ano | Contrato (cooperativista) |
| P10 | Feminino | 28 anos | Enfermeira | 01 ano e 02 meses | Contrato (cooperativista) |
| P11 | Feminino | 28 anos | Agente Comunitária | 10 anos | Efetivo |

É possível demonstrar no perfil apresentado que a maioria dos participantes possui o vínculo de trabalho em modelo de contrato, sendo que alguns contratos por cooperativas, ou seja, podemos assim notar a precarização nas formas de trabalho nos mais diversos setores. Outro fator de relevância é o tempo de atuação na AB, sendo a maioria entre eles é de um ano à um ano e dois meses. Com relação a profissão, obteve-se entrevistas em áreas diversificadas.

Propondo uma melhor interpretação da pesquisa, selecionamos por fazer um quadro de análises diante das respostas dos entrevistados, segundo as etapas de Bardin (2010), que traz as fases da organização e do desenvolvimento de uma análise de pesquisa: pré-análise, exploração do material, apresentação dos resultados.

Durante a fase da pré-análise foi feita uma leitura geral do documento transcrito e posteriormente, por meio das respostas, buscaram-se dimensões e categorias a fim de responder à pergunta de pesquisa. Sendo definidas como principais as duas dimensões: a atuação da Atenção Básica como um ponto de atenção da RAPS; o acesso à Rede de cuidados em Saúde Mental.

Essas dimensões de análise e as categorias possuem direcionamentos para responder a pergunta de investigação e foram instrumentalizadas a partir da análise do documento transcrito, que serão apresentadas no mapa abaixo de forma sistematizadas.



A partir dos próximos tópicos apresentamos os resultados obtidos com a coleta de dados, onde estão elencadas a discussão a respeito da atuação da AB na RAPS e o acesso a essa Rede. A análise envolveu as respostas dos entrevistados e a confrontação com os demais dados obtidos.

4.1 O trabalho da UBSF: ações que promovem a saúde mental das pessoas?

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b).

As ações em saúde são desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, conduzidas a populações de territórios demarcados, levando em consideração a dinâmica existente no território em que vivem as pessoas. São utilizadas técnicas de elevada complexidade e baixa densidade, que devem solucionar os problemas de saúde de maior frequência e importância em seu território próprio (BRASIL, 2011b).

Nas entrevistas do grupo, encontramos dados que evidenciam em diversas falas que o trabalho com o paciente mental não estava sendo uma preocupação da Equipe, pois nada se tinha feito em ações que pudessem envolver as pessoas em sofrimento mental, numa demonstração de não ser de responsabilidades atribuídas

à AB o cuidado com essas pessoas, ou quê se acontece algum atendimento à essas pessoas é algo espontâneo, sem um devido apreçamento da situação, como pôde ser observado na maneira que os participantes relatam.

[...] nesta parte de enfermagem a gente não tem um trabalho voltado pra os pacientes que tem um transtorno, a gente na verdade na unidade faz demandas espontâneas [...], de enfermagem quase nunca eu mesmo nunca peguei um paciente que tem algum problema mental que possa estar sendo acompanhado pela equipe de enfermagem. (P1)

No dia a dia tem alguns pacientes que a gente vê que realmente tem a necessidades de uma atenção voltada mais pra atenção mental né e infelizmente não tem aquele retorno tão rápido e tão mágica da atenção de saúde mental com atenção básica, pelo menos ao redor da nossa realidade da nossa comunidade e que tem aquela coisa da gente ter um dia específico de atendimento pra eles, demanda apareceu agente atendeu. (P1)

A odontológica a mesma coisa e dependo do grau a gente como eu falei que no CEO tem dentista para este trabalho especial, dependendo do grau a gente encaminha para ser atendido lá [...] não é aquela coisa especifica que tenha aqui. (P4)

E a gente também não nunca fez uma atividade assim voltada para estes pacientes. (P3)

Infelizmente eu como enfermeira e coordenadora da unidade tenho nove meses atuando e até o momento não fiz nada relacionada a isso [...] (P1)

As falas apresentadas vão contra ao que está previsto nas diretrizes da RAPS quanto às ações que devem ser executadas.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem corresponder ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação com outras políticas exclusivas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003a).

Podemos resumir como princípios básicos desta articulação entre saúde mental e atenção básica (BRASIL, 2003a):

- Noção de território;
- Coordenação da atenção à saúde mental em rede;
- Intersetorialidade;
- Reabilitação psicossocial;
- Multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- Desinstitucionalização;
- Promoção da cidadania dos usuários;
- Construção da autonomia do usuários e familiares.

No artigo 7º, inciso 3, traz a ideia da ordenação do cuidado como algo de responsabilidade do CAPS ou da AB, afim de garantir um processo continuado de co-gestão e de acompanhamento do caso. Dessa forma o paciente em tratamento mental possui o seu direito garantido quanto a atendimentos e acompanhamentos, cabendo à AB apoiar e reforçar o cuidado clínico dos usuários da Rede.

Por outro lado, analisando outros relatos dos participantes nota-se um reconhecimento de que as pessoas em sofrimento mental não podem ser vistas fora do contexto da AB, sendo ela a porta de entrada pra qualquer tratamento referente à saúde, e que a partir de uma visita domiciliar feita pelo ACS ou até mesmo por outro profissional da equipe, uma análise, um levantamento do quantitativo das pessoas com problemas mentais ou em sofrimento mental que estão inclusas nas áreas de cobertura da UBSF, pode-se partir para ações que venham incluir, tratar, orientar, encaminhar, acompanhar, não apenas o paciente, mas de todo o seu contexto.

[...] e assim a Médica da Unidade de Saúde ela pode acompanhar [...]. (P7)

A gente não tava fazendo nada, e depois dessa análise que eu fiz com os agentes comunitários, com a médica, que eu descobri que a gente tinha bastante pacientes mentais, ai que eu desenvolvi o evento de ontem [...] que a gente deu uma viabilidade boa, pena que teve poucos pacientes né, mas foi muito bom o evento de ontem. (P10)

[...] um bastante fator de relevância, no, quer dizer agente tratando aquele paciente agente trata o contexto dele da família familiar todo, né, a partir dele, das condições dele, como ele se desenvolve em casa, acaba é... como é que posso falar... é... tipo acaba influenciando a família toda entendeu, tipo todo mundo fica ali em redor dele, e se ele tiver o paciente bem, a família realmente posteriormente estará bem. (P10)

Eu mesma uma vez na minha área encontrei de cara com uma senhora surtando né, nem o marido dela queria entrar dentro de casa, não queria entrar e ainda me disse não entre não, mas aí conversamos com um jeitinho ela acabou abrindo a porta, eu entrei, a gente conversou e ela ficou tranquila, mas se fosse em outro caso ia ter que chamar SAMU, e aí, e com uma boa conversa né, consegui reverter a situação. (P6)

Houve também nos relatos dos participantes de que ações cotidianas podem estar tratando da saúde mental, de tal modo como cabe a maiores ações que possam promover à saúde em diversos contextos, não apenas o tratamento direcionado para as questões mentais, mas isso sendo feito, acaba-se também tratando desse campo.

Através da escuta, né, a gente escutando os pacientes, escutando as queixas, então dando uma viabilidade para aquele problema dele. (P10)

Mas em relação a quando faz algumas atividades, por exemplo, dia das mães, homenagem dia das mulheres, palestras eu acho no meu ponto de vista que isso contribui para a melhoria da saúde mental das pessoas pra participar, quando ela vem interagir, quando ela participa de uma caminhada, entendeu, eu acho isso é promoção da saúde mental. (P2)

Então assim, é [...] a gente pode fazer uma roda de conversa, o posto com aqueles que querem, para desabafar, porque essa aqui que Josiane fez, eu percebi que esse desabafo vai te trazer uma melhora [...] certo, esse momento aqui dessa, vai trazer, é ela vem entrevistar, e nós nessa entrevista, então. (P7)

Muitas das vezes [...] o paciente precisa do tratamento médico, de medicação, mas ele precisa muito mais de uma palavra, de um apoio, de uma conversa de um desabafo, de uma escuta. (P8)

De acordo com a portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011a) a Unidade Básica de Saúde é um serviço constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Outro dado a ser abordado é como os serviços tem-se chegado às pessoas, ou elas por conta própria estão buscando.

[...] "porque as pessoas têm vindo em busca dos serviços né, mas isso parte também dos Agentes que é quem tá na ponta [...], é porque é quem descobre aquela pessoa hiperativa, aquela pessoa ansiosa, aquela pessoa descontrolada e encaminha para o Posto, e muita das vezes eu tenho percebido isso". (P7)

Sendo a busca ativa um elo muito importante para o desenvolvimento de ações na AB ao se tratar de saúde mental acontecer.

Embora a pesquisa apresente algumas questões referentes à visibilidade quanto a falta de ações desenvolvidas que envolvam ou que se volte para as pessoas com problemas ou transtorno mental dentro da AB com ênfase nas UBSF, ainda assim é notável um reconhecimento de que o problema mental das pessoas é algo que a AB também pode tratar, mesmo não se sentindo como parte integrante da Rede.

[...] a importância da gente saber lidar com o problema do outro (P7),

[...] assim temos que ter assim um olhar aberto mesmo e focado principalmente para essas famílias que esta passando por essa situação (P8)

Nesse sentido há um reconhecimento por conta dos entrevistados quanto ao que pode ser feito.

4.2 O acesso à Rede de cuidados em saúde mental: aproximação ou distanciamento?

Diante da definição dessa dimensão foi observado como a Rede de cuidados em Saúde Mental se apresenta, com o intuito de analisar como se dá o acompanhamento às pessoas inseridas na Rede nas práticas das UBSF e se de fato essa junção de serviços direcionados ao campo da saúde mental tem sido algo efetivo.

Instituída na Portaria de nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste em uma rede de pontos de atenção que atuam de maneira articulada a outros setores com a finalidade de garantir o cuidado em saúde às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa rede está auxiliada em diretrizes, objetivos e componentes.

A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da RAPS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

Diante dos relatos dos entrevistados, podemos identificar como se apresentam as ações e práticas entre as equipes e a RAPS.

Eu já acessei a rede várias vezes, ultimamente não tanto, mas várias vezes em busca de levar receita pro paciente quando ele não pode chegar a vou lá verifico se tem o remédio na no CAPS já fiz isso muitas vezes. (P2)

Quando a gente vê a necessidades na unidade, a gente entra em contato com o coordenador do CAPS e com o pessoal do NASF na pessoa da psicóloga pra estar fazendo atendimento individual ou atendimento coletivo pra ver a necessidade de cada um. (P1)

[...] eu Agente de Saúde, nas visitas faço esse diagnóstico, encaminho para o PSF, e o PSF depois da análise do PSF, encaminha para o CAPS [...] (P7)

[...] todas as vezes que agente encaminha, agente na ficha mesmo de encaminhamento vem o, como se fosse a resposta do que foi tratado e ai retorna pra gente essa resposta, pra que o que cabe a eles solucionar eles soluciona e ai a parte o restante como se fosse o restante fica por conta da gente solucionar.(P4)

Há também uma demonstração quando se trata do acompanhamento que é dado ao paciente em sofrimento ou transtorno mental, quanto ao uso de medicamentos, a continuidade do tratamento a depender de cada situação, e que existem casos em que os pacientes já são acompanhados pelo CAPS, mas necessitam de renovação das receitas daí eles passam por atendimentos médicos para renovação da mesma, (como se apenas isso fosse o suficiente).

Eu como técnica de enfermagem consigo fazer nas visitas na sala com pacientes e ai quando observo algum caso, agora mesmo teve uma paciente (cita o nome) eu sempre to observando que ela tá tendo problema, ai eu converso com a família mando ir no CAPS buscar remédio, mando, trago a receita pra o doutor tá trocando pra sempre viabilizado, pra tá melhorando a saúde e a vida deles. (P5)

[...] Alguns até que aparecem aqui até já são acompanhados pelo CAPS, só que ai vem fazer algumas atendimentos que não sei se algum vem aqui mas pegar renovação de receitas mesmo (P2)

Para proporcionar o cuidado integral no campo psicossocial, temos como suposição para o profissional de saúde o plano do modelo assistencial coletivizado, determinado no espaço multiprofissional com característica interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para originar o produto de saúde mental ajustada com a necessidade da população. Essa maneira é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo continuado e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde (SILVA; FONSECA, 2005).

Nota-se também certa facilidade de acesso a Rede na tentativa de solucionar o problema, mas que talvez, agindo assim esteja-se passando a responsabilidade para outros setores, a exemplo para o CAPS que foi citado como lugar para o tratamento em diversas falas, como se não fosse uma responsabilidade da AB

também de cuidar das pessoas com problemas mentais, sendo que ela está inserida como um componente da RAPS e atribuída a ela se encontra os serviços.

Portanto, devemos pensar no cuidado em saúde mental como uma ação que envolva a relação entre os Pontos de Atenção da RAPS, seus profissionais, o usuário e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico (CARDOSO; GALERA, 2011) e que cada ponto consiga cumprir com seu papel na demanda de tratamento continuado.

[...] eu passo, comunico a (cita o nome da P10) e já vou direto ao CAPS [...] porque se eu for esperar passar pelas três pessoas, eu não vou conseguir resolver, eu já vou direto onde eu tenho que. (P7)

Através dos encaminhamentos, através da... porque a gente por exemplo os agentes traz pra o PSF, né isso, pra aqui e daqui ela tem o direito de distribuir para as secretarias apropriadas né. (P8)

É apresentado nas falas certa fragilidades quanto a ligação entre a Redee a eficácia dos serviços, fazendo com que isso dificulte o andamento do tratamento ou até mesmo deixe de acontecer. Outro fator importante nas opiniões de forma unanime é quanto à falta de preparação, formação e capacitação das equipes para lidar com tal situação, sendo um agravante quanto à efetividade da Rede.

Eu acho que ainda precisa melhorar muito a articulação né, porque há paciente que suspende o medicamento, tem pacientes que deixa de ir e as vezes a gente identifica mas eles né, não vai fazer a busca ativa, eu vejo ainda isso, pacientes que começam a ir as terapias e os tratamentos né, com aquelas oficinas e param de ir eles não vem em busca destes pacientes (P2)

Eu acho que ela precisa se articular mais (P10)

E ai até mesmo pra dá suporte a esse paciente que entra em surto não se tem, não se tem equipamentos é, aí fica: chama a SAMU, aí a SAMU diz não é papel meu, é da Policia, ou seja: a Rede em si não tem uma equipe preparada para abordar aquele paciente que entra em surto e é cada vez mais difícil. (P2)

Eu acho fraca ainda muito fraca, principalmente como todas as vezes não tem vaga pra nada, infelizmente é a nossa realidade, não tem mas vaga pra psicólogo não tem mas vaga por psiquiatra, eu tentei uma paciente pra ser acompanhada uma avaliação com a psiquiatra em fevereiro infelizmente disse que só teria vaga pra julho ou agosto, então eu acredito ainda que nessa em relação a isso é muito fraca, o espaço de tempo de uma consulta pra outra é muito longo principalmente em relação a psiquiatria [...] e assim o paciente quando tá lá, tem um momento que o paciente quer algo mais, quer avançar no medicamento, quer uma terapia avançada e não consegue, infelizmente porque ou a demanda é muito grande ou tá faltando alguma articulação pra dividir essa carga horaria pros pacientes realmente ter uso da rede. (P1)

E assim, de zero a dez, eu vou falar como a coordenadora da Unidade de Saúde, porque eu conheço a realidade de outros postos, pra essa Unidade, a RAPS, ela funciona, de zero a dez eu dou sete e meio, porque nós buscamos [...] (P7)

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se desempenhem os objetivos da rede de atenção à saúde e eles se distinguem, apenas, pelas apontadas densidades tecnológicas que os caracterizam. (BRASIL, 2010a).

Em conjunto, deve haver a busca pela integração permanente com as equipes da rede básica de saúde e dos serviços especializados em saúde mental em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004a).

E como sugestão diante das dificuldades que o trabalho em Rede traz, algumas falas se apresentam na tentativa de serem inseridas ações que possam promover o cuidado em saúde mental para a promoção do usuário. Esse cuidado em saúde considera o potencial emancipatório a partir do momento que se é capaz de ajudar os sujeitos envolvidos na relação terapêutica a construir projetos singulares que contribuam para a melhoria da qualidade de vida (AMARANTE, 2003).

[...] o que a gente vem observando é assim: tem aumentado muito o número de pacientes com transtornos mentais, isso é fato, devido a isso ainda a questão pública não tem um olhar, mesmo que tenham visto que tem aumentado, mas não tem uma política pública que venha a aumentar o número de profissionais para atender a essa demanda e isso acaba dificultando cada vez mais o acesso. (P2)

Interação falta também, por que se, aqui agente nós estamos interagindo, aquilo que falta em mim completa em [...] (P7)

Na verdade quando um usuário da nossa área, eu acredito que deveria ser assim né, pra ser realmente pra ser realmente a ligação entre a unidade do CAPS e a unidade de saúde da agente, como qualquer outra e que deveria pelo menos assim: se um paciente é da nossa área e o paciente faz acompanhamento é mensal quinzenal, não sei, no CAPS e o paciente some desaparecem, eu acho que o responsável pelo CAPS poderia sim me sinalizar pra sinalizar o agente de saúde, até porque lá tem o cadastro do paciente, entendeu [...] porque ajudaria na resolutividade do paciente em si, eu acredito se tivesse esse vínculo era uma boa pra a gente não deixar o paciente abandonado . (P1)

Eu acho que ainda precisa melhorar muito a articulação né porque, há paciente que suspende o medicamento, tem pacientes que deixa de ir e as vezes a gente identifica mas eles né, não vai fazer a busca ativa, eu vejo ainda isso, pacientes que começam ai as terapias e os tratamentos né, com aquelas oficinas e param de ir eles não vem em busca destes pacientes (P2).

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para as práticas preventivas e a articulação com a saúde mental. Muitas vezes, a ausência de recursos humanos e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com transtornos mentais é, de fato, uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2003a).

A demanda de cuidados não se reduz apenas a diminuir os riscos de internação ou de controle dos sintomas, vai muito além. Ultimamente, o cuidado abrange também demandas pessoais, sociais, emocionais e financeiras,

relacionadas à convivência com o adoecimento mental (CARDOSO; GALERA, 2011).

A política de estruturação e fortalecimento da RAPS está centrada na assistência comunitária, com destaque na reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos mentais e na promoção do indivíduo em vários contextos. Nessa compreensão, baseamos a ideia de que é importante estimular ativamente, as políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação a produção de saúde, a busca da eficácia das práticas e a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2003a).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estigma que acompanha a doença mental ainda é algo visível e não será suprimido apenas com a abolição das instituições manicomiais, para além dessa determinação temos as concepções internalizadas no decorrer do tempo e que veio definir a maneira como o louco é visto pela sociedade atualmente, num grau evidente que as modificações necessitam ser operadas também no âmbito das relações humanas.

Tratar do louco é um papel que cabe a diversos setores da sociedade, inclusive aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, não sendo apenas uma responsabilidade do CAPS, pois no que diz respeito a tratar, cuidar, etc., ele não é o único lugar para isso, caso seja, volta-se a repetir o modelo anterior.

Entretanto, para que o cuidado seja abrangente a toda Rede, e com maior ênfase, é necessário verificar-se a necessidade de uma integração das ações da Saúde Mental e da Atenção Básica para que de fato sejam eficazes e visto que toda e qualquer doença possui seu sofrimento subjetivo, onde a forma de tratamento em muitos casos compete a mais de um seguimento, tornando-se necessário uma ação em conjunto; então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sucessivo da produção da saúde, ou seja, um ancorado ao outro na busca de resultados.

Portanto, devemos pensar no cuidado em saúde mental como uma ação que envolva a relação entre os Pontos de Atenção da RAPS, seus profissionais, o usuário e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico, levando também em consideração a questão territorial quanto ao favorecimento no desenvolvimento das ações. Envolvendo nesse cuidado as dimensões de como se dá, a quem ou para quem esse cuidado, quais instrumentos/métodos/equipamentos, as finalidades e, por fim, a dimensão política e social envolvidas nas ações.

Entretanto, as estratégias de reabilitação psicossocial desenvolvidas pelos componentes da Rede, deverão ser baseadas na questão territorial, contando com o envolvimento dos indivíduos, familiares e profissionais bem como os grupos sociais que a constituem, o reconhecimento do habitat, o fortalecimento e a ampliação da rede social, bem como o apoio e desenvolvimento do trabalho com valor social.

Embora a pesquisa apresente algumas questões com relação a falta de ações desenvolvidas especificamente para as pessoas em sofrimento ou problemas mentais dentro das UBSF, ainda assim foi possível notar um reconhecimento quanto as ações que podem ser desenvolvidas pela própria equipe no decorrer do dia a dia, com o intuito de promover a qualidade de vida.

Quanto a integração de toda a Rede, é possível refletir com base em observações que ela não ocorre de maneira efetiva, vindo a trazer dificuldades quanto ao planejamento e a execução das atividades que deveriam ser desenvolvidas de forma positiva por se tratar de uma Rede.

Emano por esse meio indicar que sejam realizados cursos de capacitação para os profissionais de toda a Rede na proposta de educação continuada em parcerias com outros setores, permitindo a avaliação das ações e o planejamento das mesmas e a interdisciplinaridade entre os componentes da Rede, a fim de potencializar os desdobramentos na busca pela atenção integral a saúde.

Enfim, exponho a ideia de que é preciso fazer saúde mental em qualquer lugar onde existam pessoas, e de uma maneira que todos se envolvam e se comprometam com a eficácia das ações a serem desenvolvidas.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 120p.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade.** 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>. Acesso: 03 nov. 2017.

BECKER, Howard. Outsiders: Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1963].

BORGES, Camila Delatorre; SANTOS, Manoel Antônio dos. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 74-80, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702005000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 04 abr. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro. UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete, et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.p.88-110.Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso: 03 nov. 2017.

Brasil, Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial, Brasília, DF, 23 de dez. 2011.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica: saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013, n. 34, 176 p.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Por uma Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários/ Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2010.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 jun.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde;

2006 .Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 04/04/17.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011f.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011f.

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

_____. Portaria n. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23200>. Acesso em: 29 jun.. 2018.

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

_____. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55.

_____. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. jan. 2011c. 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 05/04/17.

_____. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. jan. 2011c. 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 05/04/17.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 05/04/17.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 05/04/17.

_____. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 05/04/17.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 02/02/17.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 06/10/16

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011.

CAPRA, F. As conexões ocultas. São Paulo: Cultrix, 2002.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

ERDMANN, A. L. Sistema de cuidado de enfermagem. Pelotas: UFPel, 1996.

FIOCRUZ, Pense SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 05/04/17.

HEIMANN, Luiza Steman; MENDONÇA, Maria Helena. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. Divulgação em Saúde para o Debate, v. 41, p. 36-46, 2008.

MERHY, Emerson Elias et al (org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

MENDES, E. V. As redes de Atenção à saúde. 2. ed. Brasília: OPAS; OMS, 2011.

OMS. (Organização mundial da Saúde). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. Divulgação em Saúde para Debate, n. 42, p. 12-22, 2008.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistências**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. 2001. Disponível em: http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plan_o_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf. Acesso em: 03 nov. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.356p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.356p.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o S U S. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 03 nov. 2017.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; D., Ana Maria; CORBO, Andrea (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-

41. Disponível em: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4Modelos-Assistenciais_em_Sade_Aluisio_G._da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf. Acesso: 03 nov. 2017.

Organização Mundial de Saúde. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 25/03/17.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, fev. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04/04/17.

ANEXOS

Anexo I – Solicitação de carta de anuência para pesquisa

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Artes, Humanidades e Letras

Colegiado de Serviço Social

Ofício nº 01/2018

Governador Mangabeira, 02 de abril de 2018.

Prezada Sr^a Lainara Lopes

Coordenadora da Atenção Básica

Assunto: Solicitação de Carta de Anuência para pesquisa

Eu, Josiane da Paz Silva, graduanda em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, solicito a sua autorização para realizar a coleta de dados referente à pesquisa O “lugar da loucura” na Atenção Básica do Município de Governador Mangabeira- BA, orientada pela professora doutora, Sílvia de Oliveira Pereira. Trata-se de uma pesquisa com o objetivo de discutir a articulação entre Saúde Mental e a Atenção Básica e identificar quais as redes de relação entre as mesmas. Necessitando, portanto, ter acesso ao menos a duas Unidades Básicas de Saúde da Família do Município, para coletar dados, onde será utilizada a técnica de grupo focal em cada uma delas, com a participação de toda a equipe se possível.

Ressalto que, não haverá custos para nenhuma das instituições com a realização desta pesquisa e que será mantido sigilo da identidade dos participantes, e que tais dados serão utilizados somente para a realização desta pesquisa.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que os nomes das instituições constem no relatório final da pesquisa, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos, caso venha ser necessário.

Certa da vossa colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica nessa Instituição, agradeço antecipadamente o apoio e a compreensão. No ensejo, rogo a Senhora votos de estima e apreço.

Respeitosamente,

Josiane da Paz Silva

Graduanda em Serviço Social – UFRB

RG 08858410 00 / CPF 022239185 57

(75) 98143-1853

Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido aos funcionários da atenção básica das respectivas unidades básicas de saúde da família do município de Governador Mangabeira-BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FUNCIONÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DAS RESPECTIVAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR MANGABEIRA-BA.

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ OS CAMINHOS E OS IMPASSES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR MANGABEIRA- BA”, que tem como objetivo compreender a articulação entre Saúde Mental e a Atenção Básica e identificar quais as redes de relação entre as mesmas. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista de maneira coletiva, em um grupo focal sobre como está à atuação da Atenção Básica e do seu setor de trabalho no campo da Saúde Mental.

Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no decorrer do seu ato profissional posterior a entrevistada, independente da sua opinião sobre o tema.

Estou ciente de que a sua participação, que está sob minha responsabilidade será registrada através da aplicação do instrumento entrevista de grupo focal. Tomo ciência de que a pesquisa terá alguns riscos, dentre eles: casos em que os participantes não se sintam à vontade em relação a outros integrantes do grupo, ou que apresentem fortes discordâncias de opinião ou, ainda, que sejam hostis entre si, também quanto à necessidade do pesquisador de se generalizar os resultados da pesquisa caso necessite, etc.

Nas entrevistas, mesmo estando sendo realizadas em grupo, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, caso necessite, além de retornar para a Coordenação da Atenção Básica por meio de uma cópia do trabalho final. Comprometemo-nos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa.

Contatos com a graduanda em Serviço Social Josiane da Paz Silva, ou com a orientadora Profa. Dra. Sílvia de Oliveira Pereira.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Governador Mangabeiras - BA, ____/____/2018.

Participante

Josiane da Paz Silva

Anexo III – Perfil dos entrevistados que participaram do grupo focal

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Artes, Humanidades e Letras – CAHL

Colegiado de Serviço Social

Componente Curricular: Trabalho de Conclusão de Curso

Docente: Silvia Pereira

Discente: Josiane da Paz Silva

Entrevista de grupo focal para coleta de dados

Área de pesquisa: Atenção Básica e Saúde Mental

1- Perfil do entrevistado:

- Idade:
- Sexo:
- Profissão:
- Campo de atuação:
- Tempo de atuação:
- Vinculo empregatício:

Anexo IV – Roteiro de entrevista para a coleta de dados

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Artes, Humanidades e Letras – CAHL

Colegiado de Serviço Social

Componente Curricular: Trabalho de Conclusão de Curso

Docente: Silvia Pereira

Discente: Josiane da Paz Silva

Roteiro de Entrevista para coleta de dados

- 1- Identificação do entrevistado:
 - a- Idade:
 - b- Sexo:
 - c- Profissão:
 - d- Campo de atuação:
 - e- Tempo de atuação:
 - f- Vínculo empregatício:

- 2- A Atenção Básica está atuando como um ponto de atenção da RAPS?

- 3- De que maneira ocorre a atenção às pessoas com transtornos mentais no seu setor de trabalho?

- 4- Quais as ações que a Atenção Básica tem realizado para a promoção da Saúde Mental?

- 5- Ao se tratar de saúde mental, como você vê a função da UBS nesse contexto?

- 6- Você costuma acessar os demais setores da Rede de Atenção Psicossocial diante das necessidades dos pacientes? De que forma?

- 7- Quando o seu setor de trabalho acessa a Rede, ele pretende alcançar algum objetivo? Qual?

- 8- Quando ocorre a necessidade de encaminhar a pessoa com transtorno mental a outros serviços da Rede, você (ou o setor de trabalho) continua a acompanhar a situação?

- 9- Existem articulação e integração efetiva entre a RAPS no seu Município?

- 10- Como você analisa os componentes da RAPS em sua cidade? Ela possui suporte o suficiente para atender as demandas do dia a dia?