

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ANA CRISTINA GOMES ENGSTROM

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL MAGAL E
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VICTOR VALLA: O DESAFIO DA
CONSTRUÇÃO DE NOVOS SABERES EM MANGUINHOS**

RIO DE JANEIRO

2019



Ana Cristina Gomes Engstrom

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL MAGAL E CLÍNICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA VICTOR VALLA: o desafio da construção de novos
saberes em Manguinhos.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, IPUB, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadoras: Maria Tavares Cavalcanti e Mirna Barros Teixeira

Rio de Janeiro

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

Ana Cristina Gomes Engstrom

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, IPUB, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Dissertação aprovada em

Assinatura

Presidente, Professora Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Assinatura

Professora Dra Mirna Barros Teixeira

Assinatura

Professora Dra Ana Cristina Figueiredo

Assinatura

Professora Dra Maria Cecília Araújo de Carvalho

EPIGRAFE

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”.

Dalai Lama

RESUMO

ENGSTROM, Ana Cristina Gomes. **Articulação Entre o Centro de Atenção Psicossocial Magal e a Clínica de Saúde da Família Victor Valla**: o desafio da construção de novos saberes em Manguinhos. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) - IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

A mudança do modelo de atenção em Saúde Mental (SM) tem como objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtorno mentais severos, com base no território. Dentre os desafios da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica. Para esta integração, há dois atores fundamentais – o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao CAPS é designada a função de supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica como os serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território. O objetivo desse estudo é analisar o cuidado compartilhado dos casos de SM entre CAPS e a Clínica da Família (CF) no cuidado integral à saúde mental dos usuários de Manguinhos, e os objetivos específicos são: identificar as estratégias de articulação entre CAPS e CF para a promoção do cuidado integral em SM; analisar a compreensão de SM dos profissionais da Saúde da Família (SF) e do CAPS; - analisar o CAPS como organizador da rede de SM em seu território de abrangência. Esta pesquisa delineada em metodologia qualitativa, pelos objetivos buscou nos encontros com os profissionais, compreender cada sujeito participante, suas concepções construídas no serviço acerca da interação da saúde mental com a atenção básica. Para obtenção de informação para a pesquisa foi utilizada como fonte a entrevista semiestruturada. Nesta pesquisa, recorreremos à análise de conteúdo, para analisar a visão dos profissionais do CAPS Magal e da Clínica da Família Victor Valla (CFVV) acerca do cuidado compartilhado e saúde mental em Manguinhos, através do conteúdo expresso por eles. Como parte dos resultados, optamos por analisar três categorias centrais: Atenção Psicossocial; a Clínica Ampliada e Compartilhada e as potencialidades e desafios do trabalho compartilhado por meio da análise das entrevistas com profissionais do CAPS Magal e da Clínica da Família Victor Valla. Dessa forma, essa pesquisa responde as inquietações relacionadas a potência de um cuidado compartilhado, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos que demandam uma decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Básica. CAPS. Apoio Matricial. NASF.

ABSTRACT

The change in the model of mental health care (MS) aims to expand and qualify care for people with severe mental disorders, based on territory. Among the challenges of psychiatric reform is the inclusion of mental health in primary care. For this integration, there are two key actors - the Family Health Support Center (NASF) and the Psychosocial Care Center (CAPS). The CAPS is assigned the role of supervising and training primary care teams such as mental health services and programs within its territory. The aim of this study is to analyze the shared care of MS cases between CAPS and the Family Clinic (CF) in comprehensive care to mental health of Manguinhos users, and the specific objectives are: identify the articulation strategies between CAPS and CF to the promotion of integral care in MS; analyze the understanding of MS of Family Health (SF) and CAPS professionals; - analyze the CAPS as organizer of the SM network in its territory of coverage. This research outlined in qualitative methodology, the objectives sought in meetings with professionals, to understand each participant subject, their conceptions built in the service about the interaction of mental health with primary care. To obtain information for the research, the semi-structured interview was used as source. In this research, we resorted to content analysis to analyze the views of professionals from CAPS Magal and the Victor Valla Family Clinic (CFVV) about shared care and mental health in Manguinhos, through the content expressed by them. As part of the results, we chose to analyze three central categories: Psychosocial Attention; the Extended and Shared Clinic and the potential and challenges of shared work through the analysis of interviews with professionals from CAPS Magal and the Victor Valla Family Clinic. Thus, this research answers the concerns related to the power of shared care, understanding the health-disease process as a result of complex social processes that demand a resulting construction of a diversity of territorialized devices of Attention and care.

Keyword: CAPS. Matrix Support. Primary Care. Shared. NASF.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Síntese conceitual das categorias analíticas -----42

Quadro 2 – Modelos de Cuidado - 1 -----45

Quadro 3 – Modelos de Cuidado – 2 -----52

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica à Saúde

AP – Área Programática

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II MAGAL- Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto da Silva “Magal”

CF – Clínica da Família

CFVV- Clínica da família Victor Valla

CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de saúde da Família

IPUB – Instituto de Psiquiatria

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NUPPSAM - Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

MSFC – Medicina de Saúde da Família e Comunidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RP – Reforma Psiquiátrica

SF – Saúde da Família

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de saúde

SM- Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	16
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4.REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	22
4.1.1 O Papel Estratégico dos Caps.....	26
4.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ARTICULAÇÃO ENTRE OS CAMPOS DE SABER.....	30
5.PERCURSO METODOLÓGICO	37
5.1. CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
5.1.1 Os sujeitos da pesquisa.....	37
5.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA	37
5.3 PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO	38
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	39
5.5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	40
5.5.1 Categorias e subcategorias	41
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	44
6.1.2 O Trabalho em Rede: RAPS	47
6.1.3 O papel do CAPS na RAPS	48
6.1.4 Revendo Saberes: a saúde da família como ordenador da rede de saúde.....	51
6.2 Clínica Ampliada e Compartilhada.....	52
6.2.1 Estratégia de articulação entre CAPS e CF/NASF para a promoção do cuidado em saúde mental	53

6.3.1Potencialidades do cuidado compartilhado em saúde mental	55
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho, que parte da minha motivação para investigar o tema dos desafios e dificuldades que envolvem os casos de saúde mental na Atenção Básica (AB), vem de uma longa caminhada pela saúde mental.

No Brasil, e especificamente em se tratando do Rio de Janeiro, a atenção primária se organizou por meio do modelo da Saúde da Família (SF). Manguinhos, local do foco desta pesquisa, possui duas Clínicas de Saúde da Família: Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF).

Com o crescimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), ocorre também uma evolução na política de saúde mental (SM), acarretando a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, publicada na Portaria nº 154. Essa portaria recomenda que cada equipe de NASF tenha pelo menos um profissional de SM, além de normatizar a prática do matriciamento, definindo-a como um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada para garantir o princípio da integralidade das ações em saúde. Esse princípio se dá a partir da oferta de saberes-fazeres técnicos especializados às equipes de AB, a fim de que estas possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações.

Durante o trabalho realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Manguinhos, foi possível perceber a importância de compreender o sofrimento psíquico em sua concepção ampliada, levando em conta o território de vida do sujeito. Para acolher o usuário portador de sofrimento em suas necessidades, faz-se necessária a articulação entre a SF e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As questões iniciais desta pesquisa surgiram no período em que o autor integrava o NASF Manguinhos, após a percepção da dificuldade de articular a rede de SM no território. A articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a CF (Clínica da Família)/NASF mostrava-se pouco desenvolvida, dificultando assim o acompanhamento dos usuários por eles compartilhados. Um dos fatores que mais inibiam essa articulação era a distância entre os serviços, tanto pela necessidade de discussão entre esses serviços quanto pela impossibilidade de chegar ao local de tratamento por parte dos usuários.

Em 2016, o Teias-Escola Manguinhos ampliou a gestão e incluiu em seus dispositivos de cuidado um CAPS II, o CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal (CAPS Magal), com abrangência de duas áreas programáticas (AP) de saúde — AP. 1.0 e 3.1. O CAPS Magal

tem como função ser articulador do cuidado de pessoas com necessidades decorrentes de sofrimento psíquico, juntamente com a Atenção Básica, tendo como princípios a integralidade e a atenção psicossocial comunitária e em rede.

O território do CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal tem uma abrangência que perpassa por duas áreas programáticas de saúde — AP. 1.0 e 3.1. Na Área Programática 1.0 (AP. 1.0) a cobertura envolve os bairros de Benfica e São Cristóvão, sendo duas CF sob a responsabilidade do CAPS. Na Área Programática 3.1 (AP.3.1) a cobertura envolve os bairros de Manguinhos e Maré, com cobertura de 100% de SF.

O CAPS Magal já nasce com sua área abrangendo 100% de cobertura da Saúde da Família, o que aponta para uma proposta de trabalho articulado entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Esse CAPS está dividido em miniequipes, uma para cada território, com o objetivo de articulação e cuidado compartilhado com sua área de abrangência. A “miniequipe Manguinhos” do CAPS atende o território de Manguinhos como um todo, mas as reuniões de que trata este projeto estão relacionadas aos casos compartilhados em SM entre o CAPS Magal e a CFVV, por fazerem parte de uma proposta iniciada em 2017 entre os dois serviços ao perceberem que a proximidade física por si só não era suficiente para a promoção do cuidado integral em SM no território.

Essa proposta de articulação entre os serviços e ampliação de diálogo tem a intenção de romper barreiras para o cuidado integral, evitando a fragmentação do cuidado dos usuários e permitindo que ele se dê de forma integral e compartilhada. O CAPS já ocupa o lugar de articulador da rede de saúde mental de sua área de abrangência, mas uma atenção integral como pretendida pelo SUS (Sistema Único de Saúde) só será possível por meio de trocas de saberes e práticas, alterando-se a estrutura do saber especializado, e instituindo-se uma lógica do trabalho interdisciplinar e em rede.

A proposta baseia-se nas discussões dos casos de SM em reuniões mensais entre profissionais da “miniequipe Manguinhos” do CAPS e da CFVV/NASF, com o intuito de acompanhar, em parceria, os portadores de sofrimento psíquico, realizando projetos terapêuticos que privilegiem os cuidados no território dos sujeitos e de forma integrada. Além disso, foi criado um grupo de WhatsApp para discussões e apontamentos sobre casos compartilhados ou novos casos sem que seja necessário aguardar o dia da reunião.

As reuniões iniciam com a verificação dos casos já pautados na reunião anterior, avaliando a conduta proposta, suas realizações e possíveis mudanças de projeto de cuidado, para então discutir novos casos. Essa verificação dos casos discutidos anteriormente foi proposta para melhor acompanhar o usuário e as condutas observadas, avaliar se cada profissional conseguiu realizar sua tarefa e discutir a necessidade de mais tempo para realizá-las.

A reunião não impede que a discussão de um caso novo ou de uma demanda da eSF se dêem em outro espaço ou em outra hora, mas possibilita o compartilhamento dos casos e o cuidado de forma responsável, sem que CAPS e CFVV realizem ações de cuidado de forma truncada e com direcionamentos opostos, o que causaria mais dano do que melhora ao usuário.

Com base nessa experiência, esta pesquisa tem como objetivo analisar o cuidado compartilhado dos casos de SM entre o CAPS e a CF, utilizando como referencial teórico o conceito de cuidado compartilhado e de Clínica Ampliada e Compartilhada, proposto por Campos (2003), pautado na ideia de que “Não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnados em sujeitos, em pessoas. Clínica do Sujeito: essa é a principal ampliação seguida” (CAMPOS, 2003), orientação adotada pela Saúde Pública Brasileira.

Com isso pretendemos: ampliar o arsenal teórico sobre a importância do compartilhamento para um cuidado integral em SM; contribuir com caminhos teóricos e práticos que possam auxiliar no cuidado integral aos usuários dos serviços de saúde mental, proporcionando também outras formas de lidar com o sujeito com sofrimento psíquico, de modo a possibilitar a elaboração de novos modelos de cuidado que apontem para a integralidade do cuidado em saúde.

Com base nessas considerações e levando em conta os desafios e dificuldades que envolvem os casos de saúde mental na Saúde da Família, elegemos como núcleo de investigação as estratégias para a articulação entre CAPS e SF que resultem na melhoria do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, colocando foco na discussão e compartilhamento de casos entre os serviços que ampliem e transformem o cuidado aos usuários de SM, por apostar que esse é o caminho para a estruturação da integralidade de cuidado, promovendo assim uma atenção ao conjunto de esferas que incluem as pessoas e suas correlações com o sofrimento psíquico existente e/ou promotor de sofrimentos psíquicos.

O que se espera com este trabalho é contribuir para a produção de conhecimentos que demonstrem a importância de uma prática de inclusão de ações de saúde mental na Saúde da Família como um dos caminhos para o exercício de uma clínica integral do sujeito.

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica tem sido amplamente discutida no contexto brasileiro, e, nesse âmbito, a Estratégia Saúde da Família é apontada como o principal modelo do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica. A PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) optou por usar o termo Atenção Básica como equivalente à Atenção Primária à Saúde (APS), com a AB sendo o nível de atenção complexo que requer atuação marcante no que diz respeito à responsabilidade sanitária no território de atuação e precisa estar apto a dar resolutividade às questões que se apresentam em seu cotidiano.

Os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são usados frequentemente como sinônimos ou para designarem um conjunto de ações, conceitos e processos de trabalho semelhantes, mas correspondem a políticas bem distintas. Segundo Giovanella (2018):

O emprego do termo “Atenção Básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada [...] a política brasileira buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada, concepção das mais difundidas no período.

As ações da Estratégia Saúde da Família são vinculadas ao território e às demandas da comunidade em que estão inseridas, promovendo a integralidade no cuidado à saúde dos indivíduos na busca de maior resolutividade para as demandas nessa área.

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (PINHEIRO, 2001).

Desde então, a SF é vista como uma estratégia de mudança no modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. A proposta é que ela seja um espaço de reorganização do

processo de trabalho em saúde em seu território de abrangência, promovendo a qualidade de vida das pessoas por ela cobertas. (TEIXEIRA, 2005).

Quando um usuário procura a Clínica da Família, ele é atendido por sua equipe de referência, o que permite um acompanhamento longitudinal entre saúde/doença/intervenção (CAMPOS, 2007). Isso significa que há uma responsabilização da equipe de referência pela saúde da população por meio da realização de atividades de promoção da saúde, bem como da realização de projetos terapêuticos quando cabíveis e necessários.

A Estratégia Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção. Ela configura, também, uma nova forma de trabalho, nova fórmula de vínculo entre os membros da equipe e entre os serviços de saúde.

No cotidiano de suas ações, visitas domiciliares, acolhimento a demanda espontânea e levando-se em conta a proximidade da população, emergem os problemas de saúde mental. Com muita frequência os portadores de sofrimento psíquico são vistos como pessoas inconvenientes ou pessoas que provocam medo, dependendo do grau de sua condição. Nesses casos há uma tendência em encaminhar esses usuários para um serviço especializado, antes mesmo da realização de uma primeira escuta na AB (BRASIL, 2007).

Exige-se, cada vez mais, a criação de novos modos de cuidar dos portadores de saúde mental, e a Atenção Básica tem papel de destaque nesse cuidado. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta em suas diretrizes a importância de os profissionais da Atenção Básica atuar na reabilitação em saúde mental. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Segundo Rosa (2003):

[...] o ato de cuidar implica em compreender a saúde de maneira global, intrincada ao modo de vida das pessoas. A saúde, sendo percebida como recurso para a produção de vida diária dos usuários, exige novos modos de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento, principalmente o portador de transtorno mental, na sua vida diária e em seu espaço comunitário. Desse modo, a unidade básica tornou-se fundamental para esse tipo de acompanhamento.

Assim, fica evidente a importância da qualificação e fortalecimento da Atenção Básica no que tange ao cuidado em saúde mental da clientela por ela atendida. Dessa forma, o Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Ele figura como uma ferramenta para agenciar

a instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo biomédico dominante até então, que fragmenta o trabalho através das especialidades e pela prática excessiva de encaminhamentos aos serviços especializados, muitas vezes desnecessários.(CAMPOS, 2007).

Para alcançar esse objetivo, devemos trabalhar em conjunto para diminuir o preconceito dos profissionais de saúde, das famílias e da comunidade, em relação aos portadores de sofrimento psíquico.

Nesse sentido, torna-se importante a orientação no campo da saúde mental no âmbito da Atenção Básica, buscando romper o preconceito existente em torno desta, levando à realização de ações que promovam a inclusão social, possibilitando outra forma de atendimento que não a manicomial, e diminuindo o preconceito e a segregação da loucura.

Em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 4 de Março de 2008. O principal objetivo foi apoiar a integração da ESF na rede de atenção à saúde (RAS), além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. (BRASIL, 2008).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para que atuem em conjunto com os profissionais das equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sobresponsabilidade das Equipes SF no qual o NASF está cadastrado.

O núcleo está dividido em dez áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher; saúde do idoso, e assistência farmacêutica.

O NASF tem como um de seus mandatos oferecerem retaguarda assistencial como suporte técnico pedagógico às equipes Saúde da Família. O Apoio Matricial permite promover a saúde de uma forma ampliada e integrada, ampliando o olhar e a escuta da Saúde da Família.

As ações propostas pelo NASF, em contraste com os modelos convencionais de prestação de serviços —os quais visam à assistência curativa, especializada, fragmentada e

individual —, buscam a superação dessa lógica por meio do estabelecimento de redes de atenção em saúde e cuidado de forma corresponsabilizada com as equipes Saúde da Família. Para a implantação dessas ações é necessário oportunizar a criação de espaços rotineiros de reunião, com estabelecimento de contratos, definições de objetivos, critério de prioridade, critério de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critério de avaliação, entre outros. (SOUSA et al, 2017).

As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial. É claro que a articulação entre NASF e Saúde da Família deve ter como suporte a referência e contra-referência para outros níveis de cuidado, de forma que aquele seja um potencializador da rede de cuidados, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica. É importante, no entanto, ter em mente que as ações de Apoio Matricial devem reduzir os encaminhamentos e não funcionar como mais uma burocratização de referência. O que o NASF propõe é repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pelas equipes Saúde da Família. (CAMPOS, 2007).

O principal motivo para a necessidade de Apoio Matricial em SM às eSF é a relevante magnitude e alta prevalência dos transtornos mentais na Atenção Básica e o baixo número de pessoas recebendo tratamento, além da necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e os de saúde mental. (BRASIL, 2003).

Com a expansão da ESF, houve um aumento da demanda e do acesso aos cuidados em SM nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando assim: respeito aos direitos humanos; redução de custos com a procura de tratamentos em locais distantes; e bons resultados para a integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico. (BRASIL, 2008).

O imaginário acerca dos transtornos mentais é muitas vezes formado de representações caracterizadas pelo distanciamento, exclusão e periculosidade, que vêm influenciar posturas e determinar a assistência prestada ao portador de sofrimento psíquico. Esse imaginário, marcado pela forma de cuidar do sofrimento psíquico baseada na exclusão, é um modelo combatido pelo processo da Reforma Psiquiátrica (RP).

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) aponta para a elaboração de novos cuidados em saúde mental que proporcionem uma alternativa ao modelo asilar, com o estabelecimento de serviços de base territorial que trabalhem na perspectiva da

desinstitucionalização, tendo o sujeito e sua família como foco de cuidado e não mais a doença. (TENÓRIO, 2001).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, para além das transformações de cunho assistencial, procura dar uma nova resposta social ao problema da “administração da loucura” que não perpetue a exclusão social. A RPB, importante movimento social por um tratamento digno aos portadores de sofrimento psíquico, foi complexa e requereu a interação de vários atores e instituições, de forma que aos poucos e de forma progressiva foi se delineando em 2003 a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, passando assim a vigorar as primeiras normas federais para a composição da rede de serviços de saúde mental (Brasil, 2004).

Os novos serviços que seguem essas diretrizes podem ser chamados de espaços de formação de sujeitos sociais, de subjetividade, ou de espaços de convivência, sociabilidade e inclusão. O Ministério da Saúde adotou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo privilegiado no enfrentamento ao modelo assistencial até então predominante. (BRASIL, 2002).

Entre os desafios da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na Atenção Básica. Para esta integração, há dois atores fundamentais — o NASF e o CAPS. Ao CAPS é atribuída a função de supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica, bem como os serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território. (DELFINI et al, 2009).

Com base nessas considerações e levando em conta os desafios e dificuldades que envolvem os casos de saúde mental na Atenção Básica, elegi como foco de investigação estratégias para questões relacionadas à articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica que resultavam na melhoria do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, colocando foco na integralidade e no cuidado longitudinal, e priorizando, como eixo transversal, o estudo das ações de cuidado compartilhado que busquem a interação entre os serviços, e que ampliem e transformem a partir da ação uma oportunidade para o estabelecimento da integralidade.

O que se espera com este trabalho é contribuir para a produção de conhecimentos que demonstrem a importância de uma prática de inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica como um dos caminhos para o exercício de uma clínica integral do sujeito.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o cuidado compartilhado dos casos de saúde mental entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Clínica da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias de articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Clínica da Família para a promoção do cuidado integral em saúde mental;
- Analisar a concepção dos profissionais de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial em relação à Rede de Atenção Psicossocial e sua importância para o cuidado integral aos usuários da saúde mental;
- Analisar o Centro de Atenção Psicossocial como articulador da rede de saúde mental (RAPS) em seu território de abrangência;
- Identificar desafios e potencialidades da proposta de cuidado compartilhado existente entre Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial em Manguinhos.

4.REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O que chamamos de Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento iniciado há pouco mais de quarenta anos, e que tem sua originalidade no fato de que a crítica ao asilo deixa de ter o objetivo de aperfeiçoá-lo ou de humanizá-lo, visando à sua superação, atacando diretamente os pressupostos psiquiátricos e condenando seus efeitos de normatização e controle (BRASIL, 2005). A RPB traz como uma das suas principais características a exigência de reconhecimento dos direitos e da cidadania dos doentes mentais, procurando levar esta discussão, até então inédita, para o interior do tecido social. (TENÓRIO, 2001).

A RPB constitui um processo histórico que adquiriu maior visibilidade no final dos anos 70 e no início dos 80, com a retomada dos movimentos sociais. Ela surgiu em estreita vinculação aos temas e às questões políticas que ocuparam a agenda da sociedade naquele período, buscando provocar transformações nos campos teórico, técnico-assistencial, jurídico, político e socioculturais. (AMARANTE, 1997).

“Trata-se, portanto, de uma proposta de dar à loucura outro lugar social” (TENÓRIO, 2001), defendendo uma mudança no paradigma teórico-clínico, conquistando espaço nas políticas públicas de saúde e trazendo essa discussão acerca da loucura para a sociedade. A RPB constitui-se em um campo heterogêneo, incluindo diversos setores, como a clínica, a política, a sociedade, a cultura e o judiciário. (TENÓRIO, 2001).

Um dos marcos iniciais da RPB foi à criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que combinava reivindicações trabalhistas com denúncias acerca da violência e abandono aos quais estavam submetidos os pacientes internados nas clínicas conveniadas (clínicas privadas que recebiam repasse de verbas públicas para prestar assistência à população). Em 1979 ocorreu o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, organizado pelo MTSM. (BRASIL, 2005).

Neste primeiro momento a RPB ainda se encontrava vinculada à Reforma Sanitária (RS), que procurava reformular todo o sistema de saúde do país, dando ênfase à ampliação do acesso da população à saúde, e priorizando o planejamento e a administração dos serviços de saúde. Só mais tarde é que a RPB iria se afastar da reforma sanitária, tornando-se um movimento autônomo. (BRASIL, 2005).

Assim, a RPB, até então ainda ligada à Reforma Sanitária, conquistou também seu espaço na administração pública. Contudo, como a RS apostava na remodelação e na moralização da assistência e das instituições, não houve mudanças significativas no que diz respeito à superação do modelo manicomial. Este foi um dos motivos para o desmembramento do movimento na RPB, pois a Reforma Sanitária propunha apenas a moralização do asilo e a criação de uma rede ambulatorial como alternativa àquela, sem, contudo, tocar no ponto principal que já começava a ganhar força, ou seja, a questão dos direitos e da cidadania dos pacientes psiquiátricos.

No final da década de 80, mais precisamente em 1987, dois eventos marcantes ocorreram: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental do Ministério da Saúde. Na I Conferência, a Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) procuraram esvaziar as discussões políticas e sociais, tentando dar ao evento um caráter mais científico. Isto causou grandes divergências, levando à proposta de realização do II Encontro citado acima. É neste momento que a RPB se afasta da Reforma Sanitária, por perceber que as propostas desta não eram suficientes para promover as reformas necessárias para o campo da saúde mental. (RESENDE, 1997).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Além disso, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, e são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. (BRASIL, 2005).

O II Encontro teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e foi marcado por uma distinção radical em relação às propostas sanitaristas, pois não visava apenas às macroreformas assistenciais, mas procurava modificar o próprio ato clínico, revendo as práticas e mudando a maneira de entender a loucura. Além disso, este deixou de ser um movimento limitado ao interior do setor de saúde, passando a incorporar representantes da comunidade, como os usuários e familiares. Assim, foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial, trazendo a discussão sobre a relação com o louco e com a loucura para a

sociedade, que deixou de ser uma discussão específica apenas à saúde mental. (BRASIL, 2005).

Similarmente, merece destaque a realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dispositivo fundamental de participação e de controle social, a III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada logo após a promulgação da Lei nº 10.216, e sua etapa nacional são realizadas no mesmo ano, em dezembro de 2001. A III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a criação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O principal objetivo da Lei nº 10.216 é a progressiva substituição do modelo manicomial de assistência por uma rede extra-hospitalar, financiada pelo redirecionamento das verbas públicas (BRASIL, 2005).

“No centro da mudança no campo psiquiátrico está à percepção da loucura como um objeto complexo e o desafio de cuidar sem segregar” (TENÓRIO, 2001). A militância pela transformação do significado social atribuído à loucura tem se traduzido no alargamento do campo de cuidados e na exigência de ações culturais e de política social que integrem o louco à sociedade. (TENÓRIO, 2001).

A descentralização para os municípios foi fundamental para a sustentação dessas novas práticas de atenção e para o favorecimento da articulação intersetorial. Esse processo de descentralização das ações e serviços à atenção se caracteriza pelo fortalecimento do nível local, pelo deslocamento em relação à atenção centrada no modelo médico e pelo incentivo à responsabilização e ao controle social. (BRASIL, 2005).

A ampliação do conceito de saúde favoreceu a instituição, nos municípios, de políticas e ações de saúde que atendam às necessidades abrangentes da população local. A conjunção entre o movimento de Reforma Psiquiátrica e a descentralização tem impelido os municípios a cumprirem as novas orientações normativas de saúde mental e a assumirem a responsabilidade por ações amplas que visem à minoração do sofrimento psíquico de seus cidadãos (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira aponta para a elaboração de novos cuidados em saúde mental como alternativa ao modelo asilar, com a criação de serviços de

base territorial que trabalhem na perspectiva da desinstitucionalização, tendo o sujeito e sua família como foco de cuidado e não mais a doença. (NICÁCIO, 2003).

Portanto, a reforma psiquiátrica surge como resposta aos modos como as pessoas com sofrimento psíquico eram tratadas nos hospitais psiquiátricos, criticando a cronificação do portador de transtorno mental, as internações prolongadas e as perdas subjetivas pelo saber psiquiátrico clássico e pelas instituições. (BEDIN; SCARPARO, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, para além das transformações de cunho assistencial, procura dar uma nova resposta social ao problema da “administração da loucura” que não perpetue a exclusão social (TENÓRIO, 2001). A RPB, importante movimento social por um tratamento digno aos portadores de sofrimento psíquico, foi complexa e requereu a interação de vários atores e instituições, de modo que aos poucos e de forma progressiva foi se delineando em 2003 a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, passando assim a vigorar as primeiras normas federais para a composição da rede de serviços de saúde mental. (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde adotou os Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo privilegiado no enfrentamento ao modelo assistencial até então predominante (BRASIL, 2002). Os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-las em suas iniciativas de busca por autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Um dos objetivos do serviço é possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil (BRASIL, 2002).

Os CAPS se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho:

Os CAPS I oferecem atendimento a municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes. O foco são usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Podem acompanhar por volta de 240 pessoas por mês, de segunda a sexta-feira, funcionando das 8 às 18 horas. Os CAPS II oferecem atendimento a municípios com mais de 50.000 habitantes. O público-alvo é adulto com transtornos mentais persistentes. Suporte para acompanhar cerca de 360 indivíduos por mês, de segunda a sexta-feira, com horário de funcionamento das 8 às 18 horas — podem oferecer um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Os CAPS III são caracterizados por serem os serviços de maior porte da rede. Com uma previsão de cobertura para

municípios com população acima de 200.000 habitantes. Horário de funcionamento 24 horas, oferecem acolhimento noturno, se necessário, realizando internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 ou 10 dias. O CAPSi é um tipo de serviço especializado em atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e se operacionaliza em municípios com população acima de 200.000 habitantes. O funcionamento acontece de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo também ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Os CAPSad focam o atendimento a pessoas que utilizam o álcool de maneira prejudicial e outras drogas, em cidades com mais de 200.000 habitantes. Os CAPS se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho. (BRASIL, 2002).

Sendo assim, os CAPS são vistos como estratégicos para a reformulação do modelo da assistência e a organização da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, pois ampliam suas ações e têm a possibilidade de atuar no território de vida do sujeito, entendido como espaço onde se desenrola o cotidiano do paciente e campo da prática territorial, de corresponsabilidade entre instituição e região e de tomada de responsabilidade. É o surgimento destes serviços de base comunitária que passa a mostrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. (BRASIL, 2011b).

Segundo Tenório (2001), eles inauguram um novo paradigma de cuidados: a atenção psicossocial. A atenção psicossocial inova na medida em que se afasta do modelo manicomial e sintomatológico, em que a doença assume lugar central, e valoriza um cuidado singularizado que centra suas ações na pessoa doente e não na doença. A instituição é um lugar de trocas e deve se firmar como uma referência para o paciente.

4.1.10 Papel Estratégico dos Caps

Ao longo da história, a assistência em saúde mental foi marcada por um modelo de exclusão e “aprisionamento”, no qual as pessoas com transtornos mentais eram segregadas do meio social, obrigadas a ficar longe de seus familiares e à margem da sociedade.

Os CAPS são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, bem como para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. (BRASIL, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial, enquanto serviço substitutivo representa a porta de entrada e regulação em saúde mental no Sistema Único de Saúde, criado na intenção de substituir as internações nos hospitais psiquiátricos pelo atendimento de base comunitária.

Sua finalidade é fornecer atendimento à população em área adscrita, com acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, além de oferecer suporte à saúde mental na rede básica.(BRASIL, 2007).

Em 2011, através da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro, é atribuída ao CAPS à função de supervisionar e capacitar tanto as equipes de Atenção Básica como os serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território (BRASIL, 2011b). De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.(BRASIL, 2007).

O CAPS não é apenas um serviço, mas uma estratégia para a mudança do modelo assistencial e para a formação de cuidados. O seu maior desafio é desconstruir o conceito de doença mental, reconstruindo a complexidade deste objeto que é o existir humano e estabelecendo um novo paradigma científico, ético e político. (YASSUI, 2007).

Sales e Dimenstein (2009) esclarecem que o CAPS busca estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de um atendimento integral e territorial que preze pela permanência das pessoas na comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia de direitos de cidadania. Busca-se um novo olhar no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, reconhecendo esta como um ser de direitos e potencialidades.(SALES; DIMENSTEIN, 2009).

O CAPS é meio, caminho, e não fim. Cuidar é a essência do trabalho cotidiano, é um posicionamento comprometido em relação ao outro. A ruptura com o modelo e as práticas hegemônicas não significa desprezar o conhecimento produzido e acumulado. Trata-se de retomá-lo e agenciá-lo numa perspectiva diferente que relativiza sua importância como única verdade e o coloca em articulação com outros saberes e fazeres. (YASSUI, 2007).

O modelo psicossocial visa ao cuidado integral, desenvolvendo escutas e atendimentos humanizados. Enquanto profissionais de saúde, é fundamental levar em consideração a autonomia e a singularidade de cada usuário, poder compreender como eles organizam suas vidas, para assim poder desenvolvem novos cuidados de atenção a eles. (YASSUI, 2010).

São funções dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da

rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.(BRASIL, 2007).

O CAPS é estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental que não se esgota como serviço de saúde. Ele tem como estratégia usar os recursos de que dispõe para explorar condições favoráveis visando alcançar seus objetivos, e assim alavancar um processo de transformação. (YASSUI, 2007).

A elaboração das ações inicia-se pelo estabelecimento de um vínculo no momento crítico de chegada ao serviço: na recepção, no acolhimento e na escuta do mundo do usuário, de seu modo de viver. A relação de um usuário com o serviço não se dá *a priori*. Os vínculos são a princípio frágeis e podem se romper.

É um lugar de formação de cuidados, de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social, lugar para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário. Isso significa desenvolver a cada demanda e a cada usuário uma complexidade de ações que contemplem as dimensões do existir (YASSUI, 2007).

A estratégia de cuidados envolve a invenção de um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico, caracterizado por: promoção da saúde e da qualidade de vida; criação de novas estratégias de cuidado que incluam a subjetividade e as necessidades coletivas; articulação de rede intersetorial, visando à inclusão social e a uma crescente autonomia dos usuários (JORGE, 2012).

A mudança do modelo de atenção em SM tem como objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais severos, com base no território. Nesse novo modelo ocorre uma mudança na forma como deve se dar esse cuidado: mais próxima da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo saúde/adoecimento. (DIMENSTEIN et al, 2009).

Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território, devendo ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com vistas a preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. (BRASIL, 2011).

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: socio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras (BRASIL, 2005).

Em 2017, a Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro, altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de Setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, delineando novas diretrizes para as três esferas de governo, e modificando assim as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, o que altera o tratamento aos usuários de álcool e/ou outras drogas e a rede de SM:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infante-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Unidades Ambulatoriais Especializadas). (BRASIL,2017).

Segundo a portaria, todos os serviços que compõem a RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. Nessa portaria, “o MS não considera mais serviços como sendo substitutivos de outros, a rede devendo ser harmônica e complementar”, o que significa que não existe mais um serviço que seja substitutivo ao modelo asilar. (BRASIL, 2017).

Essa Nota Técnica coloca em risco os preceitos da RPB ao inserir os hospitais psiquiátricos na RAPS, principal instituição que garante o modelo manicomial. Ela apresenta ainda essa rede como harmônica e complementar, o que quer dizer que todos os pontos da rede são importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. Em relação ao mandato do CAPS, foco desta pesquisa em particular como sendo um serviço substitutivo ao modelo manicomial com base no cuidado no território e no convívio familiar, ele deixa de ser substitutivo.

Essa decisão certamente acarretará mudanças drásticas no cuidado em SM, já que faz parte da nova política de SM, álcool e outras drogas, dispositivos que funcionam com base em óticas contrárias, colocando em risco a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Sabemos que cada serviço do ponto de atenção à saúde possui especificidades de organização e envolvimento com a comunidade a que pertence, com a rede de atenção e os usuários, sendo importante que essa rede seja articulada.

A tarefa do CAPS, como serviço substitutivo ao modelo asilar, é de acreditar no desacreditado e imprimir no dia a dia do serviço formas de cuidar dos sujeitos, de maneira a resgatar a autonomia, a subjetividade e a autoconfiança de um público que historicamente foi excluído de todos os ambientes e destituído de seus papéis sociais. (PASSOS, 2013).

A mudança de paradigma da saúde mental não diz respeito somente ao lugar onde é realizado o tratamento ou ao modo de cuidado; o sofrimento psíquico vai muito além da classificação dos sintomas em categorias. Para compreendê-lo, é preciso pôr entre parênteses a doença e o modo como ela foi classificada de modo a considerar o doente no desdobramento de modalidades humanas. (PASSOS, 2013).

4.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ARTICULAÇÃO ENTRE OS CAMPOS DE SABER

O modelo de saúde adotado no Brasil se traduz em várias mudanças que trazem em seu alicerce a proposta de superação do modelo biomédico centrado na doença, nos procedimentos e nas especialidades, para uma visão ampliada do sujeito, um modelo que tem como foco a integralidade da atenção, centrada no território e nas necessidades de saúde do usuário. (Morosini;Corbo, 2007).

No caso do Brasil, as transformações são resultantes do processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Entre os desafios inéditos, destacam-se aqueles decorrentes de estratégias de reorientação do modelo de atenção. Um dos esforços nessa direção diz respeito à implantação da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na primeira década do século do XXI, que consistem num conjunto de recursos dirigido à reorientação do modelo de atenção, representando uma importante expansão dos postos de trabalho para as categorias profissionais presentes no sistema de saúde brasileiro e um crescente desafio para a área de recursos humanos. (BRASIL, 2009a).

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental marca um progresso indiscutível da política do SUS. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes Saúde da Família são um

recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados aos portadores de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2009a).

A Estratégia Saúde da Família tem como proposta a reorganização do modelo de atendimento do SUS, com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e intervenções que vão além de práticas curativas. Desse modo, a atenção é centrada na família a partir de seu ambiente físico e social.

Pode-se dizer que a ESF, numa perspectiva interdisciplinar, pretende atender as necessidades da população, por meio de uma relação mais próxima entre equipe de saúde, famílias e comunidade, devendo o cuidado em saúde ir além de práticas curativas, de modo a priorizar a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população, e compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial. (MERHY, 2002).

Os profissionais da ESF têm um papel central na elaboração de um novo cuidado em saúde, pois, além de realizar o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, devem promover a educação/orientação para a saúde individual e coletiva, estimular a participação da comunidade nas políticas públicas, aproximar e fortalecer o vínculo entre comunidade e as equipes de saúde.

A Estratégia Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção. Ela configura, também, uma nova forma de trabalho, nova fórmula de vínculo entre os membros da equipe e entre os serviços de saúde.

Com a expansão da ESF, houve um aumento da demanda e do acesso aos cuidados em SM nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com maior qualificação das ações e dos serviços, o que faz com que as equipes de saúde da família defrontem-se, diariamente, com dificuldades relacionadas à saúde mental. Sendo assim, as equipes de Atenção Básica devem estar habilitadas para desenvolver propostas de cuidado que incluam a SM, partindo das situações observadas e priorizadas em seu cotidiano profissional e do conhecimento dos recursos disponíveis para que estes sejam utilizados de modo efetivo na assistência.

O trabalho em parceria entre SM e Saúde da Família consiste na responsabilidade compartilhada no cuidado dos casos de saúde mental da região, com o objetivo de proporcionar um atendimento mais singularizado e personalizado, potencializando o papel

terapêutico inerente ao vínculo e permitindo que os trabalhadores acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde-enfermidade-intervenção de cada paciente. (CAMPOS, 1999).

Os serviços que levam em conta a lógica do território assumem um papel ativo e importante na promoção da saúde mental em sua área de abrangência, sendo um dos meios mais adequados para tal, visto que “a corresponsabilização dos casos entre as equipes visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos.” (CAMPOS, 2003).

Nesta perspectiva, em 2008 o Ministério da Saúde cria o NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, já citada anteriormente, em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidado — que visam à assistência curativa, especializada, fragmentada e individual —, e as ações desse núcleo buscam a superação dessa lógica e vão em direção ao estabelecimento de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a eSF. Para sua implantação é necessária a criação de espaços rotineiros de reunião, o que inclui contratos, definições de objetivos, critério de prioridade, critério de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critério de avaliação, resolução de conflitos, entre outros (BRASIL, 2008).

O NASF é classificado em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. O primeiro realiza suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) equipes Saúde da Família, e a, no máximo, 20 (vinte) equipes Saúde da Família; e o segundo realiza suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes Saúde da Família. (BRASIL, 2008).

O NASF é composto de nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da presente publicação. São elas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2008).

O NASF, constituído por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, contratados em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde, pode ser considerado como retaguarda dos diversos serviços e profissionais da Atenção Básica, visando potencializar a interatividade resolutiva entre estes atores, ao compartilhar saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território. (BRASIL, 2008).

A proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica do encaminhamento, na direção da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos. (CAMPOS, 2008).

Nesse contexto se insere o arranjo organizacional para o trabalho em saúde denominado por Campos (1999) de equipes de referência e apoio especializado matricial, como forma de consolidar uma cultura que estimule o compromisso das equipes nos processos de trabalho, e que hoje é adotado em diversos programas do Ministério da Saúde (Campos; Domitti, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007), o Apoio Matricial é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e a Atenção Básica de Saúde. Ele permite, além disso, diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF (Programa de Saúde da Família), ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais.

Na área da saúde mental, esse trabalho tem o intuito de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na Atenção Básica, permitindo trocas de saberes entre os profissionais e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários. As equipes de referência acompanham de forma contínua o usuário, responsabilizando-se pela condução dos casos e apoiadas pelas equipes matriciais nas suas práticas, desenvolvendo um diálogo conjunto sobre as intervenções necessárias.

Para Campos e Domitti (2007), o funcionamento do Apoio Matricial e da equipe de referência depende de arranjos organizacionais e de formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e da integração dialógica entre diferentes especialidades. Nesse sentido, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. (CHIAVERINI, 2011).

O que se pretende atingir com o Apoio Matricial é a clínica ampliada, ferramenta eficaz para a ampliação do escopo de trabalho da ESF. Para além do biológico, a clínica ampliada aponta para a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, que

possibilita que outros aspectos do sujeito possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde. (CUNHA, 2010).

A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, não para reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes.

A Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; o suporte para os profissionais de saúde. (BRASIL, 2009b).

Ela propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a enfermidade, mesmo sendo um limite, não as impeça de viver outras coisas nas suas vidas. (BRASIL, 2004).

Podemos dizer que a Clínica Ampliada é: Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; Assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde; Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE; RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas — tarefa muito difícil para esses profissionais —, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; Assumir um compromisso ÉTICO profundo. (BRASIL, 2007b).

A Clínica Ampliada é proposta como uma ferramenta com a qual os profissionais da ESF e do NASF enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, tendo como objetivo garantir a saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas (BRASIL, 2007b). Para isso, utiliza-se da integração de equipe multiprofissional, da adscrição de clientela e do estabelecimento de um vínculo entre profissionais e usuários na elaboração de projeto de cuidado. Esse projeto de cuidado é desenvolvido de forma singular e em conformidade com a vulnerabilidade de cada caso, com vistas à ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, tomando a integralidade como objetivo maior. (BRASIL, 2009b).

A Clínica Ampliada é um dos conceitos que orientam o cuidado em saúde adotado na realidade brasileira, sendo pautada na clínica do sujeito e em sua singularidade. “A doença

nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente.” (CAMPOS, 2001).

O cuidado compartilhado e integrado da equipe é fundamental para o estabelecimento da Clínica Ampliada, exigindo uma abordagem interdisciplinar e colocando em cena a necessidade de estratégias para melhorar essa interação entre os profissionais, por entender que esse é o ponto central para um cuidado centrado nas necessidades dos pacientes. (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, a articulação dos diversos olhares e saberes contribui para a orientação das práticas e elaboração do projeto terapêutico singular, o que gera uma “direção do cuidado” (CAMPOS;DOMETTI, 2007).

A parceria entre saúde mental e Atenção Básica é necessária e articula os desafios propostos pela RP com a responsabilização das equipes eSF. A realização dessas parceria entre serviços de saúde é vital para os cuidados de SM no território. Para Lancetti(2006), “a atenção à saúde mental é a medida de integralidade e de diferenciação do cuidado ofertado pela ESF em relação aos demais modelos de assistência à saúde.” (LANCETTI, 2006).

Isso reforça a importância das ações do sistema de saúde, com responsabilização tanto da ESF quanto dos serviços de SM como os CAPS no cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Em documento mais recente, Portaria nº2. 436, de 21 de Setembro de 2017, o NASF é apresentado com o nome Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), concebido para lidar com dois desafios do SUS: integralidade e resolubilidade (BRASIL, 2017). Assim, o NASF-AB “constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta de categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica.” (BRASIL, 2017).

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, mas um parágrafo único dessa portaria deixa claro que serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos na portaria e que tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2017a).

As modalidades de NASF são hoje divididas em: NASF 1: vinculado a **5 a 9** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF); NASF 2: vinculado a **3 a 4** eSF e/ou

eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) e NASF 3: vinculado a **1 a 2** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) (BRASIL, 2017a).

Na portaria de 2008, o NASF, como apoio à Saúde da Família, tinha por objetivo ampliar a capacidade de cuidado na AB, calcado na lógica do Apoio Matricial. Segundo Melo, Mendonça et AL, 2018, A PNAB 2017 não traz mudanças quanto às categorias profissionais do NASF nem sobre sua carga horária, contudo, a nova nomenclatura parece anunciar outra concepção do trabalho. “Renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB),” podendo perder a função de apoio e, pela possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, podem ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento” (que já é um desafio mesmo nas eSF), pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS (considerando o regime de cargas horárias previsto bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF. (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Diante disso, decidi manter no título desse subcapítulo o termo apoio, “entendendo que a função apoio comparece como diretriz e dispositivo que visa ampliar a capacidade de análise e intervenção das eSF” (BRASIL, 2008). No cerne dessa noção:

Habita a fronteira entre a clínica e a política, entre a gestão e o cuidado, trabalhando no sentido transversal, articulando saberes e práticas das organizações apoiadas, em prol da produção de saúde. (BRASIL, 2008).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo da saúde mental em Manguinhos, bairro situado no município do Rio de Janeiro, é marcado pelo convívio cotidiano com todos os tipos de violência (coletiva, institucional, interpessoal e criminal). De acordo com dados do Registro Eletrônico de Informação em Saúde (Reis) da Saúde da Família, o total de famílias cadastradas é de 12.080, correspondendo a 36.976 habitantes. (TEIAS-ESCOLA MANGUINHOS, 2018).

O Teias-Escola Manguinhos tem uma cobertura de 100% da Atenção Básica da população residente em Manguinhos, graças à implantação de 14 equipes Saúde da Família em dois equipamentos de saúde: a Clínica da Família Victor Valla e o CSE Manguinhos (localizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria —CSEGSF/Fiocruz), além de 1 equipe de Consultório na Rua, situada na CFVV, e um Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal.

Dentre os serviços pertencentes ao Teias-Escola Manguinhos, optou-se por definir, como cenário de prática, o CAPS Magal, a CFVV/NASF e os profissionais inseridos nesses serviços como sujeitos para esta pesquisa.

5.1.1 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa foram 6 profissionais: 3 do CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal que fazem parte da “miniequipe Manguinhos” —uma enfermeira, uma médica psiquiatra e umaicineira. Na CFVV, 2 profissionais do NASF Manguinhos (psiquiatra e psicóloga) e da eSF, e 1 preceptor médico da CFVV.

O roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice A.

5.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi delineada em metodologia qualitativa, por este ser um **método de investigação científica que foca o caráter subjetivo do objeto analisado**, estudando as suas particularidades e experiências individuais. Para Minayo(2002), a pesquisa qualitativa se caracteriza por um aprofundamento maior da realidade, em que aspectos além dos objetivos são considerados, como os sentimentos, os significados e os valores presentes nos discursos.

A abordagem qualitativa estuda um fenômeno no local em que ocorre, visando dar sentido a ele, mediante interpretação dos significados que as pessoas envolvidas atribuem ao fenômeno.(CHIAZOTTI, 2003).

Como objetivo desta pesquisa, buscou-se, nos encontros com os profissionais, compreender cada sujeito participante, através de suas concepções desenvolvidas no serviço acerca da interação da saúde mental com a Atenção Básica.

A delimitação do estudo é justificada pelo fato de este ter por objetivo analisar o cuidado compartilhado dos casos de SM entre CFVV e CAPS Magal. Destaca-se que poucos estudos tratam do tema da articulação entre os serviços, mesmo existindo trabalhos que têm essa articulação como diretriz.

Segundo Yin (2010), o processo de investigação avança em sucessivas passagens por meio do referencial teórico, pela coleta de dados e pela interpretação. Sendo assim, a pesquisa recorreu a algumas fontes, que serão explicitadas no item a seguir, na busca de informações sobre o cuidado compartilhado em SM no contexto brasileiro.

5.3 PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO

Para obtenção de informação para a pesquisa, foi utilizada como fonte a entrevista semi-estruturada. Segundo Minayo (2002), esta é uma das mais importantes fontes de informação para um estudo, e sua importância se atribui ao fato de que é na entrevista que a interação entre entrevistado e entrevistador se dá.

Para Yin (2010), a entrevista tem como objetivo capturar dados sobre um determinado problema de pesquisa focado em temas centrais e importantes. Com esse foco, as entrevistas foram cuidadosamente formuladas, a fim de que se pudessem extrair as informações necessárias dos profissionais acerca do seu entendimento da articulação da SM em Manguinhos.

A entrevista semi-estruturada formulada para esta pesquisa, que se encontra no Apêndice A, foi elaborada com o objetivo de coletar informações adequadas ao tema. Segundo Minayo (2008):

Na entrevista semiestruturada, a principal característica é a formulação de questões fechadas e abertas, não previamente codificadas, nas quais o entrevistado discorre livremente sobre um tema proposto ou sobre uma questão formulada. A técnica

possibilita que outras questões possam ser formuladas no decorrer da entrevista, caso o pesquisador ache necessário. (MINAYO, 2008).

As perguntas serviram de guia, sendo elas idênticas para todos os participantes da pesquisa. Segundo Flick (2008), o objetivo das entrevistas é obter as visões individuais dos participantes sobre um tema.

O número de entrevistados foi delimitado de acordo com os critérios já elencados no tópico “sujeitos da pesquisa”, ou seja, profissionais que participam das reuniões de articulação entre o CAPS Magal e a CFVV, por ser esse o foco principal da pesquisa.

As entrevistas foram devidamente gravadas, por meio de gravador de celular, com prévia autorização dos participantes, que assinaram um termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice B, e depois transcrita em sua íntegra.

As questões das entrevistas visavam: conhecer a concepção dos profissionais inseridos nestes serviços acerca da interação entre SM e AB, e como isso vem ocorrendo no cotidiano dos serviços de CAPS e CFVV; determinar a importância da articulação entre saúde mental e Atenção Básica para o cuidado dos usuários; identificar as dificuldades encontradas, as conquistas dessa articulação para o campo da saúde mental e as possibilidades para a ampliação da articulação, tudo isso descrito no roteiro das entrevistas (Apêndice A).

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente em relação às entrevistas com a SMS-RJ (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro), instituição responsável pelo CAPS e pela Saúde da Família.

Para os sujeitos da pesquisa, foi elaborado um termo de consentimento, respeitando-se o direito de participar bem como de interromper a sua participação a qualquer momento, termo esse submetido e aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UFRJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Parecer 2.728.667 de 21 de Junho de 2018.

5.5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Nesta pesquisa, os dados obtidos a partir da transcrição das entrevistas foram registrados e o conteúdo dos discursos foi tratado segundo a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011), análise de conteúdo é uma técnica que examina o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-lo em temas ou categorias que auxiliem na compreensão do que está por trás dos discursos.

Recorremos à análise de conteúdo para examinar a visão dos profissionais do CAPS Magal e da CFVV acerca do cuidado compartilhado e saúde mental em Manguinhos, por meio do conteúdo obtido das suas respostas.

Dentre as modalidades da análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, que mediante um feixe de revelações, apresentado por uma palavra ou frase, busca descobrir núcleos de sentido cuja presença ou frequência traga à tona algum aspecto relevante para a pesquisa. (BARDIN, 2006).

Segundo Bardin (2011), a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: *“pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados — a inferência e a interpretação”*.

Na primeira fase, a pré-análise, há um primeiro contato com o material proveniente das entrevistas, ou seja, os dados que foram extraídos na íntegra das entrevistas realizadas. Esse processo envolveu a “leitura flutuante”, com a intenção de apreender, de forma não organizada, os aspectos importantes para as fases seguintes da análise.

Em seguida, na fase de exploração do material, foi realizada a escolha de índices ou categorias, que surgiram das questões norteadoras, e a organização destes em unidades de análise. A seleção dessas unidades sob a ótica da análise temática consiste no uso de frases ou parágrafos como unidade de análise. Neste constante ir e vir entre os objetivos do trabalho, teorias e intuições do pesquisador, emerge as unidades de análise que futuramente serão categorizadas. O processo de categorização pode ser definido como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero. (BARDIN, 1977).

As categorias são como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que podem, por meio da análise desses temas, revelar significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de

estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. Esse processo culminou na configuração final das categorias e subcategorias.

Por fim, a interpretação dos dados, voltados atentamente para o referencial teórico, forneceu o embasamento e as perspectivas para o estudo. Durante essa etapa, foi preciso atentaraos marcos teóricos pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dá sentido à interpretação.

5.5.1 Categorias e subcategorias

Após a transcrição das entrevistas, as respostas dos entrevistados foram analisadas, além de terem sido localizadas as unidades de registro que continham significados relacionados ao objeto do estudo. Essas unidades foram agrupadas em categorias temáticas.

Foram, assim, identificadas três categorias temáticas e sete subcategorias que confluíram para os objetivos propostos:

1. Categoria: Atenção Psicossocial.

- 1.1 Subcategoria: Sofrimento psíquico *versus* doença mental.

- 1.2 Subcategoria: O Trabalho em rede: a Rede de Atenção Psicossocial.

- 1.3 Subcategoria: O papel do Centro de Atenção Psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial.

- 1.4 Subcategoria: Revendo saberes: a Saúde da Família como ordenadora da rede de saúde.

2. Categoria: Clínica Ampliada e Compartilhada.

- 2.1 Subcategoria: Estratégia de articulação entre Centro de Atenção Psicossocial e Clínica da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a promoção do cuidado em saúde mental.

3. Cuidado Compartilhado: Potencialidades e desafios.

- 3.1 Subcategoria: Potencialidades do cuidado compartilhado em saúde mental.

- 3.2 Subcategoria: Desafiosdo cuidado compartilhado em saúde mental.

Quadro 1 – Síntese conceitual das categorias analíticas

<p>1. Atenção Psicossocial</p>	<p>O modo Psicossocial de Atenção visa ao reposicionamento subjetivo do sujeito, propondo o alívio do sofrimento e o auxílio a essas pessoas pela construção de sentidos para suas vidas nos locais em que moram. Ele compreende o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a necessidade do estabelecimento de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado.</p>
<p>2. Clínica Ampliada e Compartilhada</p>	<p>A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a enfermidade, mesmo sendo um limite, não as impeça de viver outros acontecimentos em suas vidas.</p> <p>A Clínica Ampliada é uma proposta de ferramenta pela qual os profissionais da ESF e os especialistas de apoio compartilham o cuidado aos usuários com foco no sujeito que sofre, na sua família e no contexto social. Ela tem como objetivo garantir a saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas.</p>

Fonte: elaboração da própria autora a partir da bibliografia de referência.

Quadro 1 – Síntese conceitual das categorias analíticas

Continuação

3.Cuidado Compartilhado	Cuidado compartilhado é definido como aquele que envolve profissionais de diferentes especialidades, disciplinas ou setores, trabalhando juntos para oferecer serviços complementares e apoio mútuo.
-------------------------	--

Fonte: elaboração da própria autora a partir da bibliografia de referência.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como parte dos resultados, optamos por analisar três categorias centrais: Atenção Psicossocial; a Clínica Ampliada e Compartilhada; e as potencialidades e desafios do Cuidado Compartilhado por meio da análise de entrevistas com profissionais do CAPS Magal e da Clínica da Família Victor Valla.

Na categoria “Atenção Psicossocial”, incluíram-se quatro subcategorias: 1. Sofrimento Psíquico *versus* Doença Mental; 2. O Trabalho em Rede: a Rede de Atenção Psicossocial; 3. O Papel do Centro de Atenção Psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial; 4. Revendo Saberes: a Saúde da Família como Ordenadora da Rede de Saúde.

Na categoria “Clínica Ampliada e Compartilhada”, incluiu-se a subcategoria: Estratégia de articulação entre Centro de Atenção Psicossocial e Clínica da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a promoção do cuidado em saúde mental.

E na categoria “Cuidado Compartilhado”, incluiu-se a subcategoria: 1. Potencialidades do cuidado compartilhado em saúde mental; 2. Desafios do cuidado compartilhado em saúde mental.

6.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Durante séculos as pessoas com sofrimento mental foram afastadas do resto da sociedade, algumas vezes encarceradas, em condições precárias, sem direito a se manifestar sobre a condução de suas vidas, sendo que o hospital psiquiátrico era seu local de tratamento.

Ele privava os portadores de sofrimento psíquico do convívio com familiares e da comunidade em momentos de fragilidade emocional. O movimento da RPB surge como resposta a esse modo como as pessoas com sofrimento psíquico eram tratadas nos hospitais psiquiátricos.

O modelo psicossocial tem como finalidade assegurar às pessoas que vivem com problemas de saúde mental o acesso ao pleno exercício da cidadania. Esse modelo visa ao cuidado integral dos portadores de sofrimento psíquico, desenvolvendo escutas e atendimentos humanizados, por meio de uma clínica da demanda e da criação de si, onde é essencial que os profissionais de saúde levem em consideração a autonomia e a singularidade dos sujeitos.

No quadro 2, apresenta-se o paradigma do Modelo Psicossocial e Tratamento da doença mental para explicitar a diferença entre o cuidado de acordo com esse paradigma e aquele oferecido aos usuários da SM.

Quadro 2 – Modelos de cuidado - 1

Atenção Psicossocial	Tratamento da Doença Mental
- Foco no sujeito	- Foco na doença
- Autonomia	- Tutela
- Cuidado no território do sujeito	- Tratamento no hospital
- Inserção da família e da comunidade no tratamento	- Privação do convívio familiar e da comunidade

Fonte: Elaboradopela autora.

6.1.1 Sofrimento psíquico X doença mental

Compreendemos o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos, norteados por uma perspectiva de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural. Nessa perspectiva, devemos cuidar do sujeito que sofre, e não só da doença que o acomete.

Na tentativa de avaliar o entendimento dos profissionais em relação aos usuários da SM, buscamos entender a compreensão daqueles em relação ao sofrimento psíquico.

Isso pode ser observado nas falas dos profissionais do CAPS a seguir:

O que eu compreendo por saúde mental é o sofrimento psíquico. A pessoa está em sofrimento, não está conseguindo sozinha lidar com essa dor, um sofrimento muito grande.(Pcaps2).

Porque o sofrimento psíquico não é alheio a ninguém, é uma coisa do ser humano. Eu acho que a gente tem que ter muito claro como é que vai viver com isso. A gente

não vai eliminar o sofrimento, mas como é que a gente pode fazer isso mais funcional para a pessoa continuar a vida dela. Vai junto a família, o trabalho, a escola, tudo o que a pessoa faz. **(Pcaps3)**.

Podemos perceber nas falas dos profissionais do CAPS que o entendimento do sofrimento psíquico vai além do sintoma. Nelas, há a compreensão do processo saúde-doença como um processo social e que demanda uma abordagem interdisciplinar.

Nas falas dos profissionais da SF/NASF a seguir, também podemos constatar semelhanças.

Acho que como saúde mental, qualquer forma de cuidado no âmbito emocional, afetivo e mesmo as crises que acontecem e que causam o sofrimento psíquico. **(Psf1)**.

Acho que é importante a gente pensar no cuidado em saúde mental, nas dimensões que vão passar por todos os pacientes, na dimensão mais afetiva — de como eles vão lidar com o processo de adoecimento enquanto condições de vida [...]. **(Psf3)**.

Em relação aos profissionais da SF/NASF, podemos notar também a superação do modelo biomédico baseado no princípio saúde-doença-cura, caracterizado por um tratamento excludente e focado no sintoma, o que significa que a SF/NASF trabalha com uma visão ampliada de saúde mental.

Apesar disso, nas falas dos profissionais, tanto do CAPS como da SF/NASF, não percebemos aqui um contraponto ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico explicitamente em suas falas, mas fica clara a visão de sujeito que sofre e que necessita de cuidado, levando-se em conta a existência de sofrimento e as condições materiais de vivência e, conseqüentemente, de geração de saúde e adoecimento.

Somente um profissional da SF discorre sobre a diferença entre a psiquiatria tradicional e a saúde mental, sendo que para a psiquiatria tradicional o foco seria a doença e para a saúde mental o foco seria o sujeito que sofre.

Acho que quando a gente pensa assim: vou falar da saúde mental fazendo um contraponto com a psiquiatria. A psiquiatria, tradicionalmente, ela tá mais focada na questão da doença, né. Essa é a minha visão, obviamente, né, eu que tô falando. Então, pra mim, a psiquiatria, por muitas vezes, ela fica focada na doença e não no doente, né. E a saúde mental, ela vai pra além da doença. A saúde mental, ela pensa no indivíduo, né, no sujeito como um todo, né, acho que é isso. **(Psf2)**.

Pois é, é porque a psiquiatria ficaria só mais na questão dos transtornos, e pra saúde mental é lógico que o transtorno tem uma importância porque causa um sofrimento,

mas pra além de “ah, vamos medicar, vamos tirar esse transtorno da pessoa”.Eu acho que a saúde mental, né, os serviços de saúde mental possibilitam você vendo o sujeito na sua integralidade até aceitar aquele transtorno como parte desse sujeito e melhorando a qualidade de vida dele nesse contexto.(Psf2).

Podemos constatar que tanto os profissionais do CAPS quanto os da CF/NASF trabalham com a mesma lógica de cuidado em saúde mental, com foco no sujeito que sofre e não na doença que o acomete. Podemos apreender disso que, para esses profissionais, trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico requer a atuação no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas. No entanto, essa tarefa não pode ficar restrita aos serviços de saúde mental, sendo necessária uma articulação em rede, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida dessas pessoas por eles acompanhadas.

6.1.2 O Trabalho em Rede: RAPS

O CAPS, como um serviço de base territorial e comunitário, é um serviço de portas abertas, localizado o mais próximo possível de onde o usuário vive de onde estão a sua família, os seus amigos, as instituições com as quais tem contato. A articulação de profissionais do SUS deve ser em rede, não se limitando ao conjunto dos serviços de saúde mental, mas sendo formada na medida da necessidade do usuário.

Assim, a rede é um conceito fundamental para a compreensão do papel do CAPS, já que este se torna um dispositivo estratégico para o cuidado com a saúde mental forado hospital, considerado como substitutivo ao modelo manicomial, e articulado com a rede básica de saúde e com o território, em contato com a comunidade do usuário.

Em relação à RAPS, foi possível perceber que os profissionais do CAPS não conseguiram especificar quais dispositivos faziam parte dela.

Bem, eu sei o que é, agora quais são os serviços que delimitam eu não vou saber responder não. Eu sei que é uma Rede de Atenção Psicossocial, eu acho que seja isso, mas quais os serviços aí que abrangem essa rede eu... (Pcaps1).

É a rede que vai dar o suporte de uma forma integral, né, emergência e as atenções primárias, mas se tem algum outro aí eu não sei não.(Pcaps2).

Eu não estou com a portaria na cabeça, mas tem o NASF e tem o CAPS, na RAPS.(Pcaps3).

Nesse sentido, podemos constatar, nas falas acima, que os profissionais sabem que a

RAPS é a organizadora da rede de saúde mental, mas não souberam informar quais dispositivos fazem parte dela, deixando claro o não reconhecimento das normativas da RAPS.

Nas falas a seguir, os profissionais da SF/NASF também não conseguem especificar os dispositivos que compõem a RAPS.

Então, eu entendo o que é RAPS. Mas sendo muito sincero, eu tenho muita dificuldade de entender o papel de cada um de forma clara. E acho que, com frequência, cada vez que eu converso mais, eu me confundo mais.(Psf1).

[...]E eu sei também que a RAPS tirou os ambulatórios, ela não diz que não pode ter, mas ela não diz que tem[...] agora, quanto aos outros dispositivos da RAPS, se não me engano, ainda temos internação, né, que, pra mim, é um problema.(Psf2).

Quanto à RAPS, sabemos que as normativas são importantes e possibilitam direções de trabalho, mas, no ato do cuidado, a potencialidade de uma rede emerge do entendimento dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, aqui colocada como pouco articulada e desorganizada.

Em outra fala de um profissional da SF/NASF também encontramos a desarticulação da rede como um fator que provoca muita dúvida.

A dúvida é sempre boa, mas para a rede, eu acho que está integrada, dúvida demais é ruim[...].(Psf1).

Em relação ao trabalho em rede, podemos apreender das falas extraídas na pesquisa que a rede não está estruturada de forma a atender as necessidades dos usuários, o que diminui o potencial do trabalho dos profissionais. A dificuldade de se articular a rede dificulta o processo de trabalho, o que acarreta uma demanda grande para a CF e o CAPS, comprometendo assim o cuidado integral aos usuários.

Os profissionais de saúde devem trabalhar em rede, de modo a promover um conjunto vivo e concreto de referências para acolher a pessoa em sofrimento psíquico. Dessa forma, faz-se necessário avaliar o papel do CAPS nessa rede.

6.1.3 O papel do CAPS na RAPS

Falar em CAPS como a única porta de entrada da rede de saúde mental é de certa forma, pensar em submeter o portador de sofrimento psíquico ao mandato de tutela e segregação, mesmo que esse espaço seja um CAPS. Portanto, o modo como é visto esse sujeito que sofre nos dá a direção de cuidado em relação a ele.

Os CAPS foram embasados no paradigma da reforma, buscando estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial, prezando pelo cuidado no território, favorecendo a criação de vínculos estáveis e a garantia dos direitos de cidadania.

Trata-se de um serviço comunitário cujo papel é cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

Abaixo, podemos observar o entendimento dos profissionais do CAPS sobre o papel deste no cuidado aos portadores de sofrimento psíquico:

Acho que no CAPS a gente vai precisar cuidar dos casos aí que a gente entende que está mais em crise, que precisa de um atendimento mais contínuo no serviço, né. Vindo aí eu acho que a gente pode pensar como as escutas alucinatórias bem presentes, visuais, alucinações visuais, esgarçamentos na vida, né, relação familiar, social e também uma vulnerabilidade total colocada, que precisa, aí, que a gente entenda o que é isso, de uma intensividade maior e de um envolvimento de uma equipe multidisciplinar para poder dar contorno. (Pcaps1).

Em geral, o que eu entendo que fica no CAPS é o paciente que desestabiliza. São formas de desestabilização de sofrimento que prejudicam a inserção da pessoa no trabalho, nas atividades cotidianas. Essas pessoas precisam de muito mais ajuda para poder circular socialmente. (Pcaps3).

No tocante aos profissionais da SF/NASF, fica claro que avaliam a necessidade de cuidado no CAPS levando em conta a relação do paciente com esse sofrimento e o quanto isso interfere em sua vida cotidiana.

[...] Muitas vezes a gente tenta associar a gravidade do caso com os transtornos psiquiátricos, então, transtornos mentais maiores, psicoses, seriam casos pra CAPS... Na realidade, a gente vê que não funciona muito bem assim. Existem pacientes psicóticos, né, esquizofrênicos, mas que não apresentam sofrimento mental tão intenso e que, de alguma forma, estão na vida. (Psf2).

Na fala de outro profissional da SF/NASF, o CAPS é visto como um apoiador para os casos em que a SF/NASF não está conseguindo realizar o cuidado sozinha.

[...] Por outro lado, tem casos, por exemplo, que não se tratam de psicoses, mas de tentativa de suicídio em pessoas não psicóticas que aí, nesse momento, a estratégia da Saúde da Família, ela vai precisar do apoio do CAPS. (Psf2).

Na fala acima podemos perceber que o profissional indica o apoio do CAPS nos casos mais complexos. Aqui nota-se a importância do matriciamento em SM para os casos em que a eSF/NASF necessita de apoio, o que promove a aproximação entre os serviços.

Na fala a seguir, do profissional do CAPS, este é colocado como um serviço de porta aberta, mas com o mandato de articulador da rede, tendo-se em mente o melhor local de tratamento para o usuário.

[...]eu penso que a gente tem a porta aberta para todas as pessoas, com ou sem transtorno, e que a gente dá encaminhamentos a essas formas de sofrimento. Alguns ficam no CAPS, mas de forma geral esses sofrimentos se limitam a uma situação e eles deslancham e vão para outro dispositivo.(Pcaps3).

Foi possível identificar nas falas uma visão do CAPS como um articulador do cuidado em SM no território estudado, mas não fica claro seu papel na RAPS. Podemos perceber, também, que o CAPS é considerado um dispositivo estratégico para o cuidado com a SM articulado com a SF/NASF e com o território.

Contudo, apenas um profissional da SF/NASF fala sobre a porta de entrada do usuário da SM na RAPS.

[...] E tudo bem serem várias portas de entrada. Mas, então, isso tem que estar muito claro. E acho que é mais tranquilo estar isso muito fluido quando a rede se comunica bem, e a rede, claro, hoje, não se comunica bem. (Psf1).

A partir dessa fala, podemos constatar que o CAPS não é a única porta de entrada dos casos de SM em seu território, sendo atribuído também à SF esse papel. Sendo assim, é necessário avaliar o entendimento dos profissionais pesquisados em relação ao papel da SF na rede de saúde.

Em relação à RAPS, foi possível perceber o pouco conhecimento das normativas tanto dos profissionais da SF/NASF como dos profissionais do CAPS. Sabemos da importância das normativas para a condução do trabalho dos profissionais que atuam na rede, de modo a garantir acesso e a promoção dos direitos das pessoas, mas se a rede não é organizada de forma a responder à demanda de SM em seu território, os profissionais que atuam na ponta necessitam estruturar suas redes possíveis.

Ainda em relação à RAPS, não foi possível, nesta pesquisa, avaliar os impactos para os profissionais entrevistados no tocante às mudanças na RAPS estabelecidas na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 4 de Fevereiro de 2019, dado que as entrevistas já

tenham sido realizadas antes da emissão da nota. Assim, resta a certeza da necessidade da realização de pesquisas que tenham como foco a avaliação dessa mudança para o movimento da RPB.

6.1.4 Revendo Saberes: a saúde da família como ordenador da rede de saúde

A ideia de Redes de Atenção à Saúde (RAS) rompe com a preocupação de quem cuida de quem, quem se reporta a quem. A referência que orienta o cuidado passa a partir da complexidade exigida e ser orientada pelas necessidades do usuário da saúde. A Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde coletivas e individuais com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de vida das pessoas.

Em relação à magnitude da SF no cuidado em saúde em seu território, um profissional do CAPS e um profissional da SF/NASF entendem a SF como ordenadora da rede de saúde, mesmo quando o cuidado ocorre no CAPS.

Eu acho que todos os casos são da clínica família. A gente faz preventivo, acupuntura, toma vacina, a gente é cadastrada, pode ou não fazer uso. A gente pode ter um câncer, lúpus, qualquer coisa. Tudo é da clínica família. Eu, pelo menos, entendo que não existe saúde mental sem saúde. Eu acho que essa separação da saúde mental da saúde é algo que foi muito ruim para a organização dos serviços em muitos lugares. **(Pcaps3)**.

Na clínica todos os pacientes precisam, de alguma forma, ter alguma abertura nas consultas para poder falar da sua saúde mental. Então, boa parte dos pacientes da clínica, eles não têm um transtorno definido, eles têm um sofrimento psíquico. Então, eles sofrem por questões sociais, familiares, crises esperadas e não esperadas do ciclo de vida, né? E evolutivos e não evolutivos. E, na verdade, acho que todas essas são abordadas pela Clínica da Família. Na verdade, o que é abordado pela Clínica da Família deveria ser tudo, né? Então... É. Mas eu acho que acaba que é tudo e o que é... tem o que é mais nosso e o que é mais compartilhado, né? Eu acho que é tudo. **(Psf1)**.

É possível perceber que no entendimento desses profissionais, trabalharem na lógica da inclusão da SM na SF é incluir o portador de sofrimento psíquico nas ações de cuidado da última, mesmo que essas ações necessitem de cuidados a outros dispositivos, mas mantendo a responsabilidade sobre estes.

Além disso, podemos constatar na fala de outro profissional da SF/NASF, o desafio da Saúde da Família para lidar com os casos de SM.

Então acho que o desafio na Atenção Básica é a gente um pouco estar atento a esses casos mais simples, mas que vão requerer a gente nesse apoio, porque de algum modo acho que extrapolam o cuidado biomédico — que tem uma formação muito mais voltada para uma queixa-conduta, para algumas coisas que eles vão poder fazer algum tipo de intervenção mais imediata. E a gente ajudar também os profissionais nessa formação desse olhar mais ampliado, nessa percepção para o sofrimento, para a necessidade de saúde que esse paciente vai apresentar, não só para aquilo que ele foi treinado a olhar. Acho que é por aí. **(Psf3)**.

Segundo a fala acima, a SF/NASF deveria ser o pilar do cuidado em SM da população pela qual é responsável, avaliando, de acordo com a necessidade de cada caso, qual seria o melhor cuidado em SM para aquele usuário. Sendo assim, faz-se necessário um olhar ampliado em saúde, descobrindo que lugar aquele adoecimento ocupa na vida do sujeito, e levando em consideração os determinantes sociais que interferem no seu processo de adoecimento, assim como as condições de vida, a configuração familiar, rotina e outros fatores que influenciam na saúde.

6.2 Clínica Ampliada e Compartilhada

A Clínica Ampliada e compartilhada tem a proposta de entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida no qual ela está inserida. O objetivo desse modelo é ampliar a qualidade de vida e autonomia desse sujeito enquanto protagonista de sua vida. Nesse sentido, “compartilhada” se refere ao entendimento de que o processo saúde-doença-intervenção não é monopólio de nenhuma especialidade, pertencendo a todo campo da saúde.

Quadro 3 – Modelos de Cuidado - 2

Clínica Ampliada e Compartilhada	Modelo tecnicista/hospitalocêntrico
- Olhar longitudinal e coletivo de cuidado	- Lógica do encaminhamento
- Integralidade do cuidado	- Fragmentação do cuidado
- Foco no sujeito	- Foco na doença

- Conceito de saúde ampliado/promoção da qualidade de vida e autonomia	- Saúde como ausência de doença
- Cuidado compartilhado entre os serviços/corresponsabilização	- Encaminhamento dos casos para os serviços

Fonte: Elaboração própria.

6.2.1 Estratégia de articulação entre CAPS e CF/NASF para a promoção do cuidado em saúde mental

De acordo com os profissionais entrevistados, que também são aqueles que articulam os casos de SM no território de Manguinhos, a proximidade dos serviços ajuda no trabalho de discussão dos casos.

Eu acho que a partir do momento que a gente fala “compartilhado”, a gente tem que discutir esses casos sempre para isso não se perder, porque eu acho que é muito bonito a palavra “compartilhado”, mas na hora que a gente vai ver isso de fato no cuidado com o usuário, isso pode estar mais esgarçado(...)Eu acho que é essa que é a delicadeza dos casos, né, que são compartilhados, a forma da continuidade deles no serviço.(Pcaps1).

Nesse relato podemos notar uma preocupação com a longitudinalidade do caso, que envolve não apenas encaminhar o paciente para um serviço, mas também saber se ele chegou e conseguiu dar continuidade ao tratamento. Fica clara nesse relato a ideia de corresponsabilidade dos casos de SM. É possível perceber, na fala desse profissional, que a demanda de saúde mental no território está sendo compartilhada entre os serviços, mas que muitas vezes a capacidade de dar seguimento aos casos fica prejudicada pelos processos de trabalho.

Outra questão que aparece nas falas é a importância das discussões constantes de casos em reunião dos serviços, um local de trocas de saberes e propostas de cuidado aos usuários. Mesmo que em algumas situações não se saiba quem vai estar à frente do cuidado daquele usuário, as discussões se apresentam como espaço de diálogo, corresponsabilização e apoio aos casos de saúde mental. Podemos observar isso na fala a seguir, de um profissional da SF/NASF.

Acho que o que mais me toca nessa articulação é a questão do território, como que a

proximidade física dos serviços facilita nessa fluidez do contato dos casos. Tanto a proximidade física de ser fácil de a gente acessar quanto a gente também ter um contato mais contínuo, e ter essa tranquilidade de discutir os casos, de compartilhar. E conseguir reavaliando também, então a gente divide. **(Psf3)**.

Porque não falta dispositivo de comunicação. Mas até isso, como se comunicar em rede? É muito difícil, né? A gente tem a facilidade de andar até o CAPS... Mas mesmo assim, não resolve a comunicação, que eu posso chegar lá no CAPS, entender que eu vou chegar lá no CAPS [com a minha compreensão do CAPS, o CAPS acolher o meu paciente com a sua incompreensão do que é o CAPS e cada equipe vai... e se cada equipe entende que a sua função é uma, é confuso isso para todo mundo]. **(Psf1)**.

Dessa fala podemos depreender que a proximidade entre os serviços por si só não garante o compartilhamento do cuidado em SM, que também é necessário manter espaços de discussão e trocas entre os serviços.

Similarmente, na fala de um profissional da SF/NASF, fica clara a dificuldade em compartilhar os casos de SM entre os serviços sem que seja estipulado um fluxo.

Aí eu acho que tem um fluxo claro, hoje, que é via NASF. E que a prioridade é passar pelo NASF e o NASF preferenciar ao CAPS ou compartilhar com o CAPS, né? **(Psf1)**.

Nas falas a seguir, podemos ver a importância do cuidado compartilhado, com propostas de utilização de ferramentas que auxiliem nesse trabalho.

[...]Mas eu acho que o principal a meu ver é esse estreitamento das relações, acho que facilita os fluxos. Dá essa coisa da confiança, de você confiar que você pode contar com qualquer outro ponto da rede, porque de algum modo a gente vai conseguir dar conta do que precisa ser feito. Acho que esse espaço para a gente poder estar sempre perto facilita nisso. **(Psf3)**.

Os achados da pesquisa permitiram avaliar as estratégias utilizadas pelos profissionais para a articulação dos casos de saúde mental por eles compartilhados, mostrando que algumas propostas já foram repactuadas na direção do estabelecimento de uma atenção integral, pautada no sujeito e na lógica do território para garantir o acolhimento da demanda de saúde mental no território.

6.3 CUIDADO COMPARTILHADO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Falar em cuidado compartilhado significa dizer que o cuidado em saúde mental é impregnado de troca de saberes e da corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos nesse processo.

Nessa etapa iremos apresentar a avaliação dos profissionais entrevistados na pesquisa sobre as potencialidades e os desafios do cuidado compartilhado em sua prática.

6.3.1 Potencialidades do cuidado compartilhado em saúde mental

Alguns profissionais destacam a importância das discussões dos casos e do matriciamento do CAPS como potencialidades para a parceria do cuidado.

As potencialidades? Eu acho que é de discussão dos casos de uma forma bem mais aprimorada deles aqui no território, porque vai fazer parte tanto da estratégia ou tanto do CAPS o cuidado com esses usuários. Eu acho que é na fineza que a gente consegue transmitir e poder avançar, né. Em casos, vamos supor, de cárcere privado, precisa dos dois atores, Estratégia e CAPS, integrados para a gente potencializar o cuidado. **(Pcaps1)**.

Isso é fundamental para fazer uma varredura boa do território, fazer boas parcerias de cuidado, fazer uso dos recursos de forma estratégica, evitar crises, internações, prejuízos. **(Pcaps3)**.

Além disso, a proximidade física entre os serviços foi apontada por alguns entrevistados como potencializadora de laços entre os profissionais que estão compartilhando os casos.

Até, às vezes, de: “Olha, esse paciente não... talvez, aqui não se beneficie muito. Fica lá com vocês, acho que está andando muito bem”. Então, às vezes, isso acontece e eu acho que isso é bom... Talvez, o CAPS de também estar aqui perto, às vezes, ajude a saber quem são as pessoas que estão também dialogando, às vezes é o nome e depois conhecer fisicamente, né? **(Psf1)**.

Em relação às potencialidades, acho que é isso. Acho que ajuda a gente a estar mais perto, ajuda a gente a conseguir manter esses projetos que a gente traz, a visitar e lembrar a gente das coisas que acordamos, e pensando no caso e revendo. **(Psf3)**.

As reuniões entre os serviços CAPS e SF/NASF foram consideradas pelos profissionais como facilitadoras do compartilhamento dos casos, sendo possível apreender da

fala a seguir que os profissionais da SF/NASF já fizeram uma primeira avaliação do andamento das reuniões e realizaram alguns ajustes.

[...] discutindo entre nós do NASF da saúde mental e principalmente nas nossas reuniões semanais, agora quinzenais, do NASF Victor Valla com a equipe mínima de Manguinhos do CAPSMagal. **(Psf2)**.

E acho que de algum modo a gente estar juntos nessa reunião frequente também ajuda a enxergar essas falhas e conseguir pensar o que a gente dá conta de fazer com e sem esses serviços aqui. **(Psf3)**.

Podemos perceber nas falas acima que a mudança do formato das reuniões possibilitou reuniões mais produtivas.

Da mesma forma, na fala que segue, de um profissional da SF/NASF, nota-se que as discussões entre as equipes possibilitam um cuidado mais próximo entre estas nas conduções dos casos por elas compartilhados.

Agora por outro lado é isso, acho que teve essa potência da gente estar ali sempre trazendo o caso dela à tona e lembrando e a gente conseguir não perdê-la de vista. Acho que até para a gente se preparar para as discussões que a gente tem na reunião de saúde mental aqui do território, acho que é importante também. **(Psf3)**.

Em outra fala, do profissional da SF/NASF, é possível constatar que o novo formato “potente” ajuda a diminuir as dificuldades de agenda dos profissionais da SF/NASF.

Agora, como a nossa reunião mudou — antes a nossa reunião acontecia no CAPSMagal e agora vai passar, desde que a gente ganhou uma nova sala, vai passar a ser aqui, no NASF da vetor vala — eu acho que isso vai ser interessante porque a gente vai poder. As nossas reuniões são às quartas, as reuniões de equipe são na quinta, mas a gente vai poder, talvez, com mais facilidade, trazer as pessoas pra nossa reunião. **(Psf2)**.

Similarmente, a potência das reuniões nas falas a seguir foi apontada por um profissional da SF/NASF como uma ferramenta de estreitamento das relações entre os profissionais que compartilham os casos de SM no território de Manguinhos.

Mas eu acho que o principal a meu ver é esse estreitamento das relações, acho que facilita os fluxos. Dá essa coisa da confiança, de você confiar que você pode contar com qualquer outro ponto da rede, porque de algum modo a gente vai conseguir dar conta do que precisa ser feito. Acho que esse espaço para a gente poder estar sempre perto facilita nisso. **(Psf3)**.

Fica evidente que as potencialidades avaliadas pelos profissionais de SF/NASF e CAPS se referem ao lugar que ocupam enquanto profissionais que trabalham em pontos diferentes da rede, mesmo que esses pontos tenham em comum o matriciamento realizado pelo CAPS como ferramenta potente para o cuidado compartilhado.

Além disso, enquanto os profissionais do CAPS veem o cuidado compartilhado nas reuniões entre os serviços como um espaço potente de matriciamento do CAPS dos casos acompanhados pela SF/NASF, possibilitando, assim, a inclusão dos usuários que não conseguem chegar ao serviço, os profissionais da SF/NASF consideram o matriciamento do CAPS como uma ferramenta para o cuidado ampliado em SM no território, com a corresponsabilização e integralidade do cuidado.

Os serviços que se baseiam na perspectiva do território assumem um papel ativo na promoção da saúde mental na localidade. Nesse sentido, foi possível apreender desta pesquisa que a proximidade física do serviço e dos profissionais potencializa e amplia o acesso aos casos de saúde mental no território.

6.3.2 Desafios do cuidado compartilhado em saúde mental

Um dos desafios apontados é a árdua tarefa de cuidar de vários casos que chegam aos serviços, tanto ao CAPS como à CF, sendo preciso evitar perder-se nessa demanda e não conseguir chegar aos casos mais graves.

Eu acho que o principal desafio é a gente conseguir ter uma noção do todo, porque eu acho que tem muitos pacientes que ainda não chegaram, e a gente ainda não consegue acessar porque mal damos conta dos que já chegaram. Acho que a gente trabalha sempre além da nossa capacidade, e eu acho isso muito ruim. **(Psf3)**.

Outro desafio importante está relacionado ao processo de trabalho e ao quanto esse processo pode interferir de forma burocrática e negativa nos cuidados aos usuários do serviço.

O que eu acho que é desafio é, de fato, conseguir... que é um desafio das duas unidades, né? Que é encaixar no seu processo de trabalho acompanhar o calendário de reuniões. Porque fica um calendário muito extenso de muitas atividades, que não é uma questão da saúde mental, porque é uma questão da clínica, né? São muitas coisas que pretende fazer e muitas atribuições, muitos usuários, pouco tempo. E aí o espaço está lá, está disponível, eu sinto que ele foi muito acessível quando eu precisei. Mas a indisponibilidade é nossa também, né? **(Psf1)**.

O desafio eu acho que é assim: ter disponibilidade, pernas, horários, para os dois irem juntos fazer uma visita. Quando precisa, se entende que tem que ir os dois

juntos. A Clínica da Família e o CAPS. Isso um pouco dificulta. O território, que às vezes dificulta de a gente ir até o local.(Pcaps2).

Além desses desafios, é também mencionada uma forma de compartilhamento de casos que não estejam sendo potencializados pelos profissionais, que é a participação nas reuniões de eSF.

E uma outra coisa que a gente tentou pouco, menos do que levar as pessoas da estratégia pro CAPS pra nossa reunião, era doCAPS participar, em alguns momentos, das reuniões das equipes da estratégia do Victor Valla.(Psf2).

Por outro lado, respondendo você, só tava pensando nisso de uma certa forma, já acontecia.O que eu acho que a gente precisa caminhar mais é identificar sempre alguns casos pra, de tempos em tempos, tá passando nas equipes pra falar.(Psf2).

Podemos perceber na fala dos profissionais da SF/NASF, que a participação nos espaços coletivos ainda precisa ser aperfeiçoada para haver um melhor compartilhamento dos casos de SM entre os serviços, mas que a manutenção dos espaços coletivos e de discussão das equipes não é tarefa fácil, devido à grande demanda de trabalho das eSF.

A análise das falas dos sujeitos da pesquisa permitiu constatar que o processo de compartilhamento dos casos de saúde mental é complexo, muitas vezes engolido pelos processos de trabalho e desafiando os profissionais a cada caso que se apresenta. Além disso, foi possível verificar m processo de interação entre os profissionais, no sentido da promoção da reorganização dos serviços e das práticas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões realizadas ao longo deste estudo, destacam-se alguns fatores relevantes para analisar o cuidado compartilhado dos casos de saúde mental entre CAPS Magal e a Clínica da Família Victor Valla. Esses fatores possibilitam o aumento da pertinência da proposta de articulação entre os serviços, salientando-se que a realidade é complexa, muitas vezes contraditória. Dessa forma, podemos apresentar conclusões que apontam algumas questões referentes às potencialidades e desafios para o cuidado integral aos usuários da saúde mental.

Apesar de o cuidado em saúde mental pela Saúde da Família em Manguinhos ser um caminho percorrido desde a ampliação da SF no território, a implantação do CAPS Magal em 2016 tem permitido um cuidado ampliado em saúde mental na área.

Os serviços que trabalham na perspectiva do território assumem um papel ativo na promoção da saúde mental na localidade. Na tentativa de ampliar as ações territoriais é que se encontra a intercessão entre as ações de SM e a SF, que supera a lógica tradicional de assistência e viabiliza práticas para além dos muros institucionais.

Essa proposta de articulação, no caso do CAPS Magal e da CFVV/NASF, só é possível por ambos estarem inseridos em um território escolar, o Teias-Escola Manguinhos, em que os dois serviços fazem parte da mesma gestão, que permite que ações como essas vividas pelos profissionais sejam incentivadas e oportunizadas.

Nesse sentido, este estudo acerca da articulação dos casos de SM entre o CAPS Magal e CFVV nos faz perceber que a saúde mental está articulada no território de Manguinhos, com ênfase na clínica ampliada, tomando como referência o cuidado integral aos usuários de SM, com diálogos constantes entre os profissionais e responsabilidade compartilhada.

Dessa forma, esta pesquisa responde às inquietações do autor enquanto profissional do CAPS, que atua nessa articulação entre os serviços e acredita na eficiência de um cuidado compartilhado, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com o decorrente estabelecimento de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROSA, Abílio da Costa. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar, In: AMARANTES, Paulo (org.). **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection. 316 p. ISBN 978-85-7541-319-7. Available from Scielo Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

ALVES, D. S.; SCHECHTMAN, A. & SILVA, R. **Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias**. In: AMARANTE (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

ARAÚJO, A. K. DE; TANAKA, O. Y. **Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise**. Interface comun. saúde educ; 16(43):917-928, out.-dez. 2012.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. **Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)**. Rev. bras. med. fam. comunidade; 8(26):67-74, jan./mar. 2013.

AMARANTE, P., 1997. **Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira**. In: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES* (S. Fleury, org), São Paulo: Lemos Editorial.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. **Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. Psicologia: teoria e prática**, 2011, v.13, n.2.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 6ª edição. (2011).

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Um monte de buracos amarrados com barbantes: o conceito de rede para os profissionais das saúdes mentais**. Saúde Soc; 26(4):904-919, Oct. -Dec. 2017.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**. Psicol. ciênc. prof; 28(3):632-645, set. 2008.

BEZERRA, I. C; JORGE, M.S. B; GONDIM, A. P. S; LIMA, L. L. de; VASCONCELOS, M. G. F. **Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá: processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária**. Interface comun. saúde educ; 18(48):61-74, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Secretaria de assistência à saúde. Brasília, DF (1997)

. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

. Ministério da Saúde. **Portaria nº336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 08 ago. 2002.

- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Coordenação Geral da Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **O Vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF (2003a)
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Coordenação Geral da Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, DF, 2007a.
- . Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**. Secretaria de Atenção à Saúde- Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília – DF 2007b.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**, Brasília, DF (2008). Diário Oficial da União 25 de janeiro 2008 [n.18]
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. (2009a).Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em: 04 dez. 2019.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília, DF (2008). [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. [27]
- . Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, Diário Oficial da União, 2010.
- . Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 23 de dezembro 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). Brasília, Diário oficial da União, 2011a.
- . Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 21 de outubro 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. Brasília, Diário oficial da União, 2011b.

. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** – PNAB. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: **Ferramentas para a gestão e para o cotidiano**. Brasília. Ministério da Saúde, 2014, (Cadernos de Atenção Básica nº39).

. Ministério da Saúde. Portaria GM n.2.436 de 21 de dezembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF, 2017a.

. Ministério da Saúde. Portaria GM n.3.588 de 21 de dezembro de 2017. altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares. Brasília - DF, 2017b.

. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília – DF, 2019.

CABRAL, B, LUCENA, M, OLIVEIRA, M, GOUVEIA, M, FREITAS, P, PEREIRA, S et al. Estação Comunidade. In: Lancetti A. **SaúdeLoucura. Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 109-116.

CAMPOS, R. O. **Clínica**: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental, in: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001

CAMPOS, C.J.G.**Método de Análise de Conteúdo**: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. RevBrasEnferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: **um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência e Saúde Colet. 1999.

. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

. **Humanização na saúde**: Um projeto em defesa da vida? Interface: Comunicação, saúde, educação, v 9, n. 17, mar./ago. 2005.

. DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

. **Práxis e formação Paideia**: apoio e gestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, Rosana Onocko; GAMA, Carlos. **Saúde Mental na Atenção Básica** in: CAMPOS GWS e GUERREIRO AVP (org.). **Manual de Práticas da Atenção Básica**. Editora Hucitec, São Paulo. 2008. Cap. 9.

CHIAVAGATTI, F. G; KANTORSKI, L. P; WILLRICH, J. Q; CORTES, J. M; JARDIM, V. M. DA R; RODRIGUES, C. G. S. S. Articulação entre centros de atenção psicossocial e serviços de atenção básica de saúde. *Acta paul. enferm*;25(1):11-17, 2012.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*. Braga-PT, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 212 pp. ISBN: 85-27106-75-2. 2010.

DELFINI, P. S. DE S; SATO, M. T; ANTONELI, P. de P. Parceria entre CAPS e PSF: **o desafio da construção de um novo saber**. *Ciênc. saúde coletiva*;14(supl.1):1483-1492, set.-out. 2009.

DESLANDES SF. **A construção do projeto de pesquisa**. In: Minayo MCS (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DELFINI, P. S. S.; SATO, T. M.; ANTONELLI, P. de P.; GUIMARÃES, P. O. da S. Parceria entre CAPS e PSF: **o desafio da construção de um novo saber**. *Ciência e saúde coletiva* vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021>. Acesso em: 04 dez. 2019.

DIMENSTEIN, M., SEVERO, A. K., BRITO, M., PIMENTA, A. L., MEDEIROS, V., BEZERRA, E. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família**: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. vol.18 no. 1 São Paulo Jan./Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 dez. 2019

FRANCHINI, Cristiane Bach; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. O papel de espelho em um centro de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa Saúde da Família (PSF)**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. São Paulo: Hucitec, 2007.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª edição. Editora Penso. 2008.

GIL. AC. **Como elaborar projetos e pesquisa**. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1995:58

GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Ed. Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Cad. Saúde Pública 2018; 34(8):e00029818

GONÇALVES D A. **Prevalência de transtornos mentais da Estratégia de saúde da Família e avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental** [teste]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.

HIRDES, A; SILVA, M, K, da R. Apoio matricial: um caminho para integração saúde mental e atenção primária. Saúde debate;38(102):582-592, 09/2014.

JORGE, M. S. B; BEZERRA, M. L. M. R. **Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho representações sociais**. Texto contexto - enferm.v.13 n.4, 2004.

JORGE, M.S.B et al. Promoção da Saúde Mental – **Tecnologias do Cuidado**: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3051-3060, 2012.

JÚNIOR, J. M. de L.(coord); MELO, S. C. de F.(org). **Saúde mental e saúde da família**: implicações, limites e possibilidades. Cad. saúde colet., (Rio J.);18(2), abr.-jun. 2010.

LANCETTI A., Saúde Loucura7: **Saúde Mental** e Saúde da Família. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

LANCETTI A., AMARANTE P. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. In: Campos G ET AL. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hicitec: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: 2006

LYRA, M. A. A. **Desafio da saúde mental na atenção básica**. In: Cadernos IPUB: nº 24. Saúde mental na atenção básica. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007. P-57-66.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org). Os Sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2006.

MELO, E.A; MENDONÇA, M. H. M de; OLIVEIRA, J. R de; ANDRADE, G. C. L de. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica**: entre retrocessos e desafios. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1, P. 38-51, setembro 2018.

MENDES, E. V. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2ª edição. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde.Brasília. 2011.

MENEGUINI, F. **Apoio matricial em saúde mental**: relato de uma experiência local. São Paulo; s.n; 2012. 26 p. ilus.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MOSCOVICI, L.; MARQUES, J. M. de A.; ZUARDI, A. W. **O cuidado colaborativo auxilia no tratamento da ansiedade na atenção primária?** Rev. bras. med. fam. comunidade;8(28):203-207, jul./set. 2013.

MYNAIO, M. C. S.(org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002.

. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008.

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32. ANÁLISE DE CONTEÚDO. 1999.

MOROSINI M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da Realidade:** Contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese de doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2003.

NUNES M, JUCÁ V, VALENTIM C. **Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família:** confluências e dissonâncias das práticas com os princípios da reforma psiquiátrica e sanitária. Caderno de Saúde Pública (2007).

ONOCKO-CAMPOS R.T, Furtado J. P. Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai. 2006.

PAIM, J.S. **A investigação em sistemas e serviços de Saúde.** In: PAIM, J.S. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: CEPS/ISC, 2002. P.435-44.

PASSOS, F. P; AIRES, S. **Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico:** o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [1]: 13-31, 2013

PINHEIRO R., MATTOS, RA. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001

PROJETO TÉCNICO E POLÍTICO INSTITUCIONAL DO CAPS II CARLOS AUGUSTO DA SILVA “MAGAL”, outubro de 2016.

QUINDERÉ, P.H. D; JORGE, M. S. B; NOGUEIRA, M. S. L; COSTA, L. F. A. da; VASCONCELOS, M. G. F. **Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental:** a experiência do apoio matricial. Ciênc. saúde coletiva;18(7):2157-2166, Jul. 2013.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental: uma visão histórica in: Costa, N. R. E. Tundis, S. A. (org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Editora Vozes, 1997.

RODRIGUES, E. DA S; MOREIRA, M. I. B. **A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES.**Saúde Soc;21(3):599-611, jul.-set. 2012.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

- ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- Rosa, W. de A.G; Labate, R.C. **Programa saúde da família**: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005.
- SALES, A. L L de F; DIMENSTEIN, M. **Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica**. Psicol. cienc. Prof. 2009.
- SARACENO, B; ASIOLI, F. & TOGNONI, G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec.1994.
- SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial**: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996 p 13 -18.
- SCHUTZ, G., PIVETA, F., ENGSTROM, E. **O Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos**: todos somos aprendizes. Disponível em:<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivo_nossa_producao/livro_fm.pdf. 2012>. Acesso em: 06 dez. 2019.
- SILVA, A. M. P. da. **A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de saúde mental Brasileiro**. Aletheia;(40):87-101, abr. 2013.
- SOUZA, Â. C. de. Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés. Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor. Fonte: Rio de Janeiro; s.n; 2012.xiii,156p.
- SOUZA, Â. C. de. Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental? Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 2004.
- SOUSA, F. O. S.; ALBUQUERQUE, P. C.; NASCIMENTO, C. M. B.; ALBUQUERQUE, L. C.; LIRA, A. C. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 115, P. 1075-1089, OUT-DEZ 2017.
- SPINK, M. J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre: EDIPUCRS.2010.
- TEIXEIRA C. F., FONTES C, SOLLA JP, Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciênc. saúde coletiva, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017.
- TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Rede, território e atenção Psicossocial para crianças e adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial. Projeto Cuidado Colaborativo. Relatório das atividades desenvolvidas em 2017. NUPPSAM

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Editora Rios Ambiciosos, Rio de Janeiro. 2001. Cap. 1 e 2.

YASUI, S. (2007). **CAPS: estratégia de produção de cuidados e de bons encontros**. In R. Pinheiro, R., A. P. Guljor, A. P., A. G. Silva Junior & R. A. Mattos. (Orgs.), *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp.155-167). Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37. jan. 2008

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YIN, Roberto K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2010.

9. APÊNDECE - A



ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1: Compreensão e o cuidado em de Saúde mental

1. O que você compreende por saúde mental ou transtorno mental?
2. Que situações você identifica que necessita do cuidado em SM na SF ou no CAPS?
3. Como está organizada a SF/CAPS para atender a demanda de saúde mental? 4. Como está organizado a ESF/CAPS para atender a demanda de saúde mental?
4. Quais os casos de saúde mental que você encaminha para o CAPS/SF?
5. Quais são as ações de cuidado para o usuário com transtorno mental na SF?
6. Quais são as ações de cuidado para o usuário com transtorno mental na CAPS?
7. Vocês elaboram “Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) nos serviços”? se sim, quando são elaborados esses projetos? Quem os elabora e de que modo? Como são acompanhados e revistos os PTSs? Fazem PST (Projeto de saúde no território)?

Bloco 2: Articulação em rede

1. Você sabe o que é RAPS? Quais os dispositivos que existem na RAPS?
2. Quais os dispositivos você encaminha os casos de saúde mental?
3. Quais são os seus serviços de referência para casos de sofrimento psíquico?
4. Como funciona o encaminhamento do usuário de SM da SF para o CAPS e como se dá essa articulação? Ou como funciona o encaminhamento do usuário de SM do CAPS para SF?
5. Como se dá a articulação com a CFVV e o CAPS Magal em sua área de abrangência? Quais estratégias utilizam para articulação ?

6. Quais os principais desafios no cuidado compartilhado de saúde mental entre o CAPS Magal e a CFVV?

7. Quais as principais potencialidades que você identifica no cuidado compartilhado em SM entre CAPS Magal e CFVV?

10. APÊNDICE - B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Magal e Clínica da Saúde da Família Victor Valla: o desafio da construção de novos saberes em Manguinhos.**

Instituições responsáveis pela pesquisa: Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e Secretaria Municipal de Saúde (CAPS Carlos Augusto da Silva “Magal” e Clínica da Família Victor Valla.

Pesquisadora: Ana Cristina Gomes Engstrom – psicóloga do CAPS Magal e aluna do Mestrado em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ. Telefone de contato: (21) 98148-7412

Contato do comitê de ética em pesquisa do IPUB/UFRJ – Av. Venceslau Brás, 71 –fundos- Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) **3938-5510**

Contato do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua Afonso Cavalcanti , 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de janeiro Tel.: (21) **3971-1463**

Convidamos você a participar voluntariamente de um estudo que tem como finalidade analisar a integração entre um serviço especializado (CAPS) e a Atenção Básica (ESF) no cuidado integral à saúde mental dos usuários de Manguinhos. As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para avaliar o CAPS como organizador da Rede de Saúde Mental de seu território de abrangência e contribuir na identificação de potencialidades e desafios desse modelo de cuidado compartilhado.

Para que este estudo se concretize e possa trazer benefícios para as diversas pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, torna-se importante buscar soluções concretas para questões relacionadas ao

impacto da articulação saúde mental e Atenção Básica para a melhoria do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, colocando foco para integralidade. Vamos solicitar que você nos conceda uma entrevista, contando-nos sobre a sua experiência pessoal acerca da sua experiência profissional.

Alertamos sobre a possibilidade de haver desconfortos e riscos decorrentes do estudo, pois eles são inerentes ao ato da entrevista. A pesquisadora se compromete a estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- Sua participação na pesquisa é voluntária.
- Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da entrevista. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada da pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação. Sua desistência poderá ocorrer em qualquer momento da coleta de dados, sem qualquer risco de penalização.
- Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Caso seja necessário que algum encontro se dê.
- Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato, ou seja, será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura sejam citados. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.
- As entrevistas serão individuais e realizadas no próprio serviço em dia e horário de sua conveniência. Elas serão gravadas e posteriormente transcritas apenas pela pesquisadora do projeto. O material das entrevistas ficará sob a minha guarda e será armazenado em local seguro, sendo usado apenas para fins de pesquisa.
- As informações fornecidas serão analisadas junto com as de outros entrevistados nesta pesquisa, sempre garantindo o sigilo e anonimato de todos os participantes, conforme as normas éticas da Resolução 466 de 2012.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados através de artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Aprovação do sujeito de pesquisa.

Eu, _____, brasileiro (a), identidade/CPF no _____, declaro ter lido o documento e ter sido claramente informado (a) pela pesquisadora acerca da pesquisa na qual serei incluído (a), e ter recebido respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Rio de Janeiro, _____.

Telefone: _____

Assinatura do (a) participante

Este documento é assinado em duas vias de igual teor.

Confirmando ter dado todas as explicações ao (à) participante sobre os objetivos, o tipo e os riscos inerentes ao estudo.

Assinatura da pesquisadora