

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

ANDRÉA CRISTINA ALVES

TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RELATIVOS À ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO
MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG

RIBEIRÃO PRETO

2016

ANDRÉA CRISTINA ALVES

TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RELATIVOS À ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO
MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da
Silva

Ribeirão Preto
2016

**Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP**

- Universidade de Ribeirão Preto -

A474t **Alves, Andréa Cristina, 1983-**
**Trabalho em rede: desafios da atenção psicossocial relativos à
assistência ao portador de sofrimento mental no município de
Janaúba-MG / Andréa Cristina Alves. - - Ribeirão Preto, 2016.**
113. : il. color.

Orientadora: Profª. Drª. Silvia Sidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2016.**

**1. Atenção Psicossocial. 2. Sofrimento Mental. 3. Enfermagem.
I. Título.**

CDD 610

ANDREA CRISTINA ALVES

**TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO À
ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE
JANAÚBA - MG.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

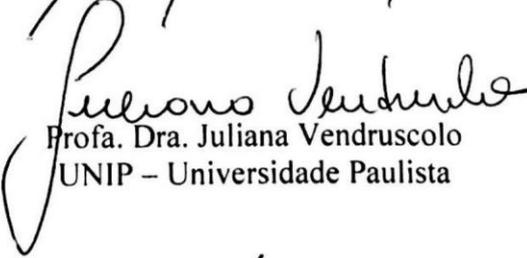
Data da defesa: 25 de abril de 2016

Resultado: Aprovada

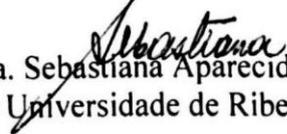
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Juliana Vendruscolo
UNIP – Universidade Paulista



Prof. Dra. Sebastiana Aparecida Diniz
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los.... meus pais, Maria José e Osmar;

A você Fred, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias;

Ao meu pequeno Arthur, que mesmo não entendendo, colaborou muito para que este sonho se concretizasse.

AGRADECIMENTOS

Ao Ser Supremo, pela vida e a possibilidade de empreender esse caminho evolutivo, por propiciar tantas oportunidades de estudos e por colocar em meu caminho pessoas amigas e preciosas.

À MINHA FAMÍLIA, especialmente ao meu marido e incondicional companheiro.

À MINHA MÃE e MEU PAI, por me apoiarem e serem à base da minha formação como pessoa.

À MEU PEQUENO ARTHUR por colaborar tanto para que esse sonho se concretizasse.

AOS AMIGOS de Mestrado que compartilharam esses momentos de aprendizado.

AO IFSULDEMINAS pelo apoio dado neste momento tão importante para minha qualificação enquanto docente.

À MINHA ORIENTADORA, Prof^a Dr^a Silvia, meu agradecimento carinhoso por todos os momentos de paciência, compreensão e competência.

À BANCA EXAMINADORA, à Prof^a Dr^a Juliana e Prof^a Dr^a Sebastiana meus respeitosos agradecimentos pelas contribuições e participação nesta banca de qualificação.

A TODOS OS PARTICIPANTES desse estudo, aos enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Janaúba-MG, pela disposição em ajudar naquilo que deles dependesse, para a realização deste projeto.

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO em SAÚDE e EDUCAÇÃO da UNAERP, representado pela Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva, pelos momentos compartilhados, sem esmorecimento, e a todos os professores que fizeram parte desse caminhar.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser percorrido.

RESUMO

ALVES, A. C. Trabalho em rede: desafios da atenção psicossocial relativos à assistência ao portador de sofrimento mental no município de Janaúba-MG. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2016.

Trata-se de estudo que teve como objetivo geral analisar o papel dos CAPS e seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba/MG, à luz dos enfermeiros. Foi realizado com seis enfermeiros que atuam nos serviços que compõe a Rede de Saúde Mental. Em pesquisa com abordagem qualitativa utilizou-se de entrevista semiestruturada para coleta e análise das informações. A ética permeou todo processo da pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com autorização sob nº 1.385.481. Da análise das informações emergiram sete categorias que puderam desvelar como os enfermeiros que atuam na Atenção Psicossocial têm lidado com os desafios ao assistir a pessoa com sofrimento psíquico. Conclui-se, a partir dos resultados encontrados, não existir uma Rede efetiva no município onde ocorreu a investigação, o que evidencia uma necessidade de articulação entre gestores, profissionais e usuários buscando discutir os obstáculos deparados na rede de saúde municipal, nos âmbitos da Saúde Mental e na Saúde, como um todo. Acredita-se que tais ações permitirão aos atores sociais visualizarem os nós críticos dessa rede e elaborarem estratégias para assegurar a continuidade do cuidado dos sujeitos que são atendidos.

Descritores: Atenção Psicossocial. Enfermagem. Sofrimento Mental. Rede de Atenção.

ABSTRACT

ALVES, A.C. Networking: challenges of psychosocial attention for assistance to patients suffering from mental in Janaúba county - MG. 114f. Dissertation (Professional Masters in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016 .

It is about a study whose general objective was to analyze the role of CAPS 's and its challenges as articulator of psychosocial care network considering the assistance to people with mental distress in the county of Janaúba-MG, in the light of nurses. It was performed with six nurses that work in the mental Health Network. In a research with qualitative approach was used a semi-structured interview for collection and analysis of information. Ethics permeated throughout all the research process, according to Resolution 466/12 of the National Council of Health, under authorization number 1.385.481. From the analysis of health information seven categories could reveal how nurses who work in Psychosocial Care have dealt with the challenges to watch people with psychological distress. The study concludes that there is an effective network in the city where the research took place, which highlights a need for coordination between managers, professionals and users seeking to discuss the obstacles encountered in the municipal health network, in the areas of mental health and health as a whole. It is believed that such actions will allow stakeholders to visualize the critical nodes of this network and develop strategies to ensure the continuity of care of individuals who are served .

Descriptors: Psychosocial Care. Nursing. Mental suffering. Care Network.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFAUSAM- Associação de Familiares e Usuários da Saúde Mental

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF- Estratégia Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS- Organização Mundial de Saúde

PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental

PNASH- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SM- Saúde Mental

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SNDM- Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecimento

UAT- Unidade de Acolhimento Transitório

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.2 HIPÓTESE.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	19
1.3.1 Geral.....	19
1.3.2 Específicos.....	20
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 A LOUCURA: ASPECTOS HISTÓRICOS E OS CAMINHOS DA PSIQUIATRIA.....	21
2.1.1 A loucura na Antiguidade.....	21
2.1.2 A loucura na Idade Média.....	24
2.1.3 Séculos XVII e XVIII: o grande internamento.....	27
2.1.4. Philippe Pinel: tratamento moral e modelo asilar.....	29
2.1.5. A assistência psiquiátrica no Brasil: o hospital, as colônias e as modalidades de tratamento.....	31
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL.....	35
2.2.1 A Reforma Psiquiátrica no conceito atual: por uma sociedade sem manicômios.....	35
2.2.2 A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio no cotidiano dos novos dispositivos de Saúde Mental.....	44
2.2.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o território como desafio.....	49
2.2.4 O profissional Enfermeiro como elemento fundamental para o tecer da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	55
2.2.4 A Rede de Atenção Psicossocial de Janaúba/MG.....	61
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	66
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	66
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	67
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	69
3.4 COLETA DE DADOS.....	70
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	70
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	71
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	73
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	73
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	75
4.2 ANALISANDO O DISCURSO.....	80
4.2.1 Categoria 1 - O trabalho em Saúde Mental.....	81
4.2.2 Categoria 2 - Articulação entre os serviços.....	82
4.2.3 Categoria 3 - Acolhimento e Escuta.....	83
4.2.4 Categoria 4 - Discussão de casos.....	85
4.2.5 Categoria 5 - Cada caso é um caso.....	86
4.2.6 Categoria 6 - Cuidado.....	88
4.2.7 Categoria 7- Supervisor Clínico-Institucional.....	90
5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	95

APÊNDICE A.....	101
APÊNDICE B.....	105
Instrumentos de Coleta de Dados.....	105
A) Caracterização sociodemográfica da amostra.....	105
APÊNDICE C.....	107
APÊNDICE D.....	108
APÊNDICE E.....	109
ANEXO 1.....	113
ANEXO 2.....	110

APRESENTAÇÃO

Quando estava na graduação tinha uma predileção pelo trabalho proposto na Reforma Psiquiátrica, que é uma vertente voltada para a assistência extramuros, que rompe a lógica do cuidado estigmatizante, excludente e preconceituoso. Assim, se constitui uma oferta de assistência na comunidade, respeitando a singularidade e subjetividade, procurando romper com discurso que colocava o portador de sofrimento mental como um objeto nas mãos dos donos da razão, legitimando-o como um sujeito dotado de direitos e deveres, buscando o resgate de sua autonomia e sua inserção na sociedade como um cidadão.

Em 2005, ao findar o curso de graduação em Enfermagem, a primeira proposta de trabalho foi em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município do norte mineiro de Janaúba. O serviço era composto por uma equipe que deu todo o suporte para o meu crescimento profissional e que trabalhava brilhantemente, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Passados poucos anos iniciei um curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

O curso de Especialização era todo voltado para a nova proposta de FAZER em Saúde Mental, priorizando as noções sobre a História da Psiquiatria e dos grandes manicômios, até a promulgação da Lei 10.216/2001; a Política Nacional de Atenção Psicossocial; Acolhimento em Saúde Mental; o Trabalho em Rede Interdisciplinar e os CAPS enquanto articuladores desta rede; matriciamento em Saúde Mental; abordagens dos surtos psicóticos sob a ótica de cuidados humanizados, preocupando-se em inserir a Política Nacional de Humanização nos serviços de Saúde Mental.

Ainda no curso, outro fator preponderante e inesquecível foi o contato dos professores, com pesquisadores e participantes ativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a citar Sr. Paulo Amarante, Ana Marta Lobosque, Antônio Lancetti, Martha Elizabete (que à época, era Coordenadora Estadual de Saúde Mental do estado de Minas Gerais), que executou um trabalho ímpar no Estado e, com isso, houve um avanço nas políticas e um aumento significativo no número de serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, favorecendo o processo de desospitalização dos portadores de sofrimento mental, entre outros atores sociais inseridos nesta nova vertente de cuidados em saúde mental.

Com essas experiências foi possível observar que a Rede de Saúde Mental do município de Janaúba trabalhava pautada na nova forma de atuar em saúde mental priorizando o resgate do sujeito portador de sofrimento psíquico para ser o ator principal no processo do seu tratamento.

Na prática do município de Janaúba os militantes de Saúde Mental trabalham sem medir esforços para a construção de um novo espaço para o sujeito com transtorno mental e, com isso, outros serviços foram contemplados para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como o CAPSi em 2007; o CAPS ad III em fase de implantação; Consultório na Rua e UAi (Unidade de Acolhimento infanto-juvenil) desde de 2011; leitos de retaguarda psiquiátricos em Hospital Geral em fase de implantação, situação que participei ativamente junto à Equipe de Saúde Mental para consolidação destes dispositivos.

De 2007 até os dias atuais um trabalho inovador tem sido feito pela RAPS, que é um trabalho em rede enquanto um conjunto de serviços, atravessados por fluxos de pessoas e informações, onde são propostos, com os diversos segmentos do município e microrregião da Serra Geral, as discussões de casos clínicos, construção coletiva de casos clínicos e estudos com Supervisor Clínico Institucional quanto a nova proposta da Política Nacional de Saúde de Saúde Mental, buscando consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação do sujeito com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Em 2013 encerrei minhas atividades no município de Janaúba, devido à aprovação em um concurso público no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia no município de Passos no sul de Minas. Desde então continuo inserida na militância da Saúde Mental tanto no âmbito nacional como no município que resido, onde ministro estágios aos alunos do Curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS - campus Passos e tenho projetos de extensão e pesquisa com interface na Saúde Mental. Também trabalho como um apoio ao CAPSII na parte de estudos clínicos e didáticos voltado para os profissionais que atuam neste serviço, contexto em que discutimos muito as políticas da Saúde Mental no cenário atual e a importância de um trabalho articulado em Rede.

Dentro desta proposta, a RAPS estabelece pontos de atenção para o atendimento ao portador de sofrimento mental e sua reinserção social, e a partir deste movimento de trabalho em rede - que é uma proposta desafiadora para os

diversos segmentos – despertou-me o desejo de trabalhar no sentido de compreender os desafios da RAPS para exercer e efetivar o trabalho interdisciplinar, objetivando analisar qual o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial, considerando a assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba/MG sob a ótica dos profissionais enfermeiros.

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto tem como tema “Trabalho em Rede: desafios da atenção psicossocial quanto a assistência ao portador de sofrimento mental”, e busca analisar o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba-MG, à luz dos enfermeiros.

Sabe-se que a atenção psicossocial, enquanto estratégia de mudança no modelo da Saúde Mental, tem suscitado inúmeras transformações tanto no que se refere às mudanças estruturais como técnico-administrativas.

Verifica-se, que a Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 70, enfatizava a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do doente, do trabalho em equipe multidisciplinar para assistir o portador de sofrimento mental. Nesta mesma época tinham o intuito de capacitar médicos generalistas e os auxiliares de saúde para estarem atendendo aos portadores de sofrimento psíquico na sua comunidade, em seu domicílio, sem ter que ficar anos perdendo a sua identidade nos manicômios, e seriam atendidos nos antigos Centros de Saúde. Esse movimento partiu dos profissionais da área da Saúde Mental que trabalhavam nos manicômios, denunciaram a violação de direitos humanos das pessoas que ficavam asiladas nestes locais, além de uma série de reivindicações para a melhoria da assistência e melhores condições de trabalho, levantados na Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Anterior a esses fatos, a Revolução Francesa foi um marco na história da psiquiatria e da loucura, pois as instituições sociais deveriam passar por um processo de mudança radical, onde tiveram que perder as características do Antigo Regime. Neste contexto, Philippe Pinel, um médico enciclopedista, filósofo e naturalista foi indicado para reformar um hospital em Paris. Neste período, o hospital ainda era um misto de instituição de caridade e assistência e não uma instituição médica, e Pinel entrou para a história como o pai da Psiquiatria, sendo o responsável por desacorrentar as alienadas (AMARANTE, 2007).

Pinel quando chegou ao Hospital Francês Bicêtrê criou estratégias para transformar os hospitais em instituições psiquiátricas que teriam o caráter de ser uma estrutura baseada no isolamento do mundo exterior, a organização do espaço

asilar e a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade (AMARANTE, 2007).

No campo da Saúde Mental, é muito comum ouvir falar de isolamento, e esta premissa foi fundamental para todo o processo de transformação do hospital, sendo este isolamento usado para o conhecimento científico das doenças mentais.

Enquanto na Europa a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil trouxeram consigo a necessidade de um novo homem e introduziram-lhe exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos deles - entre os quais os loucos - e que, deixados à deriva, vieram abarrotar as cidades e perturbar-lhes a ordem; no Brasil, o portador de sofrimento mental faz sua aparição na cena das cidades, em meio a um contexto de desordem a paz social (JÚNIOR, 1987).

De acordo com Gama (2012), o louco é considerado uma pessoa de alta periculosidade, não podendo, então, associar-se de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social, portanto, fica representado como um ser mutilado na sua razão. O louco não pode exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade, e em decorrência dessa condição, não poderia ser considerado um sujeito da razão e da vontade.

Instalado forçosamente na periferia do espaço social, o louco como não sujeito, seria ativamente convertido em sujeito da razão e da vontade, mediante as técnicas de sociabilidade asilar, impostas pelo tratamento moral (GAMA, 2012).

Amarante (2003) descreve que em 1852 foi inaugurado o hospício de Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, e o discurso daquela época era uma ideologia nos moldes da Europa, em que a hospitalização do alienado viria como uma forma de isolá-lo em seu estado mais puro para, assim, conhecê-lo livre de qualquer interferência. O hospital psiquiátrico é apresentado como cenário e o isolamento como principal técnica.

Durante a segunda metade do século XIX até a República em 1889, as críticas ao Hospício Pedro II aumentavam devido estar localizado em uma área populosa, arquitetura imprópria, falta de médico, abuso do poder das irmãs e dos enfermeiros, ausência de um diretor médico, lotação excessiva - atestavam a inviabilidade da instituição cumprir a sua verdadeira atribuição e curar os alienados. A imagem que se passava na época do Hospício era de desorganização, caos e ineficácia terapêutica (AMARANTE, 2005).

Dados da Secretaria do Estado de Minas Gerais (2006) demonstram que ao final da década de 50, a situação era grave nos Hospitais Psiquiátricos apresentando superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, falta de vestuário e de alimentação, péssimas condições físicas, cuidados técnicos escassos e automatizados.

A crítica e a má fama aos hospitais psiquiátricos públicos possibilitaram a inserção da iniciativa privada nessa área e, com isso, houve uma ampla proliferação de clínicas particulares, conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da psiquiatrização dos diversos problemas sociais de uma vasta camada da população brasileira criando-se, assim, a chamada “indústria da loucura” (MINAS GERAIS, 2007).

No final da década de 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo destes 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, localizados em grande escala nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Os gastos públicos chegavam a ocupar o segundo lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras as outras abordagens no âmbito da saúde mental, mesmo os casos mais simples eram internados ao invés de ter um atendimento ambulatorial.

Decorrentes a todos esses fatores várias denúncias e críticas surgiram quanto à assistência a qual o portador de sofrimento psíquico era submetido, diversos segmentos sociais se organizaram nessa época, inclusive trabalhadores, familiares e usuários da saúde mental. Tais organizações apontaram a gravidade do sistema de assistência psiquiátrica do país, e propuseram formas de trabalho que rompessem com o modelo implementado na época, que era um modelo centrado na exclusão e reclusão do sujeito, com isso, surge o movimento da reforma psiquiátrica (MINAS GERAIS, 2007).

A Reforma Psiquiátrica é um processo de política social complexo, composto de atores sociais, instituições e forças de diferentes origens, e que recai em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas associações de portadores de sofrimento mental nos movimentos sociais e da opinião pública.

O ano de 1978 é identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Neste mesmo período surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, de caráter plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de famílias,

sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É, sobretudo, este movimento, que passa a protagonizar e construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, do mercado construído em cima da loucura, da preponderância de uma rede privada de assistência às pessoas com sofrimento mental (MINAS GERAIS, 2007).

No ano de 1986 surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, e esta criação fez parte de um intenso movimento social, que buscava a melhoria da assistência e denunciava a situação precária dos Hospitais Psiquiátricos, que ainda era o único recurso destinado aos portadores de sofrimento mental (BRASIL, 2004).

Em 1989, deu entrada ao Congresso Nacional o Projeto da Lei do Deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com sofrimento mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, porém somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. A promulgação da Lei 10.216 impôs novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2004).

Com a vigoração desta Lei o CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à Saúde Mental, tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Delgado (2007) ressalta que o papel estratégico do CAPS é assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, por meio da mudança de modelo de atenção “hospitalocêntrico” para “comunitário” ou territorial, ter uma resolutividade das “crises” e casos graves e substituição efetiva do cuidado hospitalar e articulação com a rede de atenção básica.

Diante da articulação da rede de assistência, a Secretaria do Estado de Minas Gerais (2009) afirma que elas podem ser estruturadas em arranjos produtivos híbridos, que combinam a disponibilização de certos serviços e a dispensação de outros.

A montagem das redes de assistência em saúde deve combinar quantidade e qualidade dos serviços e condições de acesso. Quando o acesso é facilitado a situação é ótima devida à concomitância de estar ao alcance dos usuários os

serviços de qualidade. Quando há conflito entre a quantidade e o acesso aos serviços, deverá prevalecer o critério da acessibilidade.

O modelo de trabalho em rede tem sido utilizado, devido à possibilidade da junção de parceiros articulados, trazendo a formulação de planos, programas e ações e as suas diferentes visões, opiniões e interesses, com isso a sociedade contemporânea é uma sociedade em rede (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002).

De acordo com Tavares et al. (2009), essa utilização do trabalho em rede pela sociedade contemporânea, é devido à diversidade de redes, porém as mais comuns são as redes de tutela que oferecem suprimentos mínimos a sujeitos reduzidos à esfera da necessidade, as redes de captura e redes de reprodução dos instituído. Existem também redes que, às vezes, chegam a realizar um modelo igualitário de ação em determinado setor da vida social, como é o caso da rede de dispositivos da atenção psicossocial que pretende tornar substitutivos ao modelo asilar e segregador à forma predominante de atenção ao portador de sofrimento mental.

Frente a essa situação, especificamente no campo da saúde, certamente é interessante que as redes de assistência sejam construídas com o maior número de dispositivos, além de estarem entrelaçadas. É preciso discutir o conceito de rede a partir da intersetorialidade, com necessária atenção aos riscos de confundir rede no seu uso metafórico, como se faz no contexto da globalização, onde deverá levar em consideração o sentido de rede de forma ampliada de trocas e relações interpessoais e afetivas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este projeto buscou reconhecer o cotidiano do trabalho na atenção psicossocial e o trabalho em rede, além da articulação e mobilização dos CAPS e outros dispositivos da Saúde Mental, do município de Janaúba MG, na tentativa da construção de uma rede de dispositivos articulados para dar suporte aos casos que são referenciados para saúde mental, buscando ainda entender a dinâmica do trabalho em rede, trazendo novas significações para os serviços e casos encaminhados.

A proposta de atuação em rede pressupõe uma dinâmica baseada em relações horizontais, em que não há um poder central. Aos cargos não lhe são

conferidos um poder estático e sim móvel, como nos discussões de casos clínicos onde diversos segmentos estão envolvidos com o caso, pois o trabalho em rede deverá percorrer os diferentes dispositivos que compõem a rede de assistência, para que ocorra a transformação que a reforma psiquiátrica preconiza e, nesse sentido, requer que coloquem, em questão, as diretrizes e estruturas já formuladas para a compreensão da atenção à saúde mental pelo viés da atuação em rede de serviços e da construção de uma rede social de cuidados.

No estudo aqui proposto houve o momento da análise da estrutura dos dispositivos que compõem a rede. Contudo, o objetivo maior concentrou-se no funcionamento concreto destes serviços, e quais os desafios deles nesta nova política da saúde mental e atenção psicossocial e a inserção do CAPS nesta rede de cuidados como articulador.

Visou também, constatar que as contradições podem ser um ponto desestimulador ou de desapontamento para alguns, porém, para outros, pode ser um movimento para novas práticas. Vivenciar que alguns acontecimentos do cotidiano não correspondem aos princípios da Reforma Psiquiátrica, e que isso pode gerar a insatisfação e descrença.

Outro fator preponderante deste estudo foi estimular a rede de assistência à práticas inovadoras e, para tanto, será preciso apontar as discrepâncias, em busca de correções. Intenta-se possibilitar a identificação de algumas formas e recursos indispensáveis para o trabalho em rede, e a inserção do CAPS como articulador desta rede.

1.2 HIPÓTESE

Na atenção psicossocial a rede deverá ser constituída e pautada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e juntas, deverão direcionar e orientar a consistência do modelo de funcionamento da rede psicossocial. A diretriz da integralidade foi um determinante para a definição de rede como sendo ações integradas com o CAPS, no papel de principal interlocutor, para a construção de uma rede social e de cuidados.

Sendo assim, os elementos comuns de ação da Estratégia de Atenção Psicossocial e da Estratégia Saúde da Família (ESF) mostram que as equipes de

matriciamento e os leitos em hospital geral podem dar suporte às ações dos CAPS, direcionando para os outros, ações conjuntas de rede propriamente intersetorial.

Desta forma, a implantação do CAPS no município de Janaúba/MG efetivou-se no dia 23 de junho de 2003, como local de acolhimento ao portador de sofrimento mental, e desde sua implantação busca a promoção da rede em saúde mental com os outros dispositivos do SUS. Confronta incertezas, ao assumir uma posição delicada entre a desinstitucionalização e a reinserção social, tão complexa em se tratando da saúde mental.

Nesse caminho, no ano de 2007, o CAPS efetivamente iniciou um trabalho com os dispositivos da rede, despertando para a importância deste, e trazendo inúmeras reflexões com relação às questões da rede e aos desdobramentos que a ação intersetorial pode acarretar para determinado caso, levantando uma reflexão acerca das possibilidades que cada dispositivo pode oferecer para a comunidade.

Nesta pesquisa busca-se entender se o CAPS representa um determinante na articulação e na construção do trabalho em rede, como os dispositivos enxergam este trabalho e se as políticas de saúde mental estão inseridas nesta rede de assistência, sob a ótica dos profissionais enfermeiros enquanto atores sociais para este trabalho.

Após essa observação e levantamento, o estudo pretende contribuir para o processo de aprendizagem no trabalho em rede dentro da proposta de atenção psicossocial, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao sujeito com sofrimento psíquico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- Analisar o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba/MG, à luz dos enfermeiros.

1.3.2 Específicos

- Conhecer a atuação dos profissionais de enfermagem nos dispositivos da saúde em conformidade com o proposto na Reforma Psiquiátrica;
- Identificar se os dispositivos no âmbito da saúde trabalham na proposta da rede interdisciplinar;
- Identificar a interlocução dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com os diversos segmentos que compõem a rede de assistência ao portador de sofrimento mental;
- Conhecer o cotidiano dos enfermeiros da rede substitutiva ao lidar com o usuário portador de sofrimento mental.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A LOUCURA: ASPECTOS HISTÓRICOS E OS CAMINHOS DA PSIQUIATRIA

2.1.1 A loucura na Antiguidade

A loucura tem a definição de desrazão, que é entendida como tudo aquilo que uma sociedade enxerga como sendo seu “outro”: o estranho, o que traz ameaça, o que é diferente. Essa dimensão pode ser observada em várias épocas e, inclusive, pode ser compreendida como fundamental nas diversas formações histórico-sociais. Entretanto, apesar desse lugar de exclusão sempre ter existido, nem sempre coube ao louco a tarefa de apresentar a desrazão (JÚNIOR, 1987).

Nos primórdios, por mais que soe estranho na atualidade, pode-se afirmar que experienciar a desrazão não era algo negativo, muito menos uma patologia. Pelo contrário, o louco gozava de certo privilégio, pois a loucura era na sua essência algo divino, e inclusive, utilizavam a mesma palavra para designar divinatório como o delirante. Por meio dos delírios, alguns possuídos pelos dons divinos teriam acesso as verdades divinas (BRAGA, 2005).

Na Grécia Antiga a loucura era concebida como uma divindade de Zeus, ou seja, o homem era um objeto que estaria a serviço dos deuses, e o papel do homem seria de objeto inerte. A loucura seria então um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens (SILVA, 2010).

Na antiguidade pré-socrática não havia dúvida, pois toda loucura era de Zeus, de outros deuses ou entidades subordinadas, de diferentes níveis hierárquicos. A causa da loucura era marcadamente, de ordem mitológica (SILVA, 2010).

Nesse período a loucura teve um lugar para ser expressa, não sendo necessário fiscalizá-la ou restringi-la, pois ela era convertida pela cultura em um instrumento necessário para que fossem compreendidas as mensagens divinas, não acarretava estigma e não havia necessidade de cura, pois não era considerada uma doença. Aos meros mortais restava apenas rogar aos deuses, quando ainda restasse consciência para isso (JUNIOR, 1987).

A visão da sociedade em relação à loucura não era negativa, se aproximava a um sentimento de compaixão e ao mesmo tempo um receio dos deuses, que poderia deixar qualquer pessoa nesta situação, a qualquer momento, dependendo apenas de suas vontades. A sociedade se compadecia do louco e tentava de todas as maneiras abrandar o seu sofrimento tentando lhe expor aos olhos de sua insensatez, dando recomendações e suplicando aos deuses para libertá-lo de tal carga (PESSOTTI, 1994).

Na antiguidade, filósofos como Platão e Aristóteles elaboraram teorias sobre a natureza da alma e de seus transtornos. Hipócrates, considerado o pai da Medicina e contemporâneo a Platão, acabou por sistematizar a nosologia já existente, adicionando apenas alguns conceitos. Nela constava basicamente a mania, histeria, paranoia e melancolia. Hipócrates cria a visão orgânica da loucura através dos humores (sangue, fleuma, bÍlis amarela e atrabilis ou bÍlis negra) que quando ocorria a desarmonia ou aglomerados no encéfalo ou em outros órgãos, seriam responsáveis pelas doenças, e tinha uma explicação natural para os fenômenos da personalidade que seriam influenciados por humores oriundos da terra, fogo, água e ar (STONE, 1999).

Hipócrates passará a entender a loucura como dessaranjo da natureza orgânica, corporal, do homem. E os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal dessaranjo. São entendidos como resultantes de processos e condições orgânicas, cujo dinamismo é descrito até pormenores. Um dinamismo fundado numa anatomofisiologia ingênua e, em grande parte, hipotética (PESSOTTI, 1994, p. 49).

A partir desta nomeação orgânica da loucura, esta passou a ser tratada como uma patologia tendo prescritos tratamentos através de uma dieta balanceada e mudanças de hábitos, para que ocorresse o equilíbrio dos humores que poderiam ser incitados ou rebaixados devido aos cuidados realizados. Estes tipos de tratamentos eram aconselhados por magos, mas neste caso a cura era designada aos deuses. Uma das grandes complicações encontradas por Hipócrates foi desmistificar esses tratamentos trazendo-os exclusivamente para área médica, por serem, até então realizados como rituais sacros (OLIVEIRA, 2002).

Neste contexto, Resende (2002) descreve o caráter agressivo das técnicas terapêuticas implementadas nesta época, reafirmando que os tratamentos destinavam-se a livrar os enfermos dos seus maus humores, em alguns casos sangravam os sujeitos enfermos até o ponto de levá-los a uma síncope ou

purgando-os várias vezes até que seus intestinos nada mais saíssem senão água rala e muco.

Já Platão, entendia que a alma superior, racional, o *logo*, morava na cabeça, mais precisamente no cérebro. As outras duas almas do homem, inferiores tinham por sede o coração e as vísceras. O filósofo considerava essas três almas como três partes da *psyche*, ou da mente. Qualquer dessaranjo das acomodações específicas de cada uma dessas partes seria a conturbação mental, a loucura (PESSOTTI, 1994).

Uma teoria que alterou a anatomia de Platão foi defendida por Aristóteles. Nas ideias aristotélicas as duas partes da alma, a racional e a irracional, residiam no coração e não o cérebro. E evidenciava que o encéfalo não tem qualquer participação nas sensações. Para Aristóteles essa alma vive de calor vital, quanto mais ela esquentada, melhor seu funcionamento. Assim as mudanças na intensidade do frio e do calor explicariam todas as formas da loucura (PESSOTTI, 1994).

Com exceção de Aristóteles, todos os autores pós-hipocrático entendem que a loucura resulta do dessaranjo humoral, ainda quando as mudanças nesses fluidos do organismo ou em sua distribuição possam resultar de fatos traumáticos da vida emotiva ou de ausência sexual.

No segundo século da era Cristã, o afamado médico Galeno, retoma e aperfeiçoa a teoria platônica das três almas, ao qual se deve a franca tentativa de junção num todo consentâneo de diversos sistemas e teorizações a respeito da doença mental, assim como o desenvolvimento da farmacopeia. Ele fazia uma clara distinção entre a loucura e os delírios devido a outras afecções, sendo essa uma das maiores contribuições do seu pensamento. De igual modo, se devem aos romanos importantes criações nos métodos de tratamento dos doentes mentais, entre as quais a prescrição de dietas especiais, fisioterapia, ludoterapia e formas diversas de atividades de grupos (SANTOS, 2001).

Como síntese, podem-se demarcar três modelos de manifestação da loucura na Antiguidade. Um modelo mitológico, um psicológico e um organicista, que se diferem conforme as diretrizes epistemológicas adotadas na elaboração das concepções. Não se estruturam com três ideias diferentes, apenas como três pontos de partida para o entendimento de um mesmo fenômeno. No desenrolar da história há teorias diferentes que utilizam esses mesmos requisitos: o sobrenatural, como nas ciências demonistas da Idade Média, o psiquismo como na psicanálise e o

organismo, como nas teorizações dos primórdios da psiquiatria científica (DAMETTO, 2012).

A partir dos dados históricos citados pode-se inferir que até a idade média, predominantemente, a loucura como doença era praticamente imperceptível e quando notada, era vista como fato habitual ou donativo divino, através de componentes mágicos e simbólicos e seu tratamento, quando indicado, não acarretava necessariamente em mecanismos de exclusão.

2.1.2 A loucura na Idade Média

Na Idade Média, o mal da sociedade era apresentado pela patologia lepra. Encarnando o mal e representando a punição divina, a lepra se dissemina rapidamente causando pânico e determinado que seus portadores fossem excluídos. Entretanto, no final das Cruzadas e com o rompimento com os focos da infecção, a lepra retira-se, deixando uma lacuna que vai exigir um novo representante (BRAGA, 2005).

Para Koda (2002), a ver a sociedade europeia, a lepra era manifestada pela presença de Deus em sua ira e bondade, estando distante da população se encontraria próxima da graça divina. Os leprosos são encarecidos por Deus, segundo a liturgia, pelo fato de crer que foram castigados aqui na terra pelos males cometidos, assim era por meio do abandono e da exclusão que os leprosos conseguiriam a salvação.

Preliminarmente este lugar que ficou vazio com a saída da lepra foi ocupado pelas doenças venéreas e mais tarde pelos pobres, vagabundos e loucos. Alguns séculos após, a loucura torna-se sucessora legítima desse lugar excludente.

Nesse período surge a figura da nau dos loucos, que vagueava pelos rios, de cidade em cidade, ornando por vários anos o universo imaginário da sociedade europeia. Confiava-se que a água, ao levar para longe, acisolava, confiando o homem à incerteza da sorte. Os loucos eram entregues aos navegantes que tinha a missão de deixá-los em outras cercanias ou a grupos de peregrinos que andavam por várias localidades em busca de um milagre (FOUCAULT, 1978).

É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca, e do mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação liminar do louco no

horizonte das preocupações do homem medieval-situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da sua cidade: sua exclusão deve encerrá-lo, se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo torna-se agora castelo de nossa consciência (FOUCAULT,1978, p.12).

Nessa época irá prevalecer também a associação da loucura à possessão demoníaca, com predomínio da concepção religiosa, dos feitiços, e com isso, o louco não recebia sacramentos e nem podia visitar a igreja. De modo frequente eram enxotados das cidades e levados para longe pelos marinheiros. Essa forma de ver a loucura tem herança de crenças pagãs pré-existentes. Em grande medida, era influenciada por Santo Agostinho e São Tomás de Aquino e identificada por aparências e lapidas vitais de caráter simbólico e supersticioso, adicionando religião e feitiçaria (PESSOTTI, 1994).

No geral, os desprovidos socialmente e de origem rural, as chamadas bruxas apresentavam comportamentos esquisitos, que era indicativo de possessão diabólica. Alguns desses comportamentos eram parecidos com os quadros, atualmente descritos como histeria, melancolia, mania, depressão ou ansiedade. Além desses comportamentos, outras particularidades dessas mulheres seriam suas atribuições ou poderes anormais frente à sua condição social dentro da comunidade (DAMETTO, 2012).

A partir dessas construções mitológicas, houve um movimento de asserção da autoridade ligada ao cristianismo, estabelecendo duas linhas evolutivas. Na primeira todas as divindades politeístas passam a ser tomadas como demônios, e segundo todo aquele que diverge do cristianismo passa a ser considerado um seguidor ou um utensílio do diabo, estando assim legitimada a perseguição e intolerância religiosa. Como os demônios eram considerados fontes seguras de prazeres e poderio e, principalmente saberes especiais, se tornava mais fácil atribuir uma série de características pouco comuns, bizarros à cumplicidade com o demônio (PESSOTTI, 1994).

Silva (1997) destaca que a Idade Média é reconhecida como as épocas de maiores credices supersticiosas, e que as proezas do diabo predominavam na mente das pessoas. Os loucos eram considerados heréticos, sendo sacrificados em tribunais religiosos, que na maioria das vezes os condenavam as fogueiras.

Quando se queimaram centenas de mulheres históricas ou psicóticas, ou simplesmente ignorantes e crédulas sob a acusação de estarem mancomunadas com o demônio ou possuídas por ele, a “teologia” que embasará os julgamentos e interrogatórios será basicamente a de Agostinho, consolidada e aperfeiçoada por Tomás de Aquino. Cujá decantada inteligência não lhe impedirá de adotar numerosas credices dos antigos Padres Apologistas (PESSOTTI, 1994, p. 87).

Grande parte da literatura da santa inquisição e do exorcismo utilizou como fundamento as ideias tomistas e, através de tais escritos, difundiu o medo pela ação dos demônios e de seus parceiros humanos, atestando ubiquidade dos perigos e das tentações demoníacas. A inquisição teve um lugar de destaque nas guerras religiosas do século XVI, contribuiu para depositar a unidade religiosa que seria de pilar aos estados nacionais e a colonização, participou de forma diligente das tensões econômicas que marcaram o Antigo Regime. Acima de tudo, esteve presente no nível do cotidiano, submetendo crenças e afetos a um grau de controle jamais antes imaginado (GOMES, 1996).

Conferia-se à ação demoníaca uma série de comportamentos pouco habituais, o que lançou a população hoje concebida como doente pela psiquiatria dentro de classes religiosas, como a possessão e obsessão. No entanto, não se encontram pensamentos que colocam a possessão como motiva da loucura, tornando-se como quadro específico, antes, todos os sintomas apresentados são frutos da expressão do demônio, em uma espécie transposição da leitura mitológica grega, em que a loucura era um produto de ação sobrenatural sobre a paixão humana (DAMETTO, 2012).

A loucura ganha tons danosos a si, não havendo possibilidade de uma leitura positiva deste estado, como ocorria na antiguidade onde ela podia ser criada como uma situação que visava a restauração de um dano e o alcance de uma condição de autocontrole. Em tempos medievais a loucura é necessariamente algo maligno, e o louco passivo frente a todas as forças demoníacas, bem como frente ao poder do exorcista, não havendo brecha para a autoconsciência. A perda da razão ou o descontrole emocional agora têm a marca da sentencição e da culpa. O louco passa a ser malvisto, perigoso e, por isso, conjurado (DAMETTO, 2012).

Neste sentido, o uso do martírio, permitido no intuito de se obter uma declaração, ou quando esta fosse divergente com as demais provas recolhidas, foi legitimado pelo Papa Inocêncio IV, em 1252 (PESSOTTI, 1994).

Apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismos excludentes para o louco, ainda não é neste período que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que precisa de um saber próprio, pois os primeiros estabelecimentos criados para limitar a loucura destinavam-se meramente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele. Somente no próximo período histórico é que transformará essa relação.

2.1.3 Séculos XVII e XVIII: o grande internamento

Até o século XVII a loucura tinha uma imagem representada como algo místico, desconhecido, considerada como um lugar imaginário da passagem entre a vida e a morte. Ao mesmo tempo, convivia-se com o chamado nau dos loucos, navios que carregavam loucos para outras cidades em busca da razão. Quando eram acolhidos e mantidos pelas outras cidades, eram levados para a prisão, outros eram chicoteados publicamente e enxotados. A partir desse século, passou-se a definir a loucura através de uma separação vertical entre a razão e desrazão: ela constitui, portanto, não mais como aquela zona indeterminada que daria acesso às forças do desconhecido, mas como o Outro da razão segundo o discurso da própria razão (JÚNIOR, 1987).

O século XVII foi marcado pelo surgimento dos primeiros movimentos que sugeriam um novo propósito político que reduzisse o absolutismo dos reis e a implantação de um novo modelo econômico: o mercantilismo. Nesse século começaram a serem encarcerados todos os improdutivos, assim a repressão predominantemente religiosa, passou a ter caráter econômico.

A exclusão se dá à ordem da burguesia em edificação, à relação do homem com o trabalho, ao comércio e à necessidade de um novo controle social. São criadas em toda a Europa, instituições de internação denominados hospitais gerais, sendo levados todos aqueles que comprometiam esta nova ordem, como: os marginais, pervertidos, miseráveis e dentre eles os loucos (FOUCAULT, 1978).

Nessa época inicia uma marcha para abordagem científica da alienação e do descontrole emocional. Como afirma Foucault (1978):

A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosch perderam sua violência. Algumas formas subsistem agora transparentes e dóceis, formando um cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem

e da morte, uma figura escatológica, a noite na qual ela tinha olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela escravidão da sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais barca, porém o hospital (p.12).

Dessa forma, várias casas de internamento foram criadas. Em 1656 é fundado em Paris o Hospital Geral, e essas casas foram reestruturadas, com a incumbência de recolher, alojar e alimentar os pobres. Estas não possuíam o tratamento como objetivo, mas se constituíam como uma solução para o problema da miséria. As pessoas eram segregadas no interior desses hospitais reconstituindo os velhos rituais de isolamento dos leprosos. A loucura passa a ser trancada nos antigos leprosários.

Neste contexto, a loucura simboliza muito bem a paisagem social, mantendo a aparência de seu império que a controla. É o momento da sociedade da razão, que oferece aos cidadãos uma vida agitada, mais desassossegada. Era um mundo receptivo a segregação da loucura (GARCIA, 2001).

A internação é uma invenção própria do século XVII. Ela assume desde o início, uma grandiosidade que não lhe permite comparar com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Não se pode dizer que se esperou até o século XVII para que a loucura fosse fechada, porém foi nesse momento que se iniciou sua institucionalização, misturando os loucos a toda uma população que afastava de alguma forma às regras existentes na época (GARCIA, 2001).

A partir do século XVIII deu-se o grande isolamento, a institucionalização da loucura. Os novos princípios ligados ao entendimento da era moderna são embasados nas atividades laborativas e no capital. Solidificam-se as ideias de que só o trabalho produz fortuna. Os loucos agora não são mais possuídos, mas infecundos e vagabundos, portanto uma ameaça social e um problema moral. O dever sobre a loucura deixa de ser da sociedade humanista e passa às mãos dos médicos (VIETTA, 2001).

A abordagem médica no ambiente hospitalar enquanto espaço de prenúncio social, que anteriormente era eventual e paroxístico, passaria a ser metódico e uniforme: o conhecimento sobre o hospital permitiria ao médico juntar as doenças, e assim observá-las de uma maneira diferente, diariamente, em seu processo e evolução. Desta forma, produziu-se um saber sobre as doenças que informado pelo

modelo epistemológico das ciências naturais, ainda não havia sido possível construir (AMARANTE, 2007).

Outros acontecimentos importantes aconteceram nesta época e repercutiram na Europa Ocidental, principalmente na França, onde as ideias liberais e libertadoras passaram a se estabelecer como discurso. A Revolução Francesa tornou-se um símbolo de transformação profunda na humanidade, e significou a derrubada do Estado Absolutista e do poder do clero, o advento da burguesia e inaugurou os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade (AMARANTE, 2003).

As casas de internação passaram a ser colocadas em questão, posto a averiguação de que elas não tinham resolutividade quanto aos problemas de desemprego e pobreza. O internamento foi julgado, principalmente no âmbito econômico, pois não cobria a mão de obra necessária para o processo de industrialização. Dessa forma o desemprego vai se separando das sanções morais e a carência passa a ser visualizada como fenômeno econômico: o pobre como força de trabalho torna-se importante para a riqueza do Estado (JÚNIOR, 1987).

Esse movimento amotinador trouxe a necessidade de transformar as fundações sociais e aqueles pacientes que podiam produzir seriam inseridos no mercado de trabalho. É nesse contexto que o jovem médico Philippe Pinel é indicado para reformar um hospital em Paris, o Hospital de Bicêtre. Assim, se inicia o processo da reforma do espaço hospitalar: o surgimento do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2003).

2.1.4. Philippe Pinel: tratamento moral e modelo asilar

Com a Revolução Francesa, as instituições sociais precisaram perder as características do Antigo Regime e serem transformadas. Neste propósito, Philippe Pinel, um médico enciclopedista, filósofo e naturalista foi indicado para realizar mudanças no hospital. Já sabemos que neste período, o hospital ainda era misto de instituição de caridade e assistência social, não uma instituição verdadeiramente médica.

De fato em 1793, Pinel rompe com as práticas que dominavam, soltando os loucos das correntes que os prendiam. Acreditando que eles precisavam de um tratamento mais humano, defendia uma terapêutica moral com base na sua

medicina. Pinel ficou conhecido como o Pai da Psiquiatria e também responsável pela clínica médica moderna (AMARANTE, 2007).

Outro ponto marcante na proposta de Pinel é a definição da loucura, em que ele sustenta a origem passional ou moral da alienação e propôs que a origem dela é um desequilíbrio das funções mentais que discordavam gritantemente do comportamento atual até o final do século XVIII (PESSOTTI, 1996).

Para Pinel, a loucura, compreendida como comprometimento ou lesão fundamental da mente e da vontade, manifesta-se na conduta do paciente, ou seja, nos sintomas, ainda que fiquem totalmente excluídas no momento de conceber os quadros clínicos (PESSOTTI, 1999).

É uma posição metodológica que ansiará uma alteração básica no conceito de loucura. Esta deixa de ser uma condição imóvel, irreversível e apenas capaz de correções superficiais. Deixa de ser uma lesão na anatomia, apenas suscetível de tratamento dos sintomas, e passa ser um desequilíbrio, uma mudança na natureza do homem a ser consertada. Eis o que diz, a esse respeito, Pessotti:

a alienação não é a perda abstrata da razão nem do lado da inteligência, nem do lado do querer e da sua capacidade de deliberar, mais é apenas a alienação, apenas contradição na razão que ainda existe [...]. Um tratamento desse tipo, humano, isto é, benévolo e, ao mesmo tempo, racional- e é preciso reconhecer os grandes méritos de Pinel neste campo, pressupõe o doente como um ser racional (PESSOTTI, 1996, p. 72).

Com isso, institui como designação para alienação que é a vivência daquele sujeito que está fora de si e do real. O alienado é o que tem alterada a sua casualidade de juízo. Através do conceito alienação o modo de contato da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intercalado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel conceitua como alienismo.

No contexto posterior a Revolução Francesa, em que Pinel dá início à mudança no Hospital de Bicêtre em 1793, a construção do conceito alienismo propicia a conservação do internamento do louco. Isso ocorre na medida em que a internação deixa de ter natureza humanitária ou jurídico-política, tal qual o absolutismo, e passa a ter traço de tratamento (AMARANTE, 2001).

Para Pinel, o sujeito alienado seria o que se deixa ver por paixões artificiais, afastado da verdade materializada. Os impulsos subjetivos decidiriam o comportamento do sujeito e ele tornaria-se cercado pela fantasia, pelas ilusões, pelas idéias alteradas, ora agressivos e perigosos, ora indiferentes e irresponsáveis.

Os alienados eram seriam invariavelmente estranhos aos que os cercavam e aos princípios e regras da ordem e da moral (AMARANTE, 2003).

Somente após um processo pedagógico disciplinar realizado dentro do manicômio, o alienado pode retomar a razão, e assim, tornar-se um ser de direito, torna-se um cidadão.

O aprisionamento da loucura dentro das instituições torna-se enfim, uma prática geral, uma doutrina universal. Castel direciona com as seguintes palavras esta necessidade imprescindível de institucionalização:

em geral é tão agradável, para uma pessoa enferma, estar no seio de sua família e ou receber os cuidados e as consolações de uma amizade tênua e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mais constatada pela experiência repetida, qual seja, absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes (CASTEL, 1978, p.38).

A posição de Pinel à institucionalização tem como pilar dois pontos fundamentais ao conceito de isolamento. Por um lado, no começo, o hospital como um local de fiscalização, em que isolar é a priori do conhecimento. Por outro lado, o isolamento é terapêutico, pois a institucionalização passa a ser estruturada de forma a distanciar as influências nocivas que causam e agravam a alienação: a instituição é um mecanismo de cura (AMARANTE, 2001).

A história do manicômio retrata como nasceu o processo de enfrentar o sujeito alienado, alheio, estrangeiro a si próprio, que não é sujeito. No manicômio coloca-se em funcionamento a norma a polidez e o tratamento moral para a reeducação do alienado, através do que se torna possível a construção do conceito de uma subjetividade alienada, sem regras. Ao mesmo tempo a instituição torna-se um local de tratamento, e a institucionalização uma necessidade (AMARANTE, 2001).

2.1.5. A assistência psiquiátrica no Brasil: o hospital, as colônias e as modalidades de tratamento

No Brasil, durante o período colonial (1500-1822), o cuidado destinado aos enfermos, entre eles com sofrimento mental, era sucedido, principalmente, por curandeiros. Os médicos eram escassos, não havia capacitados em Saúde Mental. Nesta mesma perspectiva surge as Santas Casas hospital com características caritativas que abrigavam os doentes mais miseráveis, os sem tetos e sem recursos.

Nesses locais, os doentes mentais eram deixados nos porões deletérios e, aqueles inquietos e em surtos agudos, eram amarrados em troncos e surrados pelos guardas (BASTOS, 2007).

Em 1808, quando a corte portuguesa chegou ao Rio de Janeiro, o Brasil passou a ser um reino unido, o que representou um marco na história do Brasil. Em decorrência da urbanização das grandes cidades os problemas sanitários ficaram comprovados. Um deles estava relacionado aos doentes mentais, que por serem considerados inúteis na zona rural, tornavam-se perceptíveis e perturbadores do meio urbano (MIRANDA-SÁ, 2007).

Com esse cenário o Brasil é o primeiro país da América Latina a fundar um grandioso manicômio com bases nos pilares do alienismo francês. Em 18/07/1841, foi promulgado o decreto nº82, que dizia que o Hospício Dom Pedro II seria inaugurado para tratamento de pessoas com alienismo mental. Essa instituição foi criada em 1852, no Rio de Janeiro como nome de Hospício Dom Pedro II e, renomeado mais tarde, Hospício Nacional dos Alienados. Ele manteve os moldes do modelo asilar e abrigava pessoas consideradas desviantes, regidos sob a proteção das mais diversas intervenções e arbitrariedades. Essa instituição por anos foi dirigida por uma instituição religiosa e, em 1887 passou a ser uma instituição médica (STOCKINGER, 2007).

O médico generalista era responsável por toda gestão e prescrição terapêutica. Os modos de coerção e repressão poderiam ser usados quando considerados necessários, indispensáveis ou convenientes para impor aos doentes mentais à obediência. Dentre eles ressaltavam-se: privação de visitas, passeios e outros recreios; redução de alimentos; isolamento; camisas de força; banhos e emborcação. Esses meios só seriam usados na presença do médico, todavia, quando não estavam presentes se houvesse a necessidade o enfermeiro poderia empregá-los. Quanto à alta hospitalar, o Decreto nº1077/52 dizia que ela só seria destinada aos sujeitos admitidos gratuitamente somente quando houvesse a cura completa. Entretanto os pensionistas, qualquer que fosse o seu estado mental, poderiam receber alta após a quitação do tratamento (GUIMARÃES, 2011).

Dessa maneira, essa diretriz legal comprovou que, conforme os improdutivos sociais, a discrepância no tratamento predominava dentro do espaço psiquiátrico. No entanto nada certifica que está diferenciação se manifestasse no ato terapêutico. Distintos, os alienados eram iguados no que se diz respeito à forma de tratamento,

mas a equidade ia muito, além disso, pois na situação em que o paciente recebia alta, existia idiosincrasia para cada classe. O gratuito era mantido no hospício até não apresentar risco algum para a sociedade e isso significou na história da psiquiatria que o paciente permaneceria pelo resto de sua vida internado (MESSIAS, 2008).

Posteriormente, com fundamentos pautados no tratamento moral destinado aos alienados, no qual as atividades laborais tinham um destaque, foram instituídas no Brasil e no mundo várias instituições psiquiátricas, conhecidas como hospitais colônias. As primeiras colônias brasileiras surgiram em 1890, após a proclamação da república.

Com isso a prática psiquiátrica adota à aptidão laboral como fator de separação entre os que eram normais e os que tinham uma doença mental. Isso é muito característico no modelo proposto por Pinel onde os pacientes trabalhavam para pagar os custos de seu tratamento. Em outros, hospitais, estas atividades serviam como lazer e os pacientes pareciam mais tranquilos, levando-o a concluir o valor terapêutico do trabalho (RESENDE, 2000).

Assim, no campo da assistência, Amarante (1994), refere que nesta época são inauguradas as duas primeiras colônias de alienados no Brasil, que são também as primeiras da América Latina. Elas destinavam-se ao tratamento dos alienados carentes do sexo masculino. O trabalho passou a estar em uma função terapêutica, já que o que caracterizava o modelo das colônias era fazer a comunidade e os “loucos” se relacionarem de uma forma harmoniosa, em caso ou no trabalho.

Porém, um dos maiores obstáculos ao êxito do modelo das colônias se referia ao fato de que sua localização tinha uma distância considerável daqueles que procuravam, a muitos quilômetros, os hospitais colônias não tinham condições de intervir na seleção das pessoas, sendo assim, a comunidade das colônias eram encontradas, além dos pacientes que tinham histórico de internações psiquiátricas, mulheres que perderam a virgindade, crianças órfãs, indigentes, que chegavam por meio um político local ou delegado de polícia (RESENDE, 2000).

Além disso, a superlotação, os recursos humanos insuficientes, os maus tratos e as condições físicas precárias, onde incriminações apontavam que as colônias tinham as mesmas particularidades dos hospícios, reforçando a sua característica social de exclusão do doente mental.

Neste sentido, as colônias abandonaram o trabalho no campo como uma atividade terapêutica mesmo porque, num país que estava se modernizando no âmbito da industrialização e sua urbanização acontecia de forma rápida, à reeducação para o trabalho rural tornara-se um anacronismo. Em seu lugar surge, aqui e ali, limitado a pequenos grupos de usuários, uma cópia de utilização terapêutica do trabalho, constando de atividades sem função terapêutica e sim para ocupar o tempo dos ociosos, nas quais os sujeitos não podiam observar nenhum sentido em fazer tal atividade (JUNIOR, 1987).

Nas décadas de 20 e 30 surge a ideia do higienismo. A higiene mental tinha como foco preservar a atividade psíquica do indivíduo normal seria uma profilaxia mental. “Aperfeiçoar a raça”, por intermédio da eugenia, foi a nova bandeira assumida pela Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1928, em seus estatutos. A complementaridade entre higiene mental e eugenia foi preconizada e defendida por alguns de seus importantes membros, como, por exemplo, Caldas (1930), que afirmava enfaticamente: “Não sei como se possa fazer higiene mental, no seu sentido mais lato, sem levar em conta os conselhos eugênicos”. Este posicionamento foi compartilhado pelo psiquiatra alemão Rudin (apud LOPES, 1931, p.149), como expresso na seguinte citação:

[...] todos os indivíduos, tarados, mal são nascidos, precisam naturalmente, sem restrição, da melhor e mais ampla higiene mental. Seria, pois, grande erro, acreditar-se que nos males hereditários nada se pode conseguir com a higiene mental. Primeiramente, é certo, melhor seria não nascessem tais indivíduos, e isto mesmo quer agora a eugenia (BOARINI, 2007, p.6).

A alegria pela descoberta do choque por insulina, cardiazólico e do eletrochoque e exaltada na década de 30. A Psiquiatria se torna mais forte e novos complexos asilares surgem na década de 40, como uma quantidade exorbitante de vagas e com renomados centros cirúrgicos para a realização das lobotomias que sinalizou com muitas perspectivas de cura para as doenças mentais (AMARANTE,1994).

Na década de 50 aparecem os antipsicóticos e, com isso, os ditos “loucos” que se encontravam nos interiores dos manicômios, estavam menos agitados, pois a clorpromazina descoberta na época, tinha o poder terapêutico como um estado de indiferença, diminuição das agitações psicomotoras, reduzia os sintomas psicóticos clássicos como o delírio e alucinação. Assim, os sujeitos com sofrimento mental

tornavam-se alvos de outra camisa de força: as substâncias psicoativas descobertas.

Na década de 60, foi realizada a união dos institutos de aposentadoria e pensões, onde o estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir no sistema público. A doença mental vira um objeto de mercado muito lucrativo por sinal, isso na prática significou um aumento significativo do número de leitos hospitalares e, conseqüentemente, de internações em hospitais psiquiátricos. No final da década de 70 a Previdência Social chegou designar 97% do total dos recursos destinados a psiquiatria, somente para o pagamento das internações no âmbito hospitalar tanto conveniado como contratado (AMARANTE, 2003).

Enquanto diversos movimentos aconteciam, em diversos espaços do país, objetivando numa mudança de paradigma na assistência a saúde mental, somente a partir da década de 70 as experiências inovadoras foram implantadas no Brasil, especialmente, no que tange a Saúde Mental, indo contra ao modelo excludente que até então vigorava, o poderio nas mãos da medicina, o número exorbitante de internações psiquiátricas, tentando uma mudança a favor de um modelo centrado na base comunitária, conforme veremos no próximo capítulo.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

2.2.1 A Reforma Psiquiátrica no conceito atual: por uma sociedade sem manicômios

A Reforma surge a partir de uma conjuntura da redemocratização, não apenas como uma crítica ao modelo vigente, mas essencialmente como uma crítica ao saber e aos serviços psiquiátricos clássicos. Um fator importante a esse novo modelo em fazer em saúde mental é que a cidadania é sua marca fundamental.

Na década de 70 iniciou-se uma transformação nas instituições designadas como Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para Divisão Nacional de Doenças Mentais (DINSAM), que trouxe reflexão junto às questões embasadas no modelo preventivo, sendo propostos planos de saúde mental, com destaque para o Manual de Assistência Psiquiátrica, realizado por Cerqueira. Luiz Cerqueira, um dos mais renomados críticos do modelo manicomial na década de 70, considerava que a

psiquiatria preventiva poderia reverter aquele tipo de modelo. Passou a ser considerado como um dos precursores do movimento de reforma psiquiátrica, por sua relevante interferência nos primeiros acontecimentos do processo de reforma, e também foi condecorado em muitas ocasiões (AMARANTE, 2003).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica de acordo com Faria (2009):

é um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (p.37).

Conforme Tenório (2002), a psiquiatria foi criada e instaurada há mais de 200 anos, como tarefa de dar uma resposta as questões da loucura, e até os dias atuais, na maioria dos casos, a reclusão dos sujeitos com sofrimento mental em instituições psiquiátricas pautada no modelo hospitalocêntrico tem sido a resposta a esta problemática, ou seja, a prática pouco difere das práticas anteriores à sua fundação.

O orbe da reclusão não serviu somente à ordem política que precisava delimitar o espaço público reservando lugares para cuidar da restrição social. O hospital psiquiátrico tem como característica um lugar de edificação médica da loucura, ou conforme Amarante nomeou: indústria da loucura. Sendo assim, foi declarada como uma patologia diferente e especial a ser cuidada no modelo biologicista, aportado no uso colossal e indiscriminado de fármacos como única forma de promoção à saúde mental, o que resulta na cronificação e incapacidade dos sujeitos em retornar à sociedade (FARIA, 2009).

O pilar da reforma psiquiátrica é desinstitucionalização, entendida não só como a retirada dos sujeitos com sofrimento mental dos manicômios, mas principalmente como um novo processo de fazer em Saúde Mental inserido em novos territórios e conceitos em detrimento daqueles que antes eram trancados/institucionalizados pelas disciplinas científicas (FARIA, 2009).

Um fator muito importante para a Reforma Psiquiátrica foi a V Conferência Nacional de Saúde, na qual foi criado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), do Ministério da Saúde que, pela primeira vez, consubstanciou uma política de Saúde Mental com características voltadas para prevenção em uma significativa parcela do território nacional. Esta política tinha como visão a qualificação dos profissionais envolvidos na assistência aos sujeitos, principalmente os envolvidos na atenção em nível primário em saúde, isto é, os centros de saúde e em serviços básicos de saúde em geral (AMARANTE, 2003).

O programa foi implantado nos estados do Norte e Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Contudo, os resultados foram bastante discutidos. Por um lado, devido ao baixo embate na atenção aos agravos da saúde mental; por outro, por insuficiência de questionamentos aos egressos da rede hospitalar, dentre outros aspectos. Apesar da implantação do PISAM em muitos estados, em pouco tempo o plano foi inoperante (AMARANTE, 2003).

Em 1978, um fato relevante aconteceu mudando a história e as políticas de Saúde Mental no Brasil, que foi o início da regulamentação do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil tem como estopim a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), instituição destinada a formular políticas de saúde. Os profissionais e estagiários da área passam a labutar como bolsistas e em condições precárias, sendo submetidos a violências institucionais. Começam a ser rotineiras as denúncias de agressões, trabalho escravo, mortes suspeitas dentre outras violências institucionais (AMARANTE, 2003).

Desse modo, em 1978, profissionais e estagiários de alguns hospitais psiquiátricos iniciam uma grande greve – apoiada por forças sociais democráticas que iam contra o regime militar. A partir de Amarante (1995) podemos afirmar que tal movimento se produziu articulado a reivindicações e denúncias realizadas no sentido de melhores salários, férias e garantia de outros direitos trabalhistas – visando também uma melhoria na formação de recursos humanos, modificação das relações entre instituição, clientela e profissionais, bem como o estabelecimento de uma crítica ao modelo médico-assistencial e das condições de atendimento.

A crise foi proclamada a partir de acusações de médicos, ao manifestarem a situação irregular de alguns hospitais, trazendo a público a fatal situação existente.

Com o enfraquecimento da importância da crise do DINSAM e o passar do tempo os profissionais inseridos no processo sustentaram uma postura crítica em relação as políticas de saúde mental e à assistência psiquiátrica. Sendo assim, passaram a denominar-se de Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A partir daí, realizaram vários eventos de expressão nacional (AMARANTE, 2003).

É dessa forma que surge o MTSM, cujo objetivo foi constituir-se em um cenário de combate não institucional, em um *lócus* de discussão e direções de propostas de mudanças nas políticas e assistência da saúde mental. Nesse sentido,

aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, conselhos de classe, bem como instituições e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995).

Nas décadas de 70/80 houve um número expressivo de encontros, congressos, na área da saúde mental por todo Brasil, com a proposta de discutir melhores condições de trabalho dos profissionais e no tratamento dado aos pacientes dos hospitais psiquiátricos. Nesse período, Michel Foucault realizou importantes conferências no Brasil, mas esses encontros não poetizavam diretamente sobre a concepção da loucura. Tinham a vertente na discussão sobre o poder e sua relação com as várias formas de exclusão (SANDER, 2010).

Apesar disso, a:

(...) apropriação que se fez de suas obras, de suas conferências, de seus ensinamentos, que tornou possível a catalisação de pensamentos, críticas e ações que contribuíram para a reforma psiquiátrica e o progressivo desmonte do manicômio (...) de nosso país (SANDER, 2010, p. 385).

Nesses eventos foram levantados muitos questionamentos por parte de várias lideranças e grupos defensores dos direitos humanos que, articulados, acabaram por ajudar na produção de uma preocupação em relação à defesa dos direitos dos sujeitos com sofrimento mental. O objetivo era de que todas as instituições psiquiátricas tivessem tal preocupação como princípio.

Contudo, somente na década de 80 que o movimento de Reforma Psiquiátrica ganhou força total nas políticas de Saúde Mental. Esse período foi marcado pelo final da ditadura militar que foi possibilitou mudanças no âmbito da saúde, permitindo a participação de outros setores e não somente o poder médico como único saber. Sugiram também nessa época, inúmeras críticas quanto à concepção de cidadania e clínicas, ambas embasadas numa concepção geral de sujeito. Neste cenário surge a construção de um novo saber, onde se propõe um novo lugar destinado à assistência destes sujeitos com sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

Assim, em 1986 na cidade de Brasília, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ao inverso das outras conferências, essa tinha um caráter fechado e tinha como participação apenas os profissionais e tecnocratas, e pela primeira vez, teve uma característica consultiva e de participação social. Pois, contou com vários segmentos da sociedade, devido ao resultado de um processo que envolveu milhares de pessoas nas pré-conferências (estaduais e municipais) e em encontros

promovidos por diversos tipos de entidades e estabelecimentos da sociedade civil. Há uma estimativa que aponta que cerca de 4.000 pessoas participaram do momento, dentre as quais foram eleitos 1.000 delegados nas atividades voltadas para a preparação do evento (AMARANTE, 2003).

Nesta conferência surge uma nova concepção de saúde, considerando-a como um direito e um dever do Estado. Permitiu a definição de alguns princípios básicos, tais como a universalização do acesso a saúde, a descentralização e a democratização, que comprometeria uma nova visão do Estado e uma nova visão de saúde. Assim, foram incorporados ao texto Constitucional nos artigos 194 e 196 e regulamentadas pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS pode ser definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988” (SILVA, 1999). Esse modelo, portanto define regras, princípios e diretrizes para a atenção em saúde em todo país, inclusive no que concerne a Saúde Mental (FARIA, 2009).

Como desdobramento da Conferência Nacional foram apontados como sugestão para conferências posteriores temas específicos para discussão como: Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Recursos Humanos em Saúde e Saúde Mental (AMARANTE, 2007).

Outra Conferência muito importante para o delineamento das políticas de Saúde Mental foi a I Conferência Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro, realizado no ano de 1987, onde tiveram presentes mais de 1.700 pessoas, entre técnicos, familiares, usuários e lideranças da sociedade civil. Outras conferências foram realizadas em diversos municípios por iniciativas locais sem a participação do Ministério da Saúde, que fariam, como veremos mais adiante, a pressionar a convocação da Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 2003).

Neste mesmo ano é levantada a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios” na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada no Rio de Janeiro, pois para o movimento de reforma psiquiátrica apenas humanizar os manicômios seria pouco. O movimento apontou várias denúncias de violência no interior dessas instituições, destacou o mercado que a loucura se tornou, o poderio de uma rede privada manicomial, assim como fez um questionamento sobre o saber psiquiátrico e ao modelo centrado no hospital (AMANCIO, 2012).

No relatório final da I CNSM (1987) foram identificadas várias resoluções significativas para o momento, como:

- Privatização da indústria farmacêutica brasileira como privilégio do Estado na importação da matéria-prima, para garantir o predomínio nacional no setor químico e farmacêutico.
- Criação de Conselhos de Saúde em nível local, com a inserção da comunidade nas decisões plenas no planejamento, execução e fiscalização das ações, programas e estabelecimentos.
- Sugestão de não credenciamento de novos leitos psiquiátricos em instituições psiquiátricas, e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes, havendo um deslocamento para hospitais gerais públicos e serviços abertos substitutivos aos manicômios.
- Proposta de corte definitivo com a prática centrada nas internações psiquiátricas no modelo manicomial.
 - Uniformização das unidades de internação psiquiátrica a partir de centros de saúde, ambulatórios e polos de emergência da rede pública.
 - Implantação de modelos assistenciais alternativos aos modelos asilares, tais como hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos e trabalho amparado.
 - Descentralização dos ambulatórios públicos, na expectativa de uma melhor resolubilidade destes.
 - Implantação de equipes multiprofissionais em estabelecimentos da rede básica de saúde, hospitais gerais e psiquiátricos, de modo a mudar o foco do modelo vigente que é pautado no organicismo e medicalização dos casos clínicos, visando uma visão holística do sujeito, respeitando a especificidade de cada profissão.

Outros pontos significativos para a consolidação do movimento de reforma psiquiátrica foram a Constituição Federal de 1988, a Reforma Sanitária e a criação do SUS sem os quais a reforma não teria se efetivado (AMANCIO, 2012).

Paralelamente, vinha ocorrendo em São Paulo um interessante processo de renovação do MTSM, que passou a assumir ampla significância no processo de reforma psiquiátrica. No I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, idealizado pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, logo após a abertura de apresentação do evento, diversos profissionais levantaram de suas

cadeiras e anunciaram um protesto coletivo. Iniciava, assim, a surgir o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

O MTSM sofreu uma transformação profunda e radical, pois deixou de ser uma associação com predomínio de técnicos e tornou-se um movimento social mais abrangente. O foco de suas atividades deixou de ser a mudança no modelo técnico-científico, e passou a construir um novo cenário social pra a loucura e o sujeito com sofrimento mental. Em outras palavras, se pensava em inserir a sociedade na construção de novas formas sociais para com o tratar o sujeito com sofrimento psíquico (AMARANTE, 2003).

Foi neste momento que se passou a adotar a expressão manicômio como uma forma estratégica para designar as instituições psiquiátricas pautadas na vigilância e tutela, no sentido de reforçar seu caráter enigmático e irregular, isto é, semimédico e semijurídico. Em Bauru, interior de São Paulo, organizaram o Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 18 de maio, que passou a ser comemorada anualmente com muitas atividades sociais, culturais e políticas (AMARANTE, 1995).

Outro evento importante para o delineamento das políticas de Saúde Mental foi a intervenção na Casa Anchieta em Santos (SP) em 1989. Em maio de 89 após a Prefeitura receber várias denúncias de maus tratos, mortes bárbaras, iniciou várias interferências objetivando o final do terror que os internos viviam neste local.

Sobre a intervenção da Casa Anchieta, TyKanori (1996) afirma :

...sem considerar o aspecto da cidadania, isto é, as relações éticas, os direitos e deveres, o respeito pelos pacientes, não modificaria a situação de violência e opressão a que os pacientes eram continuamente submetidos, decidiu-se então pela intervenção. Esta intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou a adequação a padrões abstratos, mais a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade (p. 40).

A partir dessa vertente a Casa Anchieta foi se desconstruindo e houve a desinstitucionalização do atendimento psiquiátrico em Santos, onde inicia o processo de implantação de uma rede de serviços substitutiva Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), um modelo tão almejado pela Reforma Psiquiátrica no país. Este processo santista foi, com certeza, o mais significativo da psiquiátrica pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma.

De acordo com Amarante (1995), os NAPS representavam o eixo essencial da rede santista:

são regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias da semana, devendo responder à demanda de Saúde Mental da área de referência. (...) Diferentemente de ambulatório, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. O NAPS se orienta criando diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território (p. 83).

A partir da inserção dos primeiros NAPS e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Ministério da Saúde regularizou a implantação e financiamento dos novos serviços da Saúde Mental, tornando tais serviços como referência para todo Brasil. Neste momento houve a promulgação das Portarias 189 de 1991, 224 de 1992, além de conceitualizar e regulamentar outras particularidades assistenciais, tais como hospitais-dia, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, unidades e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (AMARANTE, 2003).

Em outubro de 1989, foi exposto o Projeto de Lei 3.657/89, do então deputado Paulo Delgado, regimentando os direitos do sujeito com sofrimento psíquico em relação às formas de tratamento ofertadas e apontando a extinção progressiva das instituições manicomiais e a substituição pelos modelos com base territorial. O encaminhamento deste projeto de lei trouxe várias transformações e um positivo debate na mídia nacional, ao mesmo tempo que muitas associações de familiares e usuários foram sendo criadas dentro do mesmo propósito da reforma, sendo assim a temática loucura, assistência psiquiátrica e manicômios tornaram assuntos rotineiros dentro da agenda nacional.

Em 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental onde houve a participação de vários familiares, usuários e militantes, e nela foram discutidos e firmados os princípios e diretrizes que direciona a Reforma Psiquiátrica Brasileira dentro da vertente da desinstitucionalização e da luta antimanicomial. Nesse mesmo período entra vigorando no país as primeiras regulamentações federais quanto à implantação dos serviços substitutivos e as primeiras leis que irão nortear a fiscalização aos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS acontece de forma descontínua. As novas normalizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regularizasse os novos serviços de atenção diária, não estava definido quanto às formas de financiamento destes serviços. Da mesma forma que, as formas para fiscalização e classificação das instituições hospitalares psiquiátricas

também não previam uma sistematização através de mecanismos para a redução dos leitos psiquiátricos. Ao final deste período, o Brasil tem em funcionamento 208 CAPS, mais cerca de 93% dos recursos públicos eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A parcela que os primeiros CAPS e NAPS trazem para a história da transformação do modelo de saúde é muito paradigmática e produzem nele um novo caminho. Podendo considerar como um marco para a construção de uma nova ideologia e para as práticas da Atenção Psicossocial, aonde irá se projetar para além de uma psiquiatria reformada (COSTA-ROSA, 2013).

Com o início do século XXI foi sancionada a Lei 10.216/2001 que vai redirecionar o modo de assistência da Saúde Mental e também traz novas portarias ministeriais. A alegação da “atenção psicossocial” foi determinada pela Lei 10.216, colocando a Reforma Psiquiátrica dentro de um novo cenário, já que debatia sobre a cidadania e políticas públicas. Tais considerações trazem para o espaço jurídico-política, terceira área da Reforma. As internações com características involuntárias passaram a ser voluntárias, em ressalva aqueles casos que houver necessidade para tal e que justifiquem os motivos (AMANCIO, 2012).

Assim, o respeito à capacidade civil do louco que antes não era considerada, passa a existir. O sujeito ao solicitar um benefício alegando suas incapacidades para execução das atividades laborativas perdia seus direitos, ficando curatelado. A Lei 10.216 possibilita a argumentação sobre a garantia de determinados direitos, reforçando que a aptidão civil não precisa necessariamente ser aniquilada por conta da incapacidade laboral (AMANCIO, 2012).

Além da Lei 10.216, outro marco significativo acontece dentro das políticas de Saúde Mental que é a III Conferência Nacional de Saúde Mental com o Lema “Cuidar sim Excluir não”. Essa conferência vem para reafirmar os princípios que legitimava a Reforma Psiquiátrica Brasileira, contando com uma ampla participação social em suas etapas pré-conferência (com a realização de várias conferências municipais, microrregionais e estaduais) e a Nacional em Brasília.

Como desdobramento da III Conferência houve a promulgação, no início de 2002, as portarias 251/02 e 336/02, sendo assim de acordo com Amarante (2003):

A primeira estabeleceu normas e critérios para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos definindo e estruturando a porta de entrada para as internações dos hospitais psiquiátricos na rede do SUS. Sua promulgação foi importante para a normatização dos hospitais psiquiátricos para que

eles pudessem oferecer o melhor serviço possível à clientela, ao mesmo tempo que estabeleceu parâmetros para a gradativa substituição do modelo hospitalar de atendimento. Já a Portaria 336/02, a partir da revisão da portaria 224/1992, regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as experiências no campo da Saúde Mental da última década. Nela, os CAPS passam a ser os dispositivos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de assistência em Saúde Mental (p. 50).

Em 2004, outro marco importante para as políticas da saúde Mental, acontece o I Congresso Brasileiro de CAPS em São Paulo, reunindo profissionais da Saúde Mental de todo Brasil, para debaterem as políticas de saúde mental e compartilharem as experiências. O evento se remodelou dentro de uma proposta inédita que foi através de discussões que apareceram a partir dos seguintes assuntos: CAPS laços sociais, o cuidado cotidiano nos CAPS; e trabalhadores, usuários e familiares- transformando relações, produzindo novos diálogos (FARIA, 2009).

Nesse sentido, a Atenção Psicossocial visa à ruptura da racionalidade psiquiátrica. Como tal, requer uma mudança na forma de se estruturar em constante movimento, nos seus diversos cenários. Assim, a construção de tal proposta constitui um processo de transição, que se inicia de um lado, através da desconstrução do saber hegemônico psiquiátrico tradicional centrado na psicopatologia, responsável pela construção de doutrinas sobre a doença mental, seus conceitos, suas relações entre si, bem como pela composição de procedimentos clínicos mais eficazes. De outro lado, busca-se edificar e compor novos saberes e práticas sobre a loucura e o sofrimento psíquico (LUZIO, 2012).

2.2.2 A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio no cotidiano dos novos dispositivos de Saúde Mental

A Atenção Psicossocial surge a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e através das portarias e Leis Ministeriais surgem os CAPS que são serviços abertos de base territorial, que visam o cuidado em liberdade, rompendo com toda lógica hegemônica psiquiátrica, e sendo substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Neste sentido os serviços abertos buscam adotar a noção de atenção psicossocial, que compreende uma abordagem mais amplificada do cuidado em saúde mental, com a introdução de diferentes disciplinas do saber e a inclusão do sujeito como

fundamental ator social. Nesse sentido, a atenção psicossocial inclui um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas, norteadas pela proposição de substituírem o modelo asilar e o próprio paradigma da psiquiatria, e propõe-se à abertura para a inserção de novidades nesse campo (NASI, 2011).

Os serviços de atenção psicossocial devem ser estruturados de forma maleável para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais comportamentos nos remeteriam a noção de que estaríamos lidando somente com a doença e não com o sujeito em si. Pois estes serviços precisam se constituir como um local onde as crises sejam amparadas e onde às vezes será necessário oferecer leitos de suporte nos quais o sujeito ficaria por um curto período de tempo. No Brasil, as portarias do Ministério da Saúde, implementaram várias modalidades de atendimento em Saúde Mental como: hospitais-dia, oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial, que foram reestruturados pelas Portarias 336/02 e 189/02 estabelecendo várias modalidades de CAPS (AMARANTE, 2007).

Os CAPS funcionam, pelo menos durante cinco dias da semana (segunda a sexta-feira). O período de funcionamento depende da tipologia de cada serviço, de acordo com Amarante (2007) sendo:

- CAPS I - municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes com horário de funcionamento de 8h00 as 18h00, de segunda a sexta-feira.
- CAPS II- municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes com horário de funcionamento de 8h00 as 18h00, de segunda a sexta-feira. Estes serviços poderão ter um terceiro turno, funcionando até as 21h00.
- CAPS III- municípios com população acima 200.000 habitantes com funcionando por 24 horas/dia, contando feriado e finais de semana.
- CAPS i- serviços voltados para o atendimento de crianças e adolescentes, municípios com população acima 200.000 habitantes, com horário de funcionamento de 8h00 as 18h00, de segunda a sexta-feira. Estes serviços poderão ter um terceiro turno, funcionando até as 21h00.
- CAPS ad- serviços voltados para atendimento de dependência química (álcool, crack e outras drogas), com população superior a 100.000 habitantes, com funcionamento de 8h00 as 18h00. Estes serviços poderão ter um terceiro turno, funcionando até as 21h00 (BRASIL, 2004).

Os serviços de atenção psicossocial procuram ter uma rede de profissionais de diversas categorias para suprir as demandas trazidas pelos sujeitos que os

frequentam, não pensando apenas nos que tem formação na área psiquiátrica, pois nos CAPS encontram-se profissionais ligados a música, artistas plásticos, artesãos, dentre outras, para trabalhar as habilidades do paciente-dia fazendo com que o mesmo estabilize a partir da escuta, oficinas terapêuticas, atendimento individualizado, e tantas outras atividades que estes serviços possam oferecer, não pautando sua estabilização apenas nos psicofármacos administrados (AMARANTE, 2007).

De acordo com Brasil (2004) os serviços de Atenção Psicossocial são definidos como:

Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). O CAPS é um lugar de referência e tratamento para as pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência num dispositivo de cuidados intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (p.13).

Dentro de sua área adscrita, os CAPS têm por objetivo oferecer o cuidado à comunidade, realizando o acompanhamento clínico, reabilitação psicossocial e reinserção social dos sujeitos pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos seus direitos civis e o resgate dos laços afetivos que, em alguns casos, encontram-se fragilizados pelo processo do adoecimento mental. Foi criado para substituir as internações psiquiátricas (AMANCIO, 2012).

Em vista disso, estabelece a reabilitação psicossocial que pauta o cuidado na singularidade a subjetividade do sujeito em sofrimento mental. A interdisciplinaridade é primordial neste modo de atenção visando não mais à fragmentação, mas o cuidado na perspectiva da atenção biopsicossocial, cultural, espiritual. Dessa forma, novos olhares, novas práticas e saberes precisam estar conduzidos à pessoa em sofrimento psíquico fora do ambiente hospitalar. A “loucura” passa a ser argumentada fora dos muros e grades, ou seja, no seu espaço territorial, dentro do seu festim social; o “louco” passa a ser visto como cidadão, sendo este o maior objetivo da luta antimanicomial (COSTA-ROSA, 2000).

O atendimento em serviços pautados na atenção psicossocial, como o CAPS, é importante para que os usuários não necessitem de internações em hospitais psiquiátricos, já que este recurso hospitalização deve aparecer como o último recurso terapêutico na abordagem ao sujeito, privilegiando-se a atenção em serviços ambulatoriais, inseridos na comunidade dos usuários. Outro ponto importantíssimo neste novo modelo de atendimento em Saúde Mental é a importância do convívio

diário com os profissionais do serviço, considerando-os como pessoas fundamentais para o tratamento, pois nestes espaços se criam relacionamentos de confiança e o estabelecimento de vínculo (NASI, 2011).

Outro ponto relevante dentro da proposta de Atenção Psicossocial é que o tratamento ofertado no CAPS não se faz o tempo todo dentro deste dispositivo. Uma simples saída para ir ao supermercado, um passeio no rio, uma ida na assembleia de usuários e familiares, é de grande relevância para o tratamento deste sujeito. Isso vale também para os profissionais que atuam dentro dos CAPS é o fato de ir ao domicílio do sujeito que se encontra em crise ou não quer ir mais ao serviço e o profissional a partir da abordagem no domicílio do sujeito consegue levá-lo para o CAPS, outro ponto importante para o desenrolar do trabalho de um técnico de Saúde Mental é o fato de acompanhar um grupo de usuários em um passeio, participar de reuniões com colegas de outras instituições para discussão e construção de casos clínicos. Essa troca constante entre serviços e comunidade, esse enlace entre seus espaços é uma marca dos CAPS (MINAS GERAIS, 2007).

Dentro deste propósito precisamos pensar que o CAPS é um trabalho dentro de uma clínica ampliada que cria novas alternativas de cuidado e tratamento a pessoas com sofrimento psíquico de acordo com que Pinho (2012, p.27) cita:

A partir de uma perspectiva ampliada sobre o sujeito e da própria loucura, que possuem uma história atravessada por conflitos internos e por questões sociais, entendemos que o Modo Psicossocial busca uma relação que seja imersa em autonomia e cidadania dignas. Isso quer dizer que o sujeito pode (e deve) ser livre para tomar decisões sobre sua vida, ao mesmo tempo em que pode compartilhá-las nos diferentes espaços por onde circula no cotidiano. Mais uma vez, entendemos que se trata de uma desafiadora maneira de compreendê-lo, além de ser uma forma provocativa para aqueles trabalhadores que estão inseridos em serviços de saúde, forçando-os a repensar, diariamente, o cuidado prestado no interior e no exterior dos mesmos.

O CAPS trabalha dentro de uma perspectiva que o sujeito inserido nos serviços não deva permanecer por longos períodos dentro da instituição, e nem como, uma condição de usuário de Saúde Mental rotulando assim o mesmo, mas abrir novos horizontes em sua vida como: namoro, trabalho, amizades, estudo, o lazer. Portanto, é possível observar que algo está errado quando o sujeito permanece por longos períodos dentro dos seus limites. Contudo, cabe à equipe trabalhar o despertar nos usuários quanto ao retornar para a sociedade, e mostrar a eles que existe um mundo de horizontes mais amplos. Para tanto, deve-se trabalhar

esses aspectos dentro do projeto terapêutico singular de cada sujeito inserido com paciente-dia dentro do CAPS, respeitando o ritmo e a decisão do sujeito (MINAS GERAIS, 2007).

Todo trabalho desempenhado no CAPS é pautado no Projeto Terapêutico Singular (PTS) que pode ser definido como uma proposta de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva e conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo (BRASIL, 2013).

Como tal este projeto terapêutico não se constrói com objetivos pré-estabelecidos, pois é necessária uma reconstrução diária o empoderamento constante da história de vida de cada um. É centrado no sujeito, e traz a tona as diferentes facetas de cada sujeito, de suas relações com os entes, sociais com a vizinhança onde reside, sua subjetividade, a questão do trabalho, habitação. Enfim trata de um movimento, que não se limita apenas ao espaço físico da instituição, mas deve acontecer também, e, sobretudo, nos espaços de vida, de circulação e de sociabilidade dos sujeitos (AMARANTE, 2005).

Neste sentido, os serviços voltados para Atenção Psicossocial deverão trabalhar dentro da proposta que hoje rege as políticas de saúde mental. Devem assumir uma função social que vai além do fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, encarar os estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2014).

Um ponto importante que é fundamental para o desenrolar do trabalho na atenção psicossocial, trata-se do trabalho em rede e da intersetorialidade, pois o conceito de rede não se delimita apenas à rede, regionalizada e hierarquizada, do sistema de saúde. Remete às redes intersetoriais que oferecem contingência de atuação com diversos atores e setores, tanto das políticas públicas como da sociedade em geral. Essa realidade foi possível devido à discussão com o advento

da atenção psicossocial, pois estes serviços viabilizam uma visão amplificada do cuidar em saúde mental, dentro desta proposta dos sujeitos estarem inseridos nos diversos segmentos que compõe estas redes intersetoriais (AMARANTE, 2005).

Na atenção psicossocial a rede deverá ser constituída e pautada nas diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), e se juntas, irão direcionar e orientar a consistência do modelo de funcionamento da rede psicossocial. A diretriz da integralidade foi um determinante para a definição de rede como sendo: ações integradas com o CAPS no papel de principal interlocutor para a construção de uma rede social e de cuidados.

Sendo assim, os elementos comuns de ação da Estratégia de Atenção Psicossocial e da Estratégia Saúde da Família (ESF) mostram que as equipes de matriciamento e os leitos em hospital geral podem dar suporte às ações dos CAPS, direcionando para os outros, ações conjuntas de rede propriamente intersetorial.

2.2.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o território como desafio

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma verticalizada pautados na burocratização, com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar, e não em todo processo. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolutividade.

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Para compreender melhor a RAPS é necessário contextualizar sobre o que é a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Castells (2000), as redes são formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensas em tecnologia de informação e constituídas na cooperação entre unidades providas de autonomia. A RAS tem o propósito de administrar políticas e projetos em que os recursos são insuficientes e os problemas difíceis em que há interação de serviços públicos e

privados, centrais e locais, onde se demonstra uma crescente demanda por benefícios e por participação da comunidade.

Logo, seriam funções da rede: estar focada no usuário cidadão, ter uma população adscrita com um referenciamento de atenção à saúde, possuir um sistema de informação interligado com todos os pontos de atenção e ter a Unidade Básica de Saúde como porta preferencial para o sistema de saúde.

Sendo assim, a Rede de Atenção à Saúde segundo Mendes (2011):

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima.

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (p.73).

Neste sentido, é instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que prevê a criação, a extensão e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

A RAPS tem como objetivos gerais: aumentar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; motivar a vinculação das pessoas com sofrimentos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e de suas famílias aos lugares de atenção. Também busca garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS tem como objetivos específicos: a) promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, sujeitos em situação de rua e populações indígenas); b) prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e implementar a política de redução de danos; c) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária; d) produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os

serviços disponíveis na rede; e) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e f) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2014).

Isto significa convocar todos os pontos de atenção da RAPS e os profissionais, que no cotidiano dos serviços de saúde desenvolvam ações no âmbito da atenção psicossocial através de uma rede de saberes e ações, com vistas a responder à complexidade das demandas das pessoas inseridas nos diversos pontos da rede, e também é necessária ampliação e diversificação das ofertas, além de apostar na construção de autonomia das pessoas, apoiarem sua família para promoção de sua própria saúde, com investimentos na ampliação e sustentação de sua participação nos espaços sociais e coletivos (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013, p. 96) são princípios da RAPS:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

Promoção da equidade, isto é, da atenção aos que mais necessitam, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

Combate a estigmas e preconceitos;

Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

Diversificação das estratégias de cuidado;

Desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

Promoção de estratégias de educação permanente.

A Rede de Atenção Psicossocial se encontra organizada como descrita no Quadro 1 (BRASIL, 2014):

Quadro 1 – Organização da Rede de Atenção Psicossocial.

Atenção Básica em Saúde	Unidade básica de saúde; Núcleo de apoio à saúde da família; Consultório na rua; Centros de convivência e cultura.
Atenção Psicossocial	Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	Samu 192; Sala de estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de acolhimento; Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em hospital geral; Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços residenciais terapêuticos; Programa “De Volta para Casa”.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda; Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: Brasil, 2014.

Sendo assim, é importante pensarmos que para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se um dispositivo estratégico para inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico. Em suas normas, sinaliza a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde. As ações devem ser realizadas no âmbito territorial e comunitário com representação multidisciplinar e participativa.

Concomitantemente, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apresenta-se como serviço de saúde o qual irá determinar ações de saúde mental nas redes assistenciais. Atualmente, as necessidades e demandas da população necessitam de uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território. O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na articulação das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves, e da inserção dos casos graves nos diversos pontos da rede que se fizerem necessários para o cuidado (PINTO, 2012).

O apoio matricial são articulações organizacionais e um método para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realização de uma clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (BRASIL, 2011).

O suporte matricial é distinto da lógica do atendimento realizado por um especialista dentro de um estabelecimento de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009): “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se num artifício de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (BRASIL, 2011).

Dessa forma, um passo essencial para o desenvolvimento da saúde mental na ABS (Atenção Básica em Saúde), por meio da prática do matriciamento, é proporcionar espaços de treinamento e educação permanente que envolva os profissionais das equipes de referência e matricial, preferencialmente de forma conjunta (MATEUS, 2013).

Como relatado acima, os conteúdos da clínica psiquiátrica devem ser apresentados aos profissionais da ABS enquanto elementos dos sistemas de saúde e particularidades da ABS para os profissionais de saúde mental. Finalmente, a estruturação de um espaço comum de trabalho deve ser facilitada e discutida de forma integrada, com o desenvolvimento e prática na realidade das tecnologias de cuidado e matriciais, como, por exemplo, a construção de projetos terapêuticos singulares a partir de avaliações clínicas conjuntas e discussão de casos. Nesse processo, a participação efetiva dos gestores é determinante para a efetivação do modelo, uma vez que os cuidados compartilhados (matriciamento) envolvem alterações no processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos (MATEUS, 2013).

Os CAPS são peças fundamentais quanto à implementação da política do apoio matricial, principalmente os coordenadores dos serviços que buscam envolver todos os profissionais na discussão da proposta, fazendo com que todos possam participar dos encontros, fóruns e reuniões promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Contudo, por ocupar, dentre os dispositivos de atenção à saúde mental, um lugar estratégico no processo da reforma psiquiátrica, os CAPS assumem um papel

mais ativo na articulação da atenção básica com a saúde mental, atuando como ordenador da rede de cuidados (BEZERRA, 2008).

A proposta da rede de atenção aos sujeitos com sofrimento mental é que ela seja constituída de dispositivos que ultrapassem a organização dos serviços de saúde e contemplem uma articulação de recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais e entre outros. Sendo assim uma rede de atenção constituída neste modelo deve ser organizada a partir de um conjunto de pessoas que se interliguem, possibilitando assim um cuidado integral, de forma a abarcar toda a complexidade que a demanda apresentar (FARIA, 2009).

Dentro desta mesma proposta a efetividade do processo de cuidado se dá a partir da corresponsabilização entre equipe e usuário, incorporando também a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário. O distinto deste dispositivo terapêutico se pauta no compartilhamento de situações vividas e na pactuação integrada das resoluções (PINTO, 2012).

À medida que todos se envolvem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida, seja individual ou coletiva, os resultados são alcançados de modo mais resolutivo. Os familiares e usuários dispõem de iniciativas mútuas juntamente com a equipe que favorecem ao cuidado integral e o acesso ao serviço de saúde. No entanto, o envolvimento partilhado exige a efetiva participação do usuário em seu processo de restabelecimento do equilíbrio (PINTO, 2012).

Desta forma, os serviços de atenção psicossocial devem sair de sua área física delimitada e buscar na sociedade e serviços parcerias para ampliação dos recursos existentes. Buscar articulação com todos os dispositivos e métodos de atenção psicossocial, isto é, com a Rede de Atenção Psicossocial tanto os inseridos na Saúde Mental, quanto os inseridos na rede básica de saúde e também os serviços do âmbito das políticas públicas em geral. As políticas da Atenção Psicossocial devem se estruturar dentro de uma proposta que haja vários locais de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de atividades e atores sociais engajados (AMARANTE, 2007).

Ademais, as estratégias de reabilitação psicossocial buscam promover ações para fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares da RAPS e outras iniciativas fundamentais para a garantia de efetiva participação social e de acesso aos direitos, como o acesso à cultura e à educação.

Este componente é de fundamental importância para a construção de uma nova política de atenção aos sujeitos com sofrimento mental grave adequada para o trabalho, reinserção social, lazer e busca de autonomia. Neste sentido o profissional enfermeiro é uma peça fundamental para a articulação desta Rede de assistência, por ser um membro que responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos usuários inseridos nestes dispositivos.

2.2.4 O profissional Enfermeiro como elemento fundamental para o tecer da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O Paradigma da Atenção Psicossocial se constitui de tentativas surgidas no processo de negação do Paradigma Manicomial, a partir da urgência de se estabelecer uma forma diferente de lidar com a loucura e de uma abordagem mais ampla de cuidado em saúde. É transcorrido por diferentes saberes, implicando em variados referenciais de atendimento, não apenas no que diz respeito à ação técnica, mas também à intervenção no sentido de desconstrução de valores, saberes e poderes, envolvendo múltiplos atores e setores sociais, visando o estabelecimento de um novo contrato com a loucura. Seu modo de operar propõe uma ressignificação dos papéis profissionais, criticando o fechamento das especialidades profissionais em funções cristalizadas e estigmatizantes.

Um marco para a assistência de enfermagem psiquiátrica ocorreu no fim da década de 40, do Século XX, nos Estados Unidos, quando uma enfermeira, Hildegard Peplau, formulou a Teoria das Relações Interpessoais. Para tal, usou como instrumento, a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente. Dentro dessa teoria, Peplau buscou valorizar a singularidade, a reciprocidade e a ajuda mútua entre o enfermeiro e o paciente. Ela preconizava a utilização de um plano para a assistência, que deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando estabelecem relações com o paciente.

Esse foi o primeiro padrão teórico sistematizado para a Enfermagem Psiquiátrica e fez com que a Enfermagem resgatasse explicações sobre a loucura por meio de dois discursos: o psiquiátrico, que é basicamente biologicista, que ainda se faz presentes em alguns serviços, e o psicológico, com ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas, que acontece no final dos anos 60.

Nesse contexto de transformação sociopolítica, o enfermeiro passou a ser reconhecido como elemento fundamental da equipe psiquiátrica e a ser respeitado como profissional. Os anos 70 foram marcados, na Enfermagem Psiquiátrica, pelo relacionamento terapêutico, pois surgiu também nos Estados Unidos, Joice Travelbee, que consagrou a relação de pessoa a pessoa nessa profissão. Seus métodos foram combinações de teorias existencial-humanistas, focalizando a relação do homem como ser existencial, que busca significado na sua vida e sofre com isso (LARAIA, 2001).

Pinho (2007) descreve que a prática da Enfermagem Psiquiátrica baseadas no processo interpessoal, constitui como instrumento do cuidado em saúde que vem sendo utilizados pela enfermagem através das contribuições de Joyce Travelbee e Hildegard Peplau, nas décadas de 50 e 60 do século passado. Segundo elas, a relação de ajuda somente seria possível quando o enfermeiro formasse um elo entre os pacientes a quem presta cuidado e sua realidade objetiva. Assim, cada pessoa teria maior iniciativa no desenvolvimento de habilidades pessoais e uma co-participação de forma ativa nos cuidados prestados pelos profissionais. Essas relações interpessoais são permeadas pela relação enfermeiro-paciente, por meio do poder contratual, da possibilidade de troca e de crescimento.

O processo de busca que permeia a prática da Enfermagem Psiquiátrica implica capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda. E aponta como requisito básico para essa prática a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Com isso, as atividades da Enfermagem devem estar acima da cientificidade técnica. Portanto, o enfermeiro deve usar a autoconscientização e a si mesmo como meio para a relação positiva com o sujeito. Assim, não deve resolver os problemas do sujeito, mas sim trabalhar com ele, buscando encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades profissionais (CAMPOS, 2000).

Desde o início, a prática de Enfermagem Psiquiátrica esteve marcada por um padrão focado dentro de uma perspectiva controladora e repressora, tendo suas atividades realizadas pelos indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade. O cuidar significava a submissão dos internos às barbaridades dos guardas e carcereiros. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram formas de tratamento protocoladas e

geralmente, aplicadas pelo pessoal de “Enfermagem”, que se ocupava do lugar das religiosas (VILELA, 2004).

No século XVIII, o cuidado em enfermagem se dava dentro da lógica do tratamento moral de Pinel. A função terapêutica atribuída às enfermeiras capacitadas, na época, era o de observar e auxiliar o médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas. Todavia, o saber de que se dispunha sobre o alienismo era o do senso comum, ou seja, compreendidos como ameaçadores e, por isso, sujeitos ao isolamento social (VILELA, 2004).

As práticas de enfermagem no interior das instituições asilares e, posteriormente, dos hospitais psiquiátricos constituíam-se de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes. As atividades de manutenção de vida envolviam “práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos, como a insulino-terapia, entre outros”. Com a introdução dos tratamentos somáticos, como a insulino-terapia e outros, foi exigida da Enfermagem uma assistência mais qualificada, fazendo com que sua prática fosse desenvolvida com a utilização de habilidades médica-cirúrgica, conferindo-lhe um caráter científico (VILELA, 2004).

O enfermeiro deveria apresentar as seguintes qualidades para o desempenho das tarefas que lhe eram confiadas: severidade, doçura, coragem, prudência, discrição, caridade, inteligência, capacidade para entender o médico e o doente. Devia, ainda, ser um homem probo, ativo, zeloso, apresentar robustez e força física para o exercício da prática coercitiva aos doentes mentais. Portanto, naquela época os homens eram em maior quantidade na Enfermagem (PAES, 2009).

Com a Proclamação da República (1889), o Estado e o Clero impuseram uma quebra de aliança, o que resultou na saída das irmãs de caridade do poder da direção das Santas Casas de Misericórdia e, conseqüentemente, da assistência aos doentes. Assim, coube a responsabilidade de manutenção do hospício e do hospital ao Estado e a direção para os médicos. Neste mesmo ano, o Hospício Pedro II foi separado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados (MIRANDA, 1994; BELMONTE et al., 1998).

Com a saída das religiosas houve uma crise de pessoal nos hospitais e, principalmente, no hospício, haja vista que neles a quantidade de pacientes era superior à das Santas Casas de Misericórdia.

Essa escola tinha o objetivo de preparar os enfermeiros práticos em profissionais para atuar no hospício e na Santa Casa de Misericórdia. O currículo de formação consistia em adquirir noções práticas de higiene hospitalar, curativos, aplicação de balneoterapias, noções gerais de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias (MAGALHÃES et al., 2004; SOUZA; MOREIRA; PORTO, 2005).

Essa situação fez com que o Governo Provisório da Primeira República, pelo Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, instituísse, nas dependências do Hospício Nacional de Alienados, a primeira escola profissionalizante de Enfermagem no Brasil. Inicialmente, recebeu o nome de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e, a partir de 1904, passou a se chamar Escola Alfredo Pinto, que se mantém até a atualidade.

Isto, porquanto, mesmo recebendo formação, os enfermeiros mantiveram os mesmos conceitos sobre doença e doente mental, conforme o modelo da psiquiatria convencional, pautada na exclusão social e na medicalização dos manicômios, sem haver modificações de comportamento, de concepções e de melhoramento das práticas de cuidado aos doentes mentais (PAES, 2009).

As transformações, na função do enfermeiro psiquiátrico, aconteceram concomitantemente à evolução da assistência prestada dentro das instituições asilares, isto é, acompanharam mudanças ocorridas na prática da medicina e, paralelamente, às tentativas de implantação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento da pessoa com sofrimento psíquico (VILELA, 2004).

Ainda para Vilela (2004), as novas técnicas que possibilitaram as transformações na assistência de Enfermagem, ocorridas entre os anos 30 a 50, para essas autoras, foram: a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psicanálise, os conceitos de psiquiatria dinâmica, preventiva, e democrática italiana. Essas técnicas incorporaram uma assistência na abordagem psicológica e social.

Para tanto, é essencial que os enfermeiros estejam preparados para essa realidade, na qual, além de acolher o usuário devem desenvolver um trabalho com características coletivas e em equipe interdisciplinar na busca da reabilitação psicossocial. No entanto, esta tarefa não é fácil, requer que os profissionais de saúde, entre eles os de enfermagem, revejam suas posturas diante do outro (SOARES, 2011).

Sendo assim, as funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental; na prevenção da enfermidade mental; na ajuda ao sujeito no enfrentar as pressões de ser uma pessoa com sofrimento mental, seus estigmas e paradigmas, na capacidade de assistir ao sujeito, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido na sua vida. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (CASTRO, 2013).

A Atenção Psicossocial é uma nova forma de trabalho na assistência em saúde mental que necessariamente utiliza novos modelos, eclodindo com os saberes e práticas até então instituídos. Para a análise desse novo modelo devem ser consideradas quatro áreas essenciais, como descritas por Tavares (2005), a seguir.

- A primeira diz respeito à criação do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, considerando: o preceito psíquico e sociocultural dos problemas e não meramente biologicista; os impasses e discrepância para designação do novo sujeito; o tratamento da demanda e não dos sintomas e a clínica pautada na escuta.
- A segunda fala de uma dada concepção de organização das relações intra-institucionais, demarcando a necessidade de uma horizontalização das relações, implicando a participação da comunidade, dos usuários e da equipe multiprofissional no processo de tomada de decisão, assegurando uma forma de autogestão e cogestão do trabalho.
- A terceira toca na concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população, em geral, defendem a permeabilidade institucional e a interlocução com diferentes setores e atores sociais, propiciando a singularidade de responsabilidade sobre o Território.
- Finalmente, a quarta fala do conhecimento efetivado dos efeitos de suas ações em moldes terapêuticos e éticos; resgate dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social; implicação subjetiva e

sociocultural como forma de singularização dos cuidados e possibilidade de abrir-se para uma dimensão do saber que transcende o técnico-científico.

Sendo assim, ao pensar na enfermagem e nos pilares que rege a profissão, um deles é a responsabilidade quanto ao fato solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objetivando a assistência mútua entre os indivíduos na diminuição dos agravos e na manutenção da saúde. Sabe-se que o percurso trilhado para alcançar esse pilar da Enfermagem foi e ainda é percorrido, sobre pedras, exigindo força para conviver com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com as dúvidas e incertezas. Doação faz parte desta experiência, e cuidar faz parte da doação e da cientificidade que é esperada nesse caminhar. Nesse contexto, insere-se a Enfermagem Psiquiátrica, que não foge às regras da exploração num percurso ainda mais inacabado (VILELA, 2004).

Neste sentido, os serviços de saúde mental estão envolvidos dentro de processos diferentes, costumam desenvolver atividades terapêuticas peculiares exigindo do enfermeiro mobilidade e capacidade de desenvolver atividades terapêuticas diversas, considerando as necessidades dos usuários e as habilidades dos profissionais para atender os preceitos do modelo assistencial vigente.

Desta forma a prática de Enfermagem na Atenção Psicossocial está em processo de mudanças de um paradigma de internação para a desinstitucionalização, como cita Kirschbaum (2000, p.25):

A observação das práticas de enfermagem empreendidas nos serviços de saúde mental na última década indica que a convivência entre diferentes éticas e modelos de intervenção, ora contraditórias entre si, ora antagônicas, no interior de um mesmo modelo assistencial, é uma das características do contexto que sucedeu a implantação da Reforma Psiquiátrica.

Neste processo de mudanças, o enfermeiro precisa se organizar conforme a demanda do perfil dos usuários, oferecendo a essa clientela tratamento na forma de terapia de grupo, sessão de psicodrama, grupo de acompanhamento ao uso de psicofármacos, grupo de sala de espera, técnicas de relaxamento, meditação e aquecimento com exercício físico. As duas últimas ações objetivamos como vivenciar relações interpessoais em ambiente protegido de grupo, favorecer o autoconhecimento, compartilhar de problemas semelhantes, resgatar a criatividade e a espontaneidade dos usuários, ajudar-lhes para melhor compreender a própria

doença e a entender que existem formas complementares de lidar com ela que, associadas aos medicamentos, podem propiciar mais qualidade de vida e autonomia, e o resgate da cidadania destes sujeitos.

Os enfermeiros que atuam nos serviços substitutivos da Saúde Mental precisam estar inseridos dentro das propostas que rege as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, que é a conjunção de diversos segmentos no território na direção da inclusão econômica, social e civil dos sujeitos com sofrimento mental; orientada tanto para o tratamento, quanto para promoção e prevenção.

2.2.4 A Rede de Atenção Psicossocial de Janaúba/MG

A Saúde Mental no Brasil, nas últimas décadas, passou por um processo histórico marcado por constantes mudanças em relação à atuação do portador de sofrimento mental, que anteriormente esteve subordinado aos manicômios, diretamente conveniados ao Governo Federal.

Estas instituições psiquiátricas originaram-se em nosso país desde o século passado, sob a égide da exclusão que agrava o sofrimento psíquico. Apresentava-se com baixa resolutividade, por promover o isolamento dos pacientes, devido sua longa permanência no meio asilar e o grande número de reinternações que dificultam a reinserção dos usuários em seu seio familiar, em sua comunidade de origem e seus veículos sociais, impondo a necessidade de sua mudança (AMARANTE, 2007).

As últimas décadas têm sido pontuadas por lutas em prol da reestruturação da atenção a saúde mental em nosso país. Conferências, congressos, diretrizes, portarias e programas, tanto em nível federal, quanto nos diversos Estados e Municípios, não medem esforços no sentido de demonstrar que a tarefa de construir uma nova rede de cuidados em saúde mental é justa do ponto de vista ético, institucional, humano e técnico.

O Município de Janaúba/MG, preocupado com a precária assistência ao portador de sofrimento psíquico, buscou engajar-se nesse novo paradigma na perspectiva de construção da cultura antimanicomial, procurando construir alternativas capazes de assistir o usuário com sofrimento mental.

Em Janaúba a assistência ao portador de transtorno mental iniciou suas atividades como Unidade Básica de Saúde Mental no ano de 1997, funcionando no

Centro de Saúde Mental. A unidade de saúde mental foi cadastrada na Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde/MG, que atendia a demanda espontânea. Com a implantação de 20 equipes do PSF aumentou significativamente a demanda. A unidade funcionava de forma insuficiente devido à estrutura não oferecer recursos humanos e físicos adequados ao atendimento (JANAÚBA, 2006).

A equipe técnica era formada por uma psicóloga, uma assistente social e médico clínico geral, sendo as principais atividades oferecidas: atendimento individual (acolhimento, triagem, medicamentos, psicoterapias), em grupos e visitas domiciliares. O usuário com transtorno mental grave, da região norte de Minas Gerais, eram internados na Clínica de Repouso Psiquiátrico Prontamente, da rede particular, com 120 leitos, o Hospital 'Clemente de Faria', da rede pública, com 14 leitos, a Policlínica Especializada Hélio Sales, da rede pública. Também eram encaminhados para alguns hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, tais como: Galba Veloso e Raul Soares. A média de encaminhamentos do ano de 2000 foi aproximadamente de 57 usuários (JANAÚBA, 2006).

Por ser pólo da microrregião que conta com o Programa de Saúde de Família, o município de Janaúba, trabalhando em parcerias com outros programas de saúde, em 2001 realizou pesquisa com objetivo de traçar o perfil epidemiológico da população do município, verificando ser o transtorno mental a segunda enfermidade de maior incidência (JANAÚBA, 2006).

Desta forma, a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, como local de acolhimento do portador de transtorno mental, tem como objetivo evitar o abandono do sujeito que é encontrado nessa região, desprovido de assistência e em condições subumanas. O município se propõe a reestruturar o serviço existente, dentro das leis e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pleiteando recursos ao governo, com objetivo de ser referência em saúde mental da Microrregião da Serra Geral.

Com a reforma psiquiátrica e a aprovação e publicação da Lei 10 216, em abril de 2001, que redirecionou o modelo de atenção à saúde mental, objetivando construir uma rede de cuidados aos portadores de saúde mental grave e persistente, através de consultas técnicas, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde elaborou um projeto técnico do CAPS II (Regional). Entretanto, foi aprovado pelo Ministério da Saúde o CAPS I (Municipal), em dezembro de 2002. Neste

mesmo período foi realizada a reforma do espaço físico, onde funcionava a Unidade Básica de Saúde Mental (Centro de Saúde de Janaúba).

Em 14 de junho de 2003, já instalado o Centro de Atenção Psicossocial, iniciaram-se os primeiros atendimentos como CAPS I, sendo sua equipe interdisciplinar composta por: 01 médico psiquiatra, 01 psicólogo, 01 assistente social, 02 técnicos de enfermagem, 02 monitores de oficina, 01 recepcionista, 01 auxiliar administrativa, 02 serviçais, 01 farmacêutica e três meses depois, 01 enfermeira. Era uma equipe reduzida, mas trabalhava unida, não medindo esforços no sentido de garantir melhorias da assistência e construir a nova rede de atenção ao portador de sofrimento psíquico. Toda a equipe engajada nesta perspectiva atendia em média de 10 a 15 usuários intensivos / mês (JANAÚBA, 2006).

Em 2004 a equipe foi ampliada com a contratação de mais 01 psicólogo, 02 monitores de oficina e mais 01 cozinheira. Até o final do ano haviam 1000 usuários inscritos, uma média de 25 usuários intensivos. Normalizou também o faturamento das APAC. Quanto à medicação do usuário, parte dela é enviada da GRS/MOC, parte da farmácia popular e outros convênios com a Secretaria Municipal de Saúde, que atende grande parte da demanda (JANAÚBA, 2006).

À medida do possível a equipe é capacitada, participando de cursos, seminários e congressos, procurando estar inserida na rede, buscando parcerias, inclusive procurando orientar e capacitar seus principais parceiros, as Unidades de Saúde do PSF (JANAÚBA, 2006).

O CAPS sendo um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, aberto à comunidade do Sistema Único de Saúde – SUS é um lugar de referência e tratamento para as pessoas portadoras de Transtorno Mental Grave e Persistente (psicose, neurose grave) que justifiquem cuidados especializados. Atende 25 usuários intensivos, 50 semi-intensivos e 90 não intensivos, através de atendimentos individuais, grupos oficinas terapêuticas, terapia, medicamentosa, visitas domiciliares, inserindo-os em atividades comunitárias e atendimento à família, parceira importante no tratamento do usuário.

Atualmente existem aproximadamente 2388 usuários cadastrados, sendo atendidos em média mensais, 28 usuários intensivos, 65 semi-intensivos e 90 ou mais usuários não intensivos. Os usuários que procuram o CAPS são atendidos pelos técnicos de plantão, que fazem os acolhimentos e encaminhamentos necessários de acordo com cada caso.

Ultimamente, os familiares estão se conscientizando da importância de sua parceria no tratamento, inclusive no dia 18 de maio/06 foi criada a primeira Associação de Familiares e Usuários de Saúde Mental (AFUSM) de Janaúba.

Atualmente, a equipe conta com um psiquiatra (40 horas), 03 psicólogos (60 horas), 01 assistente social (20 horas), 01 enfermeira (40 horas), 02 técnicos de enfermagem (40 horas, 05 monitores de oficina - 120 horas, 02 recepcionistas - 60 horas, 01 agente administrativa - 40 horas, 02 cozinheiras - 60 horas, 03 serviçais - 90 horas e 01 porteiro - 40 horas.

A partir da implantação do serviço substitutivo – CAPS houve redução considerável das internações psiquiátricas, passando a ter uma média aproximadamente 06 internações por ano (JANAÚBA, 2006).

No ano de 2007, o CAPS iniciou, efetivamente, um trabalho com os dispositivos da rede despertando para a importância deste, e trazendo inúmeras reflexões com relação às questões da rede e aos desdobramentos que a ação intersetorial pode acarretar para determinado caso, e colocar uma reflexão as possibilidades que cada dispositivo pode oferecer para a comunidade.

No ano de 2008 foi implantado o CAPSi como um dispositivo estratégico no campo da Saúde Mental para criança e adolescente, que responde por um modo de intervenção clínica peculiar, que se caracteriza pela territorialidade, acolhimento universal, acessibilidade (porta de rua sempre aberta), escuta e encaminhamento implicado da demanda (agenciamento de outros serviços do território ou absorção, no próprio CAPSi, a partir de critérios definidos).

Em 2011, o CAPSI foi recredenciado passando da modalidade de CAPSI para CAPS II.

No ano de 2011 começaram a funcionar dois serviços importantes para a construção da Rede de Atenção Psicossocial, a saber, o Consultório na Rua e a Unidade de Acolhimento Transitório infanto-juvenil.

O primeiro um serviço instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

O segundo é um serviço I, de caráter transitório, que visa oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (Portaria 121 de 2012, art. 2º & 1º). Um dispositivo estratégico no campo da Saúde Mental e da Política Nacional de Drogas e Redução de Danos que responde por um modo de intervenção clínica singular, caracterizada pela territorialidade, acolhimento universal, acessibilidade, escuta e encaminhamento implicado da demanda.

Em 2014 foi implantado o CAPS ad, como local de acolhimento dos usuários, empenhará na construção e desenvolvimento de ações, que irão ao encontro das necessidades tanto dos usuários, quanto de suas famílias e comunidade. Nessa direção, preenche a enorme lacuna existente no que tange aos cuidados e tratamento desse público alvo, de acordo com as portarias do Ministério da Saúde. E neste mesmo ano, foram implantados 6 leitos psiquiátricos no Hospital Regional que é referência pra toda microrregião.

Dentro da proposta da construção da Rede de Atenção Psicossocial há no município de Janaúba/MG a ocorrência de encontros mensais com essa rede e com toda microrregião Janaúba - Monte Azul, para discussão e construção de casos clínicos, estudos com a supervisão clínico-institucional, buscando assim uma rede de cuidados que seja consolidada em um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com sofrimento mental pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, e superação do modelo asilar e garantia dos direitos civis destes sujeitos. Neste sentido prioriza ações que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, na perspectiva de garantir os direitos com a promoção da autonomia e o exercício da cidadania, buscando a reinserção destes sujeitos na sociedade (AMARANTE, 2007).

Sendo assim, esta pesquisa visa abordar o trabalho em rede: os desafios da atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental no município de Janaúba-MG, sob à ótica do profissional enfermeiro, explorando como enxergam este trabalho e se as políticas de saúde mental estão inseridas nesta rede de assistência.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Segundo Tobar (2001), a pesquisa descritiva é aquela que coloca em evidência traços de determinada população em determinado fenômeno. Também pode estabelecer reciprocidade entre variáveis e não tem compromisso de explicar fenômenos que descreve.

A pesquisa pode ser considerada exploratória, de acordo com Gil (2010), quando tem como propósito uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Seu modo de planejar é mais flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

A pesquisa é a atividade básica das Ciências na construção da realidade, pois é ela que alimenta o ensino e nos coloca frente à realidade atual, vinculando pensamento e ação, ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004).

Corroborar-se com a autora supracitada, na medida em que o que nos instiga e serve como mola propulsora para a realização de uma pesquisa, parte daquilo que vivenciamos e nos inquieta, e leva-nos à investigação, à busca de respostas, revelações e descobertas. Mesmo ancorados num referencial teórico, sabemos que cada situação é própria daquele espaço, num determinado tempo.

Por isso, opta-se pela proposta metodológica com abordagem qualitativa, para responder ao objetivo desta pesquisa, que pretende compreender se ocorre o papel articulador com a rede na assistência ao portador de sofrimento mental.

Outro ponto fundamental na pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2006), é que trabalha com a relação da realidade, com o objeto de estudo, com o mundo das significações, motivos, aspirações e crenças, valores e atitudes que caracteriza um espaço mais profundo das relações. Ocorre de maneira mais flexível e desestruturada e aplica mais procedimentos indutivos do que dedutivos.

Nesta pesquisa buscou-se levantar e analisar o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba-MG, à luz

dos profissionais enfermeiros. A escolha pela abordagem qualitativa e do tipo estudo, revelou-se como a maneira adequada de extrair da realidade uma forma apropriada de compreender quanto à questão-problema deste estudo.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Janaúba/MG. Sua população estimada em 2013 era de 67.581 habitantes. Às margens do rio Gorutuba, que divide os municípios de Nova Porteirinha e Riacho dos Machados, tem como atividades principais a agricultura, pecuária e serviços (comércio). A microrregião de Janaúba é uma das microrregiões do Estado brasileiro de Minas Gerais pertencente a microrregião do Norte de Minas. Sua população foi estimada em 2013 pelo IBGE em 291.530 habitantes e está dividida em treze municípios. Possui uma área de 15.155,227 Km² (JANAÚBA, 2006).

Em Janaúba, a assistência ao portador de transtorno mental iniciou suas atividades como Unidade Básica de Saúde Mental no ano de 1997, funcionando no Centro de Saúde Central. A unidade de saúde Mental foi cadastrada na Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde/MG e atendia a demanda espontânea (JANAÚBA, 2006).

Em 2001, com a implantação de 12 equipes do PSF no município, a demanda de atendimento em saúde mental aumentou significativamente. A Unidade Básica de Saúde Mental funcionava de forma insuficiente, pois não possuía recursos humanos e físicos adequados para o atendimento. A equipe técnica era formada por uma psicóloga, um assistente social e médico clínico geral, sendo as principais atividades oferecidas: atendimentos em grupos, visitas domiciliares e atendimentos individuais (acolhimento, triagem, medicamentos, psicoterapias) (JANAÚBA, 2006).

O usuário, portador de transtorno mental grave, em crise aguda e de urgência, era encaminhado para internação em hospitais psiquiátricos da cidade de Montes Claros – Clínica de Repouso Psiquiátrico Prontamente, da rede particular, com 120 leitos; para o Hospital “Clemente Farias” da rede pública com 14 leitos; para a Policlínica Especializada Hélio Sales da rede pública, também era encaminhada para alguns hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, tais como Galba Veloso e Raul Soares. A média de encaminhamentos do ano de 2000 foram aproximadamente 57 usuários (JANAÚBA, 2006).

Como já citado, o Município de Janaúba é pólo da microrregião que conta com o Programa de Saúde da Família PSF, trabalhando em parcerias com outros programas de saúde, em 2001, e realizou pesquisa com objetivo de traçar o perfil epidemiológico da população do município, verificando que o transtorno mental era a segunda enfermidade de maior frequência (JANAÚBA, 2006).

Desta forma, a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, como local de acolhimento do portador de transtorno mental, tem como objetivo evitar o abandono do sujeito que comumente é encontrado nessa região, desprovido de assistência e em condições sub-humanas. O município se propõe a reestruturar o serviço existente, dentro das leis e normas estabelecidas pelo o Ministério da Saúde, pleiteando recursos ao governo, com objetivo de ser referência em saúde mental da microrregião da serra geral.

Com a reforma psiquiátrica e a aprovação e publicação da Lei 10 216, em abril de 2001 foi elaborado um projeto técnico do CAPS II (Regional), entretanto, foi aprovado pelo Ministério da Saúde o CAPS I (Municipal), em dezembro de 2002. Neste mesmo período foi realizada a reforma do espaço físico, onde funcionava a Unidade Básica de Saúde Mental (Centro de Saúde de Janaúba) (JANAÚBA, 2006).

Em 14 de junho de 2003, já instalada o Centro de Atenção Psicossocial, iniciaram-se os primeiros atendimentos como CAPS I, sendo sua equipe interdisciplinar composta por 01 médico psiquiatra, 01 psicólogo, 01 assistente social, 02 técnicos de enfermagem, 02 monitores de oficina, 01 recepcionista, 01 auxiliar administrativa, 02 serviçais, 01 farmacêutica e três meses depois 01 enfermeira. Era uma equipe reduzida, mas não mediu esforços no sentido de garantir melhorias da assistência e construir a nova rede de atenção ao portador de sofrimento psíquico. Toda equipe engajada nesta perspectiva atendia em média de 10 a 15 usuários intensivos/mês (JANAÚBA, 2006).

Em 2004, a equipe foi ampliada com contratação de mais 01 psicólogo, 02 monitores de oficina e mais 01 cozinheira. Até o final do ano haviam 1000 usuários escritos, uma média de 25 usuários intensivos, normalizou também, o faturamento das APACS.

Quanto à medicação do usuário, parte dela é enviada da GRS/MOC, parte da farmácia popular e outros convênios com a Secretaria Municipal de Saúde, que atende grande parte da demanda. A equipe participa de cursos, seminários e congressos, procurando estar inserida na rede, buscando parcerias, inclusive

procurando orientar e capacitar seus principais parceiros, as Unidades de Saúde do PSF.

O CAPS sendo um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, aberto à comunidade do Sistema Único de Saúde – SUS tornou-se lugar de referência e tratamento para as pessoas portadoras de Transtorno Mental Grave e Persistente (BRASIL, 2004). Atendia 25 usuários intensivos, 50 semi-intensivos e 90 não intensivos, através de atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, assembleias com usuários e familiares, terapia medicamentosa, visitas domiciliares e ações junto à família, inserindo-os em atividades comunitárias, parceria importante no tratamento do usuário (JANAÚBA, 2006). Sendo que em 2012, o CAPSI passa para CAPSII.

Atualmente, existem aproximadamente 2388 usuários cadastrados, sendo em média 28 usuários intensivos, 65 semi-intensivos e 90 ou mais usuários não intensivos. Os usuários que procuram o CAPSII são atendidos pelos técnicos de plantão, que fazem os acolhimentos e encaminhamentos necessários de acordo com cada caso.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população considerada nesta pesquisa são todos os enfermeiros que atuam diretamente com a clínica inserida na Rede de Atenção Psicossocial do município de Janaúba-MG.

Os critérios de inclusão compreenderam a concordância dos participantes de nível superior (enfermeiros) em participar do estudo e estar envolvido na clínica da Rede de Atenção Psicossocial do município de Janaúba/MG, além de acordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a ciência dos objetivos do estudo, em questão.

Os critérios de exclusão incluíram os participantes que não possuem formação de nível superior (enfermeiros), aqueles profissionais que não estiverem envolvidos com a clínica da Rede de Atenção Psicossocial e que não concordarem em participar do estudo. Ainda serão excluídos do estudo os participantes que por algum motivo, não estiverem presentes no dia da aplicação do instrumento de pesquisa.

Os critérios de descontinuidade consideraram os sujeitos da Rede de Atenção Psicossocial que não responderam todas as perguntas do instrumento da pesquisa, ou então, por algum motivo, não preencheram parte do instrumento.

Aplicados os critérios supracitados, o estudo contou com 06 enfermeiros participantes, que são os que compõem a Rede de atenção Psicossocial.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Para dimensionar os desafios da rede de atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental grave foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, que possibilitou à pesquisadora aproximar-se dos objetivos propostos com fidedignidade.

Após o consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa (APÊNDICE A), as entrevistas foram gravadas na íntegra e em seguida, transcritas e analisadas.

As entrevistas semiestruturadas, realizadas com os profissionais enfermeiros envolvidos com a clínica psicossocial, seguiram um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE B). O roteiro abordou informações relacionadas à temática do estudo, sendo subsidiado pela literatura estudada, pelos pressupostos teóricos e pelos objetivos a serem alcançados.

Após a elaboração do instrumento (didático/conteúdo) por meio de questões norteadoras para a execução da pesquisa, o mesmo foi encaminhado para profissionais *expert* na área da Atenção Psicossocial para validação, e em seguida houve a devolutiva do instrumento validado, sem acréscimos ao documento proposto inicialmente.

Foi subdividido, inicialmente, em dados de identificação e caracterização dos participantes possuindo, em seguida, questionamentos acerca da problemática estudada.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta de dados, em trabalhos de campo. Podem ser estruturadas, semi-estruturadas e não estruturadas, de acordo com Minayo (2008). Avaliando os objetivos da pesquisa e a sua natureza, escolhemos a entrevista semi-estruturada, por esta apresentar aspectos importantes

para a coleta de dados, como oferecer possibilidades de aprofundamento das falas dos sujeitos acompanhados de seus sistemas de valores, normas, símbolos, comportamentos, peculiares a cada pesquisado.

3.4.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Primeiramente foi realizado contato com o Secretário de Saúde do município de Janaúba-MG, bem como a Coordenadora Municipal de Saúde Mental do referido município. Nesse momento, foi solicitada a autorização de ambas para o desenvolvimento do estudo (Apêndices C e D), mediante a apresentação e exposição dos objetivos do projeto. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (Apêndice E) e aprovado sob protocolo n nº 1.385.481 (Anexo 1). Posteriormente, foi marcada uma reunião com a Coordenadora Municipal de Saúde Mental, para que agende as datas e horários da coleta de dados, com a população-alvo da pesquisa. Esta foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

As entrevistas foram gravadas mediante o consentimento dos mesmos, em seus locais de trabalho e horários, anteriormente agendados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para apresentação dos dados relacionados à entrevista, optou-se pela representação de tabelas e/ou gráficos, considerando os resultados de dados sociodemográficos.

A interpretação dos dados qualitativos consistiu na fase principal desta pesquisa, pois foi nesta etapa que os entrevistados contribuíram para a realização da investigação, a partir de suas falas, de sua subjetividade, de suas histórias como atores sociais - inseridos na Rede de Atenção Psicossocial e os desafios na assistência ao portador de sofrimento mental, considerando as questões referentes ao tema.

Após a entrevista as falas foram transcritas na íntegra, utilizando os critérios de exaltação de conteúdos semelhantes. Estes conteúdos foram lidos de forma exaustiva na busca de analisar os conteúdos das falas.

Minayo (2003, p. 74) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

(...) o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que para o efetivo “caminhar neste processo”, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo, “o pano de fundo” no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados (PUGLISI; FRANCO, 2005, p. 24).

Operacionalmente, a Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema.

Para Oliveira (2008), a constituição do *corpus* é a tarefa que diz respeito à constituição do universo estudado, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa, como: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento somente poderá estar em apenas uma categoria), a objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetivos do estudo). Ainda na pré-análise, o pesquisador procede à formulação e reformulação de hipóteses, que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais. Enfim, na última tarefa da pré-análise, elabora-se os indicadores que fundamentarão a interpretação final (OLIVEIRA, 2008).

Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização, para Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

A Análise Temática tradicional trabalha inicialmente esta fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas,

personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise. Posteriormente, o pesquisador escolhe as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 1977). A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (MINAYO, 2007).

No estudo, este tipo de análise possibilitou a identificação de sete categorias empíricas reveladas pelos enfermeiros do estudo, possibilitando uma aproximação com o fenômeno em estudo. Essas categorias são recortes para auxiliar a análise do trabalho, por meio da interlocução com o referencial teórico da pesquisa.

Para Minayo (2007), o pesquisador deve, nesse momento, buscar as inter-relações e interconexões entre as categorias empíricas e a parte teórica, buscando o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Promove assim, um movimento circular que se inicia do concreto ao abstrato, buscando as riquezas dos aspectos particulares e gerais.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, respeitando os princípios éticos, foi preservada a confidencialidade no estudo. A pesquisa somente teve início após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 2) e da Coordenadora Municipal de Saúde Mental do município de Janaúba (Anexo 2), seguida da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNAERP (Anexo 1), após solicitação a esse órgão (Apêndice E). Ainda considerou-se a aquiescência dos enfermeiros e a assinatura do TCLE.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente será suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos participantes da pesquisa ou diante de outro estudo que tenha os mesmos propósitos e, por fim, apresente superioridade metodológica. As situações

pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados resultantes da aplicação do instrumento da presente. Inicialmente apresentamos a caracterização sociodemográfica e profissional sobre a experiência dos profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Psicossocial do município de Janaúba-MG que participaram do estudo, seguida da apresentação e discussão das categorias levantadas a partir das entrevistas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo, verificamos que algumas características abordadas são importantes no que tange à contribuição da análise e discussão das demais informações referentes ao tema, visto que os estudos das representações sociais direcionam comunicações para a construção coletiva dos atores sociais, a partir do contexto social vivido.

O estudo contou com a participação de seis (06) profissionais enfermeiros da Atenção Psicossocial, representados em igual proporção de gêneros, sendo 3 (50%) do sexo feminino e 3 (50%) são do sexo masculino.

Estes dados nos remetem a pensar quanto à existência do homem na profissão enfermagem. Quando se analisa a história, através dos séculos, é possível encontrar dados que contradizem o mito que a categoria é formada apenas por mulheres, pois o campo da saúde tem sido dominado pelos homens ao longo da maior parte da história da humanidade. É evidente uma estreita relação do surgimento do homem no cenário da enfermagem com as guerras, na Roma e Grécia antigas, e a vida religiosa, com os monges (PADILHA, 2006).

Assim, o homem aparece na enfermagem em decorrência da grande influência das ordens religiosas e militares, pela necessidade da força física e sua dependência para o trabalho, além da influência da vertente cultural identificada pela separação de doentes por sexo. Esse último fato determinou o aparecimento desse profissional para tratar dos doentes do mesmo sexo, uma vez que esses cuidados

eram considerados impossíveis "de serem prestados" por religiosas (PADILHA, 2006).

Acresce-se, ainda, que os achados do presente estudo vão ao encontro da literatura disponível sobre o tema, ratificando a pequena presença quantitativa do homem, sua grande contribuição, o preconceito, a autorização social e o estigma relativo ao profissional de enfermagem do gênero masculino de uma profissão reputada como feminina. Essa predominância relaciona-se com a história da enfermagem nos hospícios brasileiros do século passado, visto que houve a inversão da ordem da feminização da profissão devido à necessidade de força física para o controle dos pacientes. Tal situação ocorria porque medidas terapêuticas como vigilância e punição eram tarefas fundamentais da enfermagem (VITORINO, 2012).

Os enfermeiros da saúde mental possuem idades variando entre 29 a 51 anos, como descritas nas faixas etárias presentes na Tabela 2, onde optamos por 03 intervalos de classe.

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros da saúde mental quanto à idade. Janaúba/MG, 2016.

Idade	Frequência	Percentual
25 a 35 anos	3	50%
36 a 45 anos	2	40%
≥45 anos	1	10%
Total	6	100%

Fonte: Autora.

A faixa etária de maior frequência apresentada foi de idades entre 25 a 35 anos, 3 (50%) enfermeiros, confirmando que a maioria dos profissionais são adultos jovens (CAVALCANTI, 2014).

No que concerne ao tempo de atuação profissional na Rede de Atenção Psicossocial, os resultados ao questionamento estão delineados na Tabela 3.

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros (50%) tem tempo de atuação na área de Saúde Mental entre dois e cinco anos. Este achado sugere que os enfermeiros ainda possuem escassa experiência na assistência em saúde mental.

Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros da saúde mental quanto ao tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial. Janaúba/MG, 2016.

Tempo de Atuação	Frequência	Percentual
1 a 23 meses	2	40%
2 anos a 5 anos	3	50%
Mais de 5 anos	1	10%
Total	6	100%

Fonte: Autora.

O fato pode representar maior vínculo e proximidade do enfermeiro com a política de atendimento naquele serviço, o que pode resultar em melhores condições de trabalho e de assistência ao usuário.

Este achado sugere que os enfermeiros da Saúde Mental tenham pouca ou nenhuma experiência na assistência psiquiátrica em outros serviços, além do atual. Tal fato pode representar maior laço e proximidade do enfermeiro com a política de atendimento naquele serviço, o que pode resultar em melhores condições de trabalho e de assistência ao usuário (ESPERIDIÃO, 2011).

Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa realizada em uma Região da Macrorregião do Noroeste de Minas onde aponta que mais da metade dos profissionais que atuavam no CAPS trabalhavam na instituição há menos de quatro anos (CUNHA, 2011).

Em relação em qual dispositivo da RAPS os enfermeiros atuam na Saúde Mental, foram agrupados em quatro serviços distintos, conforme Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros da saúde mental quanto ao serviço da RAPS que atuam. Janaúba/MG, 2016.

Serviços da RAPS	Frequência	Percentual
CAPSII	2	40%
CAPSi	2	40%
CAPS AD	1	10%
UAI	1	10%
Total	6	100%

Fonte: Autora.

Encontramos maior contingente de profissionais enfermeiros (04) 80% nos CAPSII e CAPSi. Esse resultado pode ser devido ao maior tempo de implantação destes dois dispositivos na saúde mental, o que exige demanda maior de cuidados de enfermagem aos usuários.

Em 2003 foi criado o CAPS no município, como local de acolhimento ao portador de sofrimento mental e seus familiares, enfatizando que no momento do surto psicótico os familiares precisam de ajuda para entender o que está acontecendo com o seu ente, pois muitas das vezes alguns familiares se culpabilizam pela enfermidade. E no momento da crise, os portadores do sofrimento precisam ser acolhidos junto com os familiares para tentar entender todo o processo do adoecimento mental e encontrar saídas (JANAÚBA, 2006).

Com a implantação do CAPS em Janaúba-MG empenhou-se em construir uma estrutura física adequada à prática intensiva diária, exercida por uma equipe multidisciplinar comprometida neste processo de transformação, no sentido de evitar o abandono do sujeito que comumente é encontrado nessa região, desprovido de assistência, recluso em seu domicílio - muitas vezes constituindo uma verdadeira situação de cárcere privado e condições indignas (JANAÚBA, 2006).

Em 17 de Julho de 2007, o CAPSi Raio de Sol foi inaugurado, contando com o apoio da gestão pública e comunidade. A partir desse dispositivo, instaura-se uma nova forma de assistência ao portador de transtorno mental, onde os profissionais envolvidos vêm procurando, na ética de sua prática, estabelecer critérios que sistematizem as suas atividades no CAPSi, propiciando trocas de experiências significativas entre os funcionários, favorecendo laços sociais nas particularidades de cada clínica (JANAÚBA, 2006).

No que se refere à jornada de trabalho dos enfermeiros 05 (90%) cumprem regime de trabalho de 40 horas e apenas 01 (10%) trabalha por 30h semanais.

Jornada de trabalho é o tempo em que o empregado permanece à disposição do empregador. O enfermeiro desenvolve processos de trabalho singulares que exige a realização de turnos ininterruptos de revezamento, plantões de final de semana, noturnos e feriados. Ribeiro (2002) e Carrion (2000) mencionam que a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabelece uma jornada máxima de oito horas diárias e de quarenta e quatro horas semanais de trabalho. Na enfermagem, a carga horária semanal de trabalho varia de trinta a quarenta horas semanais, sendo mais comum a jornada de trinta e seis horas/semana. As jornadas diárias de

trabalho variam de seis, oito e doze por trinta e seis horas, ou ainda, jornadas de quatro dias de seis horas e um dia de doze horas, conforme o contrato de trabalho.

Ao serem questionados quanto à participação de algum treinamento introdutório para estarem atuando nos dispositivos da Atenção Psicossocial, 04 (80%) disseram não ter participado e 20% (2) que tiveram capacitação para iniciar suas atividades. Um dos entrevistados cita: *“A enfermeira do serviço ministrou um treinamento e capacitação”*(Sujeito 1) e o outro aponta o seguinte: *“estudo introdutório para atuação no Consultório na Rua”* (Sujeito 6).

Este dado se faz relevante, pois o conhecimento que o enfermeiro adquire para sua prática profissional, em grande parte, diz respeito à reprodução dos saberes vigentes no cotidiano manicomial com muitos poderes disciplinares e amparados pelo discurso hegemônico do médico. Sabe-se que esse saber necessita ser ampliado no novo contexto, pois o relacionamento terapêutico e a escuta ampliada foram incluídos no cenário de suas atividades e o enfermeiro passa a ter um papel reconhecido como agente terapêutico. Essa nova atribuí condição é resultante, especialmente, de sua possibilidade de interferir nas relações interpessoais, de mudar favoravelmente o ambiente e de aconselhar as interações em grupo (SILVEIRA, 2013).

No tocante à área de saúde mental, 5 (90%) dos enfermeiros referiram já terem participado de encontros, simpósios, oficinas, entre outros, sobre a questão da saúde mental. Em contrapartida, 1 (10%) mencionou nunca ter participado de evento ou capacitação na área.

Ressalta-se a importância de qualificar os profissionais da Saúde Mental continuamente, colocando em prática a educação permanente no âmbito das políticas de Saúde Mental e a atuação do profissional enfermeiro dentro destes dispositivos, com base na atenção psicossocial. Assim, é possível acompanharem a mudança de paradigma da atenção à saúde mental, e possibilitar uma aprendizagem significativa, aproximando da prática destes profissionais as discussões e embasamento necessários para o cuidado à saúde mental.

No novo modelo do fazer em saúde mental, a estratégia de educação permanente tem como desafio firmar a reforma psiquiátrica. Para o alcance deste desafio, os clássicos programas de educação continuada, designados apenas a informar os profissionais sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, devem ser trocado por programas mais amplos de educação permanente que visem

articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde. Deste modo, a formação do enfermeiro passa a exigir programas interdisciplinares de ensino que possibilitem análises mais integradas dos problemas de saúde (TAVARES, 2006).

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre ao ouvirem falar em RAPS, o que deriva para eles e convidados a lançarem três palavras que fizessem alusão a ela. Nesse contexto, 3 (50%) citaram Rede, escuta e olhar diferenciado e os outros 3 (50%) referiram palavras como equipe, comprometimento, entre outras.

Isso se torna relevante, pois é a partir da escuta que há o fortalecimento do vínculo entre sujeito e profissional que atende, e através dela se cria um olhar individualizado para cada caso, na medida em que valoriza e permite a manifestação do sofrimento, das fragilidades, das dúvidas e dos afetos. Também produz alívio e a sensação de resolutividade diante do que é apresentado, atos essenciais no trabalho em saúde, particularmente em saúde mental, quando se dá voz ao sofrimento do outro, propondo-se a auxiliá-lo na busca da resolução de sua dificuldade (MAYNART, 2014).

O vínculo pode consolidar uma relação comprometida entre a equipe, usuário e família, favorecendo um convívio que deve ser aberto e responsável. Sendo assim, o estabelecimento de vínculos vai auxiliar a parceria, pois através da convivência teremos um elo mais humano, mais singular que vai buscar um atendimento melhor. Uma assistência que se aproxime das necessidades dos usuários e famílias, executando um trabalho pautado numa equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais (RIBEIRO, 2010).

Dentro que é proposto na RAPS, a Política Nacional de Saúde Mental busca estabelecer uma estratégia de atenção aberta e de base comunitária. A proposta é garantir o acesso livre na circulação dos sujeitos com sofrimento psíquico pelos dispositivos, pela comunidade e pela cidade.

4.2 ANALISANDO O DISCURSO

As narrativas dos colaboradores foram agrupadas em sete categorias temáticas: 1) Trabalhar na Saúde Mental; 2) Articulação entre os serviços; 3)

Acolhimento e Escuta; 4) Discutir casos; 5) Cada caso é um caso; 6) Cuidado e 7) Supervisor Clínico- Estudo.

4.2.1 Categoria 1 - O trabalho em Saúde Mental

A análise dos dados permitiu evidenciar que trabalhar na saúde mental, sob a ótica do enfermeiro, classifica-se como um trabalho gratificante, e que todos têm um carinho e um cuidado significativo pelos usuários que são atendidos nos dispositivos da Atenção Psicossocial, como seguem nos trechos dos discursos dos participantes.

“Ué significa trabalhar na Saúde Mental é uma satisfação imensa estar cuidando e tratando das pessoas que tem um transtorno mental.”(EV).

“É muito gratificante, trabalhar na Saúde Mental porque você lida com pessoas que tem alguma necessidade grave ou até mesmo leve que precisa de um apoio, e de uma atenção maior, que faça com que esse paciente se estabilize e estabilize e crie um vínculo com um profissional pra que ele possa estar diminuindo esse agravo e a necessidade a que ele precise.”(E IV).

“Enquanto enfermeira no serviço, além de atuar na assistência, gestão e acolhimento. É muito gratificante ver a evolução e considerável melhora do paciente.”(E I).

O cuidado de enfermagem ao sujeito com sofrimento mental no Brasil vem, ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender às propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica. Nessa direção, exige dos profissionais de saúde uma prática contrária àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento moral, voltada para a contenção física medicalização da loucura (ALMEIDA FILHO, 2009).

Para exercício das novas práticas é necessário um conhecimento inovador e reflexivo que capacite os profissionais a fazerem descobertas competentes no seu objeto de trabalho. Neste sentido, é importante pensar o cuidar a partir da atenção psicossocial. O conceito de atenção dá ao enfermeiro uma dimensão do tipo de cuidado que busca proporcionar ao sujeito: um cuidado não no sentido caritativo e tutelado e com a conotação de dever e obrigação que ainda persiste, um cuidado que não visa apenas abolir os sintomas, mas, sim, que busca o desafio de criar espaços de acolhimento e escuta para as pessoas em sofrimento psíquico (ALMEIDA FILHO, 2009).

4.2.2 Categoria 2 - Articulação entre os serviços

Essas várias instâncias de tratamento exigem fluxograma e articulação das informações e pessoas, sobretudo, pela referência e contrarreferência. No entanto, as falas dos entrevistados apontaram que o sistema de referência e contrarreferência não era efetivo. Ocorria limitada articulação das informações, dificuldade em buscar os serviços que compõem esta rede, de maneira que os profissionais muitas vezes desconheciam a existência dos serviços da rede de assistência ou não tinham informações claras sobre a função dos serviços.

“O desafio maior é a articulação entre a saúde mental com a saúde básica. Porque o pessoal da Saúde Básica não tem entendimento que nós temos enquanto saúde mental.” (E VI).

“Em estar em busca de outros serviços, porque geralmente o serviço vem aqui a gente está em prontidão em ajudar, mais geralmente não faz o que eles geralmente combinam com a gente, por exemplo, esse é o principal problema em buscar o CRAS, CREASS, acho que é o principal desafio.” (E III).

“O maior desafio que a Rede funcione de forma integral e que o serviço tende a resolver todas as questões do paciente em toda rede de atenção primária, secundária, terciária” (E IV).

O Modelo de Referência e Contrarreferência é o modo de organização dos dispositivos configurados em redes sustentadas por critérios, vicissitudes e mecanismos de pactuação de funcionamento, para garantir a atenção integral aos usuários. No entendimento de rede, deve-se reafirmar a perspectiva da lógica, que legitima a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reafirmando a sua concepção central de suscitar e assegurar vínculos em diferentes níveis de atenção: intraequipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2011).

Atualmente, a concepção de saúde tem passado por alterações significativas onde se enfatiza o cuidado integral a partir da avaliação dos aspectos biopsicossocioculturais e religiosos que permeiam a existência dos sujeitos. Sendo assim, a saúde é entendida em articulação com os determinantes sociais, necessitando do envolvimento de vários atores sociais para a condução adequada das demandas e dos casos clínicos.

Nesse contexto supracitado, os serviços de saúde devem se organizar a fim de oferecer respostas, perante a procura da clientela. Assim, considerar práticas de

atenção em saúde mental na rede de assistência à saúde representa a verossimilhança de aplicação no alcance dos princípios da promoção da saúde e da Reforma Psiquiátrica, salientando a possibilidade de assistência integral e a inclusão dos sujeitos em sofrimento mental numa rede ampla de atenção (MARTINS, 2009).

4.2.3 Categoria 3 - Acolhimento e Escuta

Nesta categoria foi trabalhada a lógica do atendimento do enfermeiro em Saúde Mental e sua conduta frente a um caso onde o sujeito tenha um sofrimento psíquico. Dentre os discursos analisados foi possível perceber que quanto à assistência na lógica do acolhimento, utilizam a vertente da Reforma Psiquiátrica que busca superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizadoras em relação à “loucura”. Para tanto, visa implantar estratégias de cuidados: territoriais e integrais ancorados em novos saberes e valores culturais. Neste sentido, o acolhimento se faz presente, pois ao acolher o sujeito que se comporta de forma diferente e até mesmo bizarra, tenta compreender todo seu processo do sofrimento, tenta buscar com ele um pouco da realidade do seu cotidiano e interagir; ações que podem possibilitar alternativas de expressão da sua produção psíquica, fundamental na construção de um novo olhar em Saúde Mental.

“Minha conduta primeiramente é o acolhimento, depois eu faço a escuta, deixo o paciente livre para estar falando, fazer essa articulação com ele, a partir daí eu vou descobrir pra onde vou mandar, para outro serviço onde será acolhido.” (E VI).

“Fazer o acolhimento, a escuta, ver o que o caso demanda, discutir com a equipe e se fizer necessário fazer a contra-referência para a Rede Pública de Saúde.” (E I).

“A gente acolhe, faz a escuta e quando não é da saúde mental a gente escuta e direciona o caso no departamento adequado, no caso responsável.” (E V).

Nessa perspectiva, além de acolher o sujeito buscando sua história de vida pautada em seu contexto psicossocial, político, cultural e religioso, a Enfermagem oferece uma intervenção terapêutica, pois oferta o acolhimento, a escuta ampliada e intervir por meio de instrumentos e ações que possibilitam reabilitar. Com isso, busca a construção de uma melhor qualidade de vida e, sendo assim, o acolhimento é a possibilidade de um olhar diferenciado para o processo de produção de vínculo

entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde (VILELA, 2004).

A escuta é uma das ferramentas disponíveis no cotidiano da Saúde Mental, onde os profissionais utilizam dela, num primeiro momento, acolhendo toda queixa ou demanda do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Também é preciso guiá-lo para a reconstrução de sua saúde mental, respeitando os motivos que levaram ao seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com sua rede de amigos, entes e desafetos.

Sendo assim, quando os entrevistados foram questionados quanto à identificação das demandas de Saúde Mental da população atendida, a escuta aparece em todos os discursos, como se pode constatar a seguir:

“Através do acolhimento e através da escuta, a partir daí que vou perceber a necessidade desse paciente.” (E VI).

“A partir das discussões de casos com a Rede, nos acolhimentos dentro do serviço e da própria escuta com o paciente.” (E II).

“Ué a gente vai fazer a escuta e vai ver quais as necessidades adequadas para o seu tratamento adequado”. (E V).

A escuta terapêutica é uma ferramenta que todo profissional deveria utilizá-la, mais infelizmente ainda é pouco efetivada pela maioria dos profissionais que atuam na saúde mental, seja por escolha particular ou por desconhecimento acerca da sua operacionalização, no seu atuar enquanto profissional. Para os enfermeiros, isso ocorre devido ao formato dos serviços prevalecendo a preocupação com o tempo de duração dos atendimentos e a redução do atendimento ao fornecimento da prescrição médica para obtenção dos psicofármacos, sendo uma assistência que se configura no modelo hospitalocêntrico. Mas, para a construção da Reforma Psiquiátrica tão idealizada por anos afincando a escuta é uma ferramenta que lida com a dimensão subjetiva do adoecer psíquico (LIMA, 2015).

Essa escuta implica que se ponha o sujeito em posição ativa e diretamente responsável por sua posição e gozo. Ao fazer parte de um processo de sofrimento psíquico, o sujeito deve ser alvo de uma escuta viva, onde haja a elaboração de um discurso no qual sejam evidenciados significantes e, a partir destes, produzir novos significados.

4.2.4 Categoria 4 - Discussão de casos

A lógica da discussão de casos na Saúde Mental propõe a investigação das causas, as formas de apresentação e a intensidade dos sintomas, enfocando as manifestações fenomenológicas apresentadas pelo sujeito, para direcioná-lo ao profissional disponível na equipe ou para referenciá-lo a outro serviço. Não são incomuns, nos dispositivos em Saúde Mental, casos que nos confrontam com os dispositivos tradicionais de tratamento pautados no discurso hegemônico médico, que se colocam no lugar soberano de saber onde não consideram o saber do sujeito, o que têm a dizer acerca do seu adoecimento e de sua história.

Viganó (1999) reforçava que tal postura revela uma: “construção baseada num saber outro que não o do paciente, e que aponta para o manejo institucional.” (VIGANÓ, 1999 apud ANDRADE, 2005). O objetivo é eliminar os sintomas da doença, buscando aproximar o sujeito da normalidade e dando um encaminhamento ao caso, isso é retratado nas falas que serão expostas a seguir:

“Acolher fazer escuta e discutir o caso com o médico.” (E IV).

“A primeira coisa que a gente faz é a escuta, da escuta a gente tenta solucionar o caso em discussão com profissionais, a gente discute o caso, pois cada caso é um caso, se for necessário a gente encaminha passando para o psiquiatra, a gente encaminha na hora a gente conversa com ele e ele faz uma avaliação na hora.” (E III).

“A gente vai fazer a escuta , vai reunir a equipe, discutir o caso, para a melhor conduta”.(E V).

Desta forma, precisamos agir de forma contrária a esta que tanto se faz presente nos serviços de Saúde Mental, onde consideramos e elegemos um profissional apto a atender as manifestações apresentadas pelo sujeito. É necessário refletirmos quanto à nova forma de fazer em Saúde Mental que é a construção de um caso clínico, que vem para romper a lógica das discussões clínicas, colocando o sujeito como principal responsável na direção de seu tratamento (ANDRADE, 2005).

A construção do caso clínico implica em construir a história do sujeito, partindo da vertente de que a equipe que o acompanha nada sabe a seu respeito. O lugar que cada profissional se estabelece na relação com o sujeito é interpretado pela própria equipe. A decisão de uma conduta não é tomada pela maioria; não se trata de uma decisão democrática; a soberania da clínica passa a ser o saber do sujeito - este é o saber focado na construção do caso clínico (ANDRADE, 2005).

Na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental é frequente, às vezes por teimosia, fazer com que prevaleça nosso saber, guiados pela nossa leitura de mundo: tapamos os olhos para as queixas trazidas pelo sujeito; negamos a escuta onde por vezes, não suportamos o conteúdo trazido; não mostramos novas alternativas, e não nos damos por vencidos, colocamos um rótulo, para que comentários preconceituosos e estigmatizantes possam surgir. Nesse sentido, é preciso pensar de forma crítica como são feitas as discussões e construções dos casos clínicos, para que a partir desse referencial, diminuamos o fracasso e a produção de um cenário onde os cuidados são sem possibilidades, excludentes e por muitas vezes tutelados (MACHADO, 2013).

Para cada acolhimento/atendimento realizado deve ser obedecida a recomendação de o sujeito relatar tudo o que sua auto-observação perceber e, o enfermeiro dirigir-se pelas habilidades do paciente e não pelos seus próprios interesses e sapiência.

4.2.5 Categoria 5 - Cada caso é um caso

O campo da saúde mental é colocado em evidência, devido sua diversidade tanto no que diz respeito às alusões no campo da pesquisa (teórico-prática) quanto nos diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial de assistência pública. Comporta, em si, uma imensidade de saberes que questiona uma direção comum para o seguimento dos casos. Inserido neste campo se encontra a enfermagem em saúde mental, onde por vezes é evidenciada nesta prática a importância dos conceitos psicopatológicos (sinais e sintomas), na direção de um diagnóstico e na localização da patologia do sujeito como limitador do tratamento, e quais cuidados dentro da definição de um protocolo será implementado para o sujeito que está sendo atendido (MARCOLAN, 2013).

Mas, na Saúde Mental, precisamos romper com esta lógica, pois nos casos atendidos devemos respeitar a subjetividade e singularidade, pois embora na prática da enfermagem os protocolos assistenciais norteiem a assistência, precisamos refletir que aquele caso que está na nossa frente é único. O citado evidencia-se na categoria onde foi questionado aos enfermeiros quanto aos dispositivos da saúde mental o uso de protocolo para atender os casos que chegam para eles nos serviços os mesmos relataram o seguinte:

“Não. Mesmo assim, precisamos saber que cada caso é um caso.”(E VI).

“Não. Pois cada caso é um caso”.(E III)

“Não, porque? Porque cada paciente é único, cada um a gente vai direcionar né conforme o que ele trás então assim não tem como a gente seguir um protocolo em saúde mental.”(E II)

Fica evidenciada nos discursos acima a importância de um trato diferenciado para cada caso, mesmo que os diagnósticos sejam os mesmos. Com essa crítica, aumenta a relevância da concepção de clínica ampliada, cuja fundamentação se faz a partir do entendimento ampliado do processo saúde-doença; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; amplificação do objeto de trabalho, evitando o desmembramento do cuidado; a mudança dos meios ou ferramenta de trabalho, autorizando uma clínica compartilhada e o sustentação para os trabalhadores de saúde (MARCOLAN, 2013).

O enfermeiro, incluído nas equipes interdisciplinares, participa das rotinas definidas pela equipe de saúde mental, intervém e direciona o processo de atendimento e acompanhamento dos sujeitos com sofrimentos psiquiátricos, como qualquer outro técnico de saúde mental, e aconselha a equipe de enfermagem, atendendo às especificidades da profissão. Vive, assim, a proposta de um trabalho contemporâneo, integrado à equipe de saúde mental, colaborando, como qualquer outro técnico, para a melhoria do atendimento. A organização e a direção de trabalho dos dispositivos estão sendo edificadas, no dia-a-dia, de acordo com a realidade concreta dos sujeitos dos serviços e necessidades das pessoas atendidas (SILVEIRA, 2003).

A importância da equipe interdisciplinar no acolhimento em saúde mental é fundamental para a construção, desenvolvimento e manutenção da estrutura terapêutica de cada paciente, rompendo os protocolos assistenciais, onde cada profissão irá priorizar seu protocolo.

A equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingir maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída e vivida pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações (MEIRELLES, 1998, p.15).

Nesse sentido, o campo psicossocial tem como objetivo, para o produtor de ação de saúde, o estruturação de um modelo assistencial coletivo, construído dentro

de um ambiente multiprofissional com qualidade interdisciplinar. Nessa vertente, o profissional de saúde mental de formação superior ou média não compete, solidariza; não se subjugou ou estabelece hierarquia e protocolo, mas discernimento e colaboração. Esse modelo é coerente com a proposta do trabalho em rede preconizado no Brasil, na qual a integralidade do cuidado é a base do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde (VENTURA, 2014).

As ações em saúde mental devem elevar novas possibilidades de mudar e qualificar as situações e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se limitando à cura de doenças. Isso significa reconhecer que a vida pode ter diversas maneiras de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é preciso ver o sujeito em suas várias dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

4.2.6 Categoria 6 - Cuidado

O cuidar em Saúde Mental exige um cuidado integral e o desafio que se propõe é compartilhar ações que visam à promoção à saúde com um olhar voltado para o sujeito com sofrimento psíquico, buscando a reinserção social dos mesmos. Hoje, tem-se claro que com a reforma psiquiátrica, ao ter como princípio norteador a desinstitucionalização propõe, na realidade, a mudança no cuidado às pessoas com sofrimento mental, até então ficavam hospitalizados por anos a fio, para alternativas de assistência voltadas à comunidade (GAMBA, 2006).

Devem ser modificadas as formas de assistir os sujeitos com sofrimento psíquico, pois o objeto de atenção deve abandonar a característica de ser apenas a patologia e passar a ser a existência – sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social, com a ênfase não se centrando no processo de cura, mas no projeto de intervenção de saúde. O foco passa a ser direcionado à pessoa, à sua cultura e à sua vida cotidiana, tornando-se ele o objetivo do trabalho terapêutico e não mais só a doença em si (GAMBA, 2006).

Na categoria que comentamos a seguir, levantada a partir da análise dos dados dos entrevistados quanto ao sentimento do profissional ao atender um sujeito com sofrimento mental, o desejo de cuidar é o sentimento mais relevante para eles, conforme relatado nas falas a seguir:

“Meu sentimento é um cuidado eu quero é cuidar tentando solucionar a demanda que ele está trazendo naquele momento. Buscando assim algumas alternativas que o serviço dispõe naquele momento para estar solucionando.”(E III).

“Eu começaria com a palavra cuidar, né cuidar, amor, carinho, atenção eu acho que é isso, quando a gente começa desde o acolhimento a gente também tem essa transferência com o paciente, né a partir do momento que a gente tem essa transferência esse cuidar esse amor com ele até pra gente também quando a gente dá alta pra esse paciente. A gente trabalha também essa questão de separação porque é um amor, um amor como se fosse alguém uma parte da gente também, um familiar um amor assim.” (EII).

“Me sensibilizo com muitos casos, mas percebo que com o cuidado oferecido, o acolhimento da equipe, junto ao paciente, a satisfação de ver o paciente evoluindo para uma melhora é muito gratificante”.(E I).

As constantes mudanças, ao exercer a enfermagem, devido aos avanços nos processos do cuidar em saúde mental, estão avivando o enfermeiro a revisar suas atribuições como profissional. Esta condição implica em mudar seu método de trabalho, adaptar-se ao cuidar terapêutico, usando a comunicação e o relacionamento interpessoal para o crescimento em suas ações no cuidado do sujeito com sofrimento psíquico (BRUSAMARELLO, 2009).

O enfermeiro deve ter habilidade de perceber o problema da pessoa que sofre mentalmente, entender as consequências de suas atitudes e habilidade para intervir neste âmbito assistencial. Ressalta-se que o relacionamento interpessoal constitui-se em um instrumento importante para o enfermeiro, pois através dele, o mesmo será capaz de reconhecer, relatar e analisar o efeito dos cuidados prestados ao paciente, à família e à comunidade. Este cuidado tem a finalidade de elevar a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade (BRUSAMARELLO, 2009).

Na contemporaneidade, a enfermagem traz uma reflexão quanto aos saberes e as práticas de enfermagem implementadas, uma vez que a vertente que norteia a profissão é baseada em uma perspectiva humanística, inovadora, reflexiva, imaginativa, e não conduzida apenas em diagnósticos médicos ou de enfermagem. O estrato central da enfermagem é o cuidar entendido como processo ativo, versátil e moderno, que compromete com reconhecimento da singularidade e da subjetividade do sujeito (OLIVEIRA, 2003).

Dentro desta mesma perspectiva, o exercer dos cuidados da enfermagem não admite mais que estes sejam voltados para a “cura” do sujeito, mas sim de reabilitação, reinserção social. Portanto, a ferramenta para esse fim não condiz aos

mecanismos conservadores como físicos, químicos repressores, mas cuidados que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente. (DAMÁSIO, 2008).

4.2.7 Categoria 7- Supervisor Clínico-Institucional

No cotidiano da saúde mental, percebe-se que são muitos os atravessamentos e desafios que surgem no cotidiano do trabalho. Resultam da imensa demanda, pelas “urgências” reais e subjetivas dos sujeitos atendidos, pelas dificuldades do trabalho em equipe, pelo desconhecimento e pelos furos existentes na rede de saúde e das relações com os gestores, dentre outros (SILVA, 2012).

Como dispositivos estratégicos na atenção psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm desvelado estas verdades e demonstrado que as ideias e modelos ordenados de assistência são escassos frente às demandas das relações diárias dos trabalhadores com o adoecimento mental e a singularidade deste modelo de atenção. Experiências e conceitos que aparentavam sustentar o trabalho em saúde mental, a partir da formação acadêmica e de vivências no cotidiano laboral, exigem revisões antes de se tornarem estratégia terapêutica (AMANCIO, 2012).

Assim, o trabalho nos CAPS pode ser um lugar de constituição profissional que se estabelece na prática e que se qualificará, caso os empecilhos presentes sejam revisados e superados. Para isso, é fundamental a fundação de um ambiente popular com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços interdisciplinares, em que se inclui o espaço da supervisão clínico-institucional e permite a expansão de práticas, fundadas na cooperação entre os saberes (SILVA, 2012).

Dentro desta categoria foi perguntado aos participantes aspectos referentes às ações de interdisciplinaridade na rede de atenção psicossocial. Apontaram a supervisão clínica institucional como um promotor de um espaço onde a equipe coloca seus impasses, anseios e dificuldades que estão presentes na prática de todo enfermeiro e profissionais de nível superior que atuam no CAPS. A partir dessa lógica constrói-se um lugar de uma prática teórico-clínicas que estejam de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, como veremos a seguir:

“Uma vez ao mês o supervisor clínico institucional vem fazer este estudo com a gente o dia inteiro, co dezesseis municípios que é o estudo da microrregião, e também tem os estudos de casos pra dar um direcionamento a cada cliente.” (E VI).

“A gente faz os estudos de casos, a discussão entre a equipe, quando está difícil reúne a rede e temos também a orientação com o supervisor clínico, os estudos com o supervisor clínico.”(E V).

“A gente realiza as discussões mensal, com supervisor clínico institucional com os municípios, discussão de caso, tem o grupo de estudo, que a gente realiza uma vez por mês com todos os municípios, com todos os serviços em saúde mental, PSF, NASF, CRAS, CREASS, e também com fórum.”(EII).

Segundo Pitta (2006):

o supervisor é alguém que age como catalisador e tradutor de sentimentos favorecendo leituras que permitam o grupo a trabalhar os conflitos e que acompanhe a equipe, para "trabalhar o trabalho" cotidiano em "encontros-instituintes" onde a partir da discussão de casos, ou do exame de uma situação de crise, ou ainda o debruçar-se sobre qualquer situação adversa ou não, possa se desenvolver uma cultura de compartilhamento e encontro de novas soluções para dilemas clínicos e/ou institucionais que, por serem discutidos coletivamente, formará e informará a toda a rede que estabelece na equipe, numa espiral crescente de conhecimento e experiência compartilhada.

Dentre as tarefas que caracteriza a supervisão, segundo Brasil (2009), destaca-se que ela seja clínica e institucional, promovendo a integração da equipe de cuidado para facilitar a edificação de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia. O supervisor, segundo Figueiredo (2008), não é o detentor do saber como aquele que doutrina, nem do controle como aquele que vistoria, mas, sim, aquele que manobra a clínica e os impasses que existem no trabalho. Refere que a supervisão não deve se limitar ao período de implantação ou do estabelecimento dos serviços, nem ser casualmente. A regularidade da presença do supervisor traz efeitos significativos no trabalho cotidiano, como, por exemplo, a garantia da construção coletiva dos casos e do trabalho em equipe.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da saúde, as mudanças significativas ocorridas a partir da Reforma Psiquiátrica e a lógica da desinstitucionalização orientam a Política Nacional de Saúde Mental. Essa política reverteu o Modelo Manicomial para o denominado Atenção Psicossocial, onde o acesso, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico têm sido realizados por serviços com base comunitária, com a pessoa sendo tratada perto de sua família, território e comunidade.

Entende-se que a dificuldade da atenção em saúde mental somente poderá ser acolhida se houver articulação entre serviços e dispositivos sociais existentes na comunidade, seguindo a lógica da atenção territorial, para favorecer a reinserção social, pautadas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental foi importante a reestruturação dos processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico destes serviços. Nesse sentido, coube também à Enfermagem posicionar-se em prol de uma atitude terapêutica, crítico-reflexiva, numa perspectiva humanista e antimanicomial, e com autonomia profissional, aprendendo a lidar com técnicas grupais, escuta ampliada e valorizando o relacionamento interpessoal. Neste cenário, a promoção da saúde mental, a prevenção da patologia, a ajuda ao sujeito para enfrentar depressões provocadas pelo adoecer, os estranhamentos que por vezes as enfermidades psiquiátricas traz ao sujeito, adversidades, sofrimento e dificuldades do cotidiano passam a fazer parte da assistência de enfermagem, que foca seu olhar para reabilitação, junto à família e comunidade, ajudando-os a encontrarem uma significação para o sofrimento mental.

Com estas transformações na profissão da enfermagem, devido aos avanços no modelo do cuidar em saúde mental, o enfermeiro teve que rever suas atribuições. Enquanto profissional inserido nesta rede de assistência foi necessário que repensasse seu processo de trabalho, adaptando-se ao cuidar terapêutico, usando a comunicação e o relacionamento interpessoal para evoluir em suas produções e ações científicas.

Na realização deste estudo, observou-se que os enfermeiros estão trabalhando dentro de uma lógica humanista, com sua assistência pautada no

acolhimento, discussão dos casos clínicos, escuta terapêutica e com desejo de prestar a assistência adequada às pessoas com sofrimento psíquico. Dentre estes, evidenciam-se os estudos mensais e semanais realizados entre as equipes e, mensalmente, com a presença do supervisor clínico institucional onde ampliam-se os conhecimentos de todos os profissionais, inseridos na rede.

Um desafio para estes profissionais é a articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. O portador de algum sofrimento psíquico precisa se inserir em toda rede, para além dos serviços de Saúde Mental no sentido de dar continuidade ao tratamento, na perspectiva preventiva, e enfrenta a dificuldade de concepção dos diversos profissionais quanto a essa necessidade. É imprescindível que este profissional desenvolva o olhar crítico aliado à equipe multidisciplinar e de enfermagem, para compreender as necessidades de educação permanente.

Outro ponto muito importante na pesquisa é o fato dos enfermeiros atuarem na proposta de um trabalho interdisciplinar onde participam de diversas discussões, estudos clínicos e reuniões com toda rede de assistência, para melhor construção de um projeto terapêutico individualizado, onde com isso, fica legitimado uma assistência humanizada e pautada em uma escuta ampliada e não meramente no seguimento de uma prescrição individualizada de acordo com a categoria profissional, o trabalho é feito por todos os envolvidos inclusive o sujeito com sofrimento psíquico. Esta equipe psicossocial busca a necessária articulação das ações, a interação rumo a uma concepção menos conflituosa de intencionalidades e metas, a superação do isolamento dos saberes. A equipe se conhece e aprende a fazer junto, trabalhando as questões que surgem da situação nova, não hierarquizada, própria desse trabalho interdisciplinar.

A pesquisa mostra que o modelo que é preconizado no cotidiano dos serviços abertos da Saúde Mental do município de Janaúba se difere acentuadamente daquele implementado nos hospitais psiquiátricos em vários aspectos, pois extrapola as ações tecnicistas; e, ainda, que a composição, o trabalho em equipe e a própria organização do CAPS são reflexo e resultado do movimento da reforma psiquiátrica. Outro aspecto destacado pelos sujeitos é o fato de que as portas do CAPS permanecem abertas e o usuário tem liberdade. Nesta nova proposta, o paciente é estimulado a exercer sua autonomia, e o enfermeiro está inserido nesta equipe

como um articulador desta proposta de trabalho que é a reinserção do sujeito na sociedade.

Com o estudo em si foi possível observar o envolvimento dos enfermeiros que atuam na Saúde Mental, onde é perceptível o amor que cada profissional tem no seu serviço e nos sujeitos que frequentam os mesmos, e os esforços que não são medidos para trabalharem na proposta da Reforma Psiquiátrica pautando toda assistência no modelo Antimanicomial.

Espera-se que este estudo colabore para mostrar que o enfermeiro inserido na Rede de Atenção Psicossocial de Janaúba-MG tem a compreensão da importância de que ocupa no cuidado ao portador de sofrimento mental e à sua família, e que progrida em uma prática de cuidado, que supere a repetição de ações e cuidados, sem questioná-los e avaliá-los. A diferença do profissional está nas metamorfoses que podem realizar por meio do saber e do fazer, tornando-se assim um condutor dentro dos novos modelos estruturais, decorrentes da implantação das novas políticas de saúde mental. Também, espera-se que este estudo auxilie no despertar de novas investigações a respeito de um tema complexo, como é o trabalho e os desafios do enfermeiro em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, A. J. et.al. Atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.10, n. 2, p.158-165, abr/jun, 2009.
- AMANCIO, V. R. **Uma clínica para o CAPS**: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise. Curitiba: Editora CRV, 2012.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da Saúde Mental. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 21-37p.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental Políticas e Instituições**: Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil³. 20 ed. Rio de Janeiro: ENSP, 2003. 86p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.
- BASTOS, O. Primórdios da Psiquiatria no Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.29, n. 2, p.154-155, mai-ago. 2007.
- BELMONTE, P. R. et al. **Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar**: Temas de Saúde Mental. M.S.: Brasília, 1998.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em Rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: Amarante, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 71-91p.
- BOARINI, M. L. A higiene Mental e o saber instituído. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 3-17, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes do SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. _____. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. _____. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. _____. **Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil:** Conferência Regional de Reforma e Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF. 2005. 60p.

_____. _____. **Saúde Mental no SUS:** Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. 2004. 85p.

BRUSAMARELLO, T.et.al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em Hospital Psiquiátrico. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.14, n.1, p.79-84, jan-mar,2009.

CALDAS, M. O Congresso de Hygiene Mental e a Eugenia. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-276, set, 2000.

CARRION, V. **Comentários à consolidação das leis do trabalho:** legislação complementar jurisprudência. 25. ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTELLS, M. **A sociedade em Rede.** 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CAVALCANTI, P. C. S., et.al. O Cuidado de Enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. **Cienc. Enferm. Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 11-119, 2014.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da reforma psiquiátrica:** contribuições a uma clínica dos processos da subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013. 337p.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas subjetivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000. p.141-168.

DAMÁSIO, V.F. et.al. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 2, n. 4, p. 425-433, out./dez 2008.

FIGUEIREDO, A.C. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de

Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p 63-69, dez 2008.

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

GARCIA, J. R. L. Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Rev. Hansenologia Internationales**, Bauru, v. 26, n. 1, p. 14-21, 2001.

GOMES, P. J. F. Brincando com fogo: acervo do Santo Ofício como fonte (só) para historiadores. In: MALERBA, J. (org.). **A velha história: teoria e, método e historiografia**. Campinas: Papyrus, 1996. p.153-169.

GUIMARÃES, A. N. **A prática em Saúde Mental do modelo manicomial ao Psicossocial: história contada por profissionais enfermeiros**. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

JANAÚBA. **Plano Municipal de Saúde do município**. Janaúba. 2006. p. 113-115.

JUNIOR, B. B et al. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

KIRSCHABAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 16, p.15-31, 2000.

LARAIA, M. T.; STUART, G. W. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6ªed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LUZIO, C. A.; SINIBALDI, B. Atenção Psicossocial: um mapeamento da produção científica. **Revista de Psicologia Unesp**, Assis, v. 12, n. 2, p. 99-110, 2012.

MAGALHÃES, D. B. et al. Cuidando da tradição da Escola de Enfermagem mais antiga do Brasil (Um estudo sobre a insígnia no novo milênio). **R. de Pesq.:** cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 8, n.1/2, p. 43-48, 2004.

MARCONI, A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MATEUS, M. D. **Políticas de Saúde Mental: baseado no curso de políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luis Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 440p.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, jan-mar. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

MIRANDA-SÁ, L. S. J. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p.156-158, mar-ago. 2007.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático Categorial: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/ dez 2008.

OLIVEIRA, F. B. Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n.1, p. 67-70, 2003.

PADILHA, M. I. C. S. et al. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292- 300, 2006.

PAES, M. R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009.

PINHO, L. B. et. al. Desafios da prática em saúde Mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, v. 14, n. 1, p. 25-32, jan-mar. 2012.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no Hospital Geral. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 377-385, jul-set. 2007.

PINTO, A. G. A. et.al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para a resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 653-660, 2012.

PITTA, A. M. F. **Redes, territórios, intersetorialidade e Saúde Mental**. ABRASCO, 2006.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. S. **Cidadania e loucura**. Política de Saúde Mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

RIBEIRO, E. T. **Curso de rotinas práticas de direito e de processo do trabalho**. 3. ed. Porto Alegre: Síntese; 2002.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde Mental e enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: 3. ed. Atlas, 1999.

SANDER, J. A. Caixa de ferramentas de Michael Foucault: A Reforma Psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 382-387, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: O pensar o fazer o viver**: São Paulo: 2002.129p.

SILVA, G. M. et.al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental - o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev Latino-am Enfermagem**, Brasília, v. 11, n. 5, p. 645-51, 2003.

SOARES, R. D. et. al. O papel da equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.110-115, jan-mar 2011.

SOUZA, D. G.; MOREIRA, A.; PORTO F. As Notícias no Jornal do Comercio (JC) sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE) no Hospício Nacional de Alienados (HNA) de 1911-1920. **R. de Pesqui.:** cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1/2, p.101-110, 2005.

STOCKINGER, R. C. **Reforma Psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

TAVARES, C. M. M. A. A educação permanente da equipe de enfermagem para os cuidados em Saúde Mental. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.287-295, abr/jun 2006.

TAVARES, C. M. M. A. A interdisciplinaridade como requisito para formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n. 3, p.403-410, 2005.

TAVARES, R. C. et. al. **Olhares experiências de CAPS**. Goiânia: Kelps, 2009. 29p.

TENÓRIO, F. A. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.25-59, 2002.

TYKANORI, R. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré a beira mar**. A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Página Aberta, 1996.

VENTURA, C. A. A. et.al. Análise das dimensões organizacionais do Centro de Atenção Psicossocial. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 4, n. 1, p. 4-14, 2014.

VETTA, E. P. et.al. Reflexões sobre a transição paragnática em saúde mental. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p. 97-103, março 2001.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 39-48, set. 1999.

VILELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-740, nov-dez. 2004.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Trabalhos em rede: Desafios da atenção psicossocial quanto a assistência ao portador de sofrimento mental no município de Janaúba-MG.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Andréa Cristina Alves

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____
Residente à Rua/Av. _____

_____ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Este projeto visa reconhecer os fenômenos no cotidiano do trabalho na atenção psicossocial e o trabalho em rede, além da articulação e mobilização dos CAPS e outros dispositivos da Saúde Mental, do município de Janaúba-MG, na tentativa da construção de uma rede de dispositivos articulados para dar suporte aos casos que são referenciados para saúde mental, buscando ainda entender a dinâmica do trabalho em rede, trazendo novas significações para os serviços e casos encaminhados.

A proposta de atuação em rede pressupõe uma dinâmica baseada em relações horizontais, onde não há um poder central. Aos cargos não lhe é conferido um poder estático e sim móvel, pois o trabalho em rede deverá percorrer os diferentes dispositivos que compõem a rede de assistência, para que ocorra a transformação que a reforma psiquiátrica preconiza e, nesse sentido, requer que coloquem, em questão, as diretrizes e estruturas já formuladas para a compreensão da atenção à saúde mental pelo viés da atuação em rede de serviços e da construção de uma rede social de cuidados.

Esta pesquisa visa abordar o CAPS como sendo determinante na articulação e na construção do trabalho em rede, como os dispositivos enxergam este trabalho e se as políticas de saúde mental estão inseridas nesta rede de assistência.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Analisar qual o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba-MG, à luz dos enfermeiros.

2.2 ESPECÍFICOS

Conhecer a atuação dos dispositivos da saúde em conformidade com o proposto na Reforma Psiquiátrica;

Identificar se os dispositivos no âmbito da saúde trabalham na proposta da rede interdisciplinar;

Identificar a interlocução dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com os diversos segmentos que compõem a rede de assistência ao portador de sofrimento mental;

Conhecer o cotidiano dos enfermeiros da rede ao lidar com o usuário portador de sofrimento mental.

3 – LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado nos serviços de Saúde Mental do município de Janaúba, que possui uma população estimada de 67.581 habitantes. Conta com os seguintes serviços de Saúde Mental: CAPSII, CAPS i, UAi e CAPS ad, estes compõem a rede de atenção psicossocial.

As atividades propostas serão realizadas nos próprios serviços de Saúde Mental.

4 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você participará de uma pesquisa, direcionada aos profissionais de nível superior inseridos na clinica de Atenção Psicossocial da cidade de Janaúba, englobando todos os serviços que compõem a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Será aplicada uma entrevista semi-estruturada previamente validada, para analisar qual o papel dos CAPS's e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba/MG, à luz dos enfermeiros. A aplicação do instrumento de pesquisa ocorrerá em um único encontro nos respectivos locais de trabalho dos pesquisados.

5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com o seguinte tema TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

6 - OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo- nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora responsável)
RG: 20907158 **CPF:** 144427278-05 **Email:** sssilva@unaerp.br

Andrea Cristina Alves (Pesquisador)
RG: MG 11.579.476 **CPF:** 063.105.926-10 **Email:** andrea.alves@ifsuldeminas.edu.br

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6887

APÊNDICE B

Instrumentos de Coleta de Dados

A) Caracterização sociodemográfica da amostra

- 1- Data de Nascimento:
- 2- Sexo:
- 3- Profissão: _____
- 4- Escolaridade: _____
- 5- Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):
 - () 0 a 11 meses
 - () 1ano a 23 meses
 - () 2anos a 5 anos
 - () Mais de 5 anos
- 6- Trabalha em qual destes serviços da RAPS:
 - () CAPSII
 - () CAPSi
 - () UAI (Unidade de Acolhimento Transitório)
 - () CAPS ad
- 7- Regime de Trabalho:
 - () 20h
 - () 30h
 - () 40h

B) QUESTIONÁRIO SOBRE A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- 8- Participou de algum treinamento introdutório para exercer sua atividade na RAPS:
 - () Sim
 - () Não
 Se afirmativo, cite: _____
- 9- Participa de curso (s) de atualização em Saúde Mental:
 - () Sim
 - () Não
 Se afirmativo, cite: _____
- 10-Quando você ouve falar em RAPS, o que vem à sua mente? Cite três palavras:
 _____; _____; _____

- 11-O que significa pra você trabalhar em um serviço de saúde mental?
- 12-Qual o desafio que você considera ter que enfrentar como profissional articulador da RAPS?

- 13-Ao receber um caso que você avalia e constata não ser para atendimento em Saúde Mental, qual a sua conduta?
- 14-Como você identifica as necessidades de Saúde Mental da população residente na área de abrangência de sua atuação?
- 15-Ao se deparar com uma pessoa portadora de sofrimento mental em surto psicótico agudo, em seu espaço de trabalho, qual é a sua conduta profissional?
- 16-Existe algum protocolo para direcionar o atendimento das necessidades de Saúde Mental da população do município em que você trabalha?
- 17- Qual é o seu sentimento ao atender um portador de sofrimento mental?
- 18- Enquanto profissional da RAPS, quais as ações de interdisciplinaridade que você realiza no município em que trabalha?

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO SECRETÁRIO DA SAÚDE DE JANAÚBA/MG

**Ilmo Sr.
Dr. Gilson Urbano
Secretário da Saúde de Janaúba**

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo Analisar qual o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba-MG, à luz dos profissionais de nível superior.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação dos profissionais de nível superior que compõem a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) sobre o tema TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva –
Pesquisadora responsável – orientadora

Andréa Cristina Alves- Pesquisadora

APÊNDICE D

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE JANAÚBA/MG

Ilmo Sr^a
Marilena Soares
Coordenadora Municipal de Saúde Mental

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo analisar qual o papel dos CAPS's e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba-MG, à luz dos profissionais de nível superior.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação dos profissionais de nível superior que estão inseridos na clínica da atenção psicossocial, sobre o tema TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva –
Pesquisadora responsável - orientadora

Andréa Cristina Alves- Pesquisadora

APÊNDICE E

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sr^a
Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG, a ser desenvolvido pela Mestranda – Andréa Cristina Alves do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva, coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Janaúba/MG, com os profissionais de nível superior inseridos na clínica da atenção psicossocial.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora Responsável

Ribeirão Preto, _____ de novembro de 2015.

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51136615.5.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.385.481

Apresentação do Projeto:

Esse projeto tem como proposta a investigação sobre o tema "Trabalho em Rede: desafios da atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental". O Objetivo será o de analisar o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental, no município de Janaúba/MG, à luz dos enfermeiros. O instrumento utilizado será uma entrevista semi-estruturada, realizada com os enfermeiros que estão inseridos nos Serviços de Saúde Mental do município em questão. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam fornecer subsídios para analisar a visão destes profissionais quanto à constituição da Rede deste município, ao cuidado prestado ao usuário com sofrimento mental, bem como agregar conhecimentos - aos já construídos - no campo da Rede de Atenção Psicossocial, na perspectiva dos desafios dos profissionais enfermeiros ao executar esta proposta de atenção.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial considerando a assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba/MG, à luz dos enfermeiros.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 1.385.481

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos pois serão aplicados apenas questionários na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta é bem interessante e de relevância para a área. O TCLE é importante para determinar aos participantes o porque de sua importância ao estado e mesmo de esclarecer que ele poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento sem ônus ou bônus.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_622519.pdf	15/11/2015 17:14:16		Aceito
Folha de Rosto	FRAndreaAlves.pdf	15/11/2015 17:13:25	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAndreaAlvesCEP.docx	08/11/2015 17:20:10	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	ApendiceDSolicitacaosecretariasaudeJanauba.pdf	08/11/2015 17:19:31	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	ApendiceEcartaenvioCEP.pdf	08/11/2015 17:17:00	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	ApendiceCAutorizacaosecretariojanauba.pdf	08/11/2015 17:15:50	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	ApendiceBinstrumento.pdf	08/11/2015 17:15:09	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXOautorizacaosecretariamunicipald eJanauba.pdf	08/11/2015 13:08:33	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	ApendiceGcronograma.pdf	08/11/2015 13:07:55	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 1.385.481

Orçamento	ApendiceFOrcamento.pdf	08/11/2015 13:07:34	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEATCLEAndrea.pdf	08/11/2015 13:07:09	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE JANAÚBA/MG

35

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO SECRETÁRIO DA SAÚDE DE JANAÚBA/MG

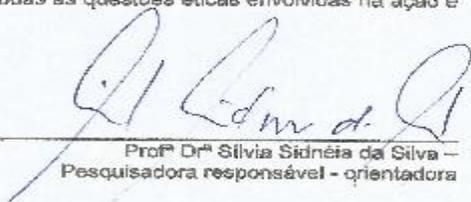
Ilmo Sr.
Dr. Gilson Urbano
Secretário da Saúde de Janaúba

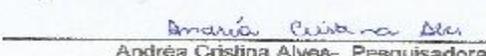
Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo Analisar qual o papel dos CAPS e os seus desafios enquanto articulador da rede de atenção psicossocial quanto à assistência ao portador de sofrimento mental do município de Janaúba-MG, à luz dos profissionais de nível superior.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação dos profissionais de nível superior que compõem a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) sobre o tema TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL QUANTO A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Sílvia Sidnéia da Silva –
Pesquisadora responsável - orientadora


Andréa Cristina Alves - Pesquisadora

*Concedi com base no termo 37/04/2015.
Autorizado.
Gilson Urbano*

Dr. Gilson Urbano de Araújo
Secretário Municipal de Saúde
Rua 15 de Novembro, 100 - Janaúba - PA
CEP: 53.100-000