

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde**

**Marisa Resende Parreira**

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: conhecendo sua funcionalidade**

**Diamantina-MG**

**2017**

**Marisa Resende Parreira**

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: conhecendo sua funcionalidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde – PPGEnSa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Me. Antônio Moacir de Jesus Lima

Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Nogueira Mendes de Oliveira

**Diamantina-MG**

**2017**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

P259r

Parreira, Marisa Resende

Rede de atenção psicossocial: conhecendo sua funcionalidade /  
Marisa Resende Parreira. – Diamantina, 2018.

115 p. : il.

Orientador: Antônio Moacir de Jesus Lima

Coorientador: Guilherme Nogueira Mendes de Oliveira

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação  
em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do  
Jequitinhonha e Mucuri. 2017.

1. Saúde mental. 2. Rede de atenção à saúde. 3. Cuidado.  
4. CAPS. 5. RAPS. I. Oliveira, Wellington de. II. Lima, Antônio  
Moacir de Jesus. III. Oliveira, Guilherme Nogueira Mendes de.  
IV. Título. V. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e  
Mucuri.

**CDD 616.8**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Marisa Resende Parreira**

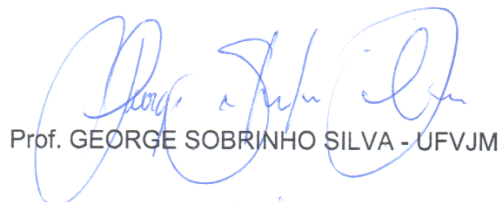
**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONHECENDO SUA  
FUNCIONALIDADE**

Dissertação apresentada ao  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO  
EM ENSINO EM SAÚDE - STRICTO  
SENSU, nível de MESTRADO como  
parte dos requisitos para obtenção do  
título de MAGISTER SCIENTIAE EM  
ENSINO EM SAÚDE

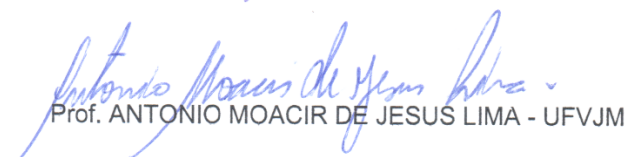
Orientador : Prof. Antonio Moacir De  
Jesus Lima

Data da aprovação : 20/11/2017

  
Prof. PAULO HENRIQUE DA CRUZ FERREIRA - SCCD

  
Prof. GEORGE SOBRINHO SILVA - UFVJM

  
Prof.Dr. WELLINGTON DE OLIVEIRA - UFVJM

  
Prof. ANTONIO MOACIR DE JESUS LIMA - UFVJM

Aos meus pais, pela criação e pelos valores ensinados,  
dedico esse trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer... agradecer...

Todos os dias minhas preces se iniciam em agradecimento.

Agradecimento pela vida, pela minha saúde, pela minha família, por minha profissão, por tentar ser uma pessoa melhor e principalmente por ter em Deus minha essência e seguimento.

Também não posso deixar jamais de agradecer pessoas muito queridas que estiveram comigo hoje e sempre.

Aos meus pais, minha eterna gratidão e admiração.

Aos meus irmãos, cunhado, cunhada e sobrinhas que tanto amo, obrigada por tê-los e saber que sempre podemos contar uns com os outros.

A minha sogra querida, te amo!

A meu marido querido, como brigou comigo, mas no final foi o meu companheiro de sempre. Para sempre, te amo!

Ao nosso filho Carlos Augusto, como foi compreensivo esse tempo, desculpas pela mamãe estar ausente, te amo demais!

Aos meus colegas mestrados, ah como foi bom, construtivo, aterrorizador, mas foi muito bom, saudades eternas.

A todos os docentes do Mestrado em Ensino em Saúde (EnSa), meu agradecimento pelos empurrões da vida!

A UFVJM, pela oportunidade de realizar mais esse ano, pela primeira vez na vida estudei em uma Instituição Federal.

Aos colegas do CAPS Renascer e CAPS AD, foram anos de muito trabalho, mas também de muito companheirismo e luta diária.

Aos pacientes do CAPS Renascer, que Deus abençoe a cada um de vocês, até hoje sou recebida com tanto carinho e isso me faz reforçar ainda mais minha luta por uma rede de saúde mental que esteja a altura que vocês merecem.

A minha psicóloga recrutadora, minha história com a saúde mental em Diamantina começou com ela, Sylvana Mara Canuto, obrigada pela oportunidade de ter me inserido nessa rede da saúde mental e por tantos ensinamentos, você é muito especial para mim.

A família da D. Aurelina e seus filhos, noras, genros, netos e netas, minha família de Diamantina, que nos acolheu com tanto carinho, nosso porto seguro de Diamantina, muito obrigada.

Ao Donaldo Pires, meu amigo guardado no peito, a gente sabe como se entende. Obrigada.

Ao meu orientador Antônio Moacir, muito obrigada pela paciência e por acreditar e confiar nessa produção, que Deus te abençoe e continue iluminando a pessoa boa que é.

Meu agradecimento a banca examinadora por ter aceitado o convite de avaliar com esse trabalho com atenção e profissionalismo.

“Só sei que nada sei”.  
(Sócrates).





## RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se insere como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Neste sentido, o funcionamento desta rede dependerá da articulação dos trabalhadores com outros que estão inseridos nos diversos espaços, bem como na comunidade. O presente estudo buscou analisar a RAPS do município de Diamantina, estado de Minas Gerais e sua funcionalidade. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que utilizou como recurso metodológico a História Oral. Entrevistou-se os coordenadores e/ou colaboradores dos componentes da RAPS pactuados no município. A coleta de dados foi baseada com a pergunta norteadora: *Relate como o serviço em que você trabalha desempenha com outros serviços da rede, ações de assistência ao usuário da saúde mental?* Os dados coletados foram transcritos e constituíram em material de análise de conteúdo, originando-se assim três eixos temáticos: 1) *“Rede existe, mas fragmentada”*, resultando das subcategorias: os serviços não se comunicam e ausência de um sistema de governança; 2) *“Dificuldade de ações de saúde mental na APS”* como consequência de ausência de apoio matricial e triagem inadequada; 3) *“Acolhimento do usuário”*, decorrentes das subcategorias carência de recursos humanos e demanda excessiva de usuários. Os resultados desta investigação permitiram identificar aspectos que podem favorecer a consolidação da RAPS, assim como, os seus principais desafios. A construção de redes apresentou-se como uma tarefa complexa, fazendo-se necessário, para sua consolidação ações em conexão com outros serviços e atores. Notou-se ainda que é de fundamental importância, para garantir o cuidado, que os profissionais desta rede compreendam seus propósitos e funcionalidades, fazendo necessário o retorno do apoio matricial e de um gestor municipal da saúde mental que atue nas políticas públicas, coordenação, planejamento e monitoramento das ações, assim através da atuação interdisciplinar que a Rede de Atenção psicossocial se fortalecerá uma vez que já existe.

**Descritores:** Assistência em Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Políticas de Saúde.

## ABSTRACT

The Psychosocial Care Network (PCN) is one of the indispensable networks of care in the Health Care Networks (HCN) in order to create, expand and articulate the points of health care for people in pain or with mental disorder because of crack, alcohol and other drugs abuse. Thus, the operation of this network will depend on the articulation between workers with others inserted in the different fields, as well as in the community. In this work a description of PCN of Diamantina city in the state of Minas Gerais – Brazil and its functionality were evaluated. It is a qualitative research with Oral History as methodology. The coordinators and/or collaborators of the PCN components agreed in the municipality were interviewed. Data collection was based on the guiding question: *Relate how the service you work plays with other services of the network actions of assistance to the user of mental health?* The collected data were transcribed and were constituted in material of content analysis, leading to three thematic axes: 1) the network exists, but it is fragmented. The interviewees consider that the lack of communication, absence of a system of governance and regulation can be a fragmentation factor; 2) difficulty of mental health actions in PHC was identified as a consequence of inadequate screening and absence of matricial support and; 3) incomplete crew and excessive demand of users are pointed as impediments of accessibility and resolution of actions. The results of this investigation allowed the identification of possible aspects that support the consolidation of PCN, as well as its main challenges. The construction of networks is a complex task, and actions in connection with other services and actors are necessary for its consolidation. It is of fundamental importance to insure that the care that the professionals of this network understand its purposes and functionalities. Therefore, it will be through interdisciplinary action that the Psychosocial Support Network will build articulation strategies that promote the strengthening of care and health production.

**Descriptors:** Mental Health Care, Mental Health Services, Health Policies.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1:</b> Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....                | 23 |
| <b>Figura 2:</b> Estrutura operacional das redes de atenção à saúde. ....        | 36 |
| <b>Figura 3:</b> Desenvolvimento da análise de conteúdo.....                     | 54 |
| <b>Figura 4:</b> Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Diamantina. .... | 75 |

## LISTA DE TABELAS

**Quadro 1:** Composição dos pontos da rede RAPS de Diamantina-MG..... 42

**Quadro 2:** Relação dos serviços/coordenadores/colaboradores que participaram das entrevistas de acordo com o cenário da atual da RAPS de Diamantina/MG..... 51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
AM – Apoio Matricial  
APS – Atenção Primária a Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil  
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CER – Centro Especializado em Reabilitação  
CERSAM – Centros de Referência em Saúde Mental  
CEO – Centro Especializado em Odontologia  
CISAJE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Jequitinhonha  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CREAS – Centro de Referência em Assistência Social  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
HNSS – Hospital Nossa Senhora da Saúde  
GRS – Gerência Regional de Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NASF – Núcleo de Saúde da Família  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SCCD – Santa Casa de Caridade de Diamantina  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SM – Saúde Mental  
SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

PVC – Programa de Volta para Casa RT – Residência Terapêutica

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAA – Unidade de Acolhimento para Adultos

UAI – Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>21</b> |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>  | <b>25</b> |
| 2.1 Objetivo geral .....   | 25        |
| 2.2 Objetivos específicos .....  | 25        |
| <b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>  | <b>27</b> |
| 3.1 Experiências iniciais da Reforma Psiquiátrica pelo mundo.....          | 27        |
| 3.1.1 A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas .....     | 29        |
| 3.1.2 A psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva.....               | 30        |
| 3.1.3 A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática.....                   | 31        |
| 3.2 Reforma psiquiátrica no Brasil .....                                   | 32        |
| 3.3 Onde estamos após a Reforma Psiquiátrica.....                          | 34        |
| 3.4 Percurso histórico da saúde mental do município de Diamantina/MG ..... | 38        |
| 3.4.1 A Rede de Atenção Psicossocial em Diamantina dos dias de hoje .....  | 41        |
| 3.5 Desafios e perspectivas para consolidação da RAPS .....                | 43        |
| <b>4. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>                                      | <b>47</b> |
| 4.1 O Referencial Teórico-Metodológico .....                               | 47        |
| 4.2 Caracterização do local da pesquisa .....                              | 48        |
| 4.3 População Alvo.....  | 50        |
| 4.4 Organização e Análise dos Dados .....                                  | 52        |
| 4.5 Considerações Éticas .....   | 55        |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>                                    | <b>57</b> |
| 5.1 Das entrevistas realizadas .....                                       | 57        |
| 5.2 Das análises e discussões.....   | 57        |
| 5.2.1 Rede existente, mas fragmentada .....                                | 58        |
| 5.2.1.1 <i>Os serviços não se comunicam</i> .....                          | 58        |
| 5.2.1.2 <i>Ausência de sistema de governança</i> .....                     | 60        |
| 5.2.2 Dificuldade de ações de saúde mental na APS.....                     | 64        |
| 5.2.2.1 <i>Ausência de apoio matricial;</i> .....                          | 65        |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.2.2.2 <i>Dificuldades com a triagem</i> .....                      | 67        |
| 5.2.3 O acolhimento ao usuário.....                                  | 68        |
| 5.2.3.1 <i>Carência de recursos humanos</i> .....                    | 68        |
| 5.2.3.2 <i>Demanda excessiva de usuários</i> .....                   | 70        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                  | <b>73</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>77</b> |
| <b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> ..... | <b>85</b> |
| <b>APÊNDICE B - Transcrições das entrevistas realizadas</b> .....    | <b>87</b> |
| CAPS Renascer.....   | 87        |
| CAPSAd .....   | 94        |
| Hospital Nossa Senhora da Saúde .....                                | 101       |
| Corpo de Bombeiros .....   | 107       |
| Atenção Primária à Saúde.....  | 112       |



## 1. INTRODUÇÃO

Nos anos 90 as propostas da Reforma Psiquiátrica começaram a fazer parte das orientações da política pública de saúde. A redemocratização do país e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituinte de 1988 e sua regulamentação em 1990, permitiram à Reforma Psiquiátrica desenvolver sua proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial de base comunitária em bases mais institucionais. (KINKER; BARREIROS, 2014).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram um dos primeiros serviços introduzidos pela Política Nacional de Saúde Mental em substituição ao modelo asilar. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011, 2015a).

Nessa época, a situação do sistema de saúde do Brasil foi marcada por transformações e estruturações, não apenas direcionados a atenção à saúde mental, mas também por uma transição epidemiológica complexa, que envolve uma tripla carga de doenças: manutenção de problemas relacionados à desnutrição, infecções e problemas da saúde reprodutiva; aumento importante das doenças crônicas e de seus fatores de risco; e pelo forte crescimento da violência e das causas externas. (FRENK, 2006).

Para organizar os sistemas de atenção à saúde, o mais conveniente é separar as condições agudas, que em geral acontecem abruptamente e podem ser respondidas por um sistema reativo, de respostas episódicas, das condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. (MENDES, 2011).

No Brasil, o sistema de atenção à saúde apresenta-se fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas, não sendo possível dessa forma, ser efetivamente resolutivo quando se trata das doenças crônicas. Sendo assim, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, em especial com a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que constituiu uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em

sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. (MENDES, 2011).

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que define as RAS como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria nº 3088 de 2011 e dispôs sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é parte integrante do SUS, compartilhando de seus princípios e diretrizes. (BRASIL, 2011). Essa rede procura ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e promover o acesso do usuário e sua família aos diferentes pontos de atenção. Para alcance destes objetivos, além da atenção às urgências, a rede procura ainda garantir o trabalho articulado e integrado entre os pontos de atenção, qualificando o cuidado por meio de acolhimento e acompanhamento contínuo. (BRASIL, 2011).

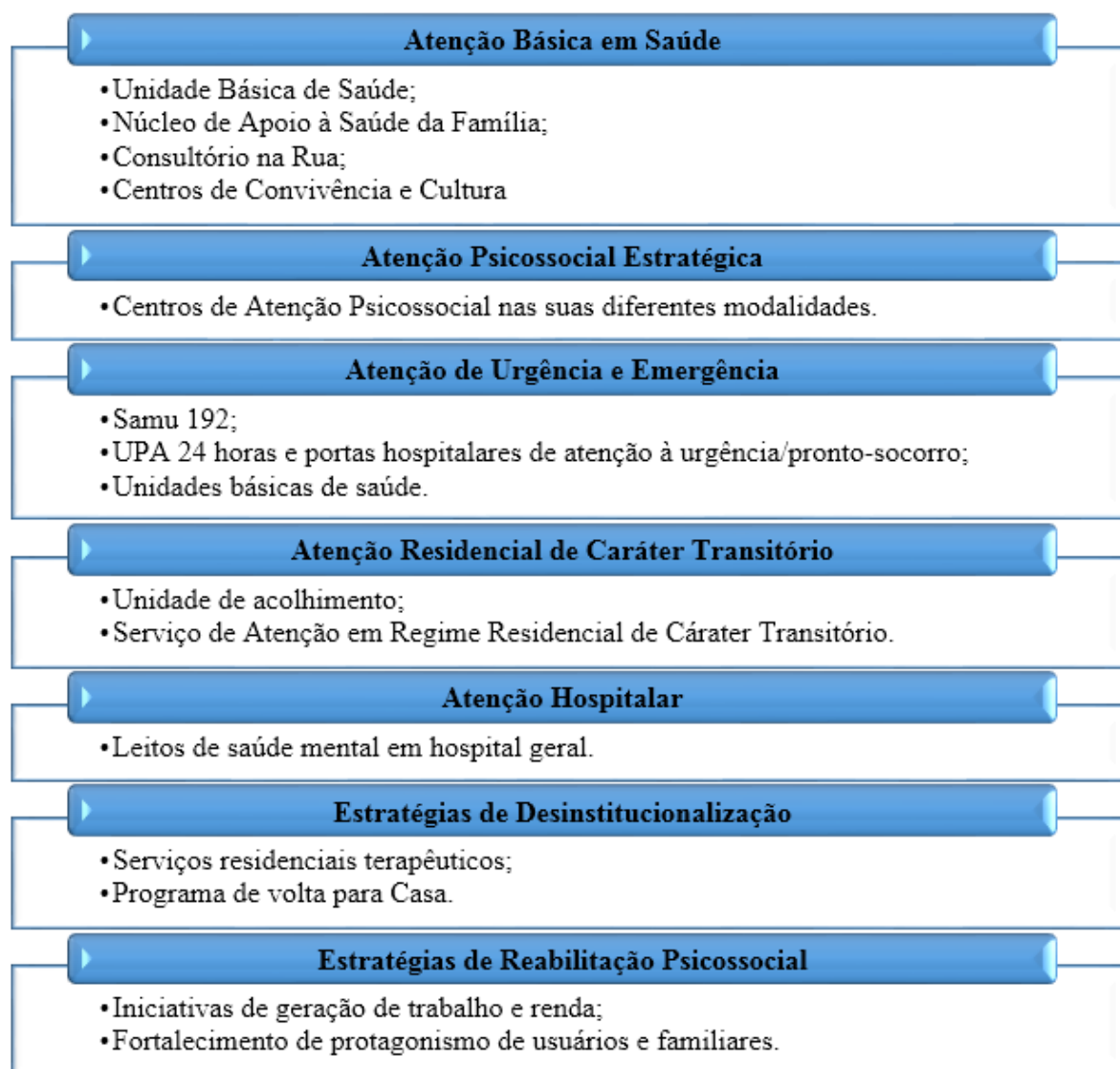
A RAPS é composta por serviços diferentes que atendam as diferentes necessidades, que estão na atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011). A Figura 1 detalha os componentes da RAPS e seus pontos de atenção.

A Reforma Psiquiátrica trouxe, e ainda traz uma construção permanente de estratégias e políticas de fortalecimento do SUS. A RAPS é uma dessas estratégias que avança em busca de um cuidado integral da pessoa com transtorno mental. Para tanto, faz-se decisiva a participação dos trabalhadores num processo contínuo de implementação e qualificação da rede, na reabilitação psicossocial e no protagonismo de usuários e de seus familiares, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos. (BRASIL, 2015b).

Em minha casuística como enfermeira de saúde mental, durante período de sete anos, e partindo do pressuposto que ainda há muitos desafios a serem superados para desenvolver as propostas da Reforma Psiquiátrica, como afirmam Kinker e Barreiros (2014),

este estudo busca descrever e avaliar a funcionalidade da RAPS do município de Diamantina/MG, tomando como referência as políticas desta rede.

**Figura 1:** Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: BRASIL, 2011. Adaptada.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a RAPS do município de Diamantina-MG e sua funcionalidade.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar e descrever aspectos que favorecem a consolidação da RAPS;
- b) Identificar e descrever os desafios na consolidação da RAPS;



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Experiências iniciais da Reforma Psiquiátrica pelo mundo

De acordo com Foucault (1972), no século XVII ocorreu à chamada “grande internação”, quando o mundo da loucura se tornou o mundo da exclusão social, com a construção, por toda a Europa, de várias casas de internamento, constituindo um espaço, ao mesmo tempo, de acolhimento, correção e reclusão. Essas casas eram destinadas a receber não só os loucos, mas também os libertinos, os mágicos, as prostitutas e os ladrões. Engendrada em meio a questões políticas, econômicas, sociais e morais, a criação desses estabelecimentos delimitou o momento em que a loucura foi percebida no horizonte da pobreza e da incapacidade para o trabalho, identificando-se como um problema social.

A internação do louco, era um instrumento político-social, não obedecendo a critérios médicos. O que havia de comum entre os indivíduos que faziam parte do “mundo dos internos” era a sua incapacidade de se tomar parte na produção, circulação e acúmulo de riquezas. (FOUCAULT, 1972).

No final do século XVIII, o enclausuramento – uma marca do absolutismo – tinha que ser abolido, pois os ideais da Revolução Francesa eram “Liberdade, Igualdade, Fraternidade”. Porém, ainda se considerava necessário segregar o louco para manter a ordem, o que foi possível com as ideias de cientificidade e valorização da razão advindas do Iluminismo. A partir desse momento, a loucura passou a ser objeto de estudo da psiquiatria, o qual visava isolar os “doentes mentais” para que fossem observados em seu estado mais puro. Estava, assim, institucionalizada a loucura delimitada pelo saber/poder médico. (AMARANTE, 1998; CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Ao constituir um espaço específico para a loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propôs uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes, na função disciplinadora do médico e do manicômio que deveria ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passou a ser revestida. (AMSTALDEN; PASSOS, 2008).

No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel foi se modificando e esvaziou-se das ideias originais. Permaneceram as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. (AMSTALDEN; PASSOS, 2008).

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendida também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX. (AMSTALDEN; PASSOS, 2007).

O período tornou-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Pinel já havia acentuado o fato de haver contradições entre as práticas psiquiátricas que as instituições do grande enclausuramento apontavam. Assim as reformas posteriores a Pinel procuraram questionar o papel e a natureza, ora de instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, levantando novas questões no cenário histórico mundial. (AMARANTE, 1998).

O fim da Segunda Grande Guerra ocorrido na Europa foi identificado por Desviat (1999), um dos principais autores que contribuem para a compreensão e análise do campo público da saúde mental, como sendo o momento em que surgiram as primeiras experiências de contestação ao então modelo de assistência no qual o manicômio havia se consolidado como elemento central.

Semelhantes aos campos de concentração nazista que chocaram o mundo nos anos 1940, a situação vigente nos hospícios, no final da Segunda Guerra, causou enorme indignação e era incompatível com os projetos democráticos de reconstrução nacional da Europa. Além disso, a guerra causou sérios danos psíquicos a um enorme contingente de homens jovens, cuja força de trabalho era preciso recuperar. (DESVIAT, 1999).

Descrever a trajetória histórica da saúde mental é algo que vai além de um momento, um movimento, um período. É percorrer uma trajetória que comporta diversas características relacionadas ao contexto sócio-político e econômico de cada época.

Experiências e modelos diferentes ocorreram na França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, esta última deu início a um modelo mais radical, tendo como referência Franco



Basaglia, que considerava o hospital psiquiátrico uma ameaça ao ser humano. (AMSTALDEN; PASSOS, 2008). De acordo com Costa (1985), os movimentos da Reforma Psiquiátrica podem ser ordenados da seguinte maneira:

- a) Reformas restritas ao âmbito dos hospitais psiquiátricos: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas.
- b) Reformas que buscam acoplar serviços extra-hospitalares ao hospital: a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva.
- c) Reformas que instauram uma ruptura com as anteriores, questionando o conjunto de saberes e de práticas da psiquiatria vigente: a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática.

Esses três diferentes grupos, como definidos por Costa (1985), são descritos a seguir:

### ***3.1.1 A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas***

A psicoterapia institucional iniciou-se na França, no final da Segunda Guerra Mundial. Considerava que os hospitais psiquiátricos estavam doentes e necessitavam de tratamento: deveriam ser reformados para se tornarem realmente terapêuticos, e, assim, capazes de devolver os doentes à sociedade. Fortemente influenciada pela psicanálise, a psicoterapia institucional enfatizava a importância da relação terapeuta-paciente no tratamento. Buscava criar dentro do hospital um campo coletivo, ajudando o paciente a refazer seus laços com as pessoas e as coisas: estimulava práticas como ateliês, atividades de animação, festas, reuniões, etc. (MINAS GERAIS, 2006).

As comunidades terapêuticas surgiram na Inglaterra, na mesma época. Também pretendia fazer do hospital psiquiátrico um espaço terapêutico: incentivavam os internos a participar ativamente da administração do hospital, do próprio tratamento e do tratamento uns dos outros. Davam ênfase especial à prática de reuniões, de assembleias e de outros espaços em que os pacientes pudessem ter voz ativa na instituição. (MINAS GERAIS, 2006).

Esses dois movimentos tiveram suas especificidades, mas tinham em comum o combate a hierarquia autoritária das relações entre funcionários e pacientes, e a valorização das relações igualitárias e de respeito mútuo no tratamento dos portadores de sofrimento mental. Contudo, esbarravam num limite: como democratizar o funcionamento interno de uma

instituição, sem questionar também os autoritarismos e as injustiças da sociedade de que derivam? (MINAS GERAIS, 2006).

Outra semelhança entre a psicoterapia institucional e as comunidades era que buscavam oferecer inegavelmente um tratamento digno e humano aos pacientes, porém restrito ao período da internação. Após a alta, os pacientes não tinham apoio ou suporte para o retorno ao convívio social. (MINAS GERAIS, 2006).

### ***3.1.2 A psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva***

A partir da psicoterapia institucional, surgiu na França, nos anos 50, a psiquiatria de setor. Neste modelo, o eixo da assistência deveria deslocar-se do hospital para o espaço extra-hospitalar, instituindo a territorialização da assistência. O setor foi definido como uma área geográfica bem delimitada, acompanhada por uma mesma equipe de Saúde Mental, contando com serviços extra-hospitalares próprios, como lares de pós-cura, oficinas protegidas, clubes terapêuticos. (MINAS GERAIS, 2006).

Também nos anos 50, nos Estados Unidos, iniciou-se a psiquiatria preventiva, que estimulava três níveis de prevenção. O nível primário consistia em intervir nas condições individuais e ambientais de formação da doença mental; o secundário visava a diagnosticar precocemente essas doenças; o terciário buscava readaptar o paciente à vida social após a sua melhora. A internação psiquiátrica era prevista apenas quando esgotadas outras possibilidades, e apenas por curtos períodos de tempo. (MINAS GERAIS, 2006).

Essas diferentes propostas de Reforma também possuíam seus pontos comuns. Ambas buscavam reduzir o papel do hospital psiquiátrico, criando alternativas de tratamento na comunidade que permitissem reduzir o número e o tempo das internações. Contudo, o hospital psiquiátrico permanecia como uma referência essencial, parecendo inconcebível um modelo de assistência que pudesse prescindir dele. Ainda, houve um avanço quanto à valorização dos aspectos psicossociais do sofrimento mental; porém, muitas vezes a postura medicalizante e intervencionista sobressaía em relação a estes aspectos.

Mesmo ressaltando a importância das contribuições comunitárias, essas propostas foram formuladas e conduzidas por técnicos, sem participação dos portadores de sofrimento mental e de seus familiares no desenvolvimento das políticas de Saúde Mental. (MINAS GERAIS, 2006).

### *3.1.3 A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática*

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, nos anos 60. Não se tratava de uma proposta de Reforma Psiquiátrica, e sim de toda uma nova reflexão sobre a loucura. Surgiu a partir de algumas experiências ousadas em comunidades terapêuticas, que acabaram por ultrapassar esse marco institucional. Pensava-se na loucura não mais como doença, mas como uma reação aos desequilíbrios familiares e à alienação social. (MINAS GERAIS, 2006).

A psiquiatria democrática surgiu na Itália, também nos anos 60, a partir dos impasses encontrados na aplicação da proposta das comunidades terapêuticas. Na cidade de Trieste, um grande hospital psiquiátrico foi gradativamente desmontado, ao mesmo tempo em que se construíram para os ex-internos saídas para o seu retorno ao convívio social. Centros de Saúde Mental funcionando 24 horas por dia, em regime aberto, passaram a atender todos os casos que antes procuravam o hospital, mesmo – e principalmente – os mais graves. Criaram-se possibilidades de trânsito, trabalho, cultura e lazer para os usuários na cidade. (MINAS GERAIS, 2006).

Para isto, foi preciso criticar a apropriação do fenômeno da loucura feita pelos saberes médicos e psicológicos. Na concepção da psiquiatria democrática, os muros do manicômio simbolizavam toda a dominação das palavras, ações e decisões dos ditos loucos feita em nome da ciência. Portanto, tratava-se de assegurar aos portadores de sofrimento mental um espaço real de cidadania, ou seja, propiciar-lhes o lugar de protagonistas de uma transformação social, retomando suas próprias vidas, como legítimos habitantes da cidade. Todo este movimento resultou na proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália. (MINAS GERAIS, 2006).

Consequente houve a ruptura que essas experiências efetuaram com relação às anteriores, particularmente a Psiquiatria Democrática, cuja experiência alcançou impacto mundial. Afirmou-se pela primeira vez ser possível e necessária a extinção do hospital psiquiátrico, dado o fracasso de todos os esforços anteriores para transformá-lo num espaço terapêutico. Além disso, questionou-se a pretensa neutralidade da ciência, demonstrando que os saberes científicos dependem das relações de poder e tomam partido diante delas. (MINAS GERAIS, 2006).

As mudanças não se restringiram aos técnicos de Saúde Mental, mas envolveram diferentes atores, gerando debates e mobilizações que envolviam outros segmentos sociais.

### 3.2 Reforma psiquiátrica no Brasil

No Brasil, como em outras partes do mundo, houve ações e ainda têm se buscado recriar novos lugares e novos olhares para cuidar, tratar e, principalmente, reinserir as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades de substâncias psicoativas.

A reforma psiquiátrica brasileira se baseou no movimento italiano. O início da reforma no Brasil ocorreu no final da década de 1970. Com a crescente contratação de leitos privados em hospitais que visavam o lucro, com a crise institucional e financeira da previdência social e por a saúde pública ser, nessa época, essencialmente assistencialista, hospitalocêntrica e ineficiente, era evidente a necessidade da reformulação da assistência à saúde no país. (AMARANTE, 1994).

A trajetória do movimento foi marcada pela noção de desinstitucionalização, inserindo-se numa conjuntura política de grande importância para a sociedade brasileira, pois a década de 1980 foi marcada pela luta por um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar. Nesse contexto, os caminhos da reforma psiquiátrica ligaram-se estreitamente aos da reforma sanitária.

De acordo com Amarante (1998), no Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica teve como estopins a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão do Ministério da Saúde, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). No que concerne ao MTSM, basta lembrar que este movimento denunciou a falta de recursos das unidades e a consequente precariedade das condições de trabalho refletindo na atenção dispensada à população, tendo como mote o caráter trabalhista e humanitário.

Um marco decisivo daquela época foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido em Belo Horizonte, em 1979: com a presença de convidados como Franco Basaglia e a participação de usuários, familiares, a discussão ampliou-se, atingindo a opinião pública de todo o país. Neste caminho ocorreu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo encontro em Bauru, 1987, criou a famosa palavra de ordem “*Por uma sociedade sem manicômios*”, abrindo espaço para o nascimento do movimento da luta antimanicomial. (MINAS GERAIS, 2006).

Apesar dos avanços em direção à Reforma Psiquiátrica, no final dos anos 80, o Brasil ainda contava com 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e

80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. (MINAS GERAIS, 2006).

No caminho para a Reforma Sanitária brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a Constituição Federal de 1988, representaram o marco para a consequente Reforma Psiquiátrica, definindo a assistência psicológica sem a discriminação que imperava na época e a saúde como um direito de todos. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; BRASIL, 1988).

A década de 90 representou um dos períodos mais marcantes da trajetória dessa reforma em busca da desinstitucionalização ou desconstrução/invenção e consequente construção e implantação de algo efetivamente novo, numa lógica humanitária e voltada para a cidadania. (AMARANTE, 1998).

A Reforma Psiquiátrica brasileira se alojou dentro da lógica do SUS, adotando os princípios doutrinários e, em 1990, a Declaração de Caracas trouxe em seu bojo o marco daquilo que se pretendeu para o projeto de assistência em saúde mental nas Américas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990).

Da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, saíram às diretrizes que orientaram a reestruturação da atenção em saúde mental, propondo uma rede articulada de serviços substitutivos, no qual se destaca a implantação de liberação de recursos para os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), portarias e recursos e incentivos para desospitalização. (PITTA, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e outros tipos de serviços substitutivos de modelo asilar são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002).

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPSs, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004).

Os CAPSs são constituídos por três modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Suas características, conforme disposto na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), são descritas a seguir:

- a) *CAPS I*: todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes;
- b) *CAPS II*: todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- c) *CAPSi*: crianças e adolescentes; para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- d) *CAPSAAd - Álcool e Drogas*: todas faixas etárias; especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- e) *CAPS III*: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes;
- f) *CAPSAAd III - Álcool e Drogas*: Atendimento de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

### **3.3 Onde estamos após a Reforma Psiquiátrica**

Após 16 anos da promulgação da Lei nº 10.216 de 2001, que determinou uma rede substitutiva seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica de superação do modelo asilar e de garantia e promoção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001), o cenário da atenção pública em saúde mental no país tem se transformado, tendo como

a atenção básica a ordenadora e direcionadora de tal cuidado. Para tanto, fez-se e faz-se necessária uma verdadeira revolução teórico-conceitual para compreensão dos sujeitos envolvidos nesse amplo e complexo processo social e de um conceito ampliado de saúde, da clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e intersetorial, da noção de rede e de territorialidade. (AMARANTE, 2007).

O primeiro CAPS foi inaugurado no Brasil em março de 1986 e ficou conhecido como CAPS Itapeva, em São Paulo – SP. Os CAPS foram os primeiros serviços substitutivos considerados como local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde. (BRASIL, 2004).

Em 2010, o Ministério da Saúde adotou a estratégia da organização do SUS a partir da criação das Redes de Atenção à Saúde, que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

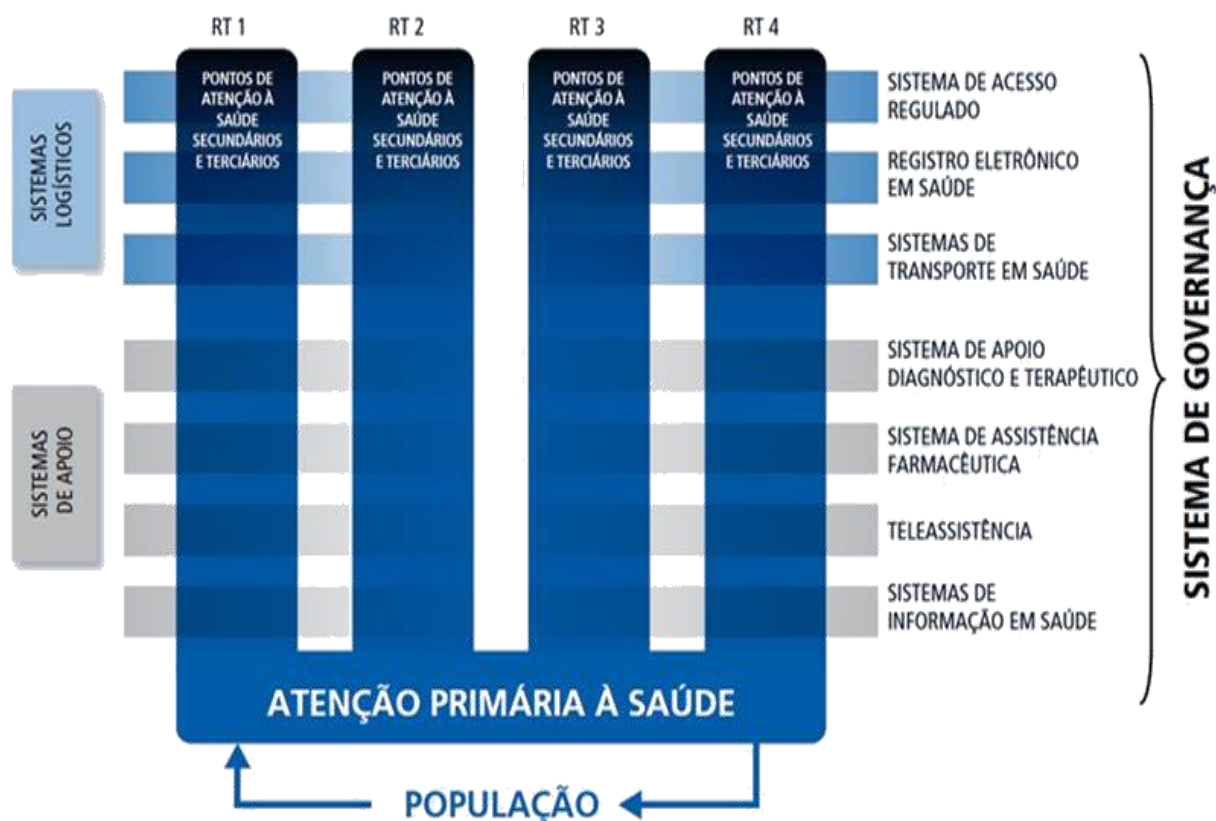
Para Mendes (2010), as RAS seriam organizações oligárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais – envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e tecnológicos, e fatores internos – cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional, estilo de liderança e de gestão. Os fatores contextuais, que são externos ao sistema de atenção à saúde, mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. (MENDES, 2011).

Nesse contexto, os sistemas de atenção à saúde não conseguem se adaptar, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade, de atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século 21 que responde por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século 20, quando predominaram as condições agudas. (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde conforme ilustrado na Figura 2.

**Figura 2:** Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.



Fonte: MENDES, 2011.

Esses três elementos são assim caracterizados pela Portaria nº 4.279/10. (BRASIL, 2010):

- a) *População e Região de Saúde:* Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.
- b) *Estrutura Operacional:* A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se



ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde, centro de comunicação, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança.

- c) *Modelo de Atenção à Saúde*: O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. Atua em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Para a implantação das RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

A RAS é organizada em temáticas a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações, também são transversalizadas por qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde. (BRASIL, 2010).

São priorizadas as seguintes redes temáticas:

- a) Rede Cegonha
- b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- c) Rede de Atenção Psicossocial
- d) Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas
- e) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Até a realização deste trabalho, a rede nacional de atenção psicossocial é formada por: 2.465 CAPS, sendo 424 especializados no atendimento relacionado a álcool e drogas; 35 Unidades de Acolhimento infanto-juvenil (UAI); 21 Unidades de Acolhimento para adultos (UAA); 1.163 Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais; 104 Consultórios na Rua que atuam sob responsabilidade da Atenção Básica; e 493 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para moradia de pessoas em situação de vulnerabilidade que permaneceram por longo período internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia. (BRASIL, 2017a).

Observa-se que RAPS tem se ampliado nos últimos anos, exemplo disso é que, entre 2014 e 2017, houve aumento de 36% na disponibilidade de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais. Além disso, houve importante investimento do Ministério da Saúde para custeio dos estabelecimentos e Consultórios de Rua que compõem a RAPS. (BRASIL, 2017a).

Estima-se que 23 milhões de brasileiros apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo 5 milhões em nível de moderado a grave. Essa população depende de um RAPS bem estruturada para o tratamento adequado. No entanto, o Ministério da Saúde realizou um levantamento nacional e identificou, entre outros, má gestão dos recursos destinados às obras, baixa ocupação de leitos de saúde mental em hospital geral, e subnotificação nos registros de atendimentos e produção, comprometendo assim, a qualidade e efetividade da rede. (BRASIL, 2017a).

A urgência de que as RAPS de todo o Brasil funcionem efetivamente se consolida quando observa-se uma nova realidade epidemiológica para a saúde mental: aumento, em escala importante, da dependência química ao crack e de outras drogas, associada ao uso abusivo com dependência do álcool e ainda, aumento das taxas de suicídio, que representa a quarta causa de mortes entre os jovens e apresenta alta prevalência em idosos – 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. (BRASIL, 2017b).

### **3.4 Percurso histórico da saúde mental do município de Diamantina/MG**

É fato que a história da RAPS de Diamantina/MG não se iniciou após os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. A rede de saúde mental do município é rica em história, exuberância, lacunas, política, religião, poder, caridade, tratamento e com certeza outras características mais.

Tal fato deve-se que em Diamantina/MG está o 1º Hospício de Minas Gerais, cuja pedra fundamental foi fixada em 1888. Impossível nesse momento não relatar um pouquinho também da minha história com a cidade.

Vim para Diamantina/MG em julho de 2010, não conhecia a região do Vale do Jequitinhonha, nos meus primeiros passos me deparei com um dos casarões mais belos e assustadores que já havia visto, me chamou atenção não somente pela beleza e medo, mas também porque não compreendia com meu zero conhecimento de engenharia como tal gigante obra estava de erguida ainda, jurava que em um sopro aquelas ruínas estariam todas no chão.

Buscando saber mais e mais, fui informada do que se tratava e que existia um livro contando um pouco dessa história. Já em mãos a obra intitulada “Hospício da Diamantina- a loucura na cidade moderna” da autora diamantinense Maria Claudia Almeida Orlando Magnani, professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), fruto da sua tese de mestrado onde buscou compreender:

O que foi aquele hospício, quando começou a atender e com quais objetivos, que realidade criou a necessidade de sua existência, quem foram seus pacientes e o que pretendiam seus médicos? As questões se impuseram de forma tanto mais instigante, quanto mais raros e danificados se mostraram os documentos e fontes.

As possíveis respostas a elas ancoram-se nesta dissertação na perspectiva de compreensão histórica da loucura e da medicina mental na Europa e no Brasil (tendo sempre em vista as peculiaridades da sociabilidade brasileira e mineira no século XIX). Construí, então, o meu projeto de mestrado tendo como objetivo geral recuperar e extrair das fontes, tanto quanto possível, as informações ali constantes e tentar compreender historicamente os gritos metafóricos do hospício, que não se calam. A história do Hospício da Diamantina, envolvendo a questão do discurso sobre a loucura no final do século XIX, aparece como um objeto fronteiro entre a história e outros saberes, como a sociologia. Assim, ao investigar o hospício, foi necessário todo um esforço para a compreensão mais geral da tessitura da malha societária que o engendrou, de vários ângulos. A construção do hospício foi compreendida como parte de um processo modernizador que acontecia em Diamantina no final do século XIX, que por sua vez, para ser compreendido precisou considerar a inteligência da relação da cidade moderna com o hospício e com a loucura, vista sob uma nova ótica médica: a ótica da psiquiatria que, como normatizadora, transformou a loucura em alienação mental e pretendeu curá-la (Birman, 1978). A compreensão do Hospício da Diamantina em toda a sua complexidade exige, portanto, uma compreensão mais ampla da cidade Diamantina no que se refere à urdidura de sua urbanidade multifacetária e do saber médico que se estabelecia juntamente com ela. (MAGNANI, 2008).

A autora supracitada fez parte da construção da RAPS de Diamantina/MG, quando descreve “Nesse processo, acompanhando a elaboração de um projeto de serviço substitutivo de saúde mental para a região, deparei-me com o acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina, abandonado em um porão úmido, em lamentável estado de conservação”. (MAGNANI, 2008).

As Santas Casas de Misericórdia participavam ativamente da assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX, dentre elas, a Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD) foi apontada por Gonçalves e Goulart, como se segue:

Optamos por investigar a participação das Santas Casas de Misericórdia na história da política de assistência à saúde mental mineira, a partir dos caminhos delineados pela Estrada Real. Pode-se dizer que essa estrada inaugurou o caminho da conquista, o caminho do ouro, dos diamantes e, principalmente, do poder a partir do Brasil Colonial. A Estrada Real foi construída entre fins do século XVII e início do século XVIII, estabelecendo a ligação entre o Rio de Janeiro e as províncias que seriam

exploradas em Minas Gerais. Entre essas províncias, há dois pontos de destaque, os distritos de Vila Rica (atual Ouro Preto) e Vila do Príncipe/Arraial do Tijuco (atuais Serro e Diamantina, respectivamente). A Estrada Real teve em sua trajetória dois caminhos. O caminho antigo ligava a cidade Paraty, no Rio de Janeiro, a Vila Rica, em Minas Gerais; e o caminho novo vai da cidade de Paraty até o Arraial do Tijuco (Diamantina). O caminho novo foi construído após a descoberta dos diamantes na região do Serro”. (GONÇALVES, GOULART, 2015).

As internações se davam em sua maior parte nas Santas Casas dos municípios de São João Del Rei e Diamantina. Além das internações realizadas nas Santas Casas do próprio estado, havia um convênio firmado com o Hospício do Rio de Janeiro, desde 1982, que garantiam um número de leitos específicos para encaminhamentos do estado de Minas Gerais. (MAGRO FILHO, 1992).

A construção do hospício foi parte de um processo que envolvia questões econômicas, sociais e políticas, como apontado por MAGNANI (2008):

A nova realidade da cidade diamantinense no final do século XIX, no sentido da criação e complexificação dos espaços de sociabilidade, e o surto de industrialização que em certa medida a possibilitou, conviveram com um novo discurso médico que se estendeu à compreensão e abordagem da loucura. Ao mesmo tempo, velhas relações sociais coexistiam com as transformações. A rigor, tanto os anseios de modernização na cidade, quanto o surto industrial acima mencionado, foram promessas que não se cumpriram. Diamantina não se confirmou enquanto polo industrial significativo no século XX, e elementos pré-modernos parecem-me ainda demasiadamente determinantes para uma cidade que se pretendia modernizar. A decadência do garimpo que teve como resposta a indústria de tecidos não foi definitiva. Até o esgotamento quase completo dos veios diamantíferos no final do século XX, a cidade viveu da exploração, lapidação e comércio dos diamantes, à mercê das oscilações do mercado internacional de pedras preciosas. Se o Hospício da Diamantina foi, de um lado uma resposta à necessidade de isolamento dos loucos que, soltos pelas ruas interferiam no redimensionamento da cidade e na sua necessidade de desenvolvimento ordenado, e de outro uma resposta às novas necessidades de tratamento e cura impostas pelo novo saber médico que impunha uma nova concepção de loucura e normalidade, é possível que a especificidade do processo modernizador em Diamantina esteja ligada, em certa medida, ao rápido fechamento do hospício. Assim, é possível que o hospício tenha nascido junto com a promessa de modernização da cidade e tenha fechado suas portas quando a promessa desmoronou antes do seu cumprimento. Diamantina não teve representação política e econômica suficientemente forte para manter as verbas estaduais de custeio destinadas ao hospício de alienados, que, no princípio do século XX privilegiaram a cidade de Barbacena como a sede de um hospício estadual. (MAGNANI, 2008).

Como apontado por Magro Filho (1992), as internações se davam em sua maior parte nas Santas Casas dos municípios de São João Del Rei e Diamantina. Além das internações realizadas nas Santas Casas do próprio estado, havia um convênio firmado com o Hospício do Rio de Janeiro, desde 1982, que garantiam um número de leitos específicos para encaminhamentos do estado de Minas Gerais.

O fechamento do Hospício de Diamantina se deu em 1903, antes mesmo de ser inaugurado. No entanto, o hospício esteve ativo, durante quase vinte de uma obra inacabada por falta de recursos e com recebimento de internos. (MAGNANI, 2008).

“Continua a prestar bons serviços, apesar de ainda não concluído, o estabelecimento que fundamos, anexo à Santa Casa, para o tratamento dos exilados da razão. O congresso mineiro, que até então não se recusara a atender aos nossos reclamos em prol do hospício de alienados em Diamantina, contemplando-o com a anuidade de 2:000\$ e no último exercício com a de 5:000\$000, em sua recente reunião, ao confeccionar a lei de despesa para 1900, deixou à margem o mencionado estabelecimento e retirou-lhe a subvenção, baseando-se para isso na conveniência de diminuir-se os encargos do Estado, que aliás dispndia com a assistência a alienados apenas a quantia de 21 contos, sendo 11 contos no hospício nacional e 5 contos em cada um dos hospícios de São João Del Rei e Diamantina. Com o projeto de se fundar um hospício estadual para alienados, é de crer-se que não será restabelecida aquela concessão, ficando assim a obra que tantos sacrifícios e esforços nos tem custado, unicamente entregue aos seus próprios recursos.”. (BRANT, 1899, pp. 11-12)”.

Com a não renovação do convênio do Hospício Nacional com Minas Gerais paralelo ao excessivo gasto com a manutenção dos alienados do Estado nas Santas Casas culminou na proposta da criação da assistência aos alienados mineiros no ano de 1900.

Em 1903, foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, considerado um dos maiores do Brasil. Nessa época todos os recursos anteriormente destinados a manter as Santas Casas de Saúde de São João Del-Rei e de Diamantina, ficaram direcionados e centralizados unicamente em Barbacena, sem necessitar realizar convênios e auxílios para outros estados. No mesmo período, foi criada também a primeira lei de alienados, como citado por Magnani (2008), onde a alienação dos direitos passou a ser utilizada como poder de autoridade, fazendo assim a psiquiatria detentora de poderes, muitos loucos jamais retornaram para suas casas ou voltavam para as ruas, uma vez que não tinha mais as casas de tratamento.

### ***3.4.1 A Rede de Atenção Psicossocial em Diamantina dos dias de hoje***

A evolução dos modelos de regionalização e municipalização, permitiu, que já nos anos 2000, ao SUS, em consonância com o movimento de Luta Antimanicomial, desenvolver uma rede de assistência à saúde. Em Diamantina, permanecem os esforços dos principais gestores de saúde locais: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, Diretoria Regional de Saúde de Diamantina e

Santa Casa de Caridade de Diamantina, no sentido de possibilitar a criação de um serviço aberto e local de saúde mental.

De acordo com a deliberação CIB-SUS/MG nº 1092, de 04 de abril de 2012, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG, foi aprovada a Rede de Saúde Mental para os municípios da microrregião de Diamantina-MG. (MINAS GERAIS, 2012).

Tendo como referência a planilha de compromisso da implantação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, realizada em 10 de maio de 2012 na CIB Micro Diamantina, cita-se a seguinte pactuação apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1:** Composição dos pontos da rede RAPS de Diamantina-MG (2012).

| <b>Componentes da RAPS*</b>                       | <b>Pontos de atenção</b>  | <b>RAPS de Diamantina/MG</b>  | <b>Pactuação CIB Micro Diamantina 05/2012</b>   |
|---|---|---|---|
| <i>Atenção Básica em Saúde</i>                    | Unidade Básica de Saúde;<br>Núcleo de Apoio a Saúde da Família;<br>Consultório na Rua;<br>Centros de Convivência e Cultura; | UBS/ESF: 08 urbanas e 03 rurais;<br>NASF: não tem;<br>Consultório de rua: não tem;<br>Centro de Convivência e cultura: não tem; | Manter o serviço (ESF), não possui NASF;  |
| <i>Atenção Psicossocial Estratégica</i>           | Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;  | CAPS II- Transtornos mentais;<br>CAPS Ad- Álcool/drogas;<br>Ambos para usuários acima de 18 anos                                | Reclassificar CAPS II para CAPS III;<br>Requalificar CAPS Ad II para CAPS Ad III;<br>Inaugurar e implantar em 2013 CAPSi;                                 |
| <i>Atenção de Urgência e Emergência</i>           | SAMU 192;<br>Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;                | SAMU 192;<br>Pronto Atendimento SCCD;<br>Pronto Atendimento HNSS;<br>Corpo de Bombeiros;  | Manter o serviço;   |
| <i>Atenção Residencial de Caráter transitório</i> | Unidade de Acolhimento;<br>Serviço de Atenção em Regime Residencial;  | Não há pactuação;   | Inaugurar em 2013, Unidade de Acolhimento Infante/Juvenil e Adulto;<br>Implantar em 2013 Serviço Residencial Terapêutico modalidade 2 (4 a 10 moradores); |
| <i>Atenção Hospitalar</i>                         | Leitos de Saúde Mental na clínica médica ou pediatria em Hospital Geral;<br>Enfermaria especializada em Hospital Geral;     | 05 leitos de saúde mental na SCCD;  | Manter o serviço;   |

| <b>Componentes da RAPS*</b>                     | <b>Pontos de atenção</b>   | <b>RAPS de Diamantina/MG</b>                                | <b>Pactuação CIB Micro Diamantina 05/2012</b>               |
|---|--|---|---|
| <i>Estratégias de Desinstitucionalização</i>    | Serviços Residenciais Terapêuticos;<br>Programa de Volta para Casa;                                      | 02 usuários inseridos no Programa de Volta Para Casa (PVC); | 02 usuários inseridos no Programa de Volta Para Casa (VPC); |
| <i>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</i> | Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;<br>Fortalecimento do Protagonismo dos usuários e familiares; | Associação dos Usuários                                     | Associação dos Usuários;                                    |

\* Componentes da RAPS determinados na Portaria 3088/11.

Baseando-se nas diretrizes que constituem o funcionamento da RAPS, o município de Diamantina/MG tem apresentado pontos de atenção fragilizados, ocasionando assim, impasses para realização do cuidado baseado nos princípios do SUS.

Durante a minha atuação como enfermeira no CAPS II do referido município foi possível observar e vivenciar as dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos na RAPS em prestar assistência aos usuários de saúde mental, levando em consideração que o trabalho deveria ser executado em rede.

### **3.5 Desafios e perspectivas para consolidação da RAPS**

De acordo com Luzio e L'Abbate (2006), desde a implantação do SUS, quando muitos municípios do país buscaram viabilizar, em todos os setores da assistência à saúde, os direitos constitucionais dos usuários, constatou-se grandes dificuldades na efetivação das diretrizes gerais, tanto da reforma sanitária como da reforma psiquiátrica.

A formação dos profissionais de saúde e sua importância para a implantação, manutenção e o desenvolvimento do SUS pode ser considerada essencial e estratégica, considerando que, no processo formativo, estes profissionais desenvolvem, além de habilidades e conhecimentos, valores e atitudes que os acompanharão nas suas práticas profissionais.

O atual cenário político e de atenção à saúde mental brasileiro, entre desafios e perspectivas, enfrenta problemas, especialmente, ligados a dificuldades na gestão dos serviços, como por exemplo, reinternações frequentes, reduzido quantitativo de serviços e equipamentos disponíveis, alta demanda de usuários, desarticulação da rede de atenção psicossocial, e ainda própria escassez de recursos humanos qualificados para compor esses serviços. (JÚNIOR et al, 2016).

No artigo Wenceslau e Ortega (2015) que faz uma análise teórica sobre a integração da saúde mental na atenção primária sob a perspectiva dos objetivos e estratégias da Saúde Mental Global (Global Mental Health - GMH) com perspectivas internacionais e o cenário brasileiro, os autores apontam que pessoas que sofrem com transtornos mentais necessitam de sistemas de saúde que atendam às suas necessidades de cuidados, com os recursos de melhor fundamentação científica disponível.

A produção acadêmica reunida pelo GMH mostra que esses recursos psicossociais e farmacológicos são custo-efetivos e devem ser acessíveis para todas as pessoas do planeta. O caminho para alcançar este objetivo só é possível, num menor prazo e de maneira sustentável, por meio de uma atenção primária forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, seja à base da atenção à saúde mental. (WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

Os mesmo autores citam que a literatura internacional afirma que a integração é a principal estratégia global de ampliação do acesso à saúde mental, apontando diversas evidências que demonstram as vantagens e viabilidade deste modelo. Ao mesmo tempo, é repetida a necessidade de estudos mais potentes e detalhados sobre as experiências em curso, sobretudo, demonstrando impacto epidemiológico, desfechos clínicos favoráveis, custo-efetividade e caminhos para os impasses culturais envolvidos.

Por outro lado, a análise realizada sobre as principais portarias e orientações técnicas do Ministério da Saúde, neste tema, sinaliza que, sim, no SUS, reconhece-se que a atenção básica tem um papel fundamental na atenção à saúde mental. Todavia, não ficam estabelecidos os limites de competência entre a atenção básica e os CAPS, havendo uma dupla porta de entrada no sistema para este perfil de demanda. Além disso, o apoio matricial em saúde mental por intermédio dos NASF é o principal mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento. Este fato, porém, provoca a dúvida se esta deveria ser a única, ou, mesmo, se é a melhor forma de promover esta qualificação. (WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

No artigo de Eugenio (2010) conclui que há evidências na literatura internacional de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, quando se tem um sistema integrado.



Há evidências de que a integração de gestores e prestadores de serviços melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e teve algum impacto sobre os custos da atenção à saúde<sup>48</sup>.



## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 O Referencial Teórico-Metodológico

O estudo consistiu em uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória, em que se utilizou o método da história oral temática com o objetivo de analisar a funcionalidade da rede de saúde mental de Diamantina/MG, a partir dos relatos orais obtidos da população alvo.

Optou-se pelo estudo qualitativo, pois, de acordo com Minayo (1996), a pesquisa qualitativa caminha para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores e percepções, podendo responder a questões que não podem ser quantificadas, mas permite o aprofundamento no mundo do significado das ações, vivências, experiências e relações pessoais.

Ainda de acordo com a autora, o uso de uma abordagem qualitativa permite ao pesquisador investigar no contexto natural o objeto de estudo em profundidade, conhecendo as particularidades das interpretações. O tamanho da amostra não é mensurável e depende dos critérios de saturação dos dados e além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante toda a investigação. (MINAYO, 1996).

Esse estudo caracteriza-se também como exploratório, pois de acordo com Gil (2002, p.41) “a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito”. Ruiz (2002) o caracteriza como o primeiro estágio de toda a pesquisa científica que não tem por objetivo resolver de imediato um problema, mas tão somente apanhá-lo, caracterizá-lo. Para Duarte e Furtado (2002), o estudo exploratório é realizado quando há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, teórico ou empírico, envolve entrevistas com especialistas, visita ao local de estudo e observação informal; levantamento documental.

Assim foi realizada também pesquisa de natureza bibliográfica sobre o tema em questão, fase que apresentou limitação de números de trabalhos publicados, considero pelo tempo de publicação da portaria da RAPS que se dá a pouco mais de cinco anos.

Considera-se também descritivo, tendo como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno. A escolha pelo estudo descritivo ocorreu tendo em vista que o mesmo, segundo Oliveira (1999), possibilita o desenvolvimento de uma análise com

potencial para identificar as diferentes formas de um determinado fenômeno, sua ordenação e classificação, sendo utilizado também para explicar as relações de causa e efeito.

Para alcançar o objetivo desta investigação, fez-se preciso buscar compreender as experiências vividas e suas relações de trabalho relacionadas à rede de saúde mental de Diamantina/MG, optei percorrer o caminho da pesquisa pela abordagem da história oral, realizando como instrumento de coleta de dados entrevista aberta.

A história oral é compreendida como uma conversa entre o narrador e o pesquisador, onde este busca, através dos discursos, a descrição detalhada da experiência do primeiro acerca do objeto de estudo em questão. Assim, o depoimento oral é caracterizado não somente como uma fonte informativa, mas, principalmente, como instrumento de compreensão mais amplo do significado da ação humana em meio a uma sociedade organizada, possuidora de redes de sociabilidade, relações de poder e processos culturais que compõem este ambiente e movem seus atores. (ALBERTI, 2004).

A base do trabalho com história oral é o depoimento que consiste na gravação de entrevistas de caráter histórico e documental com atores e/ou testemunhas de acontecimentos, conjunturas, movimentos, instituições e modos de vida da história contemporânea. Um de seus principais alicerces é a narrativa. Ao contar suas experiências, o entrevistado transforma aquilo que foi vivenciado em linguagem, selecionando e organizando os acontecimentos de acordo com determinado sentido. Assim as entrevistas são fontes para se conhecer o passado e o presente. (ALBERTI, 2004).

A história oral, permite o acesso às vozes dos sujeitos que as vivenciaram como história de vida ou como história temática e nos permite produzir reflexões sobre relações entre saberes, sujeitos e práticas. (ALVES, 2011).

O trabalho pressupõe a realização de uma pesquisa de campo de natureza bibliográfica sobre o tema em questão. Nesta fase, verificou-se em que estado encontra-se o problema investigado, que trabalhos já foram realizados e quais as opiniões dominantes sobre o assunto.

## **4.2 Caracterização do local da pesquisa**

O local do estudo foi o município de Diamantina/MG, que se situa na região Centro Norte de Minas Gerais - Alto Vale do Jequitinhonha, distante 292 Km da capital, Belo

Horizonte, faz limites com os municípios de Bocaúva, Carbonita, Senador Modestino Gonçalves, Couto Magalhães de Minas, Augusto de Lima, Buenópolis, Datas, Gouveia e Monjolos. (DIAMANTINA, 2017)

Segundo o IBGE (2017), a população estimada do município de Diamantina é de 48.230 pessoas.

Com quase três séculos de fundação, passando de povoado a arraial até chegar a município, Diamantina é uma cidade rica em história e tradições. Possui um patrimônio arquitetônico, cultural e natural rico e preservado. (DIAMANTINA, 2017)

A formação do município está intrinsecamente ligada à exploração do ouro e do diamante. A ocupação portuguesa do território se deu com Jerônimo Gouvêa, que, seguindo o curso do Rio Jequitinhonha, encontrou, nas confluências do Rio Piruruca e Rio Grande, uma grande quantidade de ouro. (DIAMANTINA, 2017)

Por volta de 1722, começou o surgimento do povoado, sempre seguindo as margens dos rios que eram garimpados. A partir de 1730, ainda com uma população flutuante, o Arraial do Tijuco foi se adensando. Por meio da expansão de pequenos arraiais ao longo dos cursos d'água em direção ao núcleo administrativo do Tijuco, foi se formando o conjunto urbano de Diamantina, tendo como primeiras vias a Rua do Burgalhau, a Rua Espírito Santo e o Beco das Beatas. (DIAMANTINA, 2017)

Em 1938, o conjunto arquitetônico do Centro Histórico da cidade foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, e, no final da década de 90, veio o reconhecimento mundial: Diamantina recebe da Unesco o título de Patrimônio Cultural da Humanidade. (DIAMANTINA, 2017)

Atualmente, Diamantina é uma das cidades históricas mais conhecidas e visitadas do país. O casario colonial, de inspiração barroca; as edificações históricas; as igrejas seculares; a belíssima paisagem natural e uma forte tradição religiosa, folclórica e musical conferem uma singularidade especial à cidade. (DIAMANTINA, 2017)

A sua Rede de Atenção à Saúde é composta pela atenção primária com treze unidades Estratégias de Saúde da Família (ESFs), sendo 08 unidades na zona urbana e 03 na zona rural. No momento o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está sendo reestruturado, pois havia sido descredenciado. (DIAMANTINA, 2017).

A rede de atenção secundária conta com os serviços do CISAJE (Consortio Intermunicipal de Saúde Alto Jequitinhonha) – ambulatórios de especialidades diversas; CER IV (Centro Especializado em Reabilitação) – entidade especializada que presta atendimentos às

peças com deficiência física, intelectual, auditiva e visual contando ainda com uma oficina ortopédica que confecciona e dispensa órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; Policlínica Regional; 01 Farmácia Municipal; 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 02 modalidades de Atenção Psicossocial Estratégica: CAPS II Renascer e CAPS II Ad (CAPSAd); 01 Hemominas. (DIAMANTINA, 2017).

A atenção terciária é composta por dois hospitais que são referências da macro e microrregião do Vale do Jequitinhonha que abrange 35 municípios. São eles: Hospital Nossa Senhora da Saúde (HNSS) – referência em ortopedia, pediatria, obstetrícia e conta com 10 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal; e Santa Casa de Caridade de Diamantina – atende a rede de urgência e emergência em clínica médica, neurologia e cirúrgica em adultos, e conta ainda com 20 leitos em UTI adulto e serviço de Hemodiálise. (DIAMANTINA, 2017).

### **4.3 População Alvo**

Leister e Riesco (2013), afirmam que em História Oral, a população é denominada Comunidade de Destino, nessa pesquisa foi constituída pelo universo dos coordenadores e/ou colaboradores dos pontos de atenção da rede de saúde mental do município de Diamantina/MG. Já a amostra é definida como Colônia, aqui representada por quatorze colaboradores entrevistados.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de acordo com critérios de inclusão: ser coordenador do serviço no período de um ano ou mais, desejo de participar da pesquisa e ter o compromisso de se programar, junto ao pesquisador, o momento para coleta de dados. Já os critérios de exclusão foram o desejo de não participar e ausência e/ou inexistência de coordenação no setor.

Segundo Turato (2008), a definição da amostra deve estar voltada para a possibilidade do aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social, em detrimento da representatividade numérica que leve a generalização dos resultados.

Assim, foram entrevistados os coordenadores e/ou colaboradores dos serviços que atuam de forma direta no cuidado em saúde mental e por vivenciarem em suas demandas o atendimento integral e articulado ao usuário e sua rede de assistência, permitindo distinguir os sujeitos da pesquisa de forma singular, gerando uma confiabilidade na compreensão do objeto de estudo.

Os diferentes pontos de atenção foram representados por seus coordenadores e/ou colaboradores, conforme composição atual da RAPS, apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2:** Relação dos serviços/coordenadores/colaboradores que participaram das entrevistas de acordo com o cenário da atual da RAPS de Diamantina/MG.

| <b>Componentes da RAPS</b>                        | <b>RAPS de Diamantina/MG</b>  | <b>Serviços</b>                                   | <b>Função</b>                             |
|---|---|---|---|
| <i>Atenção Básica em Saúde</i>                    | UBS/ESF: 08 urbanas e 03 rurais;<br>NASF: não tem;<br>Consultório de rua: não tem;<br>Centro de Convivência e cultura: não tem. | APS   | Coordenadora                              |
| <i>Atenção Psicossocial Estratégica</i>           | CAPS II- Transtornos mentais;<br>CAPS Ad- Alcool/drogas;<br>Ambos para usuários acima de 18 anos.                               | CAPS<br>Renascer<br>CAPSad                        | Psicóloga, Enfermeira e Assistente Social |
| <i>Atenção de Urgência e Emergência</i>           | SAMU 192;<br>Pronto Atendimento SCCD;<br>Pronto Atendimento HNSS;<br>Corpo de Bombeiros.  | Pronto Atendimento<br>HNSS;<br>Corpo de Bombeiros | Assistente Social<br>Comandante           |
| <i>Atenção Residencial de Caráter transitório</i> | Não há pactuação.   | Não realizado                                     | Não realizado                             |
| <i>Atenção Hospitalar</i>                         | 05 leitos de saúde mental na SCCD;  |   | HNSS                                      |
| <i>Estratégias de Desinstitucionalização</i>      | 02 usuários inseridos no Programa de Volta Para Casa (VPC);   | Não realizado                                     | Não realizado                             |
| <i>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</i>   | Associação dos Usuários.  | Não realizado                                     | Não realizado                             |

Durante o desenvolvimento desse estudo ocorreram algumas limitações, inicialmente por ter sido um período pós-eleitoral, houve mudança no quadro de gestores e coordenadores de alguns pontos da rede, assim algumas coletas de dados programadas de acordo com o cronograma foram realizadas em outros períodos.

Ressalta-se também por questões burocráticas não foram realizadas no Pronto atendimento, SAMU, Associação dos Usuários da Saúde Mental e CER.

Foram incluídos nos componentes que da rede o CISAJE, uma vez, que este ponto de atenção realiza consultas no ambulatório de psiquiatria e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o mesmo procedimento foi adotado, uma vez que este representa um setor que atende muitos pacientes da saúde mental, mas infelizmente houve problemas tecnológicos que provocaram a perda dos áudios de tais serviços, devido queda do aparelho celular impedindo as transcrições.

#### 4.4 Organização e Análise dos Dados

Segundo Minayo (1996), a história oral pode ser dividida em três vertentes: a história oral de vida, de vida tópica ou história oral temática. A primeira compreende as experiências pessoais e definições vividas por alguma pessoa ou um grupo, partindo da individualidade e da subjetividade de cada um, enquanto a história de vida tópica abrange a compreensão do indivíduo sobre determinada etapa da sua vida.

A história oral temática enfatiza determinada situação ou fenômeno vivenciado pelo sujeito, por isso é descrita como associada a um determinado tema. Neste estudo, utilizou-se a história oral temática, pois o foco foi descrever a funcionalidade relatada pelo indivíduo sobre a rede de saúde mental, representando um recorte da história do mesmo.

Antecipadamente foi realizado contato pessoal com os pontos de atenção psicossocial para convite, informação da pesquisa e método a ser trabalhado, bem como autorização para gravação dos depoimentos por meio de gravador de voz via celular. As entrevistas foram agendadas mediante disponibilidade do colaborador e ocorreram entre os meses de maio a outubro de 2017. Antes da realização das entrevistas foi apresentado, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) e entregue uma via ao colaborador.

Foram consideradas condições primordiais que oferecessem liberdade, confiança e espontaneidade para que o informante enriquecesse a investigação, para isso era escolhido um ambiente propício à escolha do participante.

A coleta dos dados teve como pergunta norteadora: *Relate como o serviço que você trabalha desempenha com outros serviços da rede ações de assistência ao usuário da saúde mental?* Tal metodologia possibilitou os entrevistados relatarem suas vivências e experiências em relação ao fato investigado.

Assim, a escolha do inquérito oral aplicado aos sujeitos da pesquisa foi adequada e permitiu à pesquisadora descrever e avaliar a funcionalidade da RAPS do município de Diamantina/MG, identificando os problemas relacionados à sua consolidação e assim propor estratégias que promovam a integralidade dos pontos de acesso.

Diante a vivência profissional e proximidade com a temática a pesquisadora buscou manter uma relação não influente no decorrer das entrevistas. Tendo como referências os autores Ferreira e Amado (1998), a história oral formula perguntas, porém não pode oferecer



respostas para os problemas, sendo assim indispensável à capacidade do entrevistador saber o que pretende com seu objeto de pesquisa.

Os dados coletados foram transcritos e constituíram em material para análise de dados. Segundo Minayo (2000), na fase de organização e análise será realizado um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, transcrição das gravações, releitura do material e organização dos relatos.

Esses dados foram classificados a partir de um questionamento com base na fundamentação teórica e elaboradas categorias que se referem a um conceito que abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, o método escolhido para investigar o material coletado foi à análise de conteúdo proposto por Bardin (2006). Sua proposta define as seguintes etapas para a consecução da análise de conteúdo: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa, denominada pré-análise, é a fase que compreende a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Compreende a realização de quatro processos: (i) a leitura flutuante (estabelecer os documentos de coleta de dados, o pesquisador toma conhecimento do texto, transcreve entrevistas); (ii) escolha dos documentos (seleção do que será analisado); (iii) formulação de hipóteses e objetivos (afirmações provisórias, que o pesquisador se propõe a verificar); (iv) elaboração de indicadores (através de recortes de textos nos documentos analisados, os temas que mais se repetem podem constituir os índices). Nesta fase, é importante que se atente aos seguintes critérios na seleção dos documentos. (BARDIN, 2006):

- a) Exaustividade: atentar para esgotar a totalidade da comunicação;
- b) Representatividade: os documentos selecionados devem conter informações que representem o universo a ser pesquisado;
- c) Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema;
- d) Pertinência: os documentos precisam ser condizentes aos objetivos da pesquisa.

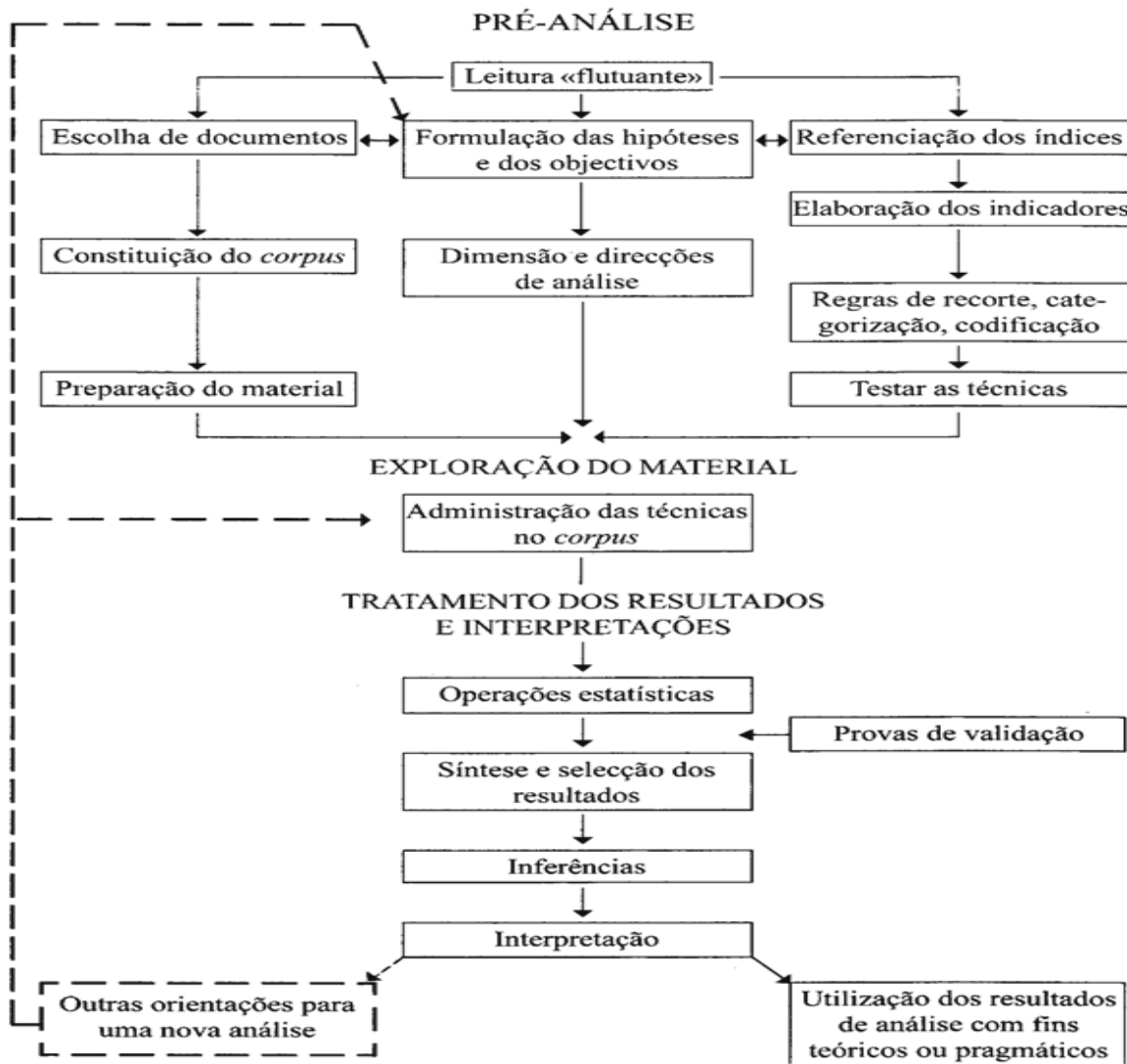
Exploração do material é a segunda etapa, diz respeito à codificação do material e na definição de categorias de análise (rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos) e a identificação das unidades de registro (corresponde ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem).

Esta etapa é de suma importância, pois irá possibilitar o incremento das interpretações e inferência. Sendo assim, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. (BARDIN, 2006). Na construção das categorias, o pesquisador deve-se ater ao critério exclusividade, a fim de que um elemento não seja classificado em mais de uma categoria.

A terceira e última etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2006).

A Figura 3 ilustra a sequência acima descrita esquematizada por Bardin (1977).

Figura 3: Desenvolvimento da análise de conteúdo.



#### 4.5 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri com o parecer N° 1899520.

Sendo iniciada a coleta dos dados somente após a aprovação do protocolo de pesquisa e obtenção desse parecer. Durante toda a realização do trabalho, foi respeitada a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que define as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Esta resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. (BRASIL, 1996).

Para obtenção do TCLE, os colaboradores foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, sua participação como sujeito dessas, à liberdade de interromper a participação em qualquer fase do estudo e no momento em que julgar necessário, à preservação da sua privacidade, sigilo de sua identidade, à confidencialidade das informações prestadas e ao seu direito de acesso aos resultados obtidos pela pesquisa. O uso do gravador foi autorizado. O sigilo e o anonimato foram garantidos com o uso de letras para cada participante, sendo utilizada a letra “E” para os coordenadores e/ou colaboradores entrevistados, e a letra “P” para nomes de profissionais citados, todas enumeradas de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Após a leitura do documento os sujeitos assinaram o termo de compromisso e assim foi oficializada a sua participação como colaborador da pesquisa (APÊNDICE A).

Após todo o período de síntese do inquérito oral, o pesquisador retornou ao campo onde foi obtido o termo de autorização para publicação, parcial ou total, das entrevistas (APÊNDICE B) após a revisão e transcrição do texto conforme exigência do método da história oral. (MEIHY, 2002).



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Das entrevistas realizadas

Para alcance dos objetivos propostos neste trabalho, as entrevistas realizadas foram obtidas conforme procedimento proposto. As transcrições na íntegra encontram-se no Apêndice C.

### 5.2 Das análises e discussões

Para apresentar a análise das entrevistas, buscando responder os objetivos da pesquisa, os dados obtidos foram distribuídos por categorias, que conforme Bardin (2011) consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente pela análise categorial. Tal opinião se respalda no fato de que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos.

Após escuta exaustiva das narrativas gravadas e leituras das transcrições, as falas foram sendo distribuídas em recortes de textos e estes agrupados por semelhanças. Assim, possibilidades de sentidos formaram-se originando três categorias temáticas.

1. *“Rede existe, mas fragmentada”*, resultando das subcategorias: *os serviços não se comunicam e ausência de um sistema de governança;*
2. *“Dificuldade de ações de saúde mental na APS”* como consequência de *ausência de apoio matricial e triagem inadequada;*
3. *“Acolhimento do usuário”*, decorrentes das subcategorias *carência de recursos humanos e demanda excessiva de usuários.*

Ressalta-se aqui que toda a exploração e interpretação são referenciadas as narrativas dos entrevistados, referencial teórico e impressões da pesquisadora em relação à temática estudada.

O primeiro eixo temático foi construído de acordo com as falas reproduzidas quando a pesquisadora iniciava as entrevistas e norteava a pergunta: *Como o serviço em que você trabalha desempenha com outros serviços da rede ações de assistência ao usuário da saúde mental? Como o usuário chega ao serviço? Como ele vem? Como o seu serviço se relaciona com a rede?*

### **5.2.1 Rede existente, mas fragmentada**

Por rede fragmentada entende-se que, são aquelas que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e que não se comunicam adequadamente uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. (MENDES, 2010).

Mendes (2010) afirma que nessa condição, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, por sua vez, esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Os entrevistados consideram que a rede existe, mas necessita ser articulada, apontam que a falta de comunicação, ausência de um sistema de governança e regulação pode ser um dos fatores dessa fragmentação, com isso emergiram as seguintes subcategorias:

#### *5.2.1.1 Os serviços não se comunicam*

Os profissionais entrevistados relatam que a comunicação entre os serviços ocorre pontualmente, ou seja, o contato é realizado com a rede para responder às demandas que surgem. Sendo assim não há uma frequência efetiva e contínua com os pontos de atenção.

*E1: “A gente não está tendo esse diálogo, né? Nem com a atenção básica que é coisa, né, do dia a dia...”. “A demanda nasce, a gente vai lá e liga. Não existe uma constância, né? Dessa parceria.”. “Sempre quando a gente precisa, a gente liga pra discutir aquele caso, é uma coisa emergencial...”*

*E1: “É um apagar de fogo né! Sempre quando a gente precisa, a gente liga”*

*E3: “A gente tem esse contato mais quando a gente precisa do serviço”. e deles também pra gente, não existe”.*

*E6: “Pela necessidade, de acordo com a demanda que o paciente tá apresentando naquele momento.”*

*E7:” Como é que a RAPS vai funcionar, sendo que os próprios serviços ainda não conseguiram construir uma comunicação fácil. “Aparece! A gente articula, conversa em particular o caso com a atenção primária, mas de forma aleatória.”*

Apesar da fragmentação dessa rede, os entrevistados consideram que ela existe, mas que se faz necessário para seu fortalecimento, ações planejadas e coordenadas, e apontam possibilidades dessa integração, como destacam os discursos:

*E1: “... é uma rede fragmentada mesmo. A gente percebe que a gente tá num trabalho um pouco isolado, tá todo mundo, né, envolvido com suas demandas ali internas...”. “Para que a gente possa ter uma articulação com os outros serviços, né? Tá mais familiarizado com a própria estrutura que tem, com os recursos que tem em cada atenção, né? Para tá podendo dialogar e tá podendo receber, né? Esse usuário que afinal vai circular por todos os lados, né?”*

*E1: “...existe uma rede, porém o que falta é a comunicação dessa rede, é é criar alguns procedimentos, alguns, algumas estratégias de comunicação, de de funcionamento estrutural mesmo, para que a gente possa ter um diálogo mais efetivo. Mas existe essa rede.”*

*E2: “Eu acho que para que ela possa funcionar melhor, né? Porque a rede ela existe! Mas, assim eu acho que tem falhas, né? Na, na rede, a rede ela precisa tá melhorando, né? Tá mais articulada, né?”*

*E4: “Então, eu sinto essa dificuldade. É essa necessidade, porque eu não vejo comunicação entre os serviços, né? Então, assim, o paciente, por exemplo, se o paciente ele tiver alta”. “não tem comunicação, não tem referência, contra referência, não existe! Mas eu acho que tem muito a melhorar, criação desse fluxo, referência e contra referência melhorar, essa comunicação. Tem trabalho para fazer.”*

*E6: “Agora, o que eu acho assim, que falta é um alinhamento melhor entre a nossa unidade e a rede, tá! Porque ela ainda é deficitária...”*

*E6: “Já estaria esse usuário começando a ser inserido nas atividades, então quer dizer eu acho que a rede atenção ela é fragmentada.”*

*E9: “Eu acho que as coisas tem que ser mais divulgada, porque assim, por exemplo, os CRAS a gente sabe pra que ele serve. O CREAS você sabe o que que serve. Mas vamos supor, inicia um atendimento... Igual o pessoal da GRS tá. A gente tá tentando articular essas questões ligadas principalmente a rede saúde mental, que é tão pouca aqui em Diamantina, sabe? Fala dos outros, mas quando a gente vê que a gente não tem nada para oferecer para usuários saúde mental, você fica perdido. E aí vamos supor, o pessoal da GRS sabendo dos serviços que podem oferecer, é divulgar! Divulgar não só para as instituições de saúde, divulgar para o povo, para as pessoas saberem o que existe e nós também.”*

Nóbrega, Silva e Sena (2016), pontuam que os desafios para ampliar a assistência em saúde mental na RAPS são diversos, e que o diálogo entre os profissionais da saúde constitui ponto forte para o trabalho efetivo e precisa ser continuamente exercitado pela equipe. A discussão sobre as diretrizes da RAPS via fórum e capacitação são essenciais para potencializar a ampliação da RAPS. O comprometimento, a comunicação e articulação entre os profissionais representam ganhos, e cotidianamente profissionais superam limitações do processo de assistir o usuário.

#### *5.2.1.2 Ausência de sistema de governança*

Um dos componentes das RAS são os sistemas de governança. Por governança entende-se que:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver



a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações. (BRASIL, 2010).

Percebe-se nos discursos abaixo que a ausência de políticas, planejamento, coordenação e monitoramento das ações, possivelmente devido à fragilidade ou inexistência de gestor articulador, dificulta que essa rede se comunique, se conheça e se construa.

*E1: “Precisa de um responsável pra tá agilizando. Por exemplo, o Estado, um representante municipal da saúde mental, porque aí ele vai tá ali pra essas questões, né? Pra tá chamando a gestão para chamar a rede e tá aproximando essas discussões também. Então fica tudo, se tudo ficar pra saúde mental, igual a atenção básica tem um monte de programas, né? A gente nunca que vai sentar, nunca que vai ver as dificuldade. Que a gente tem dificuldade para falar, eles tem dificuldade para ouvir também, tem dificuldade para a gente tá interagindo. Teria que partir de alguma coisa ou de um representante municipal, quem ficaria sabe? Ou igual à GRS, isso será que seria também uma função deles? Acho que essas coisas tem que ser mais discutidas, sabe?”.*

*E7: “Venha montar um organograma, vamos sentar as equipes e conversar... vou na atenção primária, vou na secretaria, vou na rede hospitalar, vou no leito, vou nos CRAS? O que é que compõe a RAPS? Vamos pegar cada ponto desse sentar e conversar e como podemos trabalhar? Como podemos trabalhar em conjunto? Vamos criar juntos um instrumento que vai facilitar. Isso, a gente não tem! Não existe! A gente não tem assim a RAPS construída e o serviços que juntando e conversando sobre algo construído em conjunto.”.*

*E3: “Criar diretrizes, protocolos, não é? Bem estruturadinho, pra gente pôr em prática.”.*

*E6: “Não existe! E nunca existiu enquanto referência técnica de saúde mental... não existe! Esse serviço na realidade, eu acho que existe hoje é a empurroterapia, sabe?”.*

*E7: “A nossa coordenação a nível estadual, a gente tem uma referência dentro do município que vem do Estado que poderia nos ajudar a construir isso, poderia ser um condutor, facilitador dessa articulação”.*

*E8: “...mas falta tipo, por exemplo, a gente já teve vários contatos com regulação do PA de vir aqui e falar assim: ‘não gente, paciente com esse esse quadro é lá no PA, paciente com esse e esse quadro e idade é lá no hospital, determinado trauma relacionado à coluna é aqui no PA, no hospital é os outros membros’, esse contato, esse feedback de falar assim, quem é o responsável? Quem é a gerência da rede de atenção à saúde mental? Quem será o CAPS? Então que venha o CAPS! Seria possível vir aqui e mostrar as principais legislações e o fluxo principal que é utilizado nos grandes centros ou onde tem a situação do Corpo de Bombeiros, do SAMU, ou de outro órgão que presta esse atendimento pré-hospitalar?”.*

Nota-se também que a ausência de sistema de governança ocasiona barreiras de movimentação e conhecimento dessa rede. As falas destacam que a falta de referência dificulta o processo do trabalho. Apontam que se faz necessário a criação de protocolos e fluxogramas.

No trabalho de investigação realizado pela pesquisadora Dimenstein (2012), com o objetivo de conhecer a configuração, funcionamento e modos de acolhimento na RAPS de Natal-RN, a autora identificou que a ausência de protocolos específicos interfere na qualidade do processo assistencial. Relata que esses norteadores podem funcionar como indutor de boas práticas e fator de proteção, seja na prática clínica, seja na gestão, seja junto aos usuários. Independente da importância e do potencial de tais protocolos, sua utilização deve estar atrelada a uma preocupação mais ampla quanto aos processos de trabalho. Ou seja, eles devem servir para promover mudanças e capacitação das equipes, criar parâmetros/indicadores para o funcionamento da RAPS e possibilitar o diálogo entre os serviços nas diferentes realidades do país. As narrativas relatam essa dificuldade norteadora, como podemos observar:

*E2: “O que a gente vai fazer? O que ele tá precisando? Vamos encaminhar pra onde? Ele vai ser encaminhado para o CRAS? Vai ser encaminhado pro CREAS? Para o CAPSAd? Pro CAPS Renascer? PSF né? Eu acho que tá faltando muito isso, a rede saber que o paciente é nosso.”.*

E7: “Preciso internar? Para quem a gente vai ligar? Liga para o médico? Coordenadora Liga para o médico? Não ligar, não tem particular, pois quem está lá ele vai vir para o passo a permanência dia? Que ele vai voltar no final da tarde? Como vai funcionar?”.

E7: “Liga na Santa Casa? O leito de saúde mental! Preciso internar? Pra quem a gente vai ligar? Liga para o enfermeiro? Liga para a coordenadora? Liga para o médico? Vamo ligar e tentar articular. O paciente tá lá ele vai vir pro CAPS? Ele vai vir para permanência dia aqui? Ele vai voltar no final da tarde? Como vai funcionar isso? Agora que estamos voltando a fazer, negociando com a Santa Casa vai, busca o paciente e vem! Mas, sentar e articular como que isso vai funcionar, isso tá no papel? Isso tá funcionando? Isso tá fluindo naturalmente ainda não é realidade! A necessidade aparece, um caso na Santa Casa! É paciente do CAPS? O que fazia uso? Liga! Pergunta! A gente pega o prontuário, discute o caso, a gente está trabalhando conforme o que está discutindo.”.

E8: “Eu particularmente, antes do seu trabalho, eu não conhecia isso. Antes de você ter determinado essa situação com relação ao seu trabalho, eu não tinha conhecimento sobre esse atendimento, com esse fluxo. A gente realizava um atendimento aos pacientes com essa noção de funcionamento, mas como se fosse cada um no seu devido local, sabe? E não, e não igual a gente tem conhecimento da rede de proteção à violência contra criança. A gente sabe como é o atendimento, como é o fluxo da pessoa se for menor de idade. Dependendo da situação do abuso, o que vai fazer com aquela situação, um fluxozinho mesmo sobre os locais de atendimento. Então, mas eu senti falta de poder falar assim, de ter a propriedade de falar assim, assim, isso funciona assim, assim e assado. Mas eu sinto falta não só em relação a legislação, senti falta também de ter conhecimento da cidade. Quais seriam a atuação do Renascer? Do Ad? Do pronto atendimento? Até qual paciente, quais os quadros podem ser levados para o pronto atendimento, com esse quadro você não precisa levar para o pronto atendimento, a gente consegue fazer um tratamento, um atendimento no próprio Renascer, ou no próprio Ad. Então, eu

*acho que seria interessante à posição do fluxo, acho que é o que você tá procurando também, né? É muito interessante!*

Precisamos ouvir estes cuidadores, compreender as dificuldades, os desafios enfrentados no cotidiano e a partir disso, propor discussões em busca do aperfeiçoamento profissional. Diante dos resultados é necessário criar um espaço de falas para estes trabalhadores direcionarem suas queixas e dor, onde o sofrimento possa ser trabalhado na perspectiva de uma boa condição de trabalho. (FABRI; LOYOLA, 2014).

É urgente a realização de reuniões de equipe, em que o coordenador seja capaz de esclarecer aos colegas de trabalho, a importância de cada categoria atuante na área e o trabalho em conjunto, para que atinjam um só objetivo: tratar o paciente com humanização e integralidade, a fim de reinseri-lo na sociedade. (ALMEIDA; FUREGATO, 2015)

Com o estudo de Machineski et al (2017), percebe-se que as propostas da reforma avançam na medida em que mecanismos de gestão, são criados e implementados para ampliar a rede de serviços, o que possibilita ao indivíduo em sofrimento psíquico possibilidades de convívio em sociedade.

Como exposto, os pontos de atenção se articulam entre si perante alguma demanda apresentada, os entrevistados apontam desafios e perspectivas de fortalecimento dessa rede como, o protagonista de gestão e sua governança com dispositivos de comunicação.

### ***5.2.2 Dificuldade de ações de saúde mental na APS***

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica em Saúde se refere a um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012).

A segunda categoria temática foi elaborada com os dados referentes as ações que são desenvolvidas junto a APS, foram então distribuídas em duas subcategorias que justificam-na, que são:

### 5.2.2.1 Ausência de apoio matricial;

O município da pesquisa conta com duas modalidades de CAPS, que são o CAPS II Renascer e o CAPS II Ad, tais dispositivos, devem assumir o papel de articuladores e compor de forma central as redes de saúde, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulamentação da rede de serviços de saúde quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. Eles necessitam permanentemente de outras redes sociais e de outros setores afins como forma de suporte e efetividade de trabalho para a inclusão social das pessoas (BRASIL, 2004, 2011).

As falas demonstram que os Centros de Atenção Psicossocial desse município já iniciaram esse trabalho com alcances positivos, nota-se pelas falas o desejo de retornar a essas atividades, mas existem barreiras dificultadoras como podemos avaliar:

*E1: “...mas, que tá parado, tem muitas, questões, atividades da gente, que realmente tá parado, que a gente não tá dando continuidade por falta de recursos humanos, por causa de recursos financeiros também, mas a gente iniciou essa conversa iniciou esse trabalho, foi muito produtivo”.*

*E4: “Então, assim o paciente, por exemplo, se o paciente ele tiver alta? A gente teve uma única reunião de matriciamento, eu lembro foi aquela quando você e a P3 fizeram depois a gente não teve mais. Então a gente não sabe, né? O paciente, ele vai a unidade de saúde apenas para renovar receita né!”.*

O Apoio Matricial (AM) parte do pressuposto de que as funções de gestão são exercidas entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (CAMPOS, 2000).

*E4: “Não tem contra referência, né? Não tem referência, contra referência não existe, mas eu acho que tem muito a melhorar criação de criação dessa referência, contra referência melhorar essa comunicação”.*

*E6: “Então, eu acho assim, que a deficiência maior que a gente encontra é na atenção primária, tá!... E se nós não reiniciando e torcer para que a atenção básica realmente se alinhe conosco, o nosso trabalho vai ser receber o usuário, medicar o usuário, cumprir uma parte terapêutica que também ainda é falha e voltar com o usuário para rede para que ele volte para nós.”.*

*E7: “... porque a gente sabe que são pacientes que estabilizados tem alta, mas vire e mexe se a atenção primária não estiver preparada para abordar, para acompanhar, pra gente sempre ter esse feedback, facilmente eles podem voltar. Por estar em crise ou porque então toma medicação adequada, porque um fator externo vem por uma interferência maior vai desencadear um novo processo de crise. O fato de ter alta estabilizado, mas se a gente tiver contato em saber como é que tá o cotidiano, são pacientes que vão retornar e quando retorna a gente vê essa fragilidade que não está sendo acompanhado.”.*

Diante esses desafios de inserção das pessoas com transtorno mental em suas comunidades, o ministério da saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM), ou matriciamento em saúde mental, para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo a articulação entre os equipamentos de saúde mental e a ESF. Segundo a coordenação de saúde mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o AM se constitui em um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. (BRASIL, 2008).

As informações analisadas permitiram identificar que o apoio matricial é uma prática que proporciona a organização e articulação dos serviços, alguns pontos de atenção já realizaram essa ferramenta com alcances positivos.

Muito mais que oferecer respostas prontas, os encontros de matriciamento, podem representar espaços de reflexão e construção de um cuidado em saúde mental interligado com a vida. (BELOTTI; LAVRADOR, 2012).

### 5.2.2.2 Dificuldades com a triagem

Os entrevistados consideram que a triagem inadequada, ainda é muito presente nas relações de paciente-usuário. A insegurança na abordagem, o despreparo técnico e profissional são identificados como ineficientes nas ações de assistência, situações que ocorrem não apenas em nível primário, como notado:

*E4: “Eu acho que a insegurança mesmo, sabe? De lidar com esse, esse paciente que tem sofrimento mental. Porque igual eu disse, né? Não é todo médico que, aliás, não conheço, desconheço o médico que queira tratar um paciente, que não seja um psiquiatra, né? É, desconheço também algum enfermeiro que tenha proposto alguma ação para um grupo específico, por exemplo, grupo de saúde mental. Então, eu acho que tem insegurança sabe em lidar.”.*

*E4: “Faz o acompanhamento no ambulatório do CISAJE, mas ações efetivas que a atenção primária faça com o paciente portador de sofrimento mental eu não sei. É um grupo! Tentar reinserir, eu não vejo! Eles vão, eles são acolhidos, mas para tratar daquele problema que ele esteja com ele naquele momento, entendeu?”.*

*E5: “E a contenção também está sendo inadequado, porque eu tenho atendido paciente que vem do leito e eles falam ‘eu não posso levantar do leito para defecar, porque eu tô amarrado ali e não tem ninguém para me desamarrar hora que eu preciso’. Então tá sendo desumano.”.*

*E7: “Eu fiquei assustada! Como se faz uma RAPS de qualidade, sendo que o nosso leito da saúde mental hoje é inserido numa realidade de clinica médica, com pacientes idosos, pacientes com outras necessidades e um paciente contido no leito.”.*

Reforça-se, portanto, a necessidade do cuidado humanizado em saúde mental e do diálogo intersetorial no conjunto de ações desenvolvidas nessa área. Cuidado capaz de contribuir no processo de reinserção social e familiar dos usuários com transtornos mentais e

fortalecer cada vez mais o processo de Reforma Psiquiátrica em curso. (PESSOA JÚNIOR et al, 2016).

A reforma avança na medida em que mecanismos de gestão são criados e implementados para ampliar a rede de serviços, o que possibilita ao indivíduo em sofrimento psíquico possibilidades de convívio em sociedade. (MACHINESKI et al., 2017).

### **5.2.3 O acolhimento ao usuário**

O terceiro e último eixo temático foi classificado como acolhimento ao usuário devido os achados nas falas dos entrevistados relacionados a carência de recursos humanos e demanda excessiva de usuários.

#### *5.2.3.1 Carência de recursos humanos*

A insuficiência, ausência e rotatividade de profissionais é destacada como impactante nos serviços e tem gerado dificuldade de acesso, assistência e resolutividade fragmentadas.

*E1: “Quer dizer, não temos clínico! Não temos coordenação! Não temos segurança! E por aí vai! As carências são muito grandes.”.*

Tal precariedade também foi apontada na pesquisa qualitativa Esperidião et al (2015), que objetivou compreender os aspectos relacionados à formação e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás-Brasil, onde os resultados apontam a emergente necessidade de se investir na capacitação dos profissionais, segundo o modelo de Atenção Psicossocial, para atuarem nos serviços de Saúde Mental, além de garantir vínculos de trabalhos que favoreçam a qualificação e a primazia na assistência.

*E6: “...porque a gente sente que essa alta rotatividade de funcionários, ausência dos médicos, tá? ... o CAPS ficou sem coordenação durante praticamente dois anos,*



*houve alteração em toda equipe profissional o que isso trouxe um prejuízo muito grande para os pacientes, para os usuários, tá?”.*

*E6: “E hoje a gente não tem realizado, por que? Por questões de recursos humanos...”.*

*E7: “E a rede de atenção em geral em Diamantina, né? Hoje os PSFs, há pouco tempo agora que estão com os enfermeiros efetivos, os ACSs foram recontratados, toda uma equipe nova. O CAPS passou também por essa mudança de substituição da nova equipe, substituição de outros membros, então tudo isso traz um impacto sim!”.*

*E8: “Renascer nesses dias está sem profissional específico lá da psiquiatria”.*

A falta de condições de trabalho interfere diretamente no desenvolvimentos das atividades dos trabalhadores. A falta de conhecimento na área, a rotatividade de profissionais e afastamentos, a desordem dos prontuários, espaço físico inadequado do serviço, falta de recursos humanos e materiais para atender a demanda, e jornada extensa de trabalho, são relatados com fatores que interferem na qualidade do trabalho (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

No estudo exploratório e descritivo de Almeida e Furegato (2016), sobre o perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental de Uberlândia e suas atividades desenvolvidas, identificaram que há necessidade de investimento na formação de recursos humanos especializados, e que ainda falta troca de conhecimentos entre as categorias profissionais que trabalham nos serviços, pois a maioria atua isoladamente.

No artigo de Costa et al (2017), que tem como objetivo relacionar a obra de Theodor W. Adorno – O poder educativo do pensamento crítico – com a educação permanente no campo da saúde mental de forma a refletir sobre os subsídios que sustentam o exercício profissional no campo da saúde mental, conclui que tão importante quanto à reforma na assistência, surge à necessidade de mudanças no âmbito da formação em saúde mental, a fim de formar profissionais habilitados para atenderem a esta demanda complexa de cuidado dentro da perspectiva da atenção psicossocial sem reproduzir nestes locais a assistência que era dispensada aos sujeitos dentro da lógica manicomial.

Uma vez identificadas e discutidas essas limitações, os profissionais podem reivindicar melhores condições de trabalho e suas necessidades de mudanças, tanto na política de saúde quanto em suas ações em direção a uma não acomodação e a maior articulação com a rede.

Apesar de mudanças identificadas no contexto das práticas nos serviços de atenção à saúde mental, com a implementação de novas políticas públicas para a área, os achados do presente estudo sugerem a confluência de assimetrias e divergências na atuação das equipes no hospital psiquiátrico. Os cenários evidenciados reforçam, em parte, o descompasso político e ideológico atual do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tendo em vista os desafios de implementação e qualificação profissional no campo da atenção psicossocial. O processo de formação em saúde mental, seja a formação acadêmica ou mesmo as estratégias de capacitação e aperfeiçoamento nos serviços, implementadas sob a forma de educação permanente, é apontado como mola motriz para superação de desafios elencados, dentre eles o trabalho em equipe e sua melhor atuação e articulação no cenário psicossocial. Reconhece-se a necessidade de maiores esforços no incentivo à qualificação em saúde mental, voltada aos profissionais, como uma estratégia para o fortalecimento das políticas públicas e intervenções nesse campo, consolidando-se, sobretudo, práticas inovadoras de educação permanente entre os serviços.

JÚNIOR, João Mário Pessoa, et al. 2016

### 5.2.3.2 *Demanda excessiva de usuários*

Percebe-se que o cenário atual dos transtornos mentais e suas comorbidades estão presentes em número expressivo de atendimentos nos três níveis de saúde e, com essa demanda excessiva de usuários, acompanha-se também uma rede despreparada em estrutura física e humana.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNT são a principal fonte da carga de doença e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. (SCHMIDT *et al*, 2011).

São números que crescem a cada dia, se faz necessário uma maior atenção aos cuidados das pessoas com transtornos mentais,

*E1: Aqui afinal é um serviço de urgência e que a gente fica atendendo às urgências, fica envolvida já, por que já é muita coisa. Como é um serviço novo a demanda hoje como o outro CAPS era no início, você lembra? A demanda é grande hoje aqui, o movimento é muito grande né! É! Até porque a questão de álcool e drogas tá pulsando ai, cada vez mais grave né, então a tendência do serviço e aumentar! E a gente, vê que por exemplo o PI vem aqui dois meios horários, entendeu?”*

*E3: E a tendência é só crescer*

Os achados também nos revelam potencialidades de uma rede que se compromete e se articula usando apenas com a ferramenta humana, a qual produz resultados de sucesso.

*E5: “eu percebo muita boa vontade dos profissionais da rede quando eu pra discutir um caso, eu percebo muito compromisso dos profissionais, eles querem saber que paciente, qual a medicação, porque não voltou do posto depois que teve alta do CAPS? Isso eu que percebo de modo geral, os técnicos de enfermagem e enfermeiros.”*

*E6:” mais importante é abordagem familiar. Porque se você trabalha abordagem familiar, o próprio familiar constrói automaticamente essa rede de atenção, porque ele se mantém informado das referências que ele tem para poder utilizar”*

*E8: “geralmente a gente consegue fazer o acolhimento através de conversar, através de tempo que for que a gente vê no que for necessário para se acalmar um paciente, para tentar mostrar suas opções,”*

*E9: “mas, aquela pessoa que tá atendendo não tem aquela disponibilidade de falar assim: vem cá, vou tentar te ajudar vai ver o que a gente consegue ir atrás, porque mesmo que você não tenha...”*

A partir da análise é possível considerar que as fortalezas encontradas sofisticam a atenção em saúde mental e as vulnerabilidades são barreiras a serem superadas, na esperança de constituir uma rede de atenção psicossocial integrada e consolidada no território investigado.

Considera-se enfim que a RAPS oferece cuidados na lógica das capacidades e habilidades do sujeito, provocando aumento da contratualidade, buscando transformar a vida de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes mais dignas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de Redes de Atenção à Saúde se apresenta como uma tarefa complexa, fazendo-se necessário para sua consolidação, ações em conexão com outros serviços e atores. Nota-se ainda que é de fundamental importância para garantir o cuidado, que os profissionais desta rede compreendam seus propósitos e funcionalidades.

Sendo assim, será através da atuação interdisciplinar que a Rede de Apoio Psicossocial poderá construir estratégias de articulação que promovam o fortalecimento do cuidado e a produção de saúde.

Considera-se que o estudo foi relevante uma vez que identificou e descreveu aspectos que desafiam e favorecem a consolidação da rede de saúde mental de Diamantina/MG, apesar das limitações, foi possível analisar o seu funcionamento.

Ainda que não representada em fluxos, desenhada como proposto pela Política Nacional da Saúde Mental ficou evidente que a rede existe, e tal análise é passível de comemoração e reconhecimento de um trabalho multidisciplinar e intersetorial fragmentado, mas resolutivo. A proposta dessa pesquisa é que se faz necessário para articular e integrar os serviços, a presença de um gestor municipal da saúde mental que atue na políticas públicas, coordenação, planejamento e monitoramento das ações.

O apoio matricial foi também identificado como a principal forma de integração dos pontos de atenção, há experiências exitosas no município relacionadas a esse dispositivo em outros momentos e que não acontecem no momento.

Os desafios apontados: os serviços não se comunicam, ausência de um sistema de governança e apoio matricial, triagem inadequada, carência de recursos humanos e demanda excessiva de usuários, impactam em pontos de assistência fragilizados, tornando uma rede fragmentada com dificuldades de ações na APS e de acolhimento aos usuários.

No decorrer da exploração da pesquisa deparei-me com críticas construtivas e destrutivas em relação ao nosso sistema de saúde, descrenças, acomodados e incomodados em relação ao contexto o qual vivenciamos em nosso país. Sair da comodidade e buscar respostas me traz outros tantos questionamentos com possíveis realizações, limitações e visões. O caminho é longo e possível, mas também desafiador ainda mais relacionado à saúde mental.

Felizmente há quase onze anos na assistência de enfermagem, tive, tenho e acredito que sempre terei aos meus cuidados pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, percebo infelizmente que

grande parcela dos profissionais, sociedade, serviços e até familiares apresentam estigma e preconceito em relação aos cuidados de assistência a esses usuários.

A oportunidade de atuar nos três níveis de atenção a saúde reforça essa minha triste afirmação, de um paciente fragmentado, assim como sua rede, um mesmo paciente que já prestei assistência de enfermagem em um serviço especializado (CAPS), também esteve aos cuidados em um leito de clínica médica e posteriormente em um leito de CTI, nos três momentos diferentes não existiu nenhuma articulação por parte dos serviços e profissionais, tornando assim, a famosa porta giratória.

Em tempos que atitudes humanas cruéis acontecem e são relacionadas a problemas de saúde, mais diretamente a transtornos mentais, ou consequentes ao uso de álcool e drogas, se faz incoerente tantos obstáculos a se enfrentar para garantir o cuidado e o respeito para com nossos usuários e seus familiares, serviços de saúde e profissionais. Tais obstáculos foram identificados com muita expressão nos discursos, o que se contrapõe aos princípios da reforma psiquiátrica, é preciso dar voz a esses atores envolvidos, é no dia a dia que se faz a reforma e muitas vezes a reforma da reforma.

O desenho parcial da rede de saúde mental de Diamantina/MG é apresentado através da Figura 4, e permite abrir novos estudos desta importante política pública, ainda carente de investigação, por isso essa pesquisa não se encerará aqui.

A Figura 4 representa os componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Diamantina. Nela, a Atenção Básica (AB) ocupa o lugar ideal, central, de ordenadora da Rede de Atenção, sendo a principal porta de entrada para o SUS. No entanto, como vimos, a primeira categoria identificada afirma que a RAPS existe, porém é fragmentada. Sendo assim, por mais que a rede conte com diversos dispositivos de atenção psicossocial eles não trabalham de forma integrada.

**Figura 4:** Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Diamantina.







## REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Ouvir contar**: textos em história oral. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

ALMEIDA, A. S. de; FUREGATO, A. Regina Ferreira. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. Uberaba, v. 4, n. 1, jan./jun.,2015.

ALVES, T. K. C. **Identidade(s) Latino-Americana no Ensino de História**: Um Estudo em Escolas de Ensino Médio Belo Horizonte, MG, Brasil. 206f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

AMSTALDEN, A.; PASSOS, E. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Portal do Centro Cultural do ministério da Saúde, Brasília, [2008]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 - Brasil, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Neto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M. C. C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. **Revista Polis e Psique**. Porto Alegre, v. 2, número temático, p. 128-146, 2012.

BRANT, J. F. de A. Relatórios da Santa Casa de Caridade de Diamantina. Diamantina: Acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina, 1899.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você. Portal do Departamento de Atenção Básica, Brasília, [201?]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_proprietaria](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. Informativo eletrônico. Brasília, ano 10, n. 12, out. 2015a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BRASIL. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, out. 1996. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1944.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Saúde mental: com identificação de problemas, Ministério quer melhorar a execução da Saúde Mental. Portal do Ministério da Saúde, 1 set. 2017a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29448-com-identificacao-de-problemas-ministerio-quer-melhorar-a-execucao-da-saude-mental>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Setembro Amarelo: Taxa de suicídio é maior em idosos com mais de 70 anos. Portal do Ministério da Saúde, 21 nov. 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29691-taxa-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

CEDRAZ, A., DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-27, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v5n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1985.

COSTA, Tiago Dutra da et al. CONTRIBUINDO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE MENTAL. **Biológicas & Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 23, mar. 2017. ISSN 2236-8868. Disponível em:

<[http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/647](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/647)>. Acesso em: 17 dez. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.25242/88687232017647>.

DESVIAT, M. **Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

IBGE. Cidades e Estados do Brasil: Diamantina. Portal do IBGE, [s.l.], 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=3121605> >. Acesso em: 27 j

DIAMANTINA. Portal da Prefeitura Municipal de Diamantina. 2017Disponível em: <http://diamantina.mg.gov.br/o-municipio/historia-de-diamantina/>>. Acesso em: 27 j

DIMENSTEIN, M. *et al.* O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**. Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40323/25630>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

DUARTE, S. V.; FURTADO, M. S. V. **Manual para Elaboração de Monografias e Projetos de Pesquisas**. 3. ed. Montes Claros: UNIMONTES, 2002.

ESPERIDIAO, Elizabeth, et al. "Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental." *CIAIQ2014 2* (2015).

FABRI, J. M. G.; LOYOLA, C. M. D. Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 3, p. 695-701, mar.2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9727/9818>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FILIZOLA, C. L. A.; MILONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8061>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

FOULCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, A. M.; GOULART, M. S. B. História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. **Revista Tempos Gerais**. São João del-Rei, n. 2, p. 4-26, 2015.

IBGE. Cidades e Estados do Brasil: Diamantina. Portal do IBGE, [s.l.], 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=3121605> >. Acesso em: 27 j

JÚNIOR, João Mário Pessoa, et al. "Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico." *Texto & Contexto Enfermagem* 25.3 (2016): 1-7.ul., 2017.

JÚNIOR, JM, Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FAN. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: Challenges and perspectives. Escola Anna Nery. 2016; 20 (1): [online] [acesso em 2018 Janeiro 20].

KINKER, F.; BARREIROS, C. Atenção psicossocial e cuidado. In: FRANCO, T. A; ZURBA, M. B (Org.). **Álcool e outras drogas: da coerção à coesão**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1720?show=full>>. Acesso em: 27 out. 2016.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao Parto: História Oral de Mulheres que Deram a Luz nas Décadas de 1940 a 1980. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.22, n. 1, p. 166-74, jan./mar., 2013.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface**. Botucatu, v.10, n.20, p.281-298, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/02.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

MACHINESKI, G. G.; SCHRAN, L. S.; CALDEIRA, S.; RIZZOTTO, M. L. F. A estrutura organizacional da rede de saúde mental brasileira: revisão integrativa. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**. Cascavel, v. 3, n. 1, p. 55-62, jan./jun., 2017.

MAGNANI, M. C. A. O. **O Hospício da Diamantina 1889-1906**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008.

MAGRO FILHO, J. B. **A tradição da loucura: Minas Gerais, 1870/1964**. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 1992.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297 - 2305, ago.2010.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. **Atenção em saúde mental: Linha Guia de Saúde Mental**. Belo Horizonte: [s.n.], 2006.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.092, de 04 de abril de 2012. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG. **Diário Oficial Minas Gerais**. Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 13 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.092%20Rede%20Psicossocial.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

NÓBREGA, M.; SILVA, G.; SENA, A. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. CIAIQ2016, Porto - Portugal, v. 2, p. 41 – 49, jul. 2016.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: OMS/OPAS; 14 nov. 1990.

PESSOA JÚNIOR, J. M.; SANTOS, R. C. A.; CLEMENTINO, F. S.; OLIVEIRA, K. K. D.; MIRANDA, F. A. N. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 83 – 89, jan./mar., 2016.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Manguinhos, v. 16, n. 12, p. 4579-89, 2011.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica**: guia para eficiência nos estudos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, [online], maio 2011.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos estudar. In: Turato E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.





## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): conhecendo sua funcionalidade”, em virtude de ser identificado como coordenador e/ou colaborador de um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Diamantina/MG. Esta pesquisa é coordenada pela mestrandia Marisa Resende Parreira e contará ainda com o apoio do orientador Ms. Antônio Moacir de Jesus Lima e do co-orientador Dr<sup>o</sup> Guilherme Mendes Nogueira de Oliveira.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com seu local de trabalho.

Os objetivos desta pesquisa são: Descrever a RAPS do município de Diamantina e avaliar sua funcionalidade. Caso você decida aceitar o convite, sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, que será gravada em tempo médio de quinze minutos e que terá como pergunta norteadora: *Relate como o serviço que você trabalha desempenha com outros serviços da rede ações de assistência ao usuário da saúde mental?*

Esta pesquisa não apresenta riscos à sua integridade física, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento invasivo e nem procedimento de avaliação ou tratamento. Caso ocorra qualquer tipo de problema você poderá procurar pelo pesquisador, por telefone ou carta. O risco relacionado com sua participação será de gerar constrangimento no momento de responder o questionário que poderá ser considerado como invasão de privacidade, a fim de minimizar esse risco, será designado um local apropriado para que cada participante responda individualmente o questionário sem receio de identificação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são indiretos e possibilitará contribuir para a descrição e funcionalidade dos pontos da rede de saúde mental de



## APÊNDICE B - Transcrições das entrevistas realizadas

### *CAPS Renascer*

Pesquisadora: Então gente bom dia! Né! Hoje aqui a gente tá aqui no CAPS Renascer! Obrigada pela participação viu equipe! Então? Como já lido no termo eu queria que vocês me falassem um pouquinho como o serviço de vocês aqui no CAPS Renascer desempenha com outros serviços da nossa rede ações de assistência ao usuário da saúde mental? Quem quer iniciar?

E5: Eu posso iniciar?

Pesquisadora: Pode

E5: A parte das vezes a gente faz contato telefônico com o posto de saúde onde usuário pertence né e somos atendidos pela maior parte também pelos enfermeiros responsáveis e eles vão nortear qual é o problema que tá acontecendo com o paciente-usuário saúde mental. Quando abordagem tá muito difícil né! Eles não conseguem fazer essa abordagem a gente vai se deslocar até a residência dependendo o que foi relatado pelo enfermeiro. Vai você agora.

E7: E demais vem demanda espontânea, vem para medicação, a família de um certo modo já conhece a funcionalidade do serviço sabe tem o CAPS como referência. Alguns ainda a gente tem como referência porta de entrada pronto atendimento que é uma coisa que a gente tenta desinstitucionalizar e mostrar sempre que é aqui que tem que vir. Tem os municípios que a gente abrange também que sempre realiza um contato telefônico, sempre que encaminhou tentam comunicar com a gente tentar passar um pouco sobre o relato do caso, de que se trata o paciente e manda.

E6: Agora, o que eu acho assim, que falta é um alinhamento melhor entre a nossa unidade e a rede, tá! Porque ela ainda é deficitária, porque a gente sente que essa alta rotatividade de funcionários, ausência dos médicos tá! Até a falta eu digo assim, de uma presença maior dos médicos virem conhecer o nosso serviço dificulta, ou criou gera algum tipo de bloqueio na continuidade do tratamento desse paciente quando tem alta do serviço, tanto que a nossa demanda de retorno ao serviço é muito elevada né! Então eu acho que a atenção primária, vou

te dar atenção primária a nível secundário não atendimento. Por que? Porque, ela é a nossa primeira referência justamente pelo que foi falado pela nossa colega é a área de abrangência, é o território daquele usuário. Existem falhas nossas também, muitas, muitas falhas nosso tá! Por quê? Em 2006 a gente capacitava exaustivamente essa rede de atenção.

E5: E hoje a gente não tem feito isso.

E6: E hoje a gente não tem realizado, porque? Por questões de recursos humanos...

E5: De recursos humanos.

E6: É o CAPS ficou sem coordenação durante praticamente dois anos, houve alteração em toda equipe profissional o que isso trouxe um prejuízo muito grande para os pacientes, para os usuários tá?! Então estamos retomando um trabalho como se nós tivéssemos reiniciando, não é nem a reciclagem é reiniciar um de trabalho de conscientização, não só da equipe, mas para que a equipe leve até o território do paciente, certo? Então eu acho assim, que a deficiência maior que a gente encontra é na atenção primária, tá! A área de abrangência a gente faz essa contratualidade como meu colega colocou, existe a contratualidade, via telefone ou via e-mail, mas também não se, não existe mais a equipe mínima que nós criamos alguns anos atrás, então é o que eu estou falando, é um recomeço!

E7: E a rede de atenção em geral em Diamantina né! Hoje os PSFs, há pouco tempo agora que estão com os enfermeiros efetivos, os ACSs foram recontratados, toda uma equipe nova.

E6: Exatamente.

E7: o CAPS passou também por essa mudança de substituição da nova equipe, substituição de outros membros, então tudo isso traz um impacto sim! A gente precisa voltar a atuar, fazer a ...

E5: Capacitação, matriciamento.

E7: Com a rede principalmente, porque a gente sabe que são pacientes que estabilizados tem alta, mas vire e mexe se a atenção primária não estiver preparada para abordar, para acompanhar, pra gente sempre ter esse feedback, facilmente eles podem voltar por estar em crise ou porque então toma medicação adequada, porque um fator externo vem por uma interferência maior vai desencadear um novo processo de crise, o fato de ter alta estabilizado, mas se a gente tiver contato em saber como é que tá o cotidiano, são pacientes que vão retornar e quando retorna a gente vê essa fragilidade que não está sendo acompanhado

E5: A manutenção das receitas é muito difícil.

E6: Ausência de medicação na farmácia básica!

E5: Exatamente!

E7: Está sendo começar a ser um fator...

E5: Dificuldador!

E6: Para darmos alta ao usuário que já está no processo de alta, que já está estabilizado, justamente seguindo os princípios da reforma, desinstitucionalização, existe que acaba se tornando mini manicômio, não é? Então, ele tem que voltar a ter a convivência no seu âmbito, no seu território, não só a nível familiar, os CRAS precisam ter oficinas, porque eles também participam da RAPS, da rede de atenção...

E5: Até para facilitar a alta do CAPS, se essas oficinas estivessem acontecendo ia facilitar muito as altas.

E6: Já estaria esse usuário começando a ser inserido nas atividades, então quer dizer eu acho que a rede atenção ela é fragmentada.

Pesquisadora: Essa rede vocês consideram então que ela existe?

E6: Existe, existe! Sabe...

E5: Existe! Eu percebo muita boa vontade dos profissionais da rede quando eu pra discutir um caso, eu percebo muito compromisso dos profissionais, eles querem saber que paciente, qual a medicação, porque não voltou do posto depois que teve alta do CAPS? Isso eu que percebo de modo geral, os técnicos de enfermagem e enfermeiros.

E7: Venha montar um organograma, vamos sentar as equipes e conversar, porque a gente acaba se relacionando pelas ocasiões. Aparece! A gente articula, conversa em particular o caso com a atenção primária, mas de forma aleatória, com o bem que a gente acha que é da forma que está facilitando mas, a gente não tem assim a RAPS construída e o serviços que juntando e conversando sobre algo construído em conjunto acaba se conhecendo saúde mental

Pesquisadora: Acaba se conhecendo de acordo...

E6: Pela necessidade, de acordo com a demanda que o paciente tá apresentando naquele momento.

E7: Liga na Santa Casa? O leito de saúde mental! Preciso internar? Pra quem a gente vai ligar? Liga para o enfermeiro? Liga para a coordenadora? Liga para o médico? Vamo ligar e tentar articular. O paciente tá lá ele vai vir pro CAPS? Ele vai vir para permanência dia aqui? Ele vai voltar no final da tarde? Como vai funcionar isso? Agora que estamos voltando a fazer, negociando com a Santa Casa vai, busca o paciente e vem! Mas, sentar e articular como que isso vai funcionar, isso tá no papel? Isso tá funcionando? Isso tá fluindo naturalmente ainda não é realidade! A necessidade aparece, um caso na Santa Casa! É paciente do CAPS? O que fazia uso? Liga?! Pergunta?! A gente pega o prontuário, discute o caso, a gente está trabalhando conforme o que está discutindo.

E5: A gente tá iniciando isso agora.

E6: Agora, um protocolo nós temos no serviço nenhum paciente que passe pelo CAPS que haja necessidade da internação no leito de retaguarda, leito de saúde mental, sai daqui sem uma contra referência, tá! É nós temos mantido inclusive através do WhatsApp mesmo, as prescrições, as discussões eu estive no leito, a E5 esteve, nós todas estivemos né! No leito de

saúde mental né! Então para conhecer a realidade daquele usuário né! E para fornecer maiores informações a respeito do tratamento dele dentro da unidade.

E7: Mas a rede é falha!

E6: A rede é falha!

E7: Estamos com uma paciente nossa, em estado grave na UTI e nós não sabíamos.

E5: E é uma paciente neurótica grave

E7: Como é que a RAPS vai funcionar, sendo que os próprios serviços ainda não conseguiram construir uma comunicação fácil. E outra, olha a realidade daqueles leitos da saúde mental naquela clínica médica!

E6: Um absurdo!

E7: Eu fiquei assustada! Como se faz uma RAPS de qualidade, sendo que o nosso leito da saúde mental hoje é inserido numa realidade de clinica médica, com pacientes idosos, pacientes com outras necessidades e um paciente contido no leito.

E5: E a contenção também está sendo inadequado, porque eu tenho atendido paciente que vem do leito e eles falam “eu não posso levantar do leito para defecar”, porque eu tô amarrado ali e não tem ninguém para me desamarrar hora que eu preciso, então tá sendo desumano.

E7: Ah! E outra falha também, eu acho assim, temos falhas demais, nós estamos sentadas aqui falando sobre o nosso serviço e nosso serviço faz parte de um dos pontos da RAPS e os outros serviços a gente acaba pontuando. A nossa coordenação a nível estadual, a gente tem uma referencia dentro do município que vem do Estado que poderia nos ajudar a construir isso, poderia ser um condutor, facilitador dessa articulação.

E6: E não faz!

E7: Vou na atenção primária, vou na secretaria, vou na rede hospitalar, vou no leito, vou nos CRAS, o que é que compõe a RAPS, vamos pegar cada ponto desse sentar e conversar e como podemos trabalhar? Como podemos trabalhar em conjunto? Vamos criar juntos um instrumento que vai facilitar isso, a gente não tem! Não existe!

E6: Não existe! E nunca existiu enquanto referência técnica de saúde mental...

E5: Desde que o CAPS foi criado.

E6: Não existe, esse serviço na realidade, eu acho que existe hoje é a empurroterapia, sabe. Eles acham que o CAPS! Mas nós não somos, nós fazemos parte da rede, então isso tem que partir do Estado, se existe uma referência técnica para isso ela tem que visitar como eu sugeri o dia que eu fui visitar que eu vou tá indignada eu sugeri a referência técnica que fizesse uma visita ao leito sabe o que ela fez? Me mandou as portarias do leito que nós já estamos cansados de conhecer. Não se fez presente, então quer dizer articulação existe, mas existe de uma forma pontual, eu acho que ela tem que ser concretizado de uma forma mais absoluta como nós temos com o CREAS, qualquer questão do CREAS ele vem até a gente ou nós vamos até lá, então quer dizer que estamos criando um laço. Tem que parar de ver o paciente como um ser fragmentado e é isso que acontece nos dias de hoje. E não é só aqui, a gente escuta casos até fora daqui. Mas, eu digo que a nível da população que nós atendemos, se nós não iniciarmos esse trabalho, reiniciar, que a nós já fizemos várias vezes, e que você fez parte também desse processo. Então se não reiniciarmos esse trabalho que nós estamos agendando para junho né, para julho já começar o matriciamento, primeiro nas unidades básicas pelos vários fatores que nós indicando anteriormente. E se nós não reiniciando e torcer para que a atenção básica realmente se alinhe conosco, o nosso trabalho vai ser receber o usuário, medicar o usuário, cumprir uma parte terapêutica que também ainda é falha e voltar com o usuário para rede para que ele volte para nós.

E5: Que é o que acontece.

E6: Que tá acontecendo.



E7: E outra coisa entre os próprios serviços também eu sinto muito essa dificuldade no diálogo hoje, até hoje os dois CAPS não tem a mesma linguagem, não fala, a gente não consegue chegar num consenso e não consegue discutir o caso.

E5: Isso é gravíssimo!

E7: É uma falha imensa na RAPS os dois pontos da atenção psicossocial não estarem unidos e articulados.

E5: Os dois serviços de saúde mental não conseguem se articular qualquer caso a gente evita discutir por falha nossa também.

E7: Um paciente com quadro com transtorno envolver com álcool ou com a droga.

E6: E a comorbidade?

E5: Tem comorbidade que não é resolvida, ou fica lá ou fica aqui, ninguém trabalha comorbidade.

E7: Se precisa estar nos dois, não consegue articular, ou tem que ficar ou em um ou no outro.

E5: É praticamente inexistente a articulação de CAPSAd com o nosso CAPS.

E7: E outro problema real em Diamantina, a falta de outro local que funcione 24 hs, os nossos problemas hoje a gente vê que vai aumentar muita demanda as vezes pros leitos da saúde mental, são os distritos que são distantes...

E6: Que estão desassistidos.

E7: Paciente que precisaria ficar em permanência dia pra gente dá uma controlada na medicação, família dos nossos pacientes são famílias desestruturadas gente! A gente lida com clientes diferentes, são clientes que tem exigências sociais imensas, se não tiver intervenção medicamentosa, a inserção em outras, outras atividades como você vai gente uma família

estruturada em permanência não vai ter resultado. Mas, como que você vai manter um paciente no distrito carente com uma família totalmente desestruturada em permanência-dia?! Alguns não consegue manter uso da medicação diário, dá as 5 horas da tarde não tem onde colocar ele, os serviços fecham, e os leitos de saúde mental ficam ocupado com problema é que talvez se tivesse inserido no contexto. Não temos centro de convivência.

E6: Eu acho que aí nós vamos cair naquela, naquele mesmo né! Não é só o território drama familiar complicada não é só o da territorialidade daquele usuário a família então eu acho assim que o CAPS ele se foca atualmente só no usuário e o mais importante é abordagem familiar. Porque se você trabalha abordagem familiar, o próprio familiar constrói automaticamente essa rede de atenção, porque ele se mantém informado das referências que ele tem para poder utilizar o serviço de saúde ou mesmo de assistência social em determinados momentos. Por que vir aqui pegar laudo para benefício, isso não é serviço de CAPS, isso é serviço de ambulatório. Então, se você não trabalhar a família desse usuário exaustivamente. Nós tivemos muitos grupos de família, quantos benefícios a gente fez.

Pesquisadora: É isso mesmo, tô escutando vocês. Queria saber se tem alguma contribuição? Acho que é isso mesmo que eu gostaria de escutar sobre os pontos né. Como que ele chega? Como ele vem?

E7: Um outro problema grave que temos são as consultas no CISAJE, os nossos usuários não conseguem as consultas e retornam em busca de consulta, as vezes até em crise.

E6: O que acaba gerando mais custos financeiros para o CAPS.

Pesquisadora: Obrigada viu!

### *CAPS AD*

Pesquisadora: Então gente! Obrigada pela participação aqui da equipe do CAPSAd...

E3: Nós que agradecemos!

Pesquisadora: de álcool e drogas! Ah, obrigada! Considero de muita importância e relevância esse trabalho.

Pesquisadora: Então como proposto meu trabalho eu tenho como uma pergunta para mim direcionar esse momento, então gostaria que vocês me falassem aí como que o serviço que vocês trabalham desempenham com outros serviços da rede ações de assistência ao usuário da saúde mental? Como que esse paciente chega aí pra vocês? De onde que ele vem? Como que ele vem? Quem quer começar?

E2: Ó, normalmente o paciente quando ele chega pra gente ele é encaminhado da rede, né! Às vezes, o paciente ele vem encaminhado do PSF, ou às vezes ele vem encaminhado do CREAS, ou às vezes ele vem do CRAS e tem também a demanda espontânea, né! Quando o paciente chega aqui pra nós né, por livre e espontânea vontade.

Pesquisadora: E esse encaminhamento ele tem impresso próprio? É um formulário?

E2: Tem! É um formulário! Ele tem vem com um timbre impresso né, ou do PSF ou do CREAS ou do CRAS.

E1: Que funciona na rede né!

Pesquisadora: Hum, às vezes como ele costuma chegar? Ele vem sozinho? Como que esse paciente chega?

E2: Na maioria das vezes ele vem sozinho, quando é do município de fora aí costuma vir acompanhado né, com assistente social ou com alguém do PSF, mas na maioria das vezes ele vem acompanhado por um familiar, a rede não acompanha não, muito difícil! Se for de Diamantina então, normalmente vem com familiar, agora se for de fora normalmente vem acompanhado.

Pesquisadora: Humhum, então voltando aí para a nossa pergunta norteadora, me fala aí então com outros serviços da nossa rede a esse usuário da saúde mental? Como que vocês, como que ele é desenvolvido aí junto com vocês?

E1: Oh! Diamantina existe sim uma rede de atenção, né? A todos os outros usuários, mas como serviço o serviço da saúde mental é uma, uma, um serviço, né, recente dentro da história da saúde aqui em Diamantina, desde 2000 quando o outro CAPS começou e esse aqui começou tem uns seis anos né, então é recente. O usuário, ele, eu acho que ele circula pela rede, existe uma rede, porém o que falta é a comunicação dessa rede, é é criar alguns procedimentos, alguns, algumas estratégias de comunicação, de de funcionamento estrutural mesmo, para que a gente possa ter um diálogo mais efetivo, mas existe essa rede.

E2: Eu acho que para que ela possa funcionar melhor, né? Porque a rede ela existe! Mas, assim eu acho que tem falhas, né, na na rede, a rede ela precisa tá melhorando, né? Tá mais articulada, né?

E3: A continuidade, né? Às vezes, a gente inicia o trabalho no CAPS, né, junto às vezes com a rede, só que depois a que gente libera o paciente essa rede ela não continua, ela não continua, não tá continuidade da forma que a gente gostaria.

E2: Precisa fortalecer, né? Precisa do fortalecimento dentre as redes, né?

E1: É começar a ver o usuário também de álcool e drogas ou até mesmo da saúde do Renascer, como um usuário que transita em todos os lugares, né?

Pesquisadora: Vocês já tiveram alguma recusa ao encaminhar paciente? Recusa de outro ponto de atenção?

E1: Não, eu acho que até recusa não.

Pesquisadora: Questionamentos?

E1: A questão é que sempre é voltada; ah se existe o CAPS, o CAPS é que vai ... E

E2: Às vezes a própria rede fala assim: esse paciente não é meu!

E1: Esse paciente é do CAPS!

E2: Esse paciente é do CAPS, a gente escuta muito falar isso, igual hoje mesmo a ligação que eu recebi eu escutei: esse paciente é do CAPS, eu vi ele na rua, entendeu? E foi uma rede que me ligou, então assim, eu acho que a própria rede não pode falar né, não pode ter essa pronúncia, acho que tem falar o paciente é nosso! Ele é da rede!

E1: O que ele tá precisando?

E2: O que a gente vai fazer? O que ele tá precisando? Vamos encaminhar pra onde? Ele vai ser encaminhado para o CRAS? Vai ser encaminhado pro CREAS? Para o CAPSAd? Pro CAPS Renascer? PSF né? Eu acho que tá faltando muito isso, a rede saber que o paciente é nosso.

E3: E que cada um tem seu papel ali né!

E1: É verdade!

Pesquisadora: E aí gente, vocês acham que...mais alguma contribuição aí quando a gente fala em questão de rede, vocês tem mais alguma contribuição?

E1: É, eu acho que a saúde geral em Diamantina precisa melhorar sim né, a assistência, à estrutura, qualidade em todas as suas atenções.

E2: E eu acho que cada um tem que saber qual o seu papel, pra daí já podemos direcionar, né, para facilitar.

E1: Para que a gente possa ter uma articulação com os outros serviços né tá mais familiarizado com a própria estrutura que tem, com os recursos que tem em cada atenção, né? Para tá podendo dialogar e tá podendo receber, né, esse usuário que afinal vai circular por todos os lados, né?

Pesquisadora: Será que essa rede se conhece?

E1: A gente iniciou um trabalho, mas eu acho que a iniciativa tem que ser da gestão tem que ser do município! O CAPS começou uma discussão, nós convidamos, inclusive você participou, né? Mas, que tá parado, tem muitas, questões, atividades da gente, que realmente tá parado, que a gente não tá dando continuidade por falta de recursos humanos, por causa de recursos financeiros também, mas a gente iniciou essa conversa iniciou esse trabalho, foi muito produtivo.

E3: No início, né? Até porque depois não foi pra frente até porque a gente vê a estruturação da rede fora ela é fraca, né, E1? Então eles não, pra eles virem também é difícil, acho que devia dá um jeito da gente também tá indo, e ser contínuo essa ida, esses encontros serem realizados no município de Diamantina eles ficarem efetivos, porém eles não dão continuidade, a rede está fragmentada nesse sentido.

E1: Resultado da efetiva demanda sabe, né? Ele para também que a gente não talvez por exemplo, tem que ter uma pessoa responsável Tá agilizando esse exemplo por exemplo, o Estado, um representante municipal da saúde mental, porque ai ele vai tá ali pra essas questões, né? Pra tá chamando a gestão para chamar a rede e tá aproximando essas discussões também.

Pesquisadora: Discussão com outros órgãos, tipo o Estado? É isso?

E3: Não, a instância que a gente pegou foi municipal com os distritos, não de município pra Estado, então eu acho que por isso também.

E1: Estado também porque a P2 também participou, a regional representada pela P2

E3: O Estado também está representado, né? Mas em outras instâncias.

E1: É você falou certo, é uma rede fragmentada mesmo, a gente percebe que a gente tá num trabalho um pouco isolado, tá todo mundo tão envolvido com as suas demandas ali internas, a gente não tá tendo esse dialogo, nem com a atenção básica que é coisa né do dia a dia...

E3: Básica, né?

E1: Que a gente precisa, né? Que poderia, né? A gente não tá tendo esse dialogo efetivo, né!

E3: A gente tem esse contato mais na hora gente precisa do serviço deles

E1: Exatamente, a demanda nasce, a gente vai lá e liga. Não existe uma constância, né? Dessa parceria.

E3: O repasse pra eles e deles também pra gente não existe.

E1: Talvez, por exemplo, tem que ter uma pessoa responsável pra tá agilizando esses encontros.

E3: Um representante municipal.

E1: Essas coisas a fazer, por exemplo...Tá isso também, isso, o Estado, um representante municipal da saúde mental, porque ai ele vai tá ali pra essas questões, né? Pra tá chamando a gestão, pra tá chamando a rede e tá aproximando essas discussões também. Então fica tudo, se tudo ficar pra saúde mental, igual a atenção básica tem um monte de programas, né? A gente nunca que vai sentar, nunca que vai ver as dificuldades, que a gente tem dificuldade para falar, eles tem dificuldade para ouvir também, tem dificuldade para a gente tá interagindo, então é um apagar de fogo, né? Sempre quando a gente precisa, a gente liga pra discutir aquele caso, é uma coisa emergencial, na verdade funciona não é?

E3: Criar diretrizes, protocolos, não é?!

E1: Exatamente!

E3: Bem estruturadinho, pra gente pôr em prática.

E1: Teria que partir de alguma coisa ou de um representante municipal, quem ficaria sabe? Ou igual à GRS, isso será que seria também uma função deles? Acho que essas coisas tem que ser mais discutidas, sabe? Por quê? Aqui afinal é um serviço de urgência e que a gente fica atendendo às urgências, fica envolvida já, por que já é muita coisa. Como é um serviço novo a

demanda hoje como o outro CAPS era no início, você lembra? A demanda é grande hoje aqui, o movimento é muito grande né!

E3: E a tendência é só crescer.

E1: É! Até porque a questão de álcool e drogas tá pulsando ai, cada vez mais grave, né? Então a tendência do serviço é aumentar! E a gente, vê que por exemplo o P1, vem aqui dois meios horários, entendeu? Então! Quer dizer não temos clínico! Não temos coordenação! Não temos segurança! E por aí vai! As carências são muito grandes.

E3: E carências muito importantes.

E1: Mas, que eu acho que essa rede, nossa ela seria de grande importância, né? Para o usuário, para o profissional, pra estrutura de saúde de Diamantina, né?

E3: Ela tinha que tá no mínimo protocolada, né, E1? O profissional da atenção básica saber o que ele vai fazer, entendeu, já aí, só dele saber o que não é pra fazer ele já ia fazer o que precisa, porque ele não sabe o que fazer e cada fazendo coisas que lá na frente reflete, seja na abordagem, seja no acolhimento lá, aí ele já chega aqui de uma outra forma.

Pesquisadora: Então muito obrigada pela contribuição de vocês, caso considerarem, lembrar de alguma observação pode me comunicar.

E1: Obrigada Marisa! Que sua pesquisa nos ajude na organização dessa rede juntos!

E3: Que ela se concretize!

Pesquisadora: Obrigada!



*Hospital Nossa Senhora da Saúde*

Pesquisadora: Então! Boa tarde E3! Hoje a gente tá aqui no Hospital Nossa Senhora da Saúde, né! Para mais um momento aí do nosso projeto. Obrigada pela participação, tá?

Pesquisadora: Então aí como a gente leu, não tem um pouquinho, como que é essa relação aqui do hospital em outros pontos de atenção em relação à assistência ao usuário da saúde mental? Chega para vocês essa demanda de saúde mental?

E9: Marisa, boa tarde! Eu que agradeço, né? Seu trabalho, seu interesse, inclusive nessa área. Bom aqui no hospital a gente tá procurando montar um serviço mais, mais específico com uma rede maior para o paciente em saúde mental, porque eu tô te falando isso? Inclusive, o hospital está tentando cadastrar os leitos de saúde mental, né? Até mesmo pra gente poder ter uma demanda maior disso, para a gente poder talvez conseguir acessar uma rede, né? Com o atendimentos mais abrangentes. Porque, hoje em dia a gente atende paciente da saúde mental aqui mais para cirurgias eletivas, sabe? Da maior parte dos municípios em volta, né? Para atendimento ortodôntico, sabe? Essas cirurgias são agendadas com P4 e aí eles são atendidos aqui. Internado geralmente de um dia para o outro, né? Justamente porque a gente não tem essa estrutura adequada para poder manter esses pacientes mais do que isso, entendeu? Então, é, são procedimentos simples, feitos no bloco cirúrgico e eles permanecem geralmente um dia para o outro e em seguida a gente solicita transporte para os municípios, para poder ir buscar.

Pesquisadora: Então essa demanda é programada? Vocês não tem essa demanda aqui, que chega paciente com transtorno mental que veio aqui, por exemplo, maternidade? Tem situações que uma gestante, uma puérpera, psicose, depressão pós-parto? Tem essa demanda e se tem vocês tem alguma dificuldade para poder direcionar um acompanhamento, acolhimento, tratamento?

E9: Já teve essa situação, acontece! E não é uma, nem duas vezes. Só que infelizmente a gente não tem aqui no hospital ainda um psicólogo para avaliar melhor a situação dessas usuárias, né? Para poder definir com clareza, é ou não depressão pós-parto. Eu, é que às vezes intermedo essas situações aqui, porque precisa ser tratado, precisa ser encaminhado e uma coisa não diminui a outra, né? Não é porque, é usuária, veio aqui para ganhar o neném que ela deixou de ter de apresentar os históricos anteriores e conseqüentemente piorar no pós-parto, né? Inclusive

nós estamos passando aqui hoje e que eu tive que intervir e, em minha opinião, na minha pouca opinião porque eu não tenho aparato técnico para avaliar como psicólogo teria, na minha opinião, é um possível depressão pós-parto, né? É uma mulher mais velha né, acima dos 40 e que tá tendo seu primeiro filho, sabe? E aí isso traz muitas expectativas para esta pessoa, muda completamente a vida dessa pessoa e pelo que eu conversei com familiares essa pessoa já, já vinha com o emocional muito abalado né, é uma pessoa muito carente de atenção e aí chega um filho e que a pessoa talvez não tivesse esperando, talvez querendo, mas não esperando, né? Então, isso mexe muito com a vida inteira de uma pessoa, então essa pessoa quando se vê naquela situação, meu Deus... o que eu vou fazer agora? Né? Desenvolve isso né, então eu tava aí chorosa, chorosa, chorosa e somente isso que eu não vou ficar, mas graças a Deus nos conseguimos controlar a situação.

Pesquisadora: E então diante essas situações e outras que podem surgir se for necessário procurar uma rede, você sabe onde direcionar? Onde encaminhar?

E9: Bom! Eu, algumas situações eu já sei, porque eu já tô aqui já tá fazendo três anos e outras eu ainda consulto alguns, algumas pessoas, alguns colegas de trabalho. Às vezes até outros que eu conheço fora do hospital para eu poder meio que direcionar, porque quase três anos que eu trabalho como assistente social e só trabalhei no hospital entendeu então às vezes eu tenho muita dificuldade de saber aonde eu vou, como eu vou fazer, principalmente se tratando de saúde mental. A gente tem o CAPS, o CAPS Renascer, que eu sempre recorro, converso com a P5, que inclusive foi minha tutora de faculdade, e quando eu tenho essa, essa dificuldade mesmo de definir, que eu tenho um caso e eu não sei exatamente para onde eu vou encaminhar eu às vezes consulto ela, que ela tem uma carta muito grande, é quando é depressão, por exemplo eu sempre caminho para lá. Quando é o álcool e drogas sempre CAPS também. As meninas também são bem solícitas, muito boas de mexer, que você sempre ligado sempre ajuda.

Pesquisadora: Então, você nunca deparou com dificuldades, barreiras, recusa de outros setores?

E9: Não! Graças a Deus não! Já teve momentos de pegar o usuário aqui e levar no CAPS Renascer, sabe?

Pesquisadora: E sobre as crianças? Que o pronto-socorro de vocês é infantil, né? Até 13 anos de idade... em casos de transtorno mental ou uso de álcool e drogas como que faz aí para tá no ali no momento do atendimento clínico a crise é resolvido aqui, mas vocês aqui tem como poder ajudar esse usuário para dar uma continuidade, como ser acompanhado?

E9: Eu, mesmo não sendo usuário, usuário da saúde mental a gente sempre solicita o acompanhamento dos municípios, eu sempre entro em contato, saúde mental ou não, sabe? Risco de vulnerabilidade social, tudo eu entro em contato com os CRAS dos municípios ou com secretário de saúde. Eu sempre entro em contato, encaminho relatório social para que eles façam o acompanhamento e cobre depois, porque mesmo não sendo daqui, ora ou outra ele sempre volta.

Pesquisadora: No caso aqui de Diamantina, o que você tem de apoio à questão de crianças e adolescente? Tem algo de apoio?

E9: Muito pouco Marisa. Sempre quando eu tenho dúvida com relação, não só a saúde mental da criança e do adolescente, eu sempre entro em contato com o conselho, sempre entro em contato com o conselho. É, eu tenho P6 como, eu tenho mais como referência P6, porque qualquer hora que eu ligo para ela me atende, sabe. Ela tenta resolver, ela tenta e ir atrás, corre atrás, porque eles são o órgão responsável em garantir o bem-estar da criança e do adolescente, eu sempre entro em contato com eles, não só em questão de saúde mental, tenho alguma dúvida, ligo para eles.

Pesquisadora: É você considera que essa rede de saúde mental né, você como profissional, conhece essa terminologia RAPS, ela existe em Diamantina?

E9: Eu acho que ela existe, mas muito pouco, muito restrita ainda, sabe? O povo tem que abrir muito a cabeça deles, da rede em si, dos coordenadores e administradores para poder pensar que, infelizmente se o indivíduo não nascer assim, em algum momento uma pessoa pode ter uma depressão, uma pessoa pode ter uma situação em que ela vai levar, vai levar esse indivíduo a precisar da rede, entendeu? Mas, principalmente o usuário de saúde mental, porque ele é muito pouco aparato para eles, muito limitado.

Pesquisadora: É, você até me falou aí no início quando você tem alguma demanda, você fica procurando onde recorrer, que às vezes desconhece, né? Talvez possa ter algum dispositivo e não sabe da existência desse dispositivo, não é?

E9: Exatamente!

Pesquisadora: Então será o que, que a gente pode fazer né para poder melhorar essa comunicação, essa articulação né?!

E9: Eu acho que as coisas tem que ser mais divulgada, porque assim por exemplo, os CRAS, a gente sabe pra que ele serve. O CREAS, você sabe o que que serve. Mas vamos supor, inicia um atendimento, igual o pessoal da GRS, tá? A gente tá tentando articular essas questões ligadas principalmente a rede saúde mental, que é tão pouca aqui em Diamantina, sabe? Fala dos outros, mas quando a gente vê que a gente não tem nada para oferecer para usuários saúde mental, você fica perdido. E aí vamos supor, o pessoal da GRS, sabendo dos serviços que podem oferecer, é divulgar. Divulgar não só para as instituições de saúde, divulgar para o povo, para as pessoas saberem o que existe e nós também. Eu falo que a rede de atenção, por exemplo, somente ligado à saúde, o povo está muito acomodado. Por exemplo PSF, eu vejo pelas consultas de puerpério aqui, o povo quer ficar esperando sentando vim e quando fala assim: “o pessoal, eu precisava que o agente de saúde fosse até a casa de fulano de tal porque eu preciso saber como é que tá, por que saiu daqui no pós-operatório, se ele tiver uma infecção, ele vai voltar para cá pior”, sabe? Fratura de fêmur, principalmente, né? “Ah não tem jeito da agente de saúde ir não, porque a gente já atende uma gama enorme”. Como é que eu vou mandar um agente de saúde lá? Imagine se eu pedisse para uma agente saúde ir até a casa de um paciente da saúde metal para poder verificar como é que tá a situação lá! Então, o que que eu faço, eu prefiro pedir para uma assistente social, por exemplo de um dos CRAS de referência, porque eu sei que vai ser interesse delas e principalmente do psicólogo conhecer o que que é que tá acontecendo com aquele usuário, principalmente quando é criança ou adolescente, elas têm muito interesse.

Pesquisadora: A relação de vocês com a atenção primária, então tem muito dificultador?

E9: Às vezes sabe? Às vezes, eu vejo muita, muita dificuldade. Não com a coordenação, a coordenadora em si ela é muito acessível, tudo que ela pode ajudar ela faz. Mas eu acho, eu vejo dificuldade nos postos mesmo, sabe? Daquela adesão e não falo só dos enfermeiros não, sabe? Dos agentes de saúde, sabe? Eu sei que tem muito trabalho, né? Que não é fácil não, a gente sabe que não é! Mas, eu acho assim, se você tem uma demanda pontual e se você passa aquela demanda quer dizer que aquela situação é importante que demanda atenção, sabe? Não que as outras não, mas às vezes umas mais que as outras não. Acho que tem que colocar prioridade, eu acho que se eu passar talvez um caso de uma demanda agora, passei uma vez uma paciente especial veio para um atendimento aí, nem foi ortodôntico não, veio para o atendimento e eu descobri conversando com a mãe que a outra irmãzinha também tinha o mesmo problema genético, sabe? Então, eu perguntei para ela: “essa criança nasceu no hospital e vai acompanhada aqui no hospital? Já tem BPC?” e a outra não tem, entendeu? Então o que acontece, ela não nasceu aqui, não foi acompanhada aqui não, eu tava tentando ajudar, passei o caso para o município para a assistente social ajudar na situação, mas eu acho que é isso. É a pessoa se importar, né? Que pessoalmente, o pessoal do PSF não se importa, mas, é querer fazer a diferença, abraçar a situação e querer fazer a diferença, que o outro precisa usuário precisa da gente, sabe?

Pesquisadora: Então, é isso aí, esse momento para poder escutar, né? Como que é essa relação de vocês aqui com os outros pontos de atenção, acho que é isso, que você pode contribuir, né? Ou você tem algo mais para falar sobre essa rede, eu acho que você conseguiu apontar o que é possível, né?

E9: Porque, mas não é nem porque a gente não quer, é porque justamente o Estado, os municípios não disponibilizam para a gente, e a gente, não tem informação. Porque às vezes eu posso ajudar até muito mais, mas muitas vezes eu não, eu não tenho informação, não tenho acesso. Então o que eu sei e o que eu tenho acesso, eu encaminho, né? Então graças a Deus meus usuários, a maior parte são bem entendidas, né? Consegue as coisas que eles precisam. Mas, e aquele usuário, por exemplo, de se depara em uma instituição, não só de saúde, nos PSFs, qualquer outro lugar for atendido e que não tenha a mesma disponibilidade? A pessoa que tá atendendo, não só a assistente social, mas, aquela pessoa que tá atendendo não tem aquela disponibilidade de falar assim: “vem cá, vou tentar te ajudar”, vai ver o que a gente consegue ir atrás, porque mesmo que você não tenha... É igual eu, propôs essa semana passada para o

secretário desenvolvimento social de Itamarandiba, você sabe que eles tem uma casa de apoio aqui em Diamantina? Né?

Pesquisadora: Humhum.

E9: São poucos os municípios que tem. Na verdade agora fiquei sabendo de Itamarandiba e Turmalina também. Eu deparei com uma acompanhante de uma paciente da Santa Casa que chegou aqui me pedindo ajuda, aí eu perguntei: você procurou a assistente social de lá? “Ela disse que não podia me ajudar nesse caso não”. Tudo bem mas esse horário ela não tá lá mais e eu vou comunicar ela se eu consigo alguma coisa para você. Vou comunicar a ela, porque primeiro que eu não posso passar por cima dela que o paciente está lá, né? E segundo que o paciente a senhora tá acompanhando não tá aqui dentro do hospital mas, eu vou tentar ajudar na medida do possível. Entrar em contato com ele, você tentar, de movimento social pedir uma vaga para ela na casa de apoio. Sabendo que não podia, que esse não é um atendimento deles e aí fala senhora, em caráter de exceção, a gente vai ceder uma vaga para ela para o banho e pronto descanso. Já tava de ótimo tamanho. E aí município dela, entrei em contato com ela, aí pedi a assistente social para resolver o resto, né? Porque se ela não puder ficar como acompanhante porque, eu tenho certeza que poderia, porque a pessoa estava acompanhando idosa. Ela estava com receio de ficar sozinha e essa pessoa ser transferida então não pediu meu sobrinho para poder. E aí eu estava tentando arrumar uma estrutura para poder conseguir ficar tranquila porque não adianta você pedir mas também você não tentar ajudar de alguma forma e aí eu sugeri a ele que ele me passasse por exemplo o gás que ele tem despesas que ele tem com a casa porque a gente poderia por exemplo cadastrar no projeto social procurar um projeto social que nos ajudasse com relação a isso para quê por exemplo disponibilizasse a casa com os pais de mães que ficam aqui dar mais apoio para elas que ficam com os filhos na UTI 2 3 5 meses sabe, que eu acho que é que faz a diferença e a gente não tem como banhar que a gente não tem casa de apoio gente não tem nada para os pais para entendeu então seria um ajudando o outro entendeu o que eu acho as coisas funcionam mais fáceis, tomara que te ajudou!

Pesquisadora: Muito obrigada viu!

### *Corpo de Bombeiros*

Pesquisadora: Então tá! Boa tarde, né, E8! Obrigada pela oportunidade de contribuir com o trabalho do seu Corpo de Bombeiros. Assim como descrito no termo de consentimento, fala para mim aí como que é o contato de vocês com essa rede que atende os usuários da Saúde Mental? Essa demanda vem mais relacionada à crises? Pelo contato telefônico? Vocês têm alguma dificuldade com esses usuários? Dessa rede?

E8: Bem Marisa! O trabalho relativo ao atendimento, ao combate de bombeiro relacionadas a algum transtorno com as necessidades de saúde mental. É previsto no protocolo de atendimento do bombeiro em dois campos específicos, que é o atendimento de emergência psiquiátricas e o uso e abuso de álcool e drogas. São dois campos previstos dentro do protocolo de atendimento, dentro das ações de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência essa solicitação vem via telefone 193. Geralmente, é, são pessoas que determinados momentos a princípio estão em crise e é solicitado, seja, por familiares ou por quem esteja próximo verificando aquela situação no momento, é, alguns problemas maiores com relação a esse atendimento, é, a gente encontra basicamente com alguns pacientes que às vezes é necessário a contenção mecânica e às vezes não há o consentimento de familiares pra tá utilizando da contenção daquele paciente naquele momento, então, às vezes, acaba que em determinadas situações também, a gente não consegue fazer o atendimento, acolhimento daquele paciente. Seja o encaminhamento até o pronto atendimento, ao CAPS que seja, tendo em vista o não consentimento dos familiares, dos responsáveis por aquele paciente no momento e não vê que se, em determinados momentos, se ele não tá colocando em risco a integridade física dele, de terceiros, ou da guarnição de bombeiros. Então a gente acaba relatando no próprio documento, no relatório de defesa social essa dificuldade de não consentimento familiar para fins de contenção, de encaminhamento até o pronto atendimento. Mas o que é em relação à quantidade de ocorrências, é o mínimo que ocorre. Geralmente a gente consegue fazer o acolhimento através de conversar, através de tempo que for, que a gente vê no que for necessário para se acalmar um paciente, para tentar mostrar suas opções, é o que será feito a partir daquele momento a gente procura fazer isso e posteriormente fazer um encaminhamento. A princípio a gente leva para o pronto atendimento, apesar que a gente sabe que o CAPS hoje conta com psiquiatra. Até o Ad também já tem no município, porém a gente acha uma dificuldade maior essa situação. Que às vezes chega lá tem disponibilidade profissional para fazer a primeira avaliação, e até porque, depois eu acho que

fica mais complicado até o CAPS, fazer em caso de necessidade, de fazer o transporte de paciente até o ambiente hospitalar. Então, a princípio, primeiro atendimento nosso, o encaminhamento é o pronto atendimento mesmo. Até porque, pelo que a gente tem conhecimento, parece que tem alguns leitos que são reservados na unidade da Santa Casa pro CAPS Renascer. Não sei a situação do Ad se também tem essa demanda de vagas com relação a alguns leitos dentro da unidade. Mas, a gente não tem essa dificuldade, às vezes é necessário o apoio do suporte avançado, ou seja, o SAMU porque, tenha a possibilidade da contenção farmacológica no próprio local sem a necessidade de encaminhamento daquele paciente pro pronto atendimento. Então, às vezes, quando é possível, esse acolhimento do paciente e posterior encaminhamento até o pronto atendimento. Às vezes a gente faz o contato com o suporte avançado quando ele está disponível, ele vai no local também, auxilia, tem a contenção farmacológica, o que possibilita esse apoio também. Determinadas situações, mais de agressividade, de risco a integridade, a gente conta com o apoio da Polícia Militar também, mas são ocorrências que a princípio não trazem muitos transtornos com relação, nem as vezes nessas situações de necessidade a contenção, que às vezes é necessário. Às vezes quando está colocando a integridade física seja de terceiros, ou seja da guarnição, ou dos próprios familiares, ou do próprio paciente a gente faz a contenção através do mínimo de risco de lesão possível que seja. Sempre verificando os sinais vitais durante transporte, então basicamente o fluxo do nosso atendimento se reserva a essa possibilidade. Nada também nos impede de fazer um primeiro contato com o CAPS, às vezes durante o transporte para o atendimento, porque às vezes os familiares relatam: “ah, o paciente faz tratamento no CAPS!”, às vezes quando tem esse relato a gente consegue fazer o primeiro atendimento, aí a gente leva pra lá direto para o atendimento. Mas na maioria das vezes a pessoa também, às vezes é paciente, mas os familiares não querem relatar. Mas quando a gente faz esse diagnóstico, consegue levantar essas informações, a gente consegue fazer esse tipo de contato. Verificar qual é o melhor destino para aquele paciente. Até porque eles já conhecem praticamente todos pelos nomes, né? Então se a gente consegue: “tal paciente tá nessa situação, a gente tá fazendo o acolhimento dele agora vamos deslocar com ele pra onde? Pra aí, ou pronto atendimento?”. Então a gente tem essa liberdade e às vezes contato com a P5 também para verificar.

Pesquisadora: Tá! Então, quando realiza esse contato, ou direto ou por telefone, na maioria das vezes, vocês conseguem o apoio desses pontos de atenção? Tô levando o paciente ou encontra



barreiras? Por exemplo, um paciente que você encontra na rua sozinho com transtorno mental, ou você vê que tá em uso de álcool ou drogas e leva ele direto do pronto atendimento, sozinho sem identificação, encontra barreiras para esse atendimento?

E8: Não encontramos, não! também não é difícil você encontrar essa situação, não. Até porque tem muita gente e que às vezes está nessa situação e às vezes nem é do município. Então acaba desse não ter nenhum familiar próximo, então sem problema algum, no recebimento desse paciente no PA. Não tivemos problema com essas situações lá. Às vezes a gente chega lá, eles já sabem também que são pacientes que fazem tratamento no CAPS e também não há nenhuma divergência com relação ao recebimento deles lá. Tipo, deles falarem assim com a gente: “leva lá pro CAPS”, igual às vezes a gente tem em relação a idade de pacientes de ser no Hospital ou ser no Pronto Atendimento, ou com relação a tipos lesões de determinado acidente também, a gente as vezes a gente leva direto para o hospital: “não é comigo e lá no PA”, não tem essa situação com relação a esses distúrbios relacionados à saúde mental no pronto-atendimento não. Nunca tive! Pelo menos isso que eu tenho conhecimento, nunca tivemos barreiras de atendimento de pacientes lá com essa situação não.

Pesquisadora: Então, o direcionamento sempre é pronto atendimento?

E8: A princípio, direto, é para o pronto atendimento

Pesquisadora: Então vocês sabem do conhecimento do CAPS Renascer e do Ad. Mas sabem também de algumas dificuldades no momento, né?! De não ter, então por isso que sempre é direcionado ao pronto atendimento que é mais resolutivo.

E8: Tem até um serviço que extrapola um pouco essa situação de missão institucional e acaba caindo na situação social, que um trabalho que a gente realiza também. Às vezes a gente chega lá e não tem alguma possibilidade de atendimento pela prefeitura ou do próprio SAMU de fazer esse transporte pra lá, ou de quando a gente faz um encaminhamento até o CAPS, depois de levar para o pronto atendimento e ter que aguardar lá pelo primeira atendimento, também não tem problema nenhum. Se tiver tranquilo se não se tiver demanda, se tem outra unidade resgate funcionando no dia, a gente não tem nenhuma restrição quanto a isso, seja a nível de comando dentro do próprio discernimento de quem está de chefe na guarnição ali no momento não.

Pesquisadora: Que bom sargento E8, era isso mesmo que eu queria escutar, né? De vocês como que essa demanda, né? O direcionamento dessa demanda? Como que chega a maioria? Se tem essas dificuldades de cuidado com essa rede, né? De apoio da saúde mental e, tentar, né, ver o que pode melhorar dessa fragilidade?

E8: É porque, por exemplo, com relação a essa situação a gente, eu não sei parece que lá acho que tinha médico responsável parece que acabou o período de contrato, alguma coisa nesse sentido, eu acho que o Renascer nesses dias está sem profissional específico lá da psiquiatria, lá se não me engano, eu acho que no ad já tem e não tá com esse problema não. Mas, até porque também da gente saber de atendimento como que é pronto atendimento, saber das possibilidades da contenção farmacológica rápida e essa decisão de caminhar direto também, passa, passa por quem tá frente da guarnição e da real necessidade daquele momento. Às vezes não, às vezes a gente vê, que não é um caso de necessidade de nem tratamento farmacológico naquele momento, então ir lá no CAPS fazer aquela recepção de atividades lá, outras atividades lá relacionadas, ideal para cliente. Então isso também vai de quem está a frente e como se encontra aquele paciente. O que a gente já não consegue, basicamente quando se vai te tratar com relação aos pacientes de álcool e drogas, porque basicamente esses pacientes de alguma maneira são de situações de riscos graves, com situação de respiração, circulação...

Pesquisadora: Condições clínicas né?!

E8: E a gente tem mais aquela cautela, para gente tem mais. Então e esse aí a gente tem mais, aquele, aquela preocupação de levar pro pronto atendimento para saber qual que é. Até porque a gente não sabe qual a substância que utilizada, qual o princípio ativo dela, então... a gente procura nesse tipo de situação um pouco diferente da que o transtorno relacionados à saúde mental mesmo. Fazer encaminhamento mesmo sem a devida preocupação, tá ligando no CAPS, saber se pode encaminhar para lá, se tem profissional, é uma situação mais diferente com relação ao atendimento psicossocial.

Pesquisadora: Vocês sentem falta de mais comunicação dessa rede? Para saber como que essa rede está funcionando? Ou tá dando para atender de acordo com as suas demandas?

E8: Particularmente Marisa, eu sinto falta dessa situação, principalmente quando eu te relatei no início, com relação a paciente que tem a negativa de consentimento para atendimento. Até qual ponto a guarnição pode interferir nesse momento, independente de consentimento familiar? Eu sei que tem uma legislação que prevê essa situação. Quais as horas que podem ser utilizadas? Mas, falta tipo, por exemplo, a gente já teve vários contatos com regulação do PA de vir aqui e falar assim: “não gente, paciente com esse esse quadro é lá no PA, paciente com esse e esse quadro e idade é lá no hospital, determinado trauma relacionado à coluna é aqui no PA, no hospital é os outros membros”, esse contato, esse feedback de falar assim, quem é o responsável? Quem é a gerência da rede de atenção à saúde mental? Quem será o CAPS? Então que venha o CAPS! Seria possível vir aqui e mostrar as principais legislações e o fluxo principal que é utilizado nos grandes centros ou onde tem a situação do Corpo de Bombeiros, do SAMU, ou de outro órgão que presta esse atendimento pré-hospitalar? Pra que se chegue um consenso, para que não tenha essa dificuldade. Às vezes também, por exemplo, a gente leva para o pronto atendimento, não sei como é que é a partir de lá! Se em algum momento, se tem esse contato com o CAPS, se tem essa coisa, se não tem? Se a gente leva para o CAPS também, e se tem aquele contato também com o ambiente hospitalar para falar assim: “paciente tal assim é possível encaminhar?”. Eu particularmente, antes do seu trabalho, eu não conhecia isso. Antes de você ter determinado essa situação com relação ao seu trabalho, eu não tinha conhecimento sobre esse atendimento, com esse fluxo. A gente realizava um atendimento aos pacientes com essa noção de funcionamento, mas como se fosse cada um no seu devido local, sabe? E não, e não igual a gente tem conhecimento da rede de proteção à violência contra criança. A gente sabe como é o atendimento, como é o fluxo da pessoa se for menor de idade. Dependendo da situação do abuso, o que vai fazer com aquela situação. Um fluxozinho mesmo, sobre os locais de atendimento. Então, mas eu senti falta de poder falar assim, de ter a propriedade de falar assim, assim, isso funciona assim, assim e assado, mas eu sinto falta. Não só em relação a legislação, senti falta do, também de ter conhecimento da cidade. Quais seriam a atuação do Renascer? Do Ad? Do pronto atendimento? Até qual paciente, quais os quadros podem ser levados para o pronto atendimento, com esse quadro você não precisa levar para o pronto atendimento, a gente consegue fazer um tratamento, um atendimento no próprio Renascer, ou no próprio Ad. Então, eu acho que seria interessante a posição do fluxo, acho que é o que você tá procurando também, né? É muito interessante!

Pesquisadora: Isso mesmo, acho que já contribuiu muito, né? Com a demanda de vocês, tem mais algo a falar?

E8: Não, a não ser você Marisa, que tenha algo mais.

Pesquisadora: Não, não, muito obrigada, viu?!

E8: Obrigado a você!

### *Atenção Primária à Saúde*

Pesquisadora: Então tá! Boa tarde E4! Obrigada pela participação, tá? Então, como a gente já leu no termo, me fala um pouquinho aí como que o serviço que você trabalha também com outros serviços da rede, ações de assistência a usuários de saúde mental?

E4: Olha Marisa, eu sinto! O que eu sinto dificuldade é que não tem comunicação, né? O paciente, quando ele chega na atenção primária, ele, a gente não faz um primeiro atendimento, é muito difícil. Normalmente, às vezes se for um caso de surto, a família já diagnostica, diagnostica tá, assim, né? Tá passando por esse problema, normalmente tem intervenção ou é do Bombeiros ou é da Polícia Militar. Aí o paciente vai pro pronto atendimento e depois ele não retorna para gente. Ele vai ao CAPS e a gente só tem conhecimento desse paciente novamente, que ele faz o acompanhamento, só depois que ele tem alta do CAPS, né? Que ele vai fazer um acompanhamento ambulatorial. Então, eu sinto essa dificuldade, é essa necessidade porque, eu não vejo comunicação entre os serviços, né? Então, assim o paciente, por exemplo, se o paciente ele tiver alta, a gente teve uma única reunião de matriciamento, eu lembro, foi aquela quando você e a P3 fizeram. Depois a gente não teve mais. Então a gente não sabe, né? O paciente ele vai a unidade de saúde apenas para renovar receita, né? Às vezes ele vai fazer o acompanhamento lá de uma outra comorbidade, mas de saúde mental é só a renovação da receita. Que eu percebo também, que às vezes os médicos, eles ficam inseguros sabe, em tratar o problema, ou manter a receita, né? Faz o acompanhamento no ambulatório do CISAJE, mas ações efetivas que a atenção primária faça com o paciente portador de sofrimento

mental, eu não sei. É um grupo! Tentar reinserir, eu não vejo! Eles vão, eles são acolhidos, mas para tratar daquele problema que ele esteja com ele naquele momento, entendeu?

Pesquisadora: Você considera que a atenção primária tem alguma dificuldade, alguma limitação em relação à assistência, ao acompanhamento da saúde mental?

E4: Eu considero! Eu acho que a insegurança mesmo, sabe? De lidar com esse, esse paciente que tem sofrimento mental. Porque igual eu disse, né? Não é todo médico que aliás, não conheço, desconheço o médico que queira tratar um paciente. Que não seja um psiquiatra, né? É, desconheço também algum enfermeiro que tenha proposto alguma ação para um grupo específico, por exemplo, grupo de saúde mental. Então, eu acho que tem insegurança sabe em lidar, com ...

Pesquisadora: E essas demandas chegam? Como que, em relação a números? Você tem assim essa demanda? Se a equipe vem pra você com essa demanda e tem dificuldade de saber para onde conduzir os casos?

E4: Não! Até que isso eles sabem, né? Se você tiver em surto, ele, o que ele... tem que ir para o CAPS. Mas assim e o paciente que não surta? Ou a prevenção para que o paciente não surte, entendeu? Então, assim, fica renovando a receita, o agente de saúde vai lá faz o acompanhamento, entrega receita na verdade. Mas não verifica se está tomando a medicação corretamente, porque ele pode falar que está tomando medicamento e não tá, né? E aí ele surta, ele volta pro CAPS e depois volta de novo na unidade. Quando chega o problema é que passa. Eu acho que o problema não é meu mais. Agora é do CAPS! E na verdade a gente tem que acompanhar também.

Pesquisadora: Então E4, dando continuidade sobre essa Rede de Atenção Psicossocial, você considera que ela existe?

E4: Considero em partes, né? É como eu disse, que ele não tem comunicação, não tem referencia, contra referência, não existe. Mas eu acho que tem muito a melhorar, criação desse fluxo, referência e contra referência melhorar, essa comunicação. Tem trabalho para fazer.

Pesquisadora: Então Flávia, eu acho que é isso que queria, um momento para falar um pouquinho da vivência dessa rede.

E4: Eu posso te contar um caso que aconteceu hoje?

Pesquisadora: Pode! Pode demais!

E4: Hoje eu cheguei para trabalhar cedo e tinha uma paciente psiquiátrica aqui na minha sala. Foi literalmente deixada aqui. Ela veio da ESF de Inhaí, veio no carro até, e aí ela relata que chegou até a gente, que a médica passou um exame para ela, que queria se ver livre do problema. Na verdade é uma paciente que mora em Datas. Tem a família lá, separou e com a separação e a perda da guarda do filho para o marido ela entrou em surto psicótico. E aí o marido foi embora e voltou para Inhaí e toda vez que ela se ela surta ela sai a procura desse marido. Aí ela chegou lá de mala e cuia, um belo dia e entrou na casa de uma senhora. Pediu abrigo, a senhora deu e depois não conseguiu ficar com ela mais. E desde fevereiro está se medicação. Em momento nenhum a equipe entrou em contato conosco, em momento nenhum equipe ligou pedindo ajuda, não que eu saiba. Porque, ela foi deixada aqui na minha sala hoje, quando ela chegou aqui a gente entrou em contato com o CREAS para saber sobre essa história dela de Datas, como que a gente mandaria ela para Data, por que ela tava como andarilha aqui. Ela queria ficar aqui em Diamantina. Entramos em contato com o CAPS, já era paciente do CAPS, tudo mundo procurando por ela desde fevereiro. Que ela está ausente, que ela não teve alta, ela precisa de acompanhamento e a paciente simplesmente ficou surtada lá em Inhaí. Então, por isso que eu te falo, existe rede? Porque, a equipe não entrou em contato com o CAPS já que ela é uma paciente de CAPS e tá surtada desde fevereiro? Já tá tem 3 meses, por isso que eu acho que tem muito que ser melhorado, né? Foi o que eu te falei, eu acho que também as equipes né, porque alguns profissionais a gente não pode generalizar. Não tem preparo para lidar com a situação, não é normal a mulher tá lá surtada e aí? Deixou! Até trazer para cá de mala e cuia literalmente.

Pesquisadora: E cadê ela agora?

E4: Ela foi pro CAPS Renascer. Fez o exame de laboratório. Tomou café aqui, enquanto a gente foi articulando com o CREAS sua ida para Datas. O CAPS veio buscar, o motorista. Eles

buscaram ela e ela foi. Não deu um pingão de trabalho pra ir. Só chorou muito porque não queria ir, ela ficaria lá até dar uma estabilizada, né? Teria que tomar medicação que ela não tava tomando. E aí eles vão levar para a família em Datas.