



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Sônia Maria Lemos

**A inserção da saúde mental na atenção primária: um estudo qualitativo das
práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM**

Rio de Janeiro

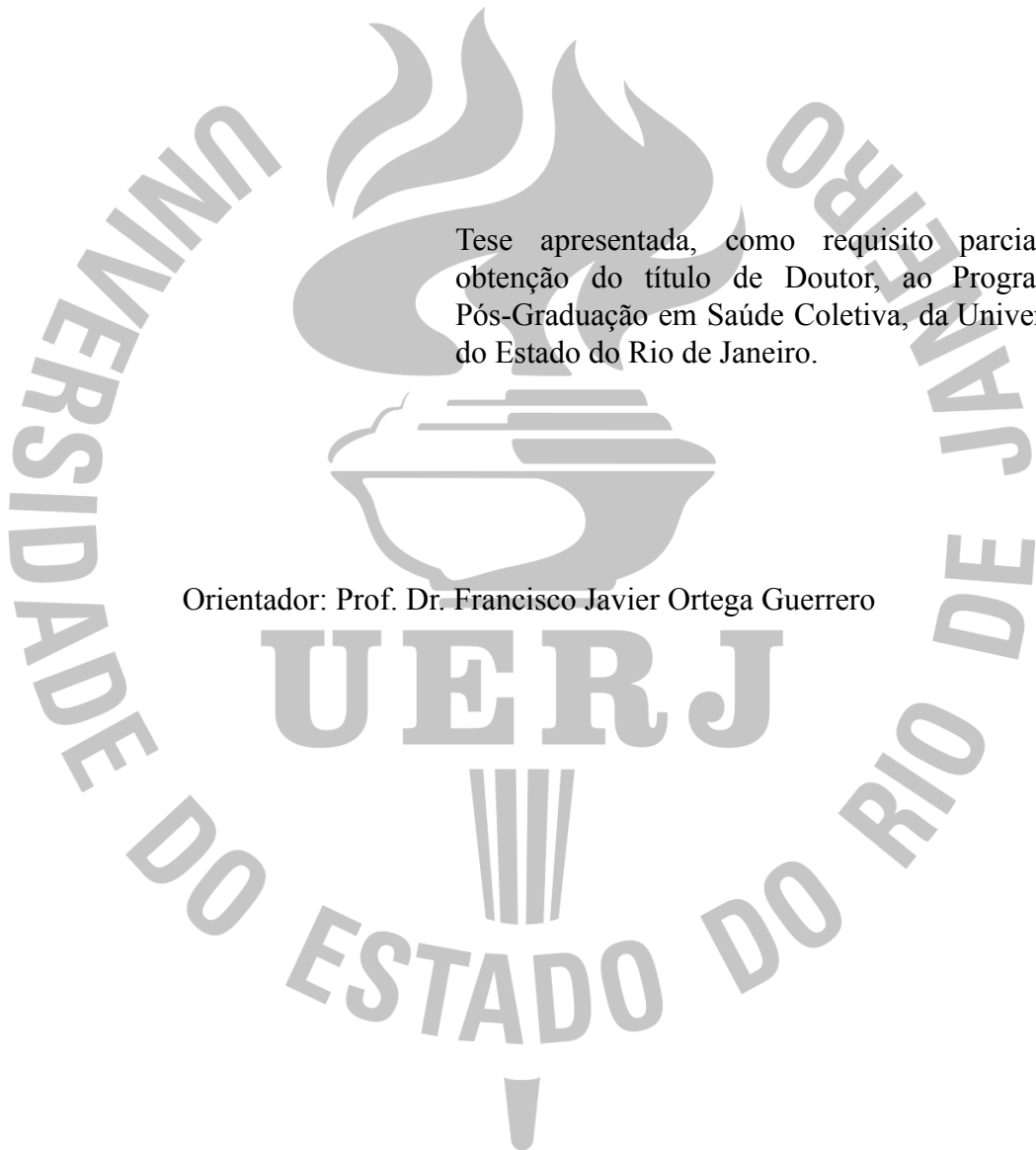
2019

Sônia Maria Lemos

A inserção da saúde mental na atenção primária: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero



Rio de Janeiro
2019

EMBED Word.Document.8 \s

102 f.

Sônia Maria Lemos

A inserção da saúde mental na atenção primária: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM.

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 29 de março de 2019.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato

Universidade do Estado do Amazonas

Profª. Dra. Maria Paula Gomes Mourão

Universidade do Estado do Amazonas

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profª. Dra. Sandra Lúcia Lima Correia Fortes

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese ao meu avô, Alcindo Antônio Leite (*In Memoriam*), homem simples, com pouco estudo, que me encantava com suas histórias, de quem eu gostava de tomar o chapéu para colocar na minha cabeça. Lembro da última vez em que conversamos e ele me perguntou por que eu estudava tanto? Que tanto gosto por estudo era aquele? Respondi que queria aprender e conhecer mais sobre as pessoas, suas realidades e seus mundos. Pois é, meu avô querido, sua neta mais velha, segue estudando e a cada passo dado, descobre o quanto ainda

há por aprender, especialmente sobre si. Sinto saudades das nossas conversas em volta do fogão e da tua sabedoria.

AGRADECIMENTOS

A escrita desta tese se deu em um momento extremamente difícil da história do Brasil, de ataque a Democracia, aos Direitos Humanos, e ameaça de desmonte da Política da Reforma Psiquiátrica. Um momento que se confundiu com a minha própria história, com o que sou e represento como ser humano, mãe, professora, amiga, colega. Estava doutoranda, mas meu coração e meu pensamento não conseguiram descolar do mundo à minha volta. Cada um dos dois períodos do estágio doutoral, foi marcado pelos fatos que nos trouxeram a este momento da história; o primeiro, a votação pela Câmara para aprovação do processo de impeachment, da então presidenta Dilma Russéf; o segundo, a eleição do inominável para a presidência da República. Registrar isso é marcar um tempo e um espaço que me foi tomado. Acredito que a gratidão é o sentimento mais profundo que um ser humano pode sentir, é quando ele volta o seu afeto, o seu olhar e o seu reconhecimento sobre os outros. Agradecer é mais que um ato de amor. Tenho muito e a muitos a agradecer. Definitivamente não ando só e, portanto, não chego sozinha. Quero agradecer a cada uma e a cada um que andou comigo pelo caminho que me trouxe até aqui. Agradeço,

Ao Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero, por ter seguido ao meu lado e me orientado para chegar a este momento. É uma honra tê-lo como Orientador.

À Secretaria Municipal de Saúde por ter autorizado a pesquisa e a cada Diretor de Unidade que fez parte deste estudo. Sua colaboração e disponibilidade fizeram toda a diferença.

As (os) participantes, pela atenção, disponibilidade e colaboração valiosa para a realização deste estudo, espero ter contribuído.

À Universidade do Estado do Amazonas, na pessoa do Prof. Dr. Cleinaldo de Almeida Costa, pela oportunidade do DINTER.

À Direção e ao corpo docente do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ, pela formação.

Ao corpo administrativo e técnico do IMS, nas pessoas da Sílvia, Eliete, Márcia, Alessandra, Arthur, pela disponibilidade e atenção dispensadas em todos os momentos desde a inscrição para a seleção do Programa.

Ao querido Lucas Manoel da Silva Cabral incansável nas providências para que tudo desse certo em cada momento desse processo de formação. Você é incrível!

À banca examinadora, Profa. Dra. Sandra Fortes, Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'ana Honorato, Prof. Dr. Rossano Lima, e Profa. Dra. Maria Paula Gomes Mourão, pela disponibilidade e contribuições.

À minha mãe Romilde Therezinha Leite, minha primeira referência na docência, por ter estimulado e apoiado, desde muito cedo, na realização do meu desejo de estudar.

Ao meu filho, Thuan Lemos Moraes, por estar ao meu lado em todos os momentos. Você é o meu bem mais precioso, o amor sem tamanho. Com você tudo faz sentido e vale a pena. É um presente compartilhar a vida contigo. Te amo!

Ao meu filho Carlos Henrique e minha nora Flávia Quintão pelo amor, cuidado e torcida durante este percurso.

Aos meus afilhados Izi Caterini e André Martinelli, por estarem comigo e por tanto amor ao longo deste processo.

À minha irmã Maria Olívia Pereira, meu cunhado Marco Antônio Pereira, minhas sobrinhas Luisa Helena Pereira e Júlia Valentine Pereira, por compreenderem minhas ausências. A saudade sempre foi recíproca.

À minha família, Leitaíada querida, tem uma página para cada um (a) nesta tese. Em especial um agradecimento aos meus tios e padrinhos, Salvador Felício Bueno (in memoriam) e Gracilda Lourdes Leite (in memoriam) e Antônio Carlos Timm e Eva Odete Leite Timm, não lembro de um tempo em que vocês não tenham me inspirado e estimulado a seguir com os estudos, esta conquista também é sua.

Ao meu querido amigo Eduardo Jorge Sant'ana Honorato, colega de profissão, confidente, parceiro de trabalho, companheiro nas lutas por um mundo mais igualitário, socorro no desespero, sorriso e sarcasmo na alegria, abraço apertado na saudade, olhar que fala, coração generoso. Ter você ao meu lado durante cada etapa foi fundamental para que fosse possível concluí-la.

À querida Maria Doralice Gomes da Silva (Alice), por cuidar de mim e da minha casinha com tanto amor e carinho.

Ao meu querido amigo David Ramirez Acuña, por me receber na sua casa, na sua vida e no seu coração da maneira mais doce e amorosa que só alguém tão especial consegue fazer. Te quiero mucho.

À amiga/irmã Ângela Fátima Soligo, pela generosidade de compartilhar suas riquezas comigo, Piti, Ana, André e Guilherme.

Ao Gustavo Delly, meu mais novo/antigo amigo, um dos melhores presentes de 2018/2019, és um sopro de ar fresco em tempos de difícil respiração.

Às amigas/irmãs Márcia Silvana do Carmo e Milene Saalfeld, pela torcida, amizade e companheirismo de uma vida toda.

À querida amiga/irmã Andréa Perpétua Sena Ramos, Rogério Moreno e Théo Moreno, por estarem sempre presentes e me ajudarem a escrever mais um capítulo da nossa história.

Às queridas amigas e colegas do grupo Mulheres Defensoras dos Direitos Humanos, Vera Regina Xavier, Cássia Pasini, Anne Pflüger e Célia Detoni. Contar com vocês nestes tempos tem sido um privilégio e um sopro de esperança em meio ao caos.

Aos amigos Maria Inês Gasparetto Higuchi, Niro Higuchi, Kátia Helena Scweikardt e Júlio César Schwaikardt, minhas/meus grandes exemplos, pela amizade e incentivo constantes.

Aos amigos Ruth e Mário Cordoniz, pela afeto e generosidade com que nos receberam nas suas vidas. Preciosidades em um momento muito difícil. Uma amizade para a vida toda. À querida Lílian Maus, pela luz que espalhas através da tua sabedoria transformada em arte. Que lindo te encontrar nesta vida!

Às queridas amigas Manuela Müller, Tatiana Soares, Alice Menezes e Ângela Figueiredo, pelo carinho, companheirismo, força e amizade compartilhados. Alguns momentos só foram possíveis porque estiveram comigo.

Ao querido amigo Vinícius Machado, pela paciência e carinho durante as longas caminhadas pela Ponta Negra. Em breve contaremos nossas conquistas e riremos dos percalços superados.

Ao querido amigo Darlisom de Sousa Ferreira, por ter acreditado que era possível colocar tantos docentes em formação ao mesmo tempo, dando igualdade de oportunidade a todas e todos.

Aos queridos amigos e companheiros de jornada, Munique Therense, André Machado das Neves, Érica Rotondano, Taciana Lemos Barbosa e Márcio Santos, pelo companheirismo, afeto e amizade. Ao querido Zilmar Augusto pelo carinho e apoio.

À querida amiga Eliz Marine Wiggers, pelo carinho, amizade e torcida.

À amiga/irmã Ivanilce Castro, pela amizade e disponibilidade sempre que preciso de sua ajuda.

À Liga Acadêmica de Atenção Integral à Saúde (LAAIS), que nasceu e cresceu durante este processo. Está a cada dia mais forte na defesa dos princípios do SUS, minha inspiração e esperança em dias melhores.

Às e aos integrantes do grupo PEPAS pelo acolhimento quando da minha estada no Rio de Janeiro para o estágio doutoral e as reuniões de orientação.

À Ademarina Cardoso, pela ajuda fundamental na realização desta pesquisa, na autorização e empenho na disponibilidade dos dados, tão importantes para a finalização do estudo.

Às alunas Vanessa, Glenda, Caroline, Gabriela, Nany, Viviane, Ágata, pela colaboração e apoio na realização do campo.

À Direção da Esa, na pessoa do Prof. Dr. Diego Regalado, pelo apoio nas horas necessárias.

Ao André, Assef, Tânia e Anne, por serem incansáveis no atendimento às minhas demandas como docente.

À Isabel Siqueira, Renata Azeredo, Fernanda, Marina Valle, pelo afeto e a alegria dos dias partilhados no Rio de Janeiro, na primeira fase do estágio doutoral.

À coordenação de Enfermagem pelo apoio e incentivo para conclusão desta etapa.

À coordenação do DINTER nas pessoas das Profa. Dra. Roseni Pineiro e Sâmia Feitosa Miguez, pelo aprendizado e apoio permanentes.

Movidos pela alegre energia de um tempo tão fecundo, quando a democracia brasileira se afirmava nos movimentos e nas ruas, seguimos fielmente o rumo desejado. Tomando a palavra, as pessoas em sofrimento psíquico defenderam seu direito de viver, trabalhar, conviver e criar nos espaços das cidades; organizados em movimento social, trabalhadores, estudantes, usuários e familiares sustentam unidos, desde então, a Luta Antimanicomial. Nenhum passo atrás: manicômio nunca mais! Por uma sociedade sem manicômios.

Trecho da Carta de Bauru – 30 anos- Dezembro de 2017.

RESUMO

LEMOS, Sônia Maria. **A inserção da saúde mental na atenção primária**: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM. 102 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A presente tese descreve uma investigação sobre “A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus”. As temáticas propostas para este estudo, Saúde Mental e Atenção Primária, foram tomadas em uma concepção de interdependência, pois em si carregam seus próprios princípios. No entanto, entendemos que não é possível pensar uma separada da outra, para a análise dos desafios que propõem suas inter-relações quando inseridas no desenvolvimento de práticas de cuidado por profissionais de saúde. As estratégias metodológicas utilizadas incluíram pesquisa documental e entrevistas, buscando delinear a construção da política e a articulação das práticas em saúde. Neste contexto o objetivo central foi investigar a integração da Saúde Mental na Atenção Primária a partir da análise das práticas de profissionais, que atuam neste nível de atenção na cidade de Manaus, a fim de subsidiar a discussão do cuidado em saúde mental. Os profissionais, embora em muitos casos, tenham abertura para a formação e ampliação dos conhecimentos da inter-relação entre saúde mental e atenção primária, esbarram nas dificuldades trazidas pelo cotidiano do serviço, e a distância temporal entre uma discussão e outra, que tenha como temática a saúde mental e o cuidado no primeiro nível da atenção em saúde do SUS. Quatro conceitos foram fundamentais na execução da pesquisa, o conceito de Saúde Mental, tomado em sua multidimensionalidade e complexidade; Atenção Primária como porta de entrada ao SUS; as Práticas Profissionais, como previstas nos documentos oficiais; e criamos um conceito de Cuidado em Saúde Mental que consiste em acolher os sujeitos em suas demandas, identificar os meios necessários para atendê-los e possibilitar o desenvolvimento da autonomia para que os mesmos encontrem as alternativas para viver as suas subjetividades e os meios de lidar com o cotidiano da vida em sua potencialidade. Foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa da qual participaram 35 profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde. O método de análise das

informações foi o Método Temático de Conteúdo. Os resultados mostraram a fragilidade do processo de integração da Saúde Mental na Atenção Primária em Manaus, a partir da análise das práticas profissionais. O estudo concluiu que embora desenvolvam as práticas previstas nos documentos oficiais, e em determinadas situações façam investimento pessoal na sua resolução, estão distantes de representar o cuidado em Saúde Mental conforme descrito nos manuais ou nos estudos baseados em evidências. No entanto, há um esforço conjunto e compartilhado, entre os profissionais de saúde, comprometidos com a defesa do SUS, de desenvolver estratégias e criar os recursos necessários para consolidar a integração da Saúde Mental na Atenção Primária na cidade de Manaus.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária. Cuidado em Saúde Mental. Práticas Profissionais. Amazonas

ABSTRACT

LEMOS, Sônia Maria. **The insertion of mental health into primary care: a qualitative study of the practices of the professionals of the city of Manaus/AM.** 102 f. Tese.(Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This thesis describes an investigation about "insertion mental health into primary care: a qualitative study of the practices of the professionals of the city of Manaus". The central thematic axes, proposed for this study, are mental health and primary health care; They were taken in a design of interdependence and carry their own epistemological principles. However, we understand that it is not possible to think of one, separated from the other, for the analysis of the challenges that are inter-related, when they are inserted in the practices of development of the care, in mental health. Methodological strategies include research and interviews, seeking to delineate the construction of policies and the articulation of mental health practices in primary care. In this context, the main objective was to investigate the integration of mental health, in primary care, based on the analysis of the professional practices that work in this level of health care, in the city of Manaus, in order to subsidize the proposed discussion. The professional people interviewed, although in many cases have been open to training and the expansion of knowledge regarding the interrelation between mental health and primary care, face the difficulties of the daily life of service to the Users and the temporary distance between one discussion and another, which are part of the topic of mental health and care in the first level of health care of the SUS (Sistema Único de Saúde). Four concepts were instrumental in the application of research: the concept of mental health, in its multidimensionality and complexity; Primary health care, as a gateway to theirs; The professional practices provided for in the official documents; And it created a concept of primary mental health care that consists in accepting the subjects in their demands, to identify

the means to respond and to allow the development of the autonomy, so that the user people find the alternatives to live their subjectivities and the means of Dealing with daily life, in its full potential. Qualitative research was carried out through several techniques, where 35 professionals were involved in primary health care. The method of information analysis was the thematic content method. The results demonstrated the fragility of the process of integrating mental health, in primary care, based on the analysis of professional practices currently being exercised in Manaus. The study concludes that while the development of practices, contemplated in official documents and in certain situations, make personal investments in their resolution, they are far from representing the primary mental health care, as described in the manuals or Evidence-based studies. However, there is a joint and shared effort in health professionals, committed to the defense of their, who generate strategies and create the resources necessary to gradually consolidate the integration of mental health in primary care of health, in the city of Manaus, Brazil.

Keywords: Mental health. Primary health care. Primary mental health care. Internship.

Amazon.

RESUMEN

LEMOS, Sônia Maria. **La inserción de la salud mental en la atención primaria: un estudio cualitativo de las prácticas de los profesionales de la ciudad de Manaus / AM.** 102 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta tesis describe una investigación acerca de "La inserción de la salud mental en la atención primaria: un estudio cualitativo de las prácticas de los profesionales de la ciudad de Manaus". Los ejes temáticos centrales, propuestos para este estudio, son la salud mental y la atención primaria de la salud; se tomaron en un diseño de interdependencia y conllevan sus propios principios epistemológicos. Sin embargo, entendemos que no es posible pensar a uno, separado del otro, para el análisis de los retos que están inter-relacionados, cuando se insertan en las prácticas de desarrollo de la atención, en salud mental. Las estrategias metodológicas incluyen la investigación y entrevistas, buscando delinear la construcción de las políticas y la articulación de las prácticas de salud mental, en la atención primaria. En este contexto, el objetivo principal fue investigar la integración de la salud mental, en la atención primaria, a partir del análisis de las prácticas profesionales que se trabajan en este nivel de atención de la salud, en la ciudad de Manaus, con el fin de subsidiar la discusión propuesta. Las personas profesionales entrevistadas, aunque en muchos casos se han abierto a la formación y la expansión del conocimiento con respecto a la interrelación entre la salud mental y la atención primaria, afrontan las dificultades de la vida diaria del servicio a las personas usuarias y la distancia temporal entre un discusión y otra, que son parte de tema de la salud mental y la atención en el primer nivel de atención de salud del SUS (Sistema Único de Salud). Cuatro conceptos fueron instrumentales en la aplicación de la investigación: El concepto de salud mental, en su multidimensionalidad y complejidad; el de atención primaria de la salud, como puerta de entrada a SUS; Las prácticas profesionales, previstas en los documentos oficiales; y

se creó un concepto de salud mental que consiste en acoger los temas en sus demandas, identificar los medios para responder y permitir el desarrollo de la autonomía, para que las personas usuarias encuentren las alternativas para vivir sus subjetividades y los medios de ocuparse de la vida diaria, en todo su potencial. La investigación cualitativa se llevó a cabo a través de técnicas varias, donde asistieron 35 profesionales vinculados a la atención primaria de la salud. El método de análisis de la información fue el método de contenido temático. Los resultados demostraron la fragilidad del proceso de integración de la salud mental, en la atención primaria, a partir del análisis de las prácticas profesionales que se ejercen en la actualidad, en Manaus. El estudio concluye que mientras que el desarrollo de las prácticas, contempladas en documentos oficiales y en ciertas situaciones, hacen inversiones personales en su resolución, distan de representando a la salud mental, como se describe en los manuales o en los estudios, basada en la evidencia. Sin embargo, hay un esfuerzo conjunto y compartido en los profesionales de la salud, comprometidos con la defensa de SUS, quienes generan estrategias y crean los recursos necesarios para consolidar paulatinamente la integración de la salud mental, en atención primaria de la salud, en la ciudad de Manaus, Brasil.

Palabras clave: Salud Mental. Atención primaria de salud. Atención de salud mental. Prácticas profesionales. Amazonas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Dados sobre os NASF's.....	40
Quadro 2 –	Composição e localização dos NASF's na cidade de Manaus.....	41
Quadro 3 –	Unidades selecionadas – características gerais.....	43
Quadro 4 –	Equipes da Estratégia de Saúde da Família.....	44
Quadro 5 -	Profissionais entrevistados.....	45
Quadro 6 –	Características das (os) participantes.....	46
Quadro 7 –	Ações para implantação de dispositivos substitutivos.....	50
Quadro 8 -	Práticas desenvolvidas na unidades selecionadas.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAIC	Centro Integrado de Atendimento à Criança
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DISA	Distrito de Saúde
IMS	Instituto de Medicina Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
WHO	<i>World Health Organization</i>
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
TMC	Transtorno Mental Comum

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	OBJETIVOS	23
1.1	Geral	23
1.2	Específicos	23
2	MARCO TEÓRICO	24
2.1	A Saúde Mental Global em diálogo com a Atenção Primária	24
2.2	O Desafio da Saúde Mental para a Atenção Primária	29
2.2.1	<u>Marcos históricos</u>	29
2.2.2	<u>Atenção Primária como Locus das ações prioritárias em Saúde Mental.....</u>	31
2.2.3	<u>O Apoio Matricial como Interlocutor entre a Saúde Mental e a Atenção Primária.....</u>	33
3	MARCO METODOLÓGICO	38
3.1	Problema	38
3.2	Aspectos Éticos	38
4	MARCO CONTEXTUAL	39
4.1	O acesso ao campo	43
4.1.1	<u>Unidade de estudo</u>	43
4.1.2	<u>Instrumentos utilizados</u>	44
4.1.3	<u>Participantes</u>	45
4.1.4	<u>Procedimento de coleta das informações</u>	47
4.1.5	<u>Procedimento de análise das informações</u>	48
4.2	Limites da investigação	48
4.3	Possibilidades da Investigação.....	48
5	RESULTADOS	50
5.1	Políticas e Diretrizes nos Documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus	50
5.1.1	<u>As ações para implantação de serviços substitutivos</u>	51
5.1.2	<u>A Saúde Mental nos Planos e Relatórios Municipais de Saúde</u>	54
5.2	Práticas profissionais e cuidado em Saúde Mental	56

5.2.1	<u>Dimensão 1 – Prática Profissional</u>	57
5.2.2	<u>Dimensão 2 – Conhecimento sobre Saúde Mental e Políticas de Saúde Mental</u>	66
5.2.3	<u>Dimensão 3 – Formação</u>	69
6	ANÁLISE DOS RESULTADOS	73
6.1	Análise documental	73
6.2	A integração do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde ...	77
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para o gestor.....	95
	APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para os profissionais de saúde	97
	ANEXO -	99

INTRODUÇÃO

A presente tese descreve uma investigação sobre “A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus”. Esta, forma parte de meu processo de formação doutoral na área de concentração em Ciências Humanas e Saúde. Está alocada na linha de pesquisa Estudos Sócio Antropológicos e Epidemiológicos em Saúde Mental, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, do programa de Doutorado em Saúde Coletiva, em parceria interinstitucional com a Universidade do Estado do Amazonas/UEA (DINTER UERJ/UEA).

Essa parceria visa possibilitar a formação de investigadores e consequentemente o desenvolvimento da autonomia para a pesquisa e ampliação da pós-graduação na área de saúde coletiva da UEA. Desta forma, o DINTER instala-se com o compromisso de formação do docente-pesquisador e produção de um referencial que possa ser utilizado para a melhoria das condições dos serviços de saúde, bem como do atendimento às demandas das populações que deles faz uso. A parceria entre as duas universidades públicas também reafirma o compromisso social assumido em suas missões, de formar profissionais e investigadores implicados no compromisso social e na garantia de construir uma sociedade em que a saúde cumpra seus princípios fundamentais de acesso universal, integral e equânime.

As temáticas propostas para este estudo, Saúde Mental e Atenção Primária, foram tomadas em uma concepção de interdependência, pois em si carregam seus próprios princípios. No entanto, entendemos que não é possível pensar uma separada da outra, para a análise dos desafios que propõem suas inter-relações, especialmente quando inseridas no desenvolvimento de práticas de cuidado por profissionais de saúde. Consideramos princípios fundamentais da saúde mental, a garantia de acesso igualitário aos serviços e a salvaguarda da autonomia como pessoa e cidadã (WHO, 2010). Os princípios da atenção primária utilizados neste trabalho, são os propostos por Starfield (2002), porta de entrada do sistema, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, abordagem familiar, enfoque comunitário. A integração da saúde mental na atenção primária encontra ressonância na interlocução entre os seus princípios, pois por meio deles se dará efetivamente a articulação com os demais níveis da atenção.

O conceito de saúde mental, que orientou o desenvolvimento das interlocuções com as práticas do cuidado em saúde, por profissionais da atenção primária, foi tomado em sua

concepção mais ampla. Aquela que considera a multidimensionalidade e complexidade do ser humano, cuja subjetividade e singularidade constituem-se nas relações com o contexto físico, social e cultural em que está inserido, conforme proposto por Amarante (1995). No entanto, acreditamos ser necessário observar que, na perspectiva da Organização Mundial de Saúde, saúde mental envolve “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo percebe seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e proveitosamente e é capaz de contribuir para sua comunidade” (WHO, 2014, s/p). Dessa forma, o conceito apresenta elementos essenciais para a definição de saúde mental, porém entendemos que esses não se encontram nos sujeitos de forma perene e imutável. O cotidiano impõe limites, desafios, frustrações e pode-se entender esses elementos como devir-saúde.

Outro conceito fundamental nesta tese é o de atenção primária. Foi no relatório Dawson, na Grã-Bretanha, em 1920, que a atenção primária surgiu definida como porta de entrada do sistema de saúde e como organizadora do cuidado. O relatório propõe um sistema cujos princípios sejam a universalidade, equidade e integralidade, adotando como estratégias de implementação de serviços e recursos, a regionalização e a hierarquização.

Outro documento importante é a declaração de Alma Ata (1978), por estabelecer e reafirmar que “atenção primária se constitui no primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde”. Dessa maneira, este nível de atenção deve estar preparado para resolver a maior parte das demandas de saúde da população. Em um sistema de saúde organizado em redes, como o caso do SUS, a atenção primária constitui-se como porta principal para acessar os serviços de saúde e deve oferecer atenção integral, bem como acompanhar as demandas de saúde da população respeitando o princípio de continuidade, de forma longitudinal, ou seja, como processo que se estabelece e desenvolve ao longo da vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a atenção primária também é responsável pelo acompanhamento do processo contínuo do cuidado, bem como orientar e promover a comunicação dentro do sistema de saúde e na interlocução com os demais setores e níveis de atenção da rede. É papel fundamental desse nível de atenção estabelecer e manter as conexões com a comunidade e os demais setores sociais, visando a garantia de estimular e fortalecer a participação social e ação intersetorial de maneira efetiva (OPAS, s/d).

O terceiro conceito que subsidiou a elaboração desta tese foi o de práticas profissionais, entendido aqui como as atividades ou atribuições descritas pelo Plano Nacional de Atenção

Básica (PNAB), para cada trabalhador no nível de atenção primária à saúde (BRASIL, 2013). Consideramos como práticas profissionais: acolhimento, acompanhamento do uso da medicação, apoio matricial, consulta, encaminhamento, estudo de caso, grupos operativos, grupos terapêuticos, oficinas, reuniões de equipe e visitas domiciliares (BRASIL, 2013). No cotidiano do trabalho essas atividades devem ganhar sentido e imprimir singularidades que são caracterizadas pelos sujeitos e seus territórios. Na relação entre os profissionais e as pessoas, para além do que está proposto nas orientações laborais, são concebidas outras maneiras de estar e de falar sobre suas demandas, o que, portanto, resulta em formas de fazer, que se singularizam.

O quarto conceito foi o de cuidado em saúde mental, que não está objetivamente descrito nos textos que tratam do tema, incluindo o caderno de saúde mental da atenção básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Foram realizadas buscas em bibliotecas virtuais como Pubmed, Lilacs, Scielo, em quatro idiomas, espanhol, francês, inglês, italiano e também não foi encontrado um conceito ou uma definição para o cuidado em saúde mental. Desta forma, a partir das leituras realizadas em Goulart e Chiari (2010), Bedin e Escarparo (2011), Franco e Merhy (2013), Figueiredo (2015) Barbosa, Caponi e Verdi (2016), construímos uma proposta de conceito que apresentamos a seguir: o cuidado em saúde mental consiste em acolher os sujeitos em suas demandas, identificar os meios necessários para atendê-las e possibilitar o desenvolvimento da autonomia para que os mesmos encontrem as alternativas para viver as suas subjetividades e os meios de lidar com o cotidiano da vida em sua potencialidade. Portanto, entendemos que é nos territórios que a produção do cuidado se dá, e em saúde mental, ele acontece na interlocução com todos os atores do processo, com os contextos e em diálogo com os princípios que sustentam o sistema de saúde, a universalidade, a integralidade e a equidade.

Esses conceitos foram centrais para esta investigação, pois a partir deles foi possível, não somente alcançar os objetivos propostos, mas também compreender como as inter-relações se estabelecem na configuração do cuidado em saúde mental na atenção primária na cidade de Manaus, bem como estas podem ser visualizadas nas práticas dos profissionais. São as práticas articuladas com e entre os diferentes e diversos atores, realizadas nos territórios, que possibilitam dialogar com a realidade dos usuários do sistema único de saúde, na atenção primária. Também foram fundamentais para identificar as lacunas e as

necessidades de investimento na formação e qualificação das(os) profissionais que atuam neste nível atenção, para que, efetivamente seja realizado o cuidado em saúde mental.

A escolha do objeto para a construção de uma tese doutoral em Saúde Coletiva, pressupõe o interesse não somente em aprofundar o conhecimento sobre uma determinada temática ou para confirmar uma hipótese, mas efetivamente conhecer a realidade em que está inserida e as estratégias para implementar as práticas propostas pelas políticas públicas vigentes. É importante esclarecer que as políticas públicas a que nos referimos, são as que ordenam o cuidado em saúde mental, expressas na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, definindo a saúde mental como saúde específica e aportando seus cuidados no nível da saúde especializada.

A pertinência do tema ao campo da Saúde Coletiva encontra justificativa no fato de que a reforma sanitária que, no final da década de 70, trouxe para o centro da discussão os modos de produzir e cuidar em saúde, com acesso universal, atenção integral e equidade. Do mesmo modo que a reforma psiquiátrica, nos anos 80, questionou os modos de tratar os “doentes mentais” e propôs modelos desinstitucionalizados de conceber e lidar com o sofrimento psíquico, em especial os casos mais graves. Essas reformas são objetos caros ao campo, pelas lutas impetradas para o seu reconhecimento na mudança da assistência à saúde das populações usuárias do sistema de saúde brasileiro no contexto do SUS.

Para desenhar o arcabouço teórico e dar sustentação ao trabalho da tese, partimos da importância da integração dos pressupostos da Saúde Mental Global (GMH) na atenção primária como estratégia para a implementação de políticas e práticas para o campo. Entende-se que, a partir do compartilhamento de experiências e demandas de países de baixa e média renda (LAMICS), instalam-se possibilidades para a criação de referenciais e estratégias comuns de enfrentamento das problemáticas em saúde mental, desde que respeitadas as singularidades sociais e culturais de cada país.

O estudo do tema nessa complexidade impôs a escolha do método qualitativo que permitiu aporte em profundidade, bem como o recorte espaço temporal que, ao delimitar o campo, permitiu captar singularidades regionais e recorrências generalizáveis. Desse modo, optamos pelo estudo da realidade da saúde em unidades básicas (UBS) e equipes da estratégia de saúde da família (ESF), nas quais foram contatados profissionais que se dispusessem a participar da investigação. O recorte foi feito a partir de sugestões da banca no momento da qualificação, o que resultou na delimitação dos Distritos de Saúde (DISA) Norte e Leste e

como lócus de pesquisa as unidades previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Manaus (SEMSA).

A coleta de informações aconteceu entre os meses de dezembro/2017 e maio/2018 e participaram 35 profissionais de saúde de diferentes áreas de formação.

A escolha da cidade de Manaus justifica-se não somente por ser o local de trabalho da pesquisadora, que desenvolve suas atividades de ensino e pesquisa no campo da saúde pública e porta conhecimento aprofundado e relevante sobre o território, mas também porque ali se revelam avanços construídos a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que traz para os cenários da saúde uma outra leitura das questões relacionadas ao campo e propõe outros modos de entender e intervir nas problemáticas que dele emanam. A proposta da reforma traz para o foco, antes colocado na sintomatologia, no diagnóstico e no tratamento, as pessoas, suas relações e inserção no contexto de suas realidades, garantindo apoio, suporte e acompanhamento, o mais perto possível do seu território.

As estratégias metodológicas utilizadas incluíram pesquisa documental e entrevistas, buscando delinear a construção da política e a articulação das práticas em saúde. Neste contexto a problemática que está posta por este estudo, provém da percepção de que ainda é preciso caminhar para que as questões de saúde mental estejam integradas ao nível da atenção primária, pois ainda é possível visualizar o quanto permanece o preconceito decorrente do estigma carregado pelas pessoas em sofrimento psíquico. Os profissionais, embora em muitos casos, tenham abertura para a formação e ampliação do conhecimento da inter-relação entre saúde mental e atenção primária, esbarram nas dificuldades trazidas pelo cotidiano do serviço, e a distância temporal entre uma discussão e outra, que tenha como temática a saúde mental e o cuidado no primeiro nível da atenção em saúde do SUS.

O estudo das práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária, reveste-se de relevância por trazer à luz o trabalho realizado pelos profissionais, seja como integrantes de uma equipe da estratégia de saúde da família, ou de uma unidade básica de saúde que ainda mantém o modelo tradicional para a realização dos serviços. A proposta de ver através dos olhos do profissional, o seu fazer no cotidiano do serviço, tendo como foco a saúde mental, também pode dar os indicativos necessários para a tomada de decisões pelos gestores na ampliação e melhoria dos cuidados em saúde mental no município de Manaus.

Outro aspecto importante que justificou a realização deste estudo é por estar a pesquisadora vinculada à formação de futuros profissionais de saúde, uma vez que pode contribuir para dirimir lacunas na discussão da temática e subsidiar um debate mais profundo sobre o papel da atenção primária no cuidado em saúde mental. Questões essas que derivam tanto do atendimento e acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico quanto da promoção de ações que evitem esse sofrimento. Isto pode se dar tanto em sala de aula quanto na supervisão que faz da Liga de Atenção Integral a Saúde (LAAIS), da qual participa desde sua fundação, como professora responsável, além de coordenar o curso de especialização em saúde mental, álcool e outras drogas.

É esta implicação e as inquietações decorrentes desta que motivaram a realização deste estudo, o aprofundamento do olhar sobre a realidade da Saúde Mental e como o cuidado tem sido integrado na atenção primária no município de Manaus, quando analisadas as práticas dos profissionais que atuam neste nível de atenção à saúde.

Desta forma, as práticas do cuidado em saúde mental devem levar em conta a sua implicação com as transformações necessárias para a inclusão dos egressos do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em suas comunidades, a escuta dos transtornos mentais comuns e as vias de acesso para sua assistência e resolução. Realizadas por profissionais com o compromisso da educação permanente e nos movimentos para que sejam implementadas e atendam aos dispositivos de promoção, prevenção e educação em saúde, na consolidação da atenção primária.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral:

Investigar a integração da Saúde Mental na Atenção Primária a partir da análise das práticas de profissionais, que atuam neste nível de atenção na cidade de Manaus, a fim de subsidiar a discussão do cuidado em saúde mental.

1.2 Objetivos Específicos:

- Mapear o processo de integração da saúde mental na atenção primária por meio de registros oficiais e relato da gestão;
- Identificar as práticas de profissionais da atenção primária que contemplam o cuidado em saúde mental;
- Analisar a partir das práticas profissionais como tem sido realizado o cuidado em saúde mental nas unidades selecionadas.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A saúde mental global em diálogo com a atenção primária

Global Mental Health é uma proposta de saúde pública de escala global com sensibilidade local, para populações pobres em países pobres, e para pobres em países ricos (BARTLETT, GARRIOTT E RAIKHEL, 2014). O campo da Global Mental Health (GMH) é constituído “pelos estudos e práticas que objetivam promover a redução das dificuldades no acesso e aos cuidados de saúde mental, em escala global” (PATEL e PRINCE, 2010). A ênfase dada às ações em países de baixa renda e sem sistemas de saúde, bem como em regiões onde a atenção à saúde funcione a partir da filantropia, faz com que surjam críticas de várias ordens, inclusive o questionamento sobre a hegemonia de pressupostos biomédicos e /ou medicalizantes, já tão comuns nos modos de lidar com as problemáticas de saúde mental. O campo também toca em questões muito caras à saúde mental, questões políticas, econômicas, éticas, relacionadas à indústria farmacêutica e ao papel das organizações internacionais para dirimir os problemas de saúde mental em escala global. Um dos pilares da GMH é a evidência, mas de que modo ela chega na saúde mental?

De acordo com autores como Patel e Prince (2010) e Kirmayer (2012) é necessário construir a melhor evidência possível, consideradas as divergências, desigualdades culturais e competências comunitárias de cada país. São as evidências das problemáticas comuns, bem como as estratégias que podem ser compartilhadas que dão ao campo o esteio necessário para ampliar a discussão e replicar experiências exitosas, em situações e locais semelhantes.

A GMH enfatiza que o tipo de resultado que se almeja promover, em determinado contexto, implica conciliação de abordagens em sua diversidade para alcançar a melhoria de vida das pessoas. Traz também para o campo da saúde mental o quanto ainda é preciso avançar para que haja uma transformação moral, que possibilite a quebra de patentes, a eficácia da medicação, uma vez que a saúde mental perpassa todas as ações em saúde, e deve, portanto, compor o rol de dimensões dos cuidados em saúde. Quando consideramos os 3 aspectos em Saúde Global, a carga da doença, Equidade e Justiça, Direitos Humanos é possível compreender como se efetivam no campo de práticas das políticas públicas baseadas em evidências e abarcam, entre outros pontos, a validade transcultural e os determinantes sociais (PATEL E PRINCE, 2010, KIRMAYER, 2012).

O campo da GMH constitui desafios que têm provocado questionamentos e críticas, especialmente de como produzir evidências que sirvam para todos sem perder as peculiaridades locais, ou seja, como alcançar certa universalidade, que permita o uso de estratégias em diferentes contextos. Críticas ao GMH, trazidas pela Antropologia da Saúde, estão fundamentadas na ideia de que o que se expandiria em uma escala global é o modo biomédico e medicalizantes de tratar os transtornos mentais. Porém um aspecto que é levantado por Patel e Prince (2010) é de que a crítica ao modelo e a implantação do modelo, são coisas distintas e é necessário entender os argumentos de ambos os lados mais do que tomar partido de um ou outro. Esta distinção pode auxiliar no entendimento da necessidade de construir ações que possam ser compartilhadas mundialmente, sem a linearidade do uso de um ou outro modelo para a implementação das ações que, em sua gênese, já devem preceder das peculiaridades de populações e contextos em que estão inseridas.

Para a GMH, a força de trabalho é um dos aspectos a ser considerado quando se questiona a aplicabilidade do modelo, uma vez que é muito desigual a distribuição dos recursos para trabalhar em saúde mental em diferentes contextos. Na perspectiva do enfrentamento dessas desigualdades, práticas colaborativas ganham relevância e

possibilitam a reunião de recursos tanto humanos quanto materiais para que se possam produzir experiências efetivas no e para o campo. É incontestável que a reunião de esforços, de profissionais e recursos disponíveis nos países da LAMICS, para a produção de evidências e desenvolvimento de ações que possam ser replicadas, produz resultados que apontam possibilidades concretas para distintas formas de organização social e da saúde, ou seja, o que está em perspectiva é a replicabilidade de ações e práticas em saúde mental global (KIRMAYER, 2012).

Outra justificativa relevante para a GMH é a evidência da lacuna de tratamento, principalmente nos países pobres. Estima-se que 56% dos transtornos mentais comuns passem despercebidos pela atenção primária à saúde, o que gera alto investimento de recursos em equipamentos, dispositivos, medicação que podem ser melhor redimensionados e distribuídos se houver diagnóstico precoce e procedimentos terapêuticos adequados (BARLETT, GARRIOTT E RAIKHEL, 2014).

Dessa forma, profissionais vinculados à saúde mental global enfatizam a lacuna de tratamento entre a população que precisa de tratamento e quem recebe de fato o tratamento como um argumento forte para convencer a gestores e políticos da necessidade de investimentos na saúde mental. O forte apelo tem a ver com o sofrimento impetrado ao sujeito pela ausência de diagnóstico precoce e da falta de tratamento. Assim, do ponto de vista de garantia de saúde e enfrentamento do sofrimento psíquico, a proposta da GMH visa enfrentar a lacuna de tratamento e do ponto de vista da gestão, é importante para a redução dos seus custos.

Para Ross e Sashidharan (2014), as poucas pesquisas realizadas em países pobres mostram poucas evidências do campo das práticas, portanto exigem intervenções sociopolíticas. Nesse diapasão é possível marcar um ponto de tensão: a dificuldade de reconhecer as limitações do modelo biomédico e desenvolver outras estratégias, inclusive delegando tarefas para leigos desenvolverem ações em saúde mental. Entre os determinantes sociais e a dinâmica de poder, as questões são mais da escala política quando se discutem esses determinantes, é mais estrutural por ser permeada pela dinâmica do poder.

Um argumento sinalizado pelos autores, entre eles Patel e Prince (2010), Kirmayer (2014), Perdersen e Kirmayer (2014), e que podem reafirmar a ideia, é o econômico, que seria a métrica e as limitações na análise do escalonamento do uso da medicação para o tratamento em saúde mental. No caso do Brasil, são necessários investimentos em saúde

pública, porém, o momento em que vive o país evidencia uma ameaça aos recursos que possam ser aplicados na expansão das ações em saúde mental. Quando há orçamento, ele é ínfimo, o maior investimento continua sendo na cultura saúde/doença, além do que, investimentos em saúde mental são tidos como uma espécie de extravagância (WENCESLAU E ORTEGA, 2015). Em 2016 foi aprovada a PEC 55 que congelou os gastos em saúde e educação pelos próximos 20 anos, o que impõe restrição de investimentos e contenção para essas áreas. “Dessa forma, a PEC 55 torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal” (ROSSI E DWECK, 2016 p. 4).

Destarte a GMH evidencia o tipo de resultado de promover, em determinado contexto, o avanço na conciliação de abordagens em sua diversidade para alcançar a melhoria de vida das pessoas. Traz também para o campo da saúde mental o reconhecimento do longo caminho por percorrer para que haja uma transformação político econômica, que possibilite a quebra de patentes, uma vez que a saúde mental perpassa todas as ações em saúde, e deve, portanto, compor o rol de dimensões dos cuidados em saúde.

O papel das comunidades é de suma importância para o alcance dos objetivos da GMH. A partir e por meio delas é possível criar estratégias e promover a competência cultural; ampliar o papel do indivíduo, que passa a ser especialista do seu próprio direito; se tornar parceiras de diálogo com a biomedicina; e ainda se tornar agentes na promoção da competência comunitária em saúde mental. É na ESF que se encontra o campo para construir as possibilidades da saúde mental na atenção primária. A partir de suas experiências é possível pensar estratégias que possam ser replicadas em contextos semelhantes

A ESF é o contexto favorável para a incorporação de saberes, pois a Atenção Primária pode ser resolutiva em 80% dos problemas de saúde mental e potencializar a autoridade do leigo e a capacidade dos praticantes dos serviços de saúde, de responder as demandas culturais do paciente (WENCESLAU E ORTEGA, 2015). Dessa maneira, a inserção da saúde mental na atenção primária é bastante delicada na perspectiva da GMH, pois poucos países têm condições básicas para cuidar da saúde mental em nível de políticas públicas. Nos países em que não há médicos é necessário uma rede colaborativa que atue, por isso a ideia da sinergia e integração com o que é local, pois assim haverá ao menos um elemento que pode intervir e minimizar o problema.

Da ordem dos tratamentos, espera-se que apresentem evidências de eficácia. Em diferentes contextos, nem sempre encontramos alternativas, modelos, terminantemente científicos. Uma agenda supõe uma ideologia por trás, em que questões políticas sempre estão presentes e convincentemente balizando a tomada de decisões (WENCESLAU E ORTEGA, 2015).

Tendo em vista o exposto, podemos considerar que a integração da saúde mental na atenção primária à saúde pode se constituir em uma estratégia fundamental. Ao implementar essas atividades, com a qualidade esperada, pode-se identificar precocemente transtornos mentais comuns, estender a rede de apoio a familiares e pessoas mais próximas, e desenvolver estratégias que possam ser aplicadas por distintos profissionais e também leigos. Pode caracterizar-se como um instrumento sólido para redução de estigmas, limitações e obstáculos para a melhoria da vida das pessoas.

A instrumentalização da atenção primária, para que entenda os pressupostos da transversalidade da saúde mental em todas as ações de saúde, também deve constituir tarefa constante. As interlocução entre familiares, usuários e equipe também são uma forma de garantir o desenvolvimento de competência cultural e empoderar os comunitários na temática da saúde mental e ter neles parceiros na construção das ações e práticas.

As demandas para a saúde mental na atenção primária estão descritas em estudos realizados no Brasil e em outros países. Estes estudos apontam, como veremos adiante, caminhos claros de integração e interlocução com todos os níveis de atenção à saúde, mas particularmente com a atenção primária.

2.2 O desafio da saúde mental para a atenção primária

As temáticas propostas para este estudo, saúde mental e atenção primária à saúde (APS), são tomadas em uma concepção de interdependência para a análise dos desafios que propõem suas inter-relações quando inseridas no desenvolvimento de práticas por profissionais de saúde, a fim de traduzir e implantar nas suas ações, cuidados em saúde mental na atenção primária. Dessa maneira, tanto a saúde mental quanto a atenção primária, trazem em suas constituições as marcas das lutas pela ampliação e melhorias no acesso aos serviços de saúde garantindo assistência a toda pessoa que dela necessite. Pautas caras à saúde

coletiva, demandaram compromisso, envolvimento social e político para que conquistas importantes fossem feitas, embora muito ainda seja necessário ser realizado, tanto pela reforma sanitária, quanto posteriormente pela reforma psiquiátrica.

O conceito de saúde mental, que norteou o desenvolvimento das reflexões aqui expostas, foi tomado em sua concepção mais ampla, proposta por Amarante (1995), como aquela que considera a multidimensionalidade e complexidade do ser humano, em suas individualidades, subjetividades e suas relações com o contexto físico, social e cultural em que está inserido.

As demandas para a saúde mental na atenção primária estão descritas em estudos realizados no Brasil e em outros países. Os estudos apontam, como veremos adiante, caminhos claros de integração e interlocução com todos os níveis de atenção à saúde, mas particularmente com a atenção primária. Compreendem os diversos autores que a APS, como porta de entrada do sistema, tendo como ferramenta principal a Estratégia de Saúde da Família, constitui-se no espaço fundamental da resolubilidade para as questões trazidas pela Saúde Mental (GONDIM & SOALHEIRO, 2017).

A ideia foi refletir sobre o desafio da integração da saúde mental na atenção primária tendo como premissa os pressupostos principais da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização, a vida na comunidade, a reformulação na assistência das pessoas com transtornos mentais. Os conceitos norteadores adotados para pensar as ações e/ou práticas de cuidado, foram a estratégia de saúde da família e o apoio matricial. A estratégia de saúde da família foi tomada em seu conceito de organizador dos serviços na atenção primária e o apoio matricial como uma tecnologia de gestão que faz a organização do trabalho em saúde atuando de maneira complementar aos sistemas de referência e contra referência (SOALHEIRO & MARTINS, 2017).

2.2.1 Marcos históricos

Os questionamentos acerca do modelo manicomial começam a ganhar contornos mais visíveis na segunda metade da década de 70. Isso aconteceu por duas razões: a primeira pela falência dos esforços decorrentes da implantação das colônias agrícolas como dispositivo de tratamento complementar ao modelo manicomial, a segunda pelas críticas ao modelo asilar que começam a emergir. É importante ressaltar que isso acontece no momento em que os manicômios estavam em expansão no país. No entanto, já se verificavam as condições de

abandono e maus-tratos a que estavam submetidos os internados em hospitais psiquiátricos. Sob inspiração das reformas psiquiátricas ocorridas na Europa, especialmente a Reforma Italiana, capitaneada por Franco Basaglia, as críticas a este modelo passam a ser mais frequentes (SOALHEIRO & MARTINS, 2017; DELGADO, 2001; TENÓRIO, 2001; AMARANTE, 1995).

A superlotação e as condições físicas e estruturais dos hospitais psiquiátricos, os maus-tratos a que as pessoas asiladas estavam expostas, as condições de trabalho dos profissionais de saúde mental provocam, mais do que inquietações, um desejo que se converte na mudança do olhar sobre a situação. Olhar este que se direciona para além do binômio saúde-doença, demanda uma reavaliação das condições de tratamento dos doentes mentais e traz para o centro da questão, o resgate da cidadania dessas pessoas (AMARANTE, 1995). O resgate da cidadania do “louco” institui-se como fundante da reforma, além das mudanças das condições asilares e adoção de modelos mais humanizados de tratamento dos internados, busca a restituição dos direitos e exercício da cidadania. Já no final dos anos setenta é criado o movimento dos trabalhadores em saúde mental, que reivindicava melhores condições de trabalho e que mais tarde se tornaria o protagonista da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil (SOALHEIRO & MARTINS, 2017; TENÓRIO, 2001; AMARANTE, 1995).

Os anos 80 chegaram com indicativos de mudanças, seja para o cenário político administrativo com a redemocratização do país, seja para a reforma sanitária que, também nesta década, tem seu protagonismo na gestão dos serviços/políticas públicas de saúde, com promessas de instituir um novo sistema de assistência à saúde. No campo da saúde mental abre-se um novo capítulo de uma história que vinha sendo escrita às custas de mazelas humanas, estigma social e descaso político público por parte do Estado. Além das resistências advindas dos donos dos hospitais e clínicas psiquiátricas conveniadas, subsidiadas com recursos públicos que realizam a maioria da assistência aos portadores de transtornos mentais e cujo atendimento pautava-se sempre pelo mínimo, sem oferecer as condições necessárias para que as pessoas pudessem, de fato, ser beneficiadas (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2001).

De acordo com Tenório (2001) dois eventos são determinantes na história da reforma psiquiátrica brasileira: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987. Estava instalado o processo de

“desinstitucionalização da loucura” para além do muro das instituições, mas que deveria desconstruir a ideia manicomial e promover a inserção das pessoas que viviam confinadas nos hospitais psiquiátricos, no laço social. Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” estabelece-se um novo paradigma a ser construído e transformado em políticas públicas que abarcassem a inserção e participação social na construção e controle das ações em saúde mental incorporadas à comunidade e vivenciadas no cotidiano.

É nesse período também que surgem as primeiras iniciativas de um novo modelo de assistência institucional aos portadores de transtornos mentais: a intervenção da administração municipal na Casa de Saúde Anchieta, em Santos e no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo. O modelo de assistência assumido nos moldes do que estava preconizado pelos Núcleos de Atenção Psicossocial, essas iniciativas são exemplares no que define a implantação de um Programa de Saúde Mental (TENÓRIO, 2001; AMARANTE 1995).

É importante destacar que a proposta de reformulação na legislação trouxe para o centro do debate as questões que circundavam a reforma e a discussão se instala nos diferentes setores da sociedade durante os anos 90, e decorrentes dos encaminhamentos da I Conferência Nacional de Saúde Mental, deflagra ações de reformulação das políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995). Nos primeiros anos desta década o Ministério da Saúde emite as portarias 189/91 que cria os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial e 224/92 que estabeleceu critérios para aperfeiçoar os NAPS e CAPS, e também definiu o atendimento em duas modalidades: hospitalar e ambulatorial, definindo e normatizando os critérios para a sua efetivação (MS, 1991; 1992). Medidas estas que antecederam a aprovação da Lei da Reforma e foram determinadas pelo intenso movimento e envolvimento social nas discussões acerca da necessidade de regulamentar os serviços substitutivos do modelo manicomial legitimados pelo recém-criado Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que também começava a ser implantado no país.

Ainda é relevante pontuar que as duas décadas que antecederam a aprovação da Lei da Reforma, foram permeadas de conflitos decorrentes das mudanças que estavam sendo propostas pelo movimento de luta antimanicomial, pois implicavam na criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalar no cuidado em Saúde Mental. Modelo esse que gerou grandes lucros à iniciativa privada contratada para prestar atendimento com recursos públicos, pela insuficiência de estrutura hospitalar na rede pública. O que chegou, em determinado

período, a constituir 80% da assistência em saúde mental no País sendo realizada pela iniciativa privada (VASCONCELOS, 2010; TENÓRIO,2001; AMARANTE 1995;).

A desinstitucionalização e a criação de uma rede de serviços substitutivos, propostas pela reforma psiquiátrica brasileira, pode ser um ponto de partida para pensarmos a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária. Apresentamos duas razões para esse recorte: a primeira marcada pela necessidade da busca de alternativas ao modelo hospitalocêntrico que orientou o cuidado em saúde mental até meados dos anos 2000, e a segunda a relevância do campo da atenção primária para a implantação de serviços que contemplassem a saúde mental, em especial a estratégia de saúde da família (ESF), como ordenadora do cuidado na atenção primária. “Esse desafio, então, questionaria os próprios fundamentos do imaginário social atual, uma vez que a saúde mental não se limita ao psicopatológico, mas, fundamentalmente, está envolvida como um processo dinâmico no fortalecimento dos laços sociais da vida cidadã” (LORENZINI, 2017, p 02).

Com o foco nas pessoas e não mais na sua sintomatologia, a última década dos anos 2000, se constituiu de avanços significativos para o campo da saúde mental, com uma forte expansão da rede de atenção psicossocial “que passa a integrar o conjunto de redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde” por via do Decreto Presidencial 7508/2011. Entre os dispositivos “substitutivos do modelo manicomial estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, Centros de Convivência e enfermarias de saúde mental em hospitais gerais” e integração da Saúde Mental nas ações da Atenção Primária (MS, 2013, p.19).

2.2.2 Atenção Primária como Locus das ações prioritárias em Saúde Mental

Os vários documentos nacionais e internacionais apontam para a importância da atenção primária como o primeiro contato a ser realizado pelos usuários dos sistemas de saúde e dão definições claras da importância de envolvimento da comunidade na construção de suas demandas e ações. Podem ser citados entre outros, a Declaração Internacional de Alma Ata (1978); a Carta de Ottawa (1996); os relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987; 1994; 2002; 2010); os diversos relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), os relatórios da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e mais recentemente a Carta de Kolkata (2015).

De acordo com Bonfim et al (2013, p. 288), embora muitos avanços tenham ocorrido desde a Declaração de Alma-Ata, os sistemas de saúde ainda se organizam “na atenção às doenças agudas”. Ainda referem os autores que estratégias inovadoras de cuidado se constituem em um desafio para compreender e lidar com as tramas instituídas pelas condições crônicas de saúde, dentre elas os transtornos mentais.

Dessa forma, a atenção primária à saúde deve estar integrada aos demais níveis de atenção para a resolubilidade das necessidades de seus usuários, incluindo as de saúde mental e utilizando especialmente sua estratégia principal, a saúde da família. As equipes da estratégia da família foram concebidas para implementar a expansão da cobertura dos serviços e assim promover a reorganização da atenção primária. Isso representa uma mudança na concepção assistencialista de cuidado da doença para cuidar das pessoas em seu território, entendido aqui para além das delimitações geográficas de área de abrangência, mas como espaços de produção de subjetividades, valores, vínculos, cultura e relações sociais, fortemente abordadas e de competência também da Saúde Mental (FORTES et al, 2014).

No entanto, esta tarefa parece ainda se encontrar distante de ser executada. Basta analisar o conhecimento produzido para perceber que a expansão da cobertura, em algumas situações não significou a reorganização dos serviços da atenção primária e ainda criou demanda para os outros níveis de atenção que já encontraram os limites da sua capacidade de atendimento, ocasionando enormes filas de espera e baixa resolubilidade dos problemas de saúde da população (SOALHEIRO, RABELLO E MOTA, 2017; ANGELINI E CACCIA-BAVA, 2015; SARAIVA E CREMONESE, 2008). Esta realidade também foi sinalizada e confirmada por estudos que analisaram a efetividade das equipes da estratégia de saúde da família na reorganização dos serviços, realizados em municípios do Estado do Amazonas, incluindo Manaus (NEVES JÚNIOR, MENEZES E PEREIRA, 2011; SILVA, GARNELO & GIOVANELA, 2010).

Um estudo realizado em duas capitais brasileiras, de características sociodemográficas e culturas distintas, uma no Nordeste e outra no Sul, com equipes da estratégia de saúde da família, evidenciou o quanto as concepções de loucura, associadas ao modelo patologizante e medicalizado, ainda estão impregnadas na cultura e não raro perpassam as práticas dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária (PAULON et al, 2013). Isso evidencia a necessidade de uma discussão mais profunda nas ações de educação permanente e nos cursos de graduação, para que o profissional do serviço esteja preparado para as demandas com as

quais irá lidar, bem como desenvolver uma postura acolhedora aos usuários e demais atores dos processos de cuidado.

Estudos mostram que a atuação das equipes de estratégia da família pautadas no conhecimento territorial e seus agentes/atores é fundamental para a identificação de demandas para a saúde mental trazendo para os dispositivos e equipamentos da atenção primária a possibilidade de intervenção antes do agravamento dos casos (GRYSCHCK E PINTO, 2015; PORTUGAL, 2014; PAULON et al, 2013; VIEIRA, GARNELO E HORTALE, 2010).

De acordo com Athié, Fortes e Delgado (2013, p. 71) há “necessidade de ampliação da cobertura em saúde mental em decorrência da alta prevalência de sofrimento psíquico na APS”. Em levantamento bibliográfico realizado pelos autores, estudos traziam evidências de “prevalência de 55% de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos pelos centros de saúde de São Paulo”, já na década de 1980.

Em estudo realizado nos Estados Unidos por Iskandar et al (2014) foi verificado que 50% dos transtornos mentais comuns passam despercebidos pela atenção primária. Se estes usuários fossem identificados poderiam receber assistência nos cuidados primários sem recorrer a outras componentes da rede de saúde em níveis de maior complexidade, além de promover a integração entre os profissionais da estratégia de saúde da família e os especialistas (FORTES et al, 2011; GONÇALVES et al, 2011; FORTES et al, 2008).

Dessa forma, é possível afirmar a importância da articulação e integração da ESF com as demais estratégias e ferramentas da rede de saúde mental na atenção primária para atendimento aos pressupostos da integralidade. Uma dessas ferramentas é o apoio matricial que embora esteja nos documentos do Ministério da Saúde desde 2003, é com a criação do NASF, em 2008, que começa a ser implantado no apoio às equipes da estratégia de saúde da família conforme mostra o levantamento bibliográfico e documental realizado por Bonfim et al (2013). Assim, o apoio matricial se constitui em importante interlocutor e articulador entre a saúde mental e a atenção primária, bem como pode ser a ferramenta fundamental no matriciamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

2.2.3 O Apoio Matricial como Interlocutor entre a Saúde Mental e a Atenção Primária

O apoio matricial é uma tecnologia de gestão que se complementa com o processo de trabalho em equipes de referência (MS, 2010). O conceito foi proposto originalmente por Campos (1999) como “estratégia para organizar o trabalho em saúde definindo sua atuação de

maneira complementar aos sistemas de referência e contra referência e às centrais de regulação da atenção especializada” (p. 77). Os autores sinalizam que a sua implementação traz uma proposta de mudança radical na conduta do especialista que precisa adotar uma postura dialógica e horizontal com os outros profissionais de saúde” (CAMATTA & MACHADO, 2013, p. 288).

Foi nessa perspectiva e como apoio à rede de atenção à saúde, com vistas a dar contribuições nas demandas que exigem atenção peculiar, que foram criados os Núcleos de apoio à Saúde da Família –NASF. Estes devem ampliar as ações em saúde mental na atenção primária e atuar de forma integral à rede de atenção à saúde. Seu objetivo principal é auxiliar no aumento da capacidade de análise e intervenção em problemas e necessidades de saúde para populações específicas e apoio matricial às equipes da estratégia de saúde da família, sob sua responsabilidade. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, o compartilhamento das responsabilidades pela compreensão e tomada de decisão sobre os melhores modos de resolver uma situação de assistência em saúde específica, possibilita a aproximação entre os diferentes integrantes da rede de atenção à saúde e traz para a atenção primária o apoio matricial necessário ao aumento da resolubilidade nas suas ações em saúde mental (FORTES et al, 2014; MS, 2013).

Uma revisão crítica das publicações sobre “Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária”, entre 2000 e 2010 realizada por Athié, Fortes e Delgado (2013, p. 70-71), mostrou que na visão dos especialistas em saúde mental, a articulação entre saúde mental e atenção primária está relacionada ao “processo de reforma psiquiátrica e a ampliação do modelo não hospitalocêntrico”. Os profissionais referenciam as práticas realizadas nas UBS, ambulatorios especializados e CAPS mais do que na ESF; na visão dos não especialistas em saúde mental, o ponto comum é “a ideia de resolubilidade em saúde mental pela equipe da atenção primária traduzem as necessidades observadas e a busca de solução pelos problemas apontados pela ação junto à população”; e ainda na visão a partir da relação entre os especialistas e não especialistas em saúde mental, as experiências de matriciamento se limitam a “experiências focais que partem de iniciativas pessoais dos profissionais da ponta e que, a partir da demanda da população, tratam das necessidades clínicas e circunstanciais”. Também nesta categoria “aparece a necessidade de atividades de educação permanente”.

As evidências apontadas pelo estudo acima são reafirmadas, de uma outra maneira, por outro realizado por Machado e Camatta que analisaram as publicações realizadas entre

1999 e 2013 nas quais buscaram analisar o uso do “Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária à Saúde”. O levantamento identificou os aspectos positivos e os aspectos negativos da implementação do matriciamento na atenção primária. Dentre os aspectos apontados como positivos estão a “construção coletiva de saberes e melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores; melhor e maior conhecimento do tema saúde mental a partir de encontros e trocas cotidianas entre os profissionais; e o aumento da corresponsabilização no do cuidado”. Quanto aos aspectos negativos foram destacados: “a falta de uma rede que proporcione maior diálogo entre os atores envolvidos; dificuldade dos trabalhadores em compreender o real significado do matriciamento; e capacitação precária ou inexistente tanto dos profissionais da atenção primária quanto da saúde mental” (2013, 229).

Alguns pontos são comuns nas revisões acima citadas e apontam para questões importantes quando se pensa a articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária, especialmente aqueles que dizem respeito à formação técnica e crítica dos profissionais e o desenvolvimento das habilidades necessárias para atuação em equipes multi/interdisciplinares. Porém, para além dessas, investir na habilidade da escuta e da comunicação com os demais atores, ACS, usuários e gestores parece ser fundamental, pois implica no desenvolvimento de estratégias de inserção e imersão nos territórios em que estão inseridos, de maneira implicada com a resolução das problemáticas que deles emergem (MERHY, 2014).

A ideia da formação de profissionais críticos me remete a um texto datado de 2007 cujo título é “Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil” em que o Benilton Bezerra Jr. ao analisar os avanços trazidos pela implantação da reforma psiquiátrica no início do século XXI, já apontava que a formação de recursos humanos era um desafio fundamental. Nele o autor sinalizava que a maioria “dos novos profissionais da rede é formada por jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a luta antimanicomial. Jovens que se tornaram adultos quando as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história” (p.245).

Talvez você se pergunte por que de trazer essa leitura para este momento do texto? Por entender que o desconhecimento das origens dos processos de trabalho e ações em saúde mental, insere no campo da ação dificuldades para compreender como ele se articula na reprodução de práticas que deveriam ser superadas; por entender que é preciso estar atento ao movimento permanente de manter vivos os princípios e pressupostos que foram trazidos pela

Reforma, especialmente quando assistimos a uma onda de conservadorismo, racismo e preconceito crescendo em nosso país.

Destarte se possa pensar em um processo de educação permanente, que possibilite a avaliação e a crítica aos modelos e estratégias de saúde que têm sido desenvolvidos para as ações em saúde mental. Um processo que seja capaz de apoiar a ampliação das práticas bem-sucedidas neste campo, desenvolvendo o conhecimento e a autonomia necessários à consolidação de suas políticas públicas. Porém como afirma Bezerra Jr é preciso ter em conta que alguns temas são cruciais para a formação dos profissionais para que os mesmos “sejam capazes de levar adiante o ideário reformista”, dentre eles estão “as novas formas de organização dos serviços e equipes, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre as estratégias de cuidado e de responsabilização” (2007, p. 246).

Da mesma forma que constrói com o usuário a referência e a contra referência do serviço na Atenção Primária o que possibilita que muitas das demandas sejam resolvidas nesse nível de atenção à saúde, desonerando e diminuindo a demanda para os demais níveis da atenção (secundário e terciário) (MS, 2013; CAMPOS, 1999). Com base nas reflexões desenvolvidas até este momento, é possível afirmar que quando o apoio matricial é implantando com a participação de todos os envolvidos nos processos de cuidado, possibilita espaços de trocas de conhecimento e experiências, análise de situações, discussões e acompanhamento de casos, compartilhamento de dificuldades e angústias, característicos de suas práticas.

Iniciativas desenvolvidas em outros países com populações específicas atendidas pela atenção primária atestam que os trabalhos colaborativos entre membros da equipe e outros integrantes da rede podem ser necessários para aumentar a atitude colaborativa do usuário na resolução do problema ou adesão ao plano de cuidado, por outro lado demonstram como a falta de compreensão dos instrumentos e técnicas utilizadas, por um membro da equipe, pode trazer obstáculos organizacionais para efetivar o cuidado na atenção primária (COUPE et al, 2014).

As evidências de experiências bem-sucedidas quanto à integração das ações da saúde mental na atenção primária, com intervenções desenvolvidas pelas equipes da estratégia da família de maneira colaborativa com outros integrantes da rede, como o apoio matricial do NASF, mostram a importância do investimento de recursos materiais e humanos para a

expansão e fortalecimento da atenção primária em todo o país e consolidação das políticas públicas de inserção da saúde mental (FORTES et al, 2014).

Estudo realizado na Inglaterra também chama atenção para o fato de que cada vez mais serão necessários dispositivos colaborativos e de cuidado integral para dar conta das demandas advindas do processo de envelhecimento da população e das comorbidades decorrentes dessa, suscitando na atenção primária cuidados colaborativos e de atenção integral que incluam ações em saúde mental (IVBIJARO et al, 2014). Assim, a atenção primária terá que se a ver com as mudanças decorrentes na melhoria das condições de vida das populações por ela atendidas e a saúde mental deverá ser parte integrante do processo, pois transtornos mentais comuns, como os depressivos e ansiosos estão frequentemente relacionados a queixas físicas (FORTES et al, 2011; 2014).

Diante do exposto é possível afirmar que os desafios são grandes e demandam ações políticas para a consolidação dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade - especialmente no que se refere à saúde mental na atenção primária. Quando pensado o objeto deste estudo, eram evidentes os desafios quanto à sua relevância na escuta dos profissionais que atuam na atenção primária e são os responsáveis pela integração da saúde mental em suas práticas de cuidado; profissionais que devem estar atentos à escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, com a finalidade de possibilitar a ampliação das vias de acesso para a assistência e resolubilidade de suas demandas; comprometidos com o processo de educação permanente e com os movimentos para que as práticas de cuidado realizadas atendam aos dispositivos e reafirmem as políticas de saúde mental na atenção primária.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 O Problema

Com a finalidade de responder à pergunta: “Como as práticas profissionais integraram o cuidado em saúde mental na atenção primária na cidade de Manaus, após a provação da Lei 10.216/2001?”, foi realizado um estudo que caracteriza-se como pesquisa qualitativa exploratória descritiva, envolveu análise documental e entrevistas com profissionais de saúde da cidade de Manaus. Foram entrevistados 35 profissionais, de diferentes áreas de atuação que trabalham nas Unidades de Saúde e equipes da ESF selecionadas e pertencentes aos Disa Norte e Leste, onde estão localizados 2 CAPS da cidade. As entrevistas aconteceram entre dezembro de 2017 e maio de 2018, foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e nos espaços dos serviços de saúde.

De acordo com Minayo et al., (1994, p. 21-22), a pesquisa qualitativa “trabalha com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. ... “aprofunda-se no significado das ações e relações humanas, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a equações ou operacionalização de variáveis”. A escolha pelo tipo de pesquisa e o método, estão vinculados ao propósito da investigação. Entendendo-se que a fase exploratória está presente desde os primeiros movimentos para a construção do projeto (MINAYO, 2013).

Foi utilizado o método proposto por Bardin ([1977], 2010) para análise das informações, e alcance dos objetivos à luz do referencial proposto, tomando como base a análise temática, uma das fases do processo descrito por Bardin, onde buscou-se construir núcleos de significação para revelar os conteúdos expressos nos textos e nos discursos.

3.2 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social – UERJ (Parecer nº 2.241.952) e ao Departamento de Pesquisa da SEMSA (Autorização para Pesquisa nº 40/2017). Após da aprovação a coordenadora de saúde mental foi contatada para apresentar o projeto, solicitar acesso aos documentos e agendar a entrevista. Também foi realizado contato com os responsáveis das unidades selecionadas para conhecimento e autorização para a realização das entrevistas com os profissionais das equipes.

As entrevistas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes que após receberem as informações sobre a pesquisa e assinarem o TCLE, foram

entrevistados. As mesmas foram gravadas, posteriormente transcritas e os áudios serão apagados após a finalização do estudo.

4 MARCO CONTEXTUAL

Manaus é a capital do Amazonas, possui uma densidade demográfica de 158,06 hab Km², populacional, de 1.802,14 habitantes e IDH 0,737 (Alto). O Estado possui aspectos peculiares em termos de área territorial em dimensão e logística, são 62 municípios em uma área territorial de 1.570. 746 km². As dificuldades encontradas pelas populações residentes no interior quanto a mobilidade (grande parte do acesso é fluvial) emprego e renda, qualificação profissional, serviços de saúde especializados e a busca por melhores condições e qualidade de vida, fazem com que as migrações para a capital do Estado sejam constantes. Esta realidade faz com que Manaus seja ocupada, de acordo com os dados do Censo 2010, por 51,72% da população de todo Estado (3.483,985 habitantes) por oferecer maiores oportunidades de crescimento e desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional (IBGE, 2010).

No Amazonas, a reforma psiquiátrica, que cria e amplia a demanda para a Saúde Mental na Atenção Primária, tem sido morosa e atrasada em relação ao restante do País. É importante ressaltar que Manaus foi uma das últimas capitais a implantar dispositivos de apoio psicossocial; o primeiro CAPS foi implantado em 2006, os leitos de longa permanência do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro foram desativados somente em 2014, e os pacientes removidos para o bairro de Santa Etelvina, na zona norte da cidade. Ainda é necessário apontar que as residências terapêuticas ficam em um espaço comum, situado ao lado do CAPS, e se configuram quase que como uma extensão deste, com portões com cadeados que são fechados ao final do dia, o que nos faz questionar se é configurado como residência terapêutica, na sua essência.

Estudos realizados em Manaus com profissionais do CAPS III mostraram a falta de recursos e de estrutura para que o dispositivo cumpra a sua finalidade, ainda sinalizam a falta de credibilidade no funcionamento do sistema para dar resolutividade às dificuldades encontradas. Os estudos demonstram que o dispositivo que deveria dar apoio à rede de atenção psicossocial, funciona precariamente e não responde satisfatoriamente à demanda, nem em questões básicas como a manutenção da medicação necessária, uma vez que são

relatados lapsos de tempo em que não há medicação, o que coloca em risco a estabilidade do usuário e recidiva de crise (COLOMBAROLLI et al. 2010; CAETANO et al, 2011). É importante assinalar que o CAPS III, citado acima, não funcionou de acordo com as especificidades do Ministério da Saúde, pois cumpria apenas o horário comercial.

Na zona leste existe apenas um CAPSi e um CAPS-ad localizado em uma das zonas mais abastadas da cidade, que também funciona em horário comercial.

De acordo com os dados oficiais e disponíveis ao público no site da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, constituem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) três CAPS, o primeiro é um CAPS III, localizado na Zona Sul, e atende adultos egressos de internações psiquiátricas em com transtornos mentais graves e crônicos, dentre eles psicoses, depressões graves, transtorno bipolar, entre outros. O segundo, é um CAPSi, localizado na Zona Leste e “atende crianças e adolescentes com autismo, esquizofrenia, depressão, déficit de atenção, hiperatividade e problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas” O terceiro é um CAPS ad III, localizado também na Zona Sul e atende adultos com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (SEMSA, 2017,s/p).

Esses dispositivos se juntam à RAPS municipal da qual ainda fazem parte, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e Estadual, os Centros Integrados de Atendimento à Criança (CAIC's), Ambulatório de Saúde Mental Infante Juvenil da policlínica Codajás, residências terapêuticas, serviço de pronto atendimento à crise do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Serviço de Saúde Mental nas policlínicas, entre outros (PEVAS E ALFIERO, 2013).

Em Manaus, o primeiro NASF foi instalado em julho de 2013, com a finalidade de dar suporte a 9 equipes da Estratégia de Saúde da Família, localizadas na Zona Leste (SEMSA, 2017). Dados mais recentes mostram que em janeiro de 2019 a secretaria ampliou para 7 o número de núcleos. No quadro 1 pode-se verificar a sua localização por DISA e bairro, número e unidade básica na qual está aportado (SEMSA, 2019).

Quadro 1 - Dados sobre os NASF's

NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF			
DISTRITO	Nº DE NASF	UNIDADE	LOCALIZAÇÃO
LESTE	4	UBS DR. SILAS DE OLIVEIRA SANTOS	Gilberto Mestrinho
		UBS ENFERMEIRA IVONE LIMA DOS SANTOS	Ouro Verde/Coroadó
		UBS ENFERMEIRA JOSEPHINA DE MELLO	Jorge Teixeira
		UBS GEBES DE MELO MEDEIROS FILHO	Jorge Teixeira

NORTE	2	UBS ARMANDO MENDES	Manoia/Cidade Nova
		UBS ARTHUR VIRGILIO FILHO	Novo Aleixo
SUL	1	UBS NILTON LINS	Parque das Laranjeiras/Flores

Fonte: GESF/SEMSA, 2019

A composição dos NASF's representa uma informação relevante para este estudo, uma vez que se buscou investigar como acontece o cuidado em Saúde Mental nas práticas dos profissionais de saúde, tanto nas UBS quanto nas equipes da ESF (Quadro 2). De acordo com o Sistema de Gerenciamento de Pessoas (SIGEP), a SEMSA possui 45 psicólogos dos quais 07 estão nos NASF's, e não há psiquiatra em seu quadro de recursos humanos (SEMSA, 2019). É importante ressaltar que esta especialidade não se encontra disponível no Sstema de regulação (SISREG), o que também inviabiliza o encaminhamento da atenção primária. Os demais psicólogos não atuam na atenção primária, estão deslocados para cargos administrativos e ou atuam nas policlínicas e CAPS.

Quadro 2 - Composição e localização dos NASF's na cidade de Manaus

NASF - COMPOSIÇÃO							
CATEGORIA PROFISSIONAL	UBS DR. SILAS DE OLIVEIRA SANTOS	UBS ENFERMEIRA IVONE LIMA DOS SANTOS	UBS ENFERMEIRA JOS. EPHINA DE MELLO	UBS GEBES DE MELO MEDEIRO S FILHO	UBS ARMANDO MENDES	UBS ARTHUR VIRGILIO FILHO	UBS NILTON LINS
ASSISTENTE SOCIAL	1	1	2	2	1	2	1
PSICOLOGO CLÍNICO		1	1	1	2	1	1
FARMACÊUTICO	1		1	1	2	3	2
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	1	1		1		
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	1	1	1	1	1		1
FISIOTERAPEUTA	1	1	1	1	2	2	1
NUTRICIONISTA	1	1					
MÉDICO PEDIATRA		1					
TOTAL	6	7	7	6	9	8	6

Fontes: CNES e GESF/SEMSA

Embora estivesse registrada a existência de sete NASF's houve, somente foi possível a identificação de funcionamento de três deles.

A Atenção Primária também apresenta peculiaridades inerentes às questões regionais e culturais. Os relatórios da Atenção Primária do Ministério da Saúde mostram que em 1991 tiveram início os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Foram cadastrados pelo Ministério da Saúde, no Amazonas, em 1999, 368 Agentes Comunitários de

Saúde e 5 equipes do Programa de Saúde da Família (MS/DAB, 2014). No entanto, em estudos realizados com a Estratégia de Saúde da Família é possível constatar que ocorreu uma implantação paralela do Programa da Saúde da Família pela prefeitura de Manaus (LUNA E OLIVEIRA, 2012; SILVA, GARNELO E GIOVANELLA, 2010).

À revelia do que foi proposto pelo Ministério da Saúde, a prefeitura de Manaus, por não aceitar se adequar aos pressupostos do Programa nos moldes nacionais, criou em 1999 o Programa Médico da Família, com um modelo de unidades de espaço reduzido (casas pequenas, chamadas de “casinhas de saúde”); as equipes atuavam diretamente na comunidade e as “casas do médico da família” como ficaram conhecidas, serviam apenas de apoio e guarda de material. Foram instaladas, nessa época, 171 dessas unidades. Em paralelo, o Estado não repassou imediatamente as unidades de Atenção Primária, que estavam sob sua responsabilidade, para o Município. Isto só ocorreu em 2004 e das 24 unidades, 23 foram repassadas. O Programa Médico da Família não conseguiu se consolidar e o município aderiu à Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde, depois de se habilitar administrativamente para atender aos critérios de adesão. No entanto, estudos sinalizam que as equipes nem sempre estão completas, há registros de atendimentos em horários reduzidos e falta de profissionais (LUNA E OLIVEIRA, 2012; NEVES JÚNIOR, MENEGHIM E PEREIRA, 2011; SILVA, GARNELO E GIOVANELLA, 2010).

O município de Manaus está dividido em 5 distritos de saúde (DISAS) sendo que um é rural/fluvial e atende as comunidades ribeirinhas, peculiaridade regional, e que também se mostra um desafio para a Atenção Primária. A unidade básica fluvial, é itinerante e atende às comunidades próximas da capital, com duas expedições mensais, uma para atender comunidades que vivem às margens do Rio Negro e outra às margens do Rio Amazonas, realizadas por duas equipes de saúde. No Rio Negro, as comunidades atendidas são: Apuaú, Santa Izabel, Nova Canaã, Rio Aruaú, Nova Jerusalém, Mipindiaú, Lindo Amanhecer, Monte Sinai, Igarapé Açú, São Sebastião, Cuieiras, Santa Maria, Boa Vista do Jaraquí, Costa do arara, Tupe; e no Rio Amazonas: Caramuri, Monte Horebe, Ponta do Thiago, Lago Arumã, Nossa Senhora do Carmo, Nossa Senhora do Perpetuo Socorro, Bonsucesso, São Pedro, Assentamento Nossa Senhora de Nazaré, Guajará, Jatuarana, Mainã.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o teto de equipes da Estratégia de Saúde da Família para Manaus é de 931 equipes; estão credenciadas 400, sendo que, somente 187 estão cadastradas e implantadas, o que mostra uma cobertura populacional estimada de 34,64%

(MS/DAB, 2014). Os estudos apontam que as equipes estudadas não estão desenvolvendo o programa como está previsto na proposta regulamentada pelo Ministério da Saúde e embora a população esteja satisfeita com o trabalho, as unidades são criticadas pela baixa resolutividade, falta de recursos materiais e humanos, dificuldades de e com a gestão. Outros aspectos também foram verificados por esses estudos, o mais importante é que a territorialização não foi realizada como deveria, atendendo aos critérios nacionais, de modo que também há dificuldades de estabelecer os limites, em muitos casos, para a cobertura populacional (LUNA E OLIVEIRA, 2012; NEVES JÚNIOR, MENEZES E PEREIRA, 2011; VIEIRA, GARNELO E HORTALE, 2010).

A cobertura em 2018 foi de 32,23% na ESF e de 45,51% na Atenção Básica (MS/DAB, 2019). Ao considerar esta estimativa de cobertura populacional, é possível inferir que muito há de ser feito para que Atenção Primária seja reorganizada em seus serviços de saúde, bem como a Estratégia de Saúde da Família cumpra seu papel estratégico de primeiro acesso ao sistema, na cidade de Manaus. Nesse sentido um estudo aprofundado das práticas profissionais realizadas no cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária também se reveste de relevância e pode apontar caminhos para uma reorganização dos serviços de saúde à população e suas demandas.

4.1 O acesso ao campo

4.1.1 Unidade de estudo

A unidade de estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a partir de equipes do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Manaus. A Rede de saúde local está dividida em 5 distritos, DISA Norte, DISA Sul, DISA Leste e DISA Oeste no contexto urbano e, um DISA no contexto rural. Dos 4 distritos urbanos, foram selecionadas duas Unidades Básicas (UBS) e três Unidades da Estratégia de Saúde da Família (UBSF), em dois DISAS, intencionalmente escolhidos. O DISA NORTE por não possuir dispositivo municipal de saúde mental, apenas um estadual, e o DISA LESTE por possuir um dispositivo de saúde mental vinculado ao município, o CAPSi. A escolha também se deu pelo fato de serem dois distritos de alta densidade populacional. No quadro 1 apresentamos as características gerais dos DISAS e unidades selecionadas, bairro, população, tipo de unidade de saúde e dispositivos de saúde mental.

Quadro 3 - Unidades selecionadas – características gerais

Bairro/Unidade	DISA	Pop	Tipo	Dispositivos saúde mental
Zumbi/Alfredo Campos	LESTE 492.729 (estimativa 2013)	38.674	Tradicional/ESF inserida/Horário Ampliado	1 CAPSi
Gilberto Mestrinho/Silas Santos	LESTE	60.881	III	
Coroador/L-30	LESTE	56.488	IA	
Novo Aleixo/N-15	NORTE 551.149 (estimativa 2013)	106.270	V	No Disa Norte não tem dispositivos de saúde mental sob responsabilidade do município
Cidade Nova/Áugias Gadelha	NORTE	133.246	Tradicional com horário ampliado	

Fonte: <https://semsa.manaus.am.gov.br/localizacao-das-unidades-de-saude>

Como é possível verificar no quadro 3, as unidades selecionadas estão localizadas em bairros de alta densidade populacional. Estão classificadas em 5 tipos, caracterizadas de acordo com o Plano Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2010):

- Tradicional, com Estratégia de Saúde da Família (ESF) inserida e horário ampliado;
- Tipo IA - abriga, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família;
- Tipo III - abriga, no mínimo, três equipes de Saúde da Família;
- Tipo V – padrão de referência, possui a melhor estrutura, com pelo menos uma equipe de Saúde da Família com saúde bucal;
- Tradicional com horário ampliado.

Quadro 4 - Equipes da Estratégia de Saúde da Família

SITUAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF / JANEIRO 2019						
DISTRITO	DISTRITOS DE SAÚDE					MANAUS
	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	
TOTAL	57	62	45	49	12	225
ATIVAS	42	52	41	44	11	190
INATIVAS	15	10	4	5	1	35

Fonte: DICAR/SEMSA

De acordo com as informações da SEMSA (2019) as ESF são compostas basicamente por: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 Técnicos de Enfermagem e 04 a 07 Agentes Comunitários

de Saúde (ACS), 01 Cirurgião Dentista (CD) e 01 Técnico de Saúde Bucal (TSB) ou 01 Assistente de Saúde Bucal (ASB).

4.1.2 Instrumentos Utilizados

Foi realizada entrevista semiestruturada com o gestor municipal de Saúde Mental, para tentar identificar e mapear a integração dos cuidados em saúde mental na atenção primária, constituindo-se como uma fonte primária de informação (APÊNDICE B); Também foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, que trabalham nas UBS, UBSF (APÊNDICE C) e manifestaram seu consentimento, a partir da assinatura do TCLE (APÊNDICE A). As entrevistas foram agendadas previamente em local e horário de disponibilidade do participante e tiveram duração média de 40 min. A escolha do roteiro de entrevista como um dos instrumentos objetivou oferecer aos participantes a liberdade para se expressar livremente sobre o que estava sendo perguntado, bem como de acrescentar o que entendessem necessário à sua resposta. A Entrevista semiestruturada é “... facilitadora de abertura, de ampliação e aprofundamento da comunicação. Dela constam alguns itens que se tornam indispensáveis no delineamento do objeto” (MINAYO, 2013, p. 262).

4.1.3 Participantes

O número de profissionais não foi estabelecido a priori, pois esteve diretamente relacionado ao número de integrantes das equipes que se dispusessem a participar, bem como a saturação de conteúdo, a partir da realização das entrevistas semiestruturadas (FONTANELLA et al, 2011). A ideia foi possibilitar a participação do maior número de profissionais integrantes das equipes selecionadas, a fim de dar voz às percepções, impressões e conhecimento sobre a saúde mental relacionadas as suas práticas cotidianas no território em que estão inseridos. Esta escolha não se deu por questões quantitativas, mas para prezar pela participação do maior número de categorias profissionais antes da saturação do conteúdo, tendo em vista o método proposto.

No quadro 2 apresentamos as categorias profissionais que participaram do estudo, de acordo com o distrito de saúde em que desenvolvem as suas atividades.

Quadro 5 - Profissionais entrevistados

Categorias Profissionais	DISA LESTE	DISA NORTE
--------------------------	------------	------------

ACS	11	03
Médica(o)	03	01
Enfermeira (o)	03	02
Téc Enfermagem	04	02
Aux saúde bucal	01	00
Cirurgiã (ão) dentista	01	01
Terapeuta Ocupacional	01	00
Fisioterapeuta	01	00
Assistente Social	00	01
TOTAL	25	10

Fonte: Autora, 2019

Participaram do estudo 35 profissionais de saúde, sendo Médica(o) = 4; Enfermeira(o) = 5; Cirurgião-dentista = 02; Assistente Social = 01; Terapeuta Ocupacional = 01; Fisioterapeuta = 01; ACS = 14; Técnica(o) em enfermagem = 06; Auxiliar saúde bucal = 01. Ressalta-se a importância da diversidade das categorias participantes, pois possibilitaram ampliar o espectro de percepções e descrições das atividades desenvolvidas nas diferentes áreas.

No quadro 6 apresentamos as características das(os) participantes conforme o nº da entrevista, sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de serviço e se possui algum outro curso (superior, técnico ou pós-graduação).

Quadro 6 - Características das(os) participantes

Nº Entrevista	Sexo	Idade	Profissão	Tempo serviço
01	F	38	Médica	2 anos
02	F	38	Enfermeira	13 anos
03	F	58	ACS	-
04	F	50	ACS	18 anos
05	F	56	Técnica em Enfermagem	6 anos
06	F	51	ACS	16 anos
07	F	49	Auxiliar Saúde Bucal	10 anos
08	M	41	ACS	17 anos
09	F	49	ACS	-
10	F	53	ACS	20 anos
11	M	43	ACS	19 anos

12	F	38	Técnica de Enfermagem	13 anos
13	M	39	Enfermeiro	13anos
14	F	34	Cirurgião Dentista	1 ano
15	M	42	Médico	8 anos
16	F	47	ACS	18 anos
17	F	43	Terapeuta Ocupacional	18 anos
18	M	52	Técnico em Enfermagem	12 anos
19	F	39	Fisioterapeuta	18 anos
20	F	35	Técnica em Enfermagem	-
21	F	33	Médica	1a9m
22	F	47	ACS	20 anos
23	F	62	ACS	20 anos
24	F	53	ACS	21 anos
25	M	44	Enfermeiro	15 anos
26	F	59	ACS	20 anos
27	M	32	Enfermeiro	8 anos
28	M	36	Médico	10 anos
29	F	50	Técnica em Enfermagem	22 anos
30	F	31	Assistente social	3 anos
31	F	48 anos	Enfermeira	20 anos
32	M	55 anos	Cirurgião Dentista	30 anos
33	F	33	ACS	2 anos
34	F	41	ACS	17 anos
35	M	32	Técnico Enfermagem	13 anos

Fonte: Autora, 2019

Conforme exposto no quadro acima, foram entrevistadas(os) 25 pessoas do sexo feminino e 09 do sexo masculino, com idades entre 31 e 62 anos, prevalecendo uma média

entre 31 e 50 anos. Das (os) profissionais entrevistadas (os) 24 dos 35 participantes, possuem mais de 10 anos no exercício na função.

4.1.4 Procedimentos para coleta de informações

O procedimento de coleta das informações foi executado em momentos distintos, mas complementares, sendo que a escolha do método está diretamente relacionada ao problema e as técnicas para sua investigação.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de ética do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS), foi realizada pesquisa documental, nos planos e relatórios oficiais da SEMSA a fim de estabelecer os delineadores que integraram a saúde aental no nível de atenção primária, objeto do estudo, com marcadores de tempo, profissionais, áreas atendidas, número de usuários e ações desenvolvidas. Do mesmo modo, foi solicitado o acesso aos documentos que foram produzidos e constituem o acervo da historicidade das ações em saúde mental na atenção primária desenvolvidas pela gestão da área. Assim, análise documental se justifica por permitir o acesso aos documentos e “acrescentar a dimensão tempo à compreensão do social” (CELLARD, 2008).

4.1.5 Procedimentos para análise das informações

O procedimento para a análise das informações foi realizado, de acordo com método de análise do conteúdo de Bardin ([1977], 2010, p.33), que segundo o autor, “é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução dessas mensagens”. foram estabelecidas categorias para o alcance dos objetivos que foram interpretadas à luz do referencial teórico, a fim de responder a pergunta de pesquisa proposta para a realização deste estudo. Dentre as análises, para a análise do conteúdo, foi proposta a análise temática por se considerar que atende com propriedade a proposta do estudo. A análise temática tem em conta a frequência dos temas, é transversal no recorte feito nas entrevistas, pois as categorias são “projetadas sobre os conteúdos” (BARDIN, p.168).

Três categorias de análise podem ser consideradas basilares: 1- conhecimento sobre saúde mental; 2 – atividades relacionadas a saúde mental; 3- apoio matricial (trabalhos colaborativos). Desta forma, para além das categorias que pudessem emergir do conteúdo das

entrevistas, vinculados aos temas chaves, a análise e a compreensão dada pelos sujeitos à relação entre saúde mental e atenção primária se constituíram, a priori, categorias basilares para a interpretação das práticas e fazeres profissionais quando é necessário responder às demandas do cuidado em saúde mental.

4.2 Limites da Investigação

Os resultados estão relacionados aos profissionais de determinados territórios, localizados nas zona Norte e Leste da cidade de Manaus. Desta forma, devem ser considerados como não passíveis de generalização, pois analisaram uma realidade específica em um determinado contexto. No entanto, podem ser utilizados como um indicativo das necessidades e potencialidades dos territórios e dos profissionais que neles atuam.

4.3 Possibilidades da Investigação

As possibilidades deste estudo estão relacionadas com a oportunidade de dialogar com os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e equipes da estratégia de saúde da família, sobre como realizam os cuidados em saúde mental no cotidiano das suas atividades. Também oferece à gestão um registro do que tem sido feito e das estratégias que podem ser desenvolvidas para o enfrentamento das dificuldades encontradas.

5 RESULTADOS

A atenção primária deveria se constituir na principal porta de entrada do sistema público de saúde. As questões relacionadas a saúde mental, também deveriam compor as principais propostas para este nível de atenção, uma vez que, se atendidas, as orientações da OMS, é possível atender com eficácia uma série de demandas, que atualmente podem passar despercebidas, entre elas os Transtornos Mentais Comuns.

Para responder ao objetivo central desta tese, investigar a integração da saúde mental na atenção primária a partir das práticas de profissionais que atuam neste nível de atenção, na cidade de Manaus, a fim de subsidiar a discussão do cuidado em Saúde Mental, foram propostos três objetivos específicos, o primeiro objetivo foi tentar mapear como se deu a integração da saúde mental na atenção primária na cidade de Manaus. Para tanto, foram analisados os documentos produzidos a partir da promulgação da Lei 10.216/2001, que tivessem em conta as mudanças necessárias para construir um modo de cuidar em saúde

mental que fosse distinto do modelo asilar e hospitalocêntrico e que estivesse vinculado à APS. O segundo objetivo foi identificar nas práticas dos profissionais da APS, o cuidado em saúde mental. Para atender a este objetivo, foram analisadas as práticas desenvolvidas pelas (os) participantes a partir dos seus depoimentos dados na entrevista.

5.1 Políticas e Diretrizes nos Documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

A atenção primária deveria se constituir na principal porta de entrada do sistema público de saúde. As questões relacionadas a saúde mental, também deveriam compor as principais propostas para este nível de atenção, uma vez que, se as orientações da OMS são atendidas, é possível então acolher com eficácia uma série de demandas, que atualmente podem passar despercebidas, entre elas os Transtornos Mentais Comuns.

Os resultados estão apresentados de formas distintas. Na subseção 1 estão descritas as informações sobre saúde mental encontradas no documento, construído a partir da demanda deste estudo, denominado “Memorial da Rede Psicossocial no Município de Manaus”. Este documento traz o registro da trajetória de implantação da RAPS no Município de Manaus e relata os acontecimentos, bem como as equipe técnica responsáveis, a partir de 2004 até 2016.

Na subseção 2 estão descritas as informações encontradas nos planos e relatórios da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Manaus (SEMSA), dos dois últimos triênios que correspondem aos períodos 2010-2013 e 2014-2017.

5.1.1 As ações para implantação de serviços substitutivos

O quadro 4 apresenta as informações sobre as ações realizadas para implantação dos dispositivos de saúde mental na cidade de Manaus. Os dados registram o ano; profissionais da equipe técnica, áreas atendidas (DISAS) e as ações desenvolvidas que se destacam na finalidade de implantação dos dispositivos substitutivos, bem como as que estão relacionadas à integração com a atenção primária. Não foi possível identificar o número de usuários, bem como o número de profissionais que constavam do quadro funcional da SEMSA e estavam vinculados às atividades de saúde mental.

Quadro 7 – Ações para implantação de dispositivos substitutivos

Ano	Equipe Técnica	DISA	Ações
2004	1 psiquiatra 2 Enfermeiras	Todos	- Elaboração do Projeto de implantação das equipes de apoio matricial de saúde mental

			(previa 22 equipes de apoio matricial para atuar junto ao Programa de saúde da Família (p. 03))
2005	1 Enfermeira		- Realização de concurso para seleção dos profissionais para compor as equipes de apoio matricial (p. 03) - A convocação dos profissionais não foi suficiente para compor as equipes, pois foram “paulatinamente redirecionados para os recém criados Distritos Sanitários de Saúde (DISAS)” (p. 03)
2006	1 Enfermeira 2 Psicólogas	NORTE	- Criação do Comitê Gestor de Saúde Mental, composto por 8 membros, sem especificação, no documento, das áreas de atuação; - Elaboração do Plano Tático Operacional da Saúde Mental para ser executado no triênio 2006-2009 (o mesmo foi implementado parcialmente) (p.04); - Inauguração do primeiro CAPS na cidade de Manaus, CAPS Silvério Tundis de gestão estadual (p. 04); - Participação de 60 (sessenta) profissionais da saúde mental do município no Curso de Multiplicadores em Terapia Comunitária com ênfase em álcool e outras drogas, realizado pelo SENAD e MISMEC (p. 04); - Realização do curso de Atualização em Saúde Mental para os profissionais das equipes de apoio matricial (p. 04); - Descentralização da dispensação dos psicotrópicos nos distritos de saúde e a criação padrão e quantitativo de medicamentos para cada distrito em dezembro (p.05).
2007	2 Psicólogas 1 Enfermeira	TODOS TODOS SUL SUL	- Realização de capacitação de saúde mental para enfermeiros e técnicos de enfermagem da ESF (p. 05); - Criação do Protocolo das ações programáticas em Saúde Mental do Município de Manaus em Teve como objetivo padronizar os procedimentos em saúde mental na rede básica de saúde (p. 05); - Realização da Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para aplicação do instrumento de pesquisa no distrito de saúde sul – Levantamento preliminar de dados em saúde mental (p.05).
2008 - 2009	1 Enfermeira 2 Assistentes Sociais	SUL SUL	2008 - Início do processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial Sul – CAPS Sul (p.06); - Mapeamento da rede de serviços ampliada no distrito de saúde sul (p.06);

		TODOS LESTE e SUL	problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (p. 10); - Capacitação dos ACS e Técnicos de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Básica (p.10); - Reuniões quinzenais de supervisão clínico-institucionais do Setor com as equipes dos CAPS Sul e CAPSi Leste, bem como acompanhamento in loco das atividades dos serviços regularmente (p.10);
2013	2 Psicólogas 1 Enfermeiro 1 Assistente Social	SUL	- Elaboração da Nota Técnica nº 01/2013 sobre os principais entraves das ações e serviços em processo de implementação na RAPS Manaus de competência da SEMSA (p.11); - Adesão, pactuação do Programa de Volta pra casa e divisão de responsabilidades entre SEMSA e SUSAM (p.11); - I Reunião com os psicólogos da SEMSA para a Reorganização da Rede de Atenção e dos fluxos de atendimento em saúde mental (p.11); - No ano de 2013, a gerência trabalhou na implantação de 02 (dois) novos serviços: 01 (um) CAPS ad tipo III e 01 (um) CAPSi, ambos no Distrito de saúde Sul, com previsão para inaugurar no primeiro semestre de 2014 (não foram implantados) (p.15)
2014 – 2015	3 Psicólogas 1 Enfermeiro 1 Assistente Administrativo	SUL SUL	- Inauguração do Serviço Residencial Terapêutico - SRT Rosa Blaya de gestão da SUSAM (p. 16); - Implantação do Serviço de Acolhimento Psicossocial – SAP, composto por equipe multidisciplinar, voltado para o atendimento de adultos com problemas decorrentes de uso de álcool e outras drogas (p.16); - Oficina de Integração de Servidores do CAPS AD (p. 18); 2015 - Inauguração do CAPS Benjamim Matias Fernandes, tipo III (p.19); - Inauguração do CAPS AD Dr. Afrânio Soares (p.19).
2016	3 Psicólogas 1 Assistente Administrativo	SUL	- Publicação da Resolução CIB nº035/2016 que cria os serviços do CAPS III Benjamim Matias Fernandes e CAPS AD III Dr. Afrânio Soares (p.20); - Realização do Projeto Engrenagens da Educação Permanente a fim de viabilizar ações integrativas entre saúde mental e atenção primária. O projeto teve como objetivo capacitar

			profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas municipais e Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF's) das Regionais Leste e Norte, com foco na vivência destes profissionais nos CAPS's de Manaus através do "Intercâmbio Percurso Formativo Manaus" (p.22).
--	--	--	--

Fonte: Memorial da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Manaus(SEMSA,2017)

5.1.2 A Saúde Mental nos Planos e Relatórios Municipais de Saúde

No plano municipal de saúde correspondente ao triênio 2010 – 2013, na seção denominada de “Análise da Situação de Saúde”, se localiza no item 2.8 a descrição das ações de saúde mental previstas, estratégias de enfrentamento, estrutura dos serviços, principais dificuldades e a capacidade instalada (SEMSA, 2013, p.43).

Consta do plano municipal de saúde que o planejamento das ações seguiu a Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, orientada pela Lei 10216/2001. Cita os serviços substitutivos que compõem a proposta para o “fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos” (SEMSA, 2010 p.43).

O objetivo das ações reiterou o que havia sido proposto no plano municipal de Saúde do triênio 2006-2009: “implantar uma Rede de Assistência Substitutiva em Saúde Mental, para portadores de transtornos mentais e outras pessoas em sofrimento psíquico atual ou potencial, através da promoção, prevenção e assistência em saúde mental nos Distritos Sanitários.” (IDEM, p.43).

Duas metas foram estabelecidas para o triênio 2010-2013 (que já estavam estabelecidas em 2006-2009), como uma resposta à situação epidemiológica que apontava em “12% a população que apresentava algum tipo de transtorno, sendo 3% transtornos mentais severos e persistentes e 9% transtornos mentais menores” (p.43). A primeira foi “atender 50% dos portadores de transtornos mentais da área de abrangência da estratégia de saúde da família”; a segunda, “implementar ações de saúde mental em 30% da população portadora de transtorno mental severo e persistente (p.44)”.

Neste período, a estrutura disponível era limitada à capacidade das unidades de saúde para atender “pessoas com transtornos leves e moderados, vítimas de violência sexual e dispensação de medicamentos psicotrópicos nas policlínicas” (p.44). Ainda se encontrava em

andamento a implantação do CAPS II, no DISA Sul (a inauguração estava prevista para novembro de 2009).

Quanto às dificuldades, estão descritas como relacionadas à orçamento reduzido; falta de recursos humanos; lentidão nos processos de “nomeação e/ou relotação do restante dos recursos humanos previstos”; ausência de “psiquiatra no quadro de recursos humanos na rede da SEMSA”; falta de qualificação para os médicos da rede básica (UBSF-S e UBS) para atendimento das demandas de saúde mental; “não implantação dos CAPS e equipes de apoio matricial, conforme previsto no PMS 2006-2009”; “ausência do mapeamento dos casos de saúde mental na área de abrangência da estratégia saúde da família; e inexistência de referência e contra-referência em saúde mental” (SEMSA, 2010, p. 45).

Quanto à capacidade instalada, o Plano descreve que as 184 equipes da ESF instaladas no Município “não possuem estrutura física adequada para o atendimento, nem técnicos de referência em saúde mental nas UBS (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional)” (IDEM, p.45).

No relatório do triênio 2010-2013. As informações do relatório de 2013, descrevem que as metas não foram alcançadas ou foram parcialmente. Havia uma proposta de qualificação em saúde mental, álcool e outras drogas de 120 profissionais, destes participaram de cursos somente 32; foram implantadas três equipes de NASF; a meta de ampliar para 6 o número de CAPS não foi atendida; as metas de ampliação da rede de atendimento às vítimas de violência também não foi atendida. Não estavam disponíveis relatórios de 2010 -2012.

No plano municipal de saúde, do triênio 2014-2017, a saúde mental aparece na seção 2 que trata das Diretrizes, Objetivos e Metas como “Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas”. Para a sua implantação estavam propostas a “ampliação do acesso e a qualificação e diversificação do tratamento” (SEMSA, 2014, p.76). As metas estavam pautadas no aumento da cobertura dos casos de saúde mental; acompanhamento da população alvo do Programa de Volta para Casa; implantação de 04 Unidades de Acolhimento; implantação de 02 consultórios na rua; e ainda , “vincular 02 comunidades terapêuticas à atenção residencial de caráter transitório”. Estas metas deveriam ser cumpridas até 2017.

No relatório de 2014, consta que foram cadastrados e acompanhados 38 pessoas do Programa de Volta para Casa; foi implantado 1 consultório de rua; foi executado um projeto de geração de renda, denominado Construart; dos 240 profissionais da RAPS, previstos para

realizar curso de qualificação em saúde mental, foram qualificados 90; estava previsto a implantação de 21 NASF's, foi implantado 1; não foram implantadas unidades de acolhimento; a meta de ampliação do número de CAPS não foi alcançada; também não foram vinculados leitos em comunidades terapêuticas conforme o previsto. No relatório de 2015, as metas alcançadas também ficaram aquém do que estava previsto, foram implantados 2 CAPS e neste ano a cobertura realizada por eles, superou a meta de 0,22 para 0,28; foram acompanhadas as 38 pessoas do Programa de Volta para Casa. Não foram disponibilizados os relatórios de 2016 e 2017.

5.2 Práticas profissionais e cuidado em Saúde Mental

Para identificar o cuidado em saúde mental a partir das práticas dos profissionais da atenção primária, foi realizada uma entrevista semiestruturada, composta de um roteiro, que contemplou 3 dimensões: formação, conhecimento sobre saúde mental e, práticas de cuidado em saúde mental. A escolha por um roteiro nessa configuração possibilitou uma robustez nas informações que se buscava para o alcance dos objetivos propostos pelo presente estudo.

Cada uma das dimensões possuía uma ou duas questões que buscaram incentivar o participante a discorrer livremente sobre a temática. Cabe a ressalva de que as questões não necessariamente foram realizadas rigorosamente como se apresentavam. Houve a flexibilização necessária para a expressão das dúvidas em relação ao que estava sendo perguntado, as quais foram esclarecidas sempre com a perspectiva de motivar a fala livre do sujeito, sem indicar ou conduzir a uma determinada resposta. Desta forma, as questões contempladas por cada dimensão deram à investigação um escopo de informações para responder aos objetivos deste estudo.

O primeiro objetivo específico foi o de identificar as práticas de profissionais da APS que contemplavam o cuidado em saúde mental. As questões propostas, na dimensão 1 (prática profissional), investigaram quais atividades eram desenvolvidas tendo em conta a saúde mental; as dificuldades encontradas e qual a percepção da (do) participante sobre o impacto ou não de suas práticas na APS. Também buscou conhecer se haviam dispositivos comunitários contemplados pelas práticas, com a finalidade de identificar outras redes de cuidado em saúde mental.

A segunda dimensão versou sobre o conhecimento sobre saúde mental e suas políticas. A intenção das questões foi verificar se em algum momento da vida profissional a (o)

participante havia recebido ou realizado alguma capacitação ou qualificação específica e qual era o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde mental, mas especificamente a Política Nacional de Saúde Mental e a Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas.

A terceira, e última buscou informações sobre a formação dos participantes, com dois subitens de perguntas sobre formação continuada e educação Permanente. As questões foram elaboradas com a finalidade de identificar se na formação técnica ou profissional, haviam tido contato com as temáticas relativas à saúde mental; e se o conhecimento com o qual teve contato havia sido suficiente para dar fluidez e resolubilidade para as demandas no seu cotidiano de trabalho.

Nesta seção serão apresentados os resultados, a partir das categorias que emergiram durante a sistematização das entrevistas, com a identificação das Unidades de Registro (UR) e Núcleos de Significação (NS), vinculados às temáticas, objetos desse estudo. As (os) participantes serão identificadas (os) pela letra “E” seguida do número da ordem em que a entrevista foi numerada e a profissão. Assim atendemos as prerrogativas éticas de proteção das identidades e preservamos informações importantes para a análise dos resultados.

5.2.1 Dimensão 1 – Prática Profissional

As atribuições dos profissionais da atenção básica estão descritas na Portaria 2436/2017, que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2017). Da mesma forma, estão descritas as atribuições/práticas dos profissionais de saúde mental, no caderno de atenção básica nº 34 (BRASIL, 2013).

No Quadro 8 foram listadas as práticas e em que unidades foram mencionadas pelas(os) participantes como parte de sua rotina de trabalho.

Quadro 8 - Práticas desenvolvidas nas unidades selecionadas

	Práticas	Silas Santos	Alfredo Campos	L30	Áugias Gadelha	N15
1	Acolhimento	X	X	X	X	X
2	Acompanhamento do uso da medicação	X	X	X	X	X
3	Apoio Matricial	X	X	-	-	-
4	Consulta	X	X	X	X	X
5	Encaminhamento	X	X	X	X	X
6	Estudo de caso	X	-	X	-	-
7	Grupos Operativos	-	-	-	-	-
8	Grupos Terapêuticos	-	-	-	-	-
9	Oficinas	-	-	-	-	-
10	Reuniões de equipe	X	-	X	-	-
11	Visitas domiciliares	X	X	X	X	X
12	Busca ativa	X		X		X
13	Acompanhamento	X		X		X

Fonte: Autora, 2019

É possível visualizar no Quadro 8 que algumas das atividades direcionadas para as questões relacionadas à saúde mental não foram mencionadas pelos profissionais. O que foi possível de averiguar com relação a isto é que algumas das atividades não acontecem por falta de preparo da equipe para desenvolvê-las, ou de um especialista na área. Por exemplo a E1 (médica) em um trecho de sua fala menciona “só consulta, porque não tem grupoterapia”, complementa informação, referindo que ainda que tivesse não se sentiria confortável para maneja-lo.

Para a dimensão 1 foram definidos três núcleos de significação: Saúde Mental (SM); Atenção Primária à Saúde (APS) e Práticas de cuidado em Saúde Mental (PCSM).

As Unidades de Registro (UR) definidas para o Núcleo de significação SM, foram: complexidade; dificuldade; medo; recursos mínimos; pouco conhecimento; ajuda; CAPS; capacitação; não saber o que fazer. Para as UR foram identificadas as Unidades de Contexto (UC), e foram vinculadas à categorias que emergiram do conteúdo das entrevistas.

Para o Núcleo de Significação APS, foram definidas as seguintes Unidades de Registro (UR): limitada; restrita; sem espaço; sem pessoal; tem que atender; a gente tem o NASF; a gente não em o NASF, vínculo com o paciente; tem programa de saúde mental na unidade.

As Unidades de Registro definidas para o Núcleo de Significação PCSM, foram as seguintes: consulta; escuta; encaminhamento para o CAPS; encaminhamento para o

psiquiatra; atendimento individual; renovação de receita; acompanhamento; visitas domiciliares; reunião de equipe; tempo maior de consulta; Priorizar atendimento; fazer grupo.

Para a dimensão 1 foram identificadas 4 categorias: práticas da APS; práticas de cuidado em saúde mental; dificuldades na execução das práticas e impacto das práticas na APS.

Categoria 1 A: Práticas da atenção primária (previstas para todas e todos os profissionais).

Nesta categoria estão contempladas as práticas comuns desenvolvidas pelos profissionais na atenção primária, portanto o acolhimento, a busca ativa, o acompanhamento, as visitas domiciliares, são atividades que podem ser realizadas por qualquer um(a) dos(as) componentes de uma equipe de saúde, esteja em uma UBS ou em uma equipe da ESF (BRASIL,2017; BRASIL, 2013).

É possível observar na leitura das entrevistas que as atividades da APS são desenvolvidas em todas as unidades estudadas e por cada um dos profissionais, dentro do rol de atribuições que consta dos documentos que orientam o funcionamento e a dinâmica neste nível de atenção à saúde (BRASIL, 2017; 2013). Dentre as atividades mais citadas estão, acolhimento, visitas domiciliares, escuta qualificada, busca ativa, acompanhamento do uso da medicação.

Estas atividades podem ser identificadas nos trechos citados abaixo:

A E1 menciona que utiliza da busca ativa para trazer à consulta o usuário que renova a receita para obter a medicação, mas fica muito tempo sem comparecer na unidade de saúde. Em um trecho de sua fala, menciona, ...”quando a gente vê que o paciente ta há muito tempo sem vir, só renovando receita a gente marca pra ele vir” (E1, Médica).

Por sua vez, o E15 explica que faz acompanhamento dos usuários por meio das visitas domiciliares. No trecho de sua fala é possível verificar que a saúde mental é mencionada na mesma categoria dos demais agravos de saúde, como diabetes, hipertensão. Vejamos: ...”o meu acompanhamento são as visitas domiciliares gerais, nem sempre tem paciente de saúde mental ... tem mais hipertenso, diabético, acamado, grávida, puérpera”(E15, Médico).

Também foi possível verificar que há práticas que são citadas, relacionadas aos programas ou tipo de equipe a que o profissional está vinculado. O E20 explica o procedimento realizado com o usuário que é acompanhado pela ESF. Vejamos o trecho de sua fala: “Porque aqui como a gente já é da estratégia, a gente já tem aqueles pacientes que a

gente acompanha, que já conhece a rotina tudinho... Uma vaga pra um clínico, essas coisas assim a gente consegue” (E20, Técnico em Enfermagem).

No trecho seguinte o ACS relata como são realizadas as atividades em grupo na sua unidade de Saúde e completa a informação com um dado relacionado à Saúde Mental. Assim menciona E26: “ Aqui tem grupos de hipertensos, de grávidas... antes a gente fazia exercícios com eles, fazia atividades com os diabéticos...com as grávidas fazia palestra sobre depressão, porque a grávida também é uma paciente para depressão, depressiva” (E26, ACS).

Por fim, apresentamos um trecho da fala do E10 quando relata o procedimento realizado quando visita pela primeira vez uma residência no seu território: “Tipo assim, primeiro se eu fosse numa casa, eu cadastrava todos daquela família, aí ia ver as grávidas, hipertensos, diabético, criança com menos peso, desnutrida. Orientar da vacina, sobre a dengue, das vasilhas que a gente orientava a não deixar com água dentro. Tudo isso” (E10, ACS).

Categoria 1B Práticas de cuidado em saúde mental

Formam esta categoria as práticas que foram mencionadas pelos profissionais como direcionadas ao cuidado em saúde mental.

Para os médicos, a falta de tempo, a exigência do cumprimento de metas, além da estrutura das unidades, especialmente a falta de espaço, e ainda a falta de preparo para lidar com algumas situações, têm contribuído para que a prática mais frequente, seja a consulta, como podemos observar nos trechos a seguir.

“Só consulta, a gente não tem grupo de terapia” (E1, Médica).

Também foi referenciada a necessidade de ter um profissional especializado para atender essa demandas, como é possível verificar na fala de E25

“É, atualmente não temos um colega em específico pra atender paciente de saúde mental, eles atendem com o primeiro que tiver vago, se tiver compensado, o que mais faz aqui é encaminhar pro CAPS” (E25, Enfermeira);

Aqui também fica claro o desconhecimento de práticas de saúde mental, como algo exclusivo de psicólogos e psiquiatras, bem como a função do CAPs, uma vez que se pretende encaminhar aqueles com os quais não sabem o manejo clínico, mesmo não se caracterizando como demanda real.

Nos trechos abaixo, E2, E17 e E30, citam o encaminhamento como a única alternativa. Vejamos o que dizem:

“É individual mesmo e família dependendo do caso a doutora reúne e vê o que a gente vai fazer o que com esse paciente, a gente costuma sentar e conversar o se vai encaminhar pro Caps ou direto pro psiquiatra” (E2, Enfermeira).

Às vezes a gente precisa acionar o CAPS pra ir até a casa do paciente, às vezes precisa encaminhar um paciente que está em surto para ir pro Eduardo Ribeiro, então é isso que eu faço” (E17, Terapeuta Ocupacional).

“A gente acaba encaminhando mesmo paros os CAPS “(E30, AS).

No entanto, para o E28 a solução para os casos graves de cuidado em Saúde Mental seria “...voltar a investir no hospital psiquiátrico Eduardo Ribeiro, entendeu... e talvez criar um outro hospital psiquiátrico pra atender esses doentes” (E28, Médico)

Ainda se mostra presente a idéia de saúde mental direcionada ao modelo hospitalocêntrico.

Por sua vez, em uma das outras unidades um entrevistado respondeu que, o NASF organiza as atividades e faz o acompanhamento necessário a permitir a participação dos usuários de Saúde Mental. Como observa o E13:

...“a gente tem um NASF aqui na unidade, eles fazem certas atividades sim... né, eles têm vários grupos, creio que com certeza deve ter o grupo da saúde mental. Eu sei que eles fazem visita com a gente também, né. Até quando tava o pessoal da residência, sempre via eles indo nas casas, principalmente o pessoal da saúde mental” (E13, Enfermeiro).

O cirurgião dentista reafirma, em um trecho de sua fala, o protagonismo do NASF na condução das atividades de orientação aos usuários. Vejamos: “Sim! O que eu ia te falar agora. as palestras não são bem evidentes porque tem o NASF agora. Eles levam à frente, fazem tarefas, orientam... tem a assistente social, a terapeuta” (E14, Cirurgião Dentista).

Uma das assistentes sociais, a partir de suas reflexões para responder ao que lhe era perguntado na entrevista disse em um determinado momento:

“Eu acho que acaba que a gente da atenção primária mesmo, os profissionais não tem muito esse olhar voltado mesmo para a saúde mental, apesar né, de saúde não ser ausência de doença.. a gente não tem esse olhar da saúde mental”(E30, AS).

A retomada dos princípios fundamentais do SUS parece necessária, uma vez que, A integralidade, a equidade e a universalidade devem ser a base de sustentação para toda e qualquer prática em saúde. São esses princípios que garantem acesso e assistência a todo e qualquer cidadão que chegue no sistema de saúde (MS, 1990).

No trecho abaixo uma das assistentes sociais afirma que a saúde mental não está integrada à APS, pois o atendimento somente ocorre por conta de ter um alto índice de pacientes que frequentam os programas que apresentam problemas mentais:

“Não de jeito nenhum, não passa nem perto dessa frase eficaz... não está inserido, a gente atende... mas é porque assim, a maioria dos nossos pacientes psicológicos eles são diabéticos e tem as grávidas que são hipertensas né... e uns que vem do CAPs pra gente, mas a gente não tem aquele programa certo... não é só mental, não a gente não tem, entendeu?” (E30, AS)

A ACS descreve seu cotidiano para cumprir sua agenda com a Saúde Mental. Vejamos um trecho de sua fala abaixo:

“Ah... funciona da seguinte maneira. A gente na realidade vai detectar eles, né. Quem já toma remédio controlado, quem já passou por certa situação... é, mental, então a gente convida eles pra eles virem aqui pra eles assistirem as palestras, a família né, principalmente e aí eles vem fazer o acompanhamento” (E8, ACS).

Na sequência dá uma pista de como tem sido importante o acolhimento e o acompanhamento desses usuários pela UBS, também informa que o usuário liga dois braços da Rede Psicossocial. Experiências que vão construindo outros modos de lidar com a saúde das gentes deste lugar. Podemos observar no trecho da fala da E8:

“Eu tenho dois pacientes agora. Eles fazem acompanhamento aqui na unidade também. Com os médicos, né. Estavam num estado muito crítico, mas agora está estável pelo fato do acompanhamento... eles também vão pro CAPS, pra resolver as situações também, da medicação”(E8, ACS).

O ACS ainda alerta que no seu cotidiano anda atenta ao que tem para fazer:

.. Temos um cronograma e aí a saúde mental, assim com grávidas, como hipertensos e diabéticos, também tem o programa de saúde mental. A gente mais convida eles pra vir, o papel é esse... trazer a demanda pro médico, pro enfermeiro ou pras palestras de saúde mental” (E8, ACS).

A atuação desta ACS possibilita visualizar a importância dos três princípios dos SUS e faz um alerta do quanto ainda é necessário construir para que efetivamente se possa integrar campos e serviços em territórios comuns.

Por sua vez, o E27 sinaliza em um trecho de sua fala, o diferencial da atenção primária e da ESF na condução do atendimento como os usuário no seu território e em suas demandas específicas. Lembra que esse diferencial é o vínculo com o usuário. Vejamos a seguir:

“... porque assim na atenção primária, estratégia de saúde da família você vai ter um vínculo com o paciente, você vai ter um atendimento específico com álcool e drogas, você já conhece um pouco mais o familiar, o familiar te procura, então é um pouco mais fácil... (E27, Enfermeiro).

Na sequência, o trecho da fala da E19 faz uma referência ao impacto da descentralização da assistência em Saúde Mental e avalia o resultado, vejamos: “ Depois que descentralizou eu acho que ficou excelente, o trabalho que é feito aqui, eu nunca vi em lugar nenhum. Eu vejo a M, trabalhar com Saúde mental, é sensacional. Eu acompanho o trabalho que é feito (E19, Fisio).

O lugar do “outro” não se vendo como parte integrante dessa rede, mesmo sendo profissional da unidade.

Os entrevistados, embora tenham mencionado as práticas de maneira semelhante, trouxeram pistas em alguns trechos, que nos conduzem à reflexão de como o cuidado em saúde mental pode ser evidenciado, mesmo sem ser denominado como tal. Isso pode ser evidenciado nos trechos das falas de diferentes profissionais acerca dos diversos modos de cuidar:

“Aqui na unidade o eu vejo assim é consulta, né?, os pacientes pegando a medicação deles. A orientação do NASF” (E10, ACS)

“Olha, eu realizo a escuta do paciente, encaminho pro psiquiatra ambulatorial, o psiquiatra passa a medicação, a gente acompanha pra saber se a medicação tá adequada, tem alguns usuários que eles fazem a medicação aqui, que são injetáveis, né?” (E17, Terapeuta Ocupacional).

E se for um paciente de saúde mental... um que faz uso de psicotrópico, geralmente faz acompanhamento com o profissional médico, ou com psiquiatra, ou com psicólogo, pelo menos aqui eu não vi passar pelo enfermeiro, entendeu?” (E27, Enfermeiro).

“Ah, eu penso que dá pra fazer um bom trabalho, legal se você tem um suporte legal... a gente tem um histórico aqui de vários pacientes que estabilizaram. A S., ela é uma, tem vários outros que saíram de crises depressivas só com o suporte aqui na atenção básica” (E17, Terapeuta Ocupacional).

Dessa maneira, ficam evidenciadas as práticas de cuidado em saúde mental que foram mencionadas pelas(os) entrevistadas(os) e nos possibilitaram refletir sobre seus limites e potencialidades. Embora algumas unidades não possuam espaço adequado para realização de uma atividade mais coletiva ou de atendimento em grupo, chama atenção o fato de não se articularem com os espaços coletivos do território em que estão inseridas. Os profissionais não mencionam e quando perguntados atribuem a responsabilidade desses contatos à gestão.

Categoria 1 C: Dificuldades

As dificuldades mencionadas podem ser elencadas em três tipos:

a) Estrutura física:

“nossa estrutura física que é muito pequena pra gente realizar atividades” (E1, Médica);

“Eu vejo mais a questão do formato de consultório pra eles virem participar. Às vezes eles entram e ficam envergonhados. Então são coisas que às vezes eu acho ruim numa equipe, onde a sala tá muito aberta” (Cirurgiã-dentista, E14);

“A gente não tem espaço... não tem nada... isso é conto da carochinha...pois é, é isso que devia ter, o governo, coloca aí na tua pesquisa, devia montar um centro de acolhimento para essas pessoas, com atividades, terapia de grupo com a família e os pacientes (E23, ACS).

b) Falta de preparo para lidar com os pacientes:

“A falta de profissional multidisciplinar, a gente tem muito paciente de saúde mental... eu não me sinto preparada pra realizar um grupo terapêutico” (E1, Médica).

c) Falta apoio da rede de atenção:

“Tenho dificuldade, porque muitas vezes eles estão em crise e a gente encaminha pro Eduardo Ribeiro e eles retornam. ...ambulatório é tudo lotado, é consulta pré-agendada bem distante e a medicação defasada e eu não altero, não mexo. Infelizmente” (E15, Médico);

“a gente trabalha apenas com o encaminhamento do paciente a referência a gente não tem uma contrarreferência e” (Enfermeiro, E27);

“...o próprio SAMU se tu falar que tem um paciente aqui surtando o SAMU não vai vir, ele vem se uma mulher deu a luz aqui dentro, aí ele vem, mas se tu disser que tem um

paciente aqui surtando e que precisa remover ele pro Eduardo Ribeiro ele não vai vir” (Enfermeira, E25);

“Volta tudo pro clínico geral, volta tudo pra mim. Eu acabo que tenho que iniciar algumas medicações que o certo é iniciar o psiquiatra, aí eu que acabo iniciando e acabo tratando” (E21, Médica).

As dificuldades elencadas pelos profissionais de saúde também são reconhecidas pela gerência de saúde mental (G1), além dessas a sinaliza a falta de recursos financeiros, humanos e materiais faz com que não consiga dar as condições necessárias à realização do trabalho. A relação com a APS é bastante pontual de acordo com a gerente, pois tem direcionado todos os esforços para a ampliação do número de CAPS para o município. Segundo ela a relação com as equipes da ESF ou das UBS tem sido com demanda específica, uma discussão de caso, uma visita conjunta, mas bastante pontual em função de ter equipe técnica reduzida e um enorme volume de atividades para desenvolver.

Dentre as dificuldades enumeradas por ela estão (G1, Psicóloga):

- a) Número de serviços implantados insuficientes
- b) Atendimento em saúde mental, álcool e drogas na APS com pouca resolutividade
- c) Ações judiciais constantes (internações compulsórias, implantações dos serviços, perícias médicas;
- d) Recursos humanos insuficientes
- e) Falta articulação entre os serviços do Município e do Estado

Categoria 1 D: impacto na APS

Nesta categoria, os impactos podem ser elencados como positivos e negativos, de acordo com o exposto pelas(os) participantes da pesquisa:

a) Impactos negativos:

...”tem aqueles transtornos leves, depressivo leve e aí pra esses a gente tenta disponibilizar um tempo maior de consulta, pra conversar com eles, tenta ajudar sua família mas é complicado, o fluxo é muito grande” (E1, Médica);

“... a gente traz para a doutora, a doutora joga para as Policlínicas e a gente com as parcerias vai ajeitando com o que a gente tem... como eu já te falei era para ter centros sociais como tem para idoso... eles desativaram, mas não deram condição” (E23, ACS);

“Foi tudo ruim, teve um impacto negativo... era pra doente psiquiátrico tá internado e não na rua mendigando. Negativo, negativo pra assistência. Não... eu acho a gente tem que voltar pro modelo mais centralizador.”.. (E28, Médico);

“Então, a atenção primária ficou muito reduzida no sentido assim: de receber uma demanda maior mas não houve uma estrutura adequada, um pessoal qualificado, então ela acaba ficando sobrecarregada e sem saber o que fazer, na realidade é um barco que tá sem rumo...” (E25, Enfermeiro);

“Sim, porque começou a chegar um fluxo grande de pacientes que demandam tempo maior nosso, é um paciente que precisa de um apoio maior nosso e que a gente não tá preparado pra receber e além disso falta o apoio multidisciplinar ...”(E1, Médica) ;

“...eu só acho que a atenção primária é que deixa a desejar porque nós fazemos somente a parte do que... identificou o problema, encaminha... e não avalia ele” (Enfermeiro, E27);

“Pra eles sim, foi bom, mas pra gente nem tanto. Porque a gente tenta desenvolver alguns programas aqui, na Unidade básica de saúde, mas olha só uma copa onde tudo é misturado com arquivos, reunião, roda de conversa e essas coisas” (E3, Técnica em Enfermagem);

“Ah, com certeza, né. Principalmente quando você recebe um pacientes desses aqui, você já tem que colocar ele como prioridade... Tem que preparar muitas vezes até o comunitário que tá esperando na recepção, porque muitas vezes eles não entendem” ... (E13, Enfermeiro).

Os impactos negativos estão bastante relacionados, estão em convergência com as dificuldades apontadas na categoria anterior. Relacionam-se a estrutura física que não permite a diversidade de práticas e ações; à falta de preparo para atender as demandas dos usuários da saúde mental, especialmente quando algum deles chega na unidade um pouco mais agitado. E quando se referem a essas situações, vinculam a necessidade de um especialista.

Por outro lado, também é possível observar que um ou outro profissional reivindica uma papel mais ativo na realização do cuidado, quando diz que a APS é um lugar de passagem para os casos que necessitam de atendimento e ou acompanhamento mais específico.

b) Impactos Positivos:

“ Se o dispositivo substitutivo impactou? Impactou que agora o paciente chega aqui. Antes era um paciente que ficava lá guardado no hospital psiquiátrico e agora ele tá circulando no território dele, então quem tá na atenção primária não pode fechar os olhos pra isso” (E17, TO).

“Porque assim, tem muito paciente que não é só psiquiátrico. Por isso que eu acabo tratando, porque eles vem pra consulta deles ... principalmente os idosos, um ou outro assim mais jovem, eles tem muito depressão, os idosos...” (E21, Médica);

“ O impacto é positivo, porque acaba conhecendo a rede atenção, mas o compartilhamento é bem reduzido... não é como deveria... aí a gente tenta articular, mas alguns já estão acomodados naquele ritmo de trabalho”... (E30, AS);

Os impactos positivos versam sobre o lugar dos sujeitos em seus territórios de vida e das relações que podem ser estabelecidas com os serviços de saúde quanto ao cuidado em Saúde Mental. Os trechos acima mostram que os profissionais tem envidado esforços para a realização deste cuidado.

A falta de articulação entre os serviços da rede também foi sinalizado pela Gerência de Saúde Mental que não tem encontrado estratégias que possibilitem uma aproximação. Então, embora seja um aspecto positivo o conhecimento da RAPS, ele se perde na falta articulação dos serviços do Município e do Estado.

5.2.2 Dimensão 2 - Conhecimento sobre saúde mental/políticas de saúde mental

Para a Dimensão 2 foram encontradas 2 UR's: 1. Conhece a temática/política de saúde mental; 2- Conhece superficialmente. Ressaltamos que as Políticas a que nos referimos são, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas, por serem as políticas que orientam as práticas e ações dos profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde. Para esta tese nos interessa identificar se há ou não o conhecimento sobre Saúde Mental e suas políticas públicas por entendermos que formam o conhecimento básico atuação no sistema de saúde.

Desta forma, os Núcleos de Significação identificados foram 2: 1- Conhecimento sobre saúde mental; 2 – Políticas de saúde mental

Categoria 2A: conhecimento da temática e da política

Foram incluídas nesta categoria as respostas que mencionaram ao menos um conhecimento mínimo sobre a temática e/ou alguma das políticas de saúde mental,

especialmente a Política Nacional e a Política de Saúde mental, Álcool e Drogas ou ainda, fizeram alguma relação com os dispositivos substitutivos do modelo asilar.

A sistematização das entrevistas nos mostrou que todas (os) as (os) entrevistadas(os) possuem algum conhecimento em saúde mental ou das políticas de saúde mental. Embora alguns não tenham conseguido definir ou explicar o tipo de serviço, quando o mencionavam.

Os trechos que estão alocados nesta categoria mostram que em alguma medida, há uma percepção de que o cuidado em Saúde mental passou por mudanças e alguns profissionais conseguem visualizar o quanto foram importantes. Também durante as entrevistas alguns profissionais sianlizaram a importância da realização de estudos sobre o tema, e em cada realidade, pois auxilia na compreensão da sua especificidade e complexidade do mesmo modo que impulsiona a busca pelo conhecimento.

Nos trechos abaixo podemos observar que vários dos entrevistados possuem conhecimento sobre a Política de desinstitucionalização, descentralização dos serviços e se refere ao CAPS como um dos dispositivos para o cuidado em saúde mental. Vejamos:

“A política de saúde mental brasileira sofreu um processo de descentralização sabe?! (E28, Médico).

“Ah sim, já teve bastante descentralização né...eles mandam muito, principalmente os CAPS, né?!” Mas acaba que muitos pacientes são acompanhados por aqui mesmo, tem alguns que são domiciliares mesmo que a gente faz visita rotineiramente” (E13, Enfermeira).

Sobre os CAPS e a Rede de serviços substitutivos. Podemos observar nos trechos a seguir:

“Eu já ouvi falar que as pessoas fazem o acompanhamento lá né. Acompanhamento pelo Estado se não me falha a memória. Se o CAPS é estadual ou municipal, realmente, mas a gente só tem as informações. Na verdade a gente faz só passar as informações, receber as informações” (E8, ACS).

“Eu particularmente ainda não fui em um CAPS, mas eu ouço falar, eu acho que estrutura até tem, mas falta mais incentivo e fechar o Eduardo Ribeiro... Eu acho assim que entre o hospital e o Caps, o Caps tá muito bom, os profissionais de lá parece-me que estão mais capacitados,” (E5, Técnica em enfermagem).

“Já me explicaram que tem a ver com CAPS, o hospital. Também ouvi falar que trabalham mais com menino que usa droga” (E10, ACS).

“Que a política substitui, antes era no Eduardo Ribeiro, agora é no CAPS. Lá ficava internado, agora via no CAPS, consulta e volta para casa (E6, ACS).

“O CAPS é um sistema que ajuda muito na Saúde Mental... essas pessoas parece que tem que buscar um centro de referência... para ter acompanhamento” (E11, ACS).

“Bom eu sei que da reforma psiquiátrica é... os hospitais se tornariam em hospitais dia... inserção do CAPs pra atender o paciente ali e tentar recuperar ele e, ... e na atenção primária o atendimento aos pacientes álcool e drogas, os grupos de apoio também deveriam ser inseridos” (E2, Enfermeira).

Alguns profissionais referem a importância do conhecimento sobre saúde mental, como é o caso da E19:

“eu vejo o quanto que é importante esse conhecimento de saúde mental, porque o tanto de paciente que tem, precisa né? Porque a gente fala da esquizofrenia, do autismo e tal, mas tem a depressão, tem as síndromes do pânico, os surtos psicóticos, tudo isso, tem bastante” (E19, Fisio).

E2 reconhece a atenção primária como uma das pontas da Rede, no trecho de sua fala podemos verificar:

“Acho que sim. Eu acho assim que esse modelo novo é de eles estarem inseridos nas unidades básicas, de não ter mais um lugar específico pra eles irem eu acho que isso é muito válido” (E2, Enfermeira).

A assistente social e a terapeuta ocupacional sinalizam que uma ameaça de retrocesso ronda a Política de Saúde Mental, vejamos os trechos de suas falas:

“Tem até uma proposta de retrocesso né? Da política de manicômio, de voltar para essa coisa que era antigamente, eu tô acompanhando” (E30, AS).

“Isso pra mim é um assunto que deveria estar superado. Deveria só existir os dispositivos substitutivos, as internações deveriam acontecer no hospital geral.... então eu acho que agora tem essa tendência, né, a mudar e regredir... eu acho que é um atraso. Eu acho que o profissional de saúde mental precisa lutar contra isso” (E17, Terapeuta Ocupacional).

O conhecimento, embora disponível nos diferentes meios digitais e físicos, ainda não é acessível a todas e todos. Um profissional da área da saúde deve estar preocupado em manter-se atualizado no que se refere as políticas, regulações, resoluções, pois esses documentos são os que orientam a sua prática no cotidiano dos serviços. Também é relevante para o desenvolvimento de estratégias para que esteja disponível ao maior número de pessoas

possível. A divulgação e a educação em saúde deveria ser uma prática permanente. Por fim, parece ser um consenso entre as (os) entrevistadas (os) a importância do conhecimento em saúde mental.

5.2.3 Dimensão 3 – Formação

Para a Dimensão 9 foram identificadas 4 UR's: psiquiatria; psicologia; medicina de família e comunidade; estágio; prática; saúde da família; saúde coletiva; foi suficiente; não foi suficiente. Os Núcleos de Significação encontrados foram: Formação; Serviço; Pós-Graduação

A formação em saúde é uma temática transversal neste estudo. Não consta de seus objetivos diretamente, mas está imbricada no objeto do mesmo. Os processos de formação dos profissionais de saúde têm sido discutidos em várias as instâncias do controle social, com destaque ao Conselho Nacional de Saúde, através da CIRHRT, responsável pela emissão dos pareceres sobre os curso da área da saúde (CNS).

Os projetos politico-pedagógicos, não têm retratado propostas de formação vinculadas ao SUS. Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 350/2005, traça as diretrizes e orienta a formação para os cursos da área da saúde. O escopo da resolução mostra que deve haver uma articulação com a Instituição formadora e os gestores locais do SUS, desde a concepção da proposta político-pedagógica, isto inclui os cenários de práticas e as contrapartidas que devem ser negociadas, bem como como os estudantes serão preparados para atuar no SUS especialmente na atenção primária (CNS, 2019).

Então por que uma tese que aborda a integração da Saúde Mental desvia temporalmente o olhar para a formação? Justamente por acreditar que as questões relacionadas ao conhecimento da saúde mental, enquanto campo, e enquanto processo de vida, deveria transversalizar a formação dos profissionais. Dessa forma, é importante assinalar que o modelo de formação parece não ter acompanhado as exigências trazidas pela implantação do SUS. Ainda há uma predominância no modelo biomédico centrado na doença, ou na especialidade na formação, especialmente, a médica. No entanto, não é o único curso, ainda nas universidades brasileiras predominam propostas pedagógicas que contemplam um modelo que não encaixa no SUS, em especial na atenção primária (CECCIM e CARVALHO, 2011).

Na fase de sistematização das entrevistas e identificação das Unidades de Registro, surgiram 2 categorias de análise para a Dimensão 3 como expostas a seguir.

Categoria 3A: a formação aconteceu na graduação

O foco das respostas oscilou entre ter tido acesso ao conhecimento e a ter sido suficiente para subsidiar a sua atuação quando no seu exercício profissional, alguma situação exigisse.

Desta forma os trechos das falas abaixo mostram que a saúde mental não tem sido devidamente discutida nos cursos, sejam eles de graduação ou de capacitação. De acordo com os entrevistados ou os cursos são rápidos ou não dão as condições de aprendizagem necessárias a preparar os sujeitos para a atuação na área quando a situação exigir. Vejamos alguns trechos:

“Na verdade, de todas elas, não lembro de ter tido a disciplina de saúde mental não. Lembro não, só na disciplina de Saúde da Família que tinha. Na saúde da família tinha, mas como era à distância, né, ensino à distância, então foi bem superficial mesmo” (E13, Enfermeiro).

“Não foi suficiente, foi muito curta, a disciplina a gente via o ano todo, mas esse período que era a parte de dinâmica, do dia a dia de lidar com a situação foi muito rápida, no máximo uns dois meses” (E25, Enfermeira).

“Tive pouco contato. Quase não tive contato com esse tema. Muito pouco, né, teve a disciplina de psicologia, mas muito pouco foi tratado sobre o tema da saúde mental” (E14, Cirurgiã-dentista).

“Faltou, porque foi muito rápido, pouco tempo, pouco contato com os pacientes, .A questão de ter acabado os hospitais psiquiátricos o que é bom a reforma psiquiátrica, só que aí não existe leitos e a gente não tem o suporte nem o treinamento pra lidar com eles, então acaba sendo uma repetição de receita” (E1, Médica).

No entanto em dois trechos de fala podemos identificar que houve uma boa formação, incluindo disciplinas cujo conteúdo majoritariamente discutia Saúde mental, como é o caso de psiquiatria. Vejamos:

“Tivemos a matéria de psiquiatria e de psicologia médica. Tínhamos ambulatório, aula prática e aula teórica. E nós acompanhávamos os pacientes com os nossos professores. Foi boa, foi suficiente, porque na mesma época que eu fazia medicina na UEA, eu fazia psicologia na UFAM. Ah, então eu tenho um pouco de experiência” (E15, Médico)

“Formação muito boa e voltada principalmente a questão da reforma psiquiátrica, da inserção dos CAPs,” ...”talvez despertar mais o profissional a buscar ser mais políticos pra que esses, esses programas principalmente a saúde mental possam ser inseridos numa estratégia, na atenção básica como um todo, entendeu?” (E27, Enfermeiro).

Para E19 o conhecimento tem sido adquirido na prática do seu trabalho na UBS e no contato com profissionais que trabalham diretamente neste campo, com as compartilham atividades. Podemos observar a seguir

“Tive a disciplina de neuro, foi aí que falaram da Saúde Mental”. Então agora, aqui na UBS que eu veja a M. e outros colegas em Saúde Mental que estou com mais conhecimento da política de Saúde Mental” (E19, Fiso).

Os trechos nos possibilitaram visualizar o quanto é preciso caminhar para que a Saúde Mental de fato seja transversal na construção do conhecimento, na sua propagação e na formação dos profissionais que atuam na área da saúde. Especialmente aqueles que desenvolvem suas atividades no SUS.

Categoria 3 B: A formação se deu no serviço

A segunda categoria mostra que a formação pode se dar no serviço, seja pela oferta de cursos de atualização/capacitação, seja pelo aprendizado nos desafios das demandas no cotidiano dos territórios em que estão inseridos.

Os trechos abaixo mostram que a SEMSA oferta cursos diversos para treinamento dos profissionais, no campo da saúde mental, parece que não ocorrer há algum tempo. Todavia, foi mencionado pela terapeuta ocupacional que há oportunidades de participação em eventos sobre o tema. É premissa da Política da Atenção Básica a formação em serviço e a educação permanente (SILVA JR, PONTES E HENRIQUES, 2011).

Outro estudo realizado na Bahia, em 2016, mostrou que os profissionais que integravam as equipes analisadas percebiam a necessidade de melhorar e ampliar os processos formativos, tendo em consideração a qualificação para o aprimoramento das práticas em Saúde Mental na APS (SILVA, et al).

“Sim. 1 semana. Na verdade na SEMSA nós sempre somos treinados, mas pra saúde mental o último que teve foi há dois anos, foi de uma semana. Ajudou, porque uma coisa nova a gente sempre aprende.” (E2, Enfermeira).

“Já, logo que eu entrei na SEMSA a gente fez um mês de atualização em saúde mental. De vez em quando tem congresso, tem fórum e a gente é convidado” (E17, Terapeuta Ocupacional).

“Que eu me lembre... teve outros, mas sobre saúde mental, mental mesmo, não tô lembrado se teve, né, mas a gente trabalha dentro da unidade com esse programa de saúde mental” (ACS, E8);

“Eu acho que falta mais capacitação mesmo dos servidores...pra esse olhar mais, mais da Saúde como um todo mesmo” (E30, AS).

A formação em serviço é um dos princípios do PMAQ. Possibilitar a formação é um dos atributos das instituições públicas. Recentemente, 2018, a SEMSA inaugurou a sua Escola de Saúde Pública. Portanto, parece haver um compromisso com a formação de Recursos Humanos para os serviços de Saúde. O programa de residência em medicina de família e comunidade abriu nova turma. Os cursos para os demais servidores da atenção primária também estão previstos para serem oferecidos ao longo dos próximos anos.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro foi realizada análise documental que será apresentada e discutida na subseção 6.1. No segundo momento será discutido e analisado o conteúdo das entrevistas realizadas com o gestor da saúde mental e com os profissionais que atuam nas unidades e equipes selecionadas. A discussão contemplou o método proposto, análise temática do conteúdo e foi interpretada à luz do referencial teórico.

6.1 Análise documental

A saúde mental no município não aparece como uma das políticas prioritárias, os relatórios mostram que as metas são parcialmente atingidas ou não o são. Este fato é recorrente nos anos analisados.

Quando a coordenação de saúde mental foi procurada para dar o acesso aos documentos que retratavam o percurso na implantação dos serviços substitutivos e das ações desenvolvidas para a integração da Saúde Mental na APS, informou que os documentos estavam em diferentes lugares, que eram de difícil acesso e não seria possível autorizar que eu os procurasse, pois teria que acessar diferentes pastas, que continham outros documentos.

Para solucionar esta questão, a coordenação organizou com a equipe, um memorial das ações e atividades em saúde mental desde a constituição da coordenação da área, em 2004, até 2017. Este documento de 29 páginas possui o registro pontual e objetivo do que foi desenvolvido pela coordenação de saúde mental nos últimos 12 anos, como descrito na seção 6, subseção 5.1.1, quadro 7.

Embora o documento tenha registrado a memória das ações desenvolvidas, muitos dados estão incompletos, como por exemplo, não há informações sobre perfil epidemiológico da população, número de pessoas beneficiadas com as ações, e descrição mais profunda dos processos de implantação dos dispositivos substitutivos, seja na implantação dos CAPS, seja na qualificação e implantação do apoio matricial para as equipes da ESF. No entanto é preciso reconhecer o grande esforço realizado pela coordenação atual, na busca pelas informações, reunindo inclusive outras pessoas que ocuparam a responsabilidade técnica da área de Saúde mental na SEMSA, para a elaboração do documento. Portanto, se poderia assinalar que o referido documento já se constitui em uma contribuição dada pela pesquisa realizada para a

presente tese, uma vez que foi o disparador da necessidade de reunir as informações em um único lugar.

O registro das atividades e ações é importante, não somente como memória histórica, mas como requisito para a continuidade do trabalho realizado. Na ausência das informações, ou na sua dispersão, também se perdem informações fundamentais do andamento dos processos e isto pode fazer estagnar ou retroceder fases já alcançadas. Um outro aspecto que também pode ser observado na descrição das ações é a rotatividade de pessoal no setor, e isto pode reforçar a ideia da construção das referências documentais. Assim, parece haver uma necessidade premente de reunir os documentos existentes e organiza-los para que estejam disponíveis à consulta da população, pois são informações produzidas pelo poder público e, guardadas as ressalvas sobre identidades pessoais, devem estar de fácil acesso para consulta.

Algumas informações mais recentes não foram conseguidas, apesar das inúmeras tentativas de contato, seja por correio eletrônico, seja via mensagem SMS. A exemplo do esposto, o número de equipes de apoio matricial (além dos NSF's) e o número de matriciadores por DISA, não foram informados. O dado era importante, uma vez que as práticas do cuidado em saúde mental na APS, devem contar com o apoio matricial, no suporte às equipes tanto das UBS, quanto da ESF. Apontar a sua insuficiência ou adequação, em uma pesquisa como esta, poderia auxiliar na visibilidade necessária para mobilizar ações na busca da melhoria dos serviços.

Chama a atenção que no plano de 2010-2013 a proposta é de implantação do Plano elaborado para o triênio 2006-2009. Consta no documento que “a quase completa inexecução quanto à implementação e ao fortalecimento das ações de saúde mental, com a consequente ausência de uma rede de cuidados de saúde mental no município, frustrou o alcance das metas previstas” (SEMSA, 2010, p.56). Portanto, as ações programadas para o referido triênio não foram executadas e foram transferidas para o próximo período.

Não é difícil perceber as dificuldades encontradas pela coordenação para a implantação dos dispositivos substitutivos exigidos pela Lei 1026/2001, não há referências à orçamentos para a saúde mental, com exceção do Plano de 2010-2013, como a promessa de investimento no montante de R\$ 403.000,00 (SEMSA, 2010, p. 56).

Desta forma é possível afirmar que a Saúde Mental aparece de maneira incipiente nos Planos Municipais de Saúde. Quando relatada a implantação dos CAPS foi descrito o

desinvestimento nas equipes de apoio matricial que fariam o matriciamento para a ESF e atuariam nas equipes de referência em Saúde Mental.

Embora tenham sido descritas a ocorrência de vários cursos de capacitação, as entrevistas mostram que os mesmos não alcançaram todas e todos as(os) profissionais de saúde. Como exemplo, podemos citar o que diz a E1 “pela SEMSA não. Não que eu saiba, para essa área da psiquiatria eu faço cursos livres, sou do Mais Médicos. Fiz porque tem muitos casos na minha área e eu não sabia tratar. Porque não é só passar remédio” (Médica).

Já a E2 em um trecho de sua fala: “Sim, Na verdade na SEMSA nós sempre somos treinados, mas para a saúde mental, o último já tem uns dois anos” (Enfermeira).

A E20 também refere desconhecer curso de qualificação em saúde mental oferecido pela SEMSA. Vejamos um trecho de sua fala: “...não, não tem nenhum curso pela SEMSA em Saúde mental, não” (Técnica em Enfermagem).

De acordo com os documentos analisados, tanto o memorial quanto os planos e relatórios registram a realização de capacitações em saúde mental para as equipes que atuam na ESF, no entanto não são precisos os registros sobre quais DISAS são contemplados. Do mesmo modo também não são precisas as descrições sobre a participação das equipes nos diversos eventos realizados tendo como eixo a saúde mental, em destaque para a política de saúde mental, álcool e drogas.

Por fim, esta análise documental fez perceber questões fundamentais, o parco investimento na saúde mental por parte do gestor dos recursos; um investimento maior nos dispositivos substitutivos, CAPS e Policlínicas, estas últimas como alternativa para desafogar a alta demanda do primeiro; a má distribuição de recursos humanos para ampliar o número de NASF's e o apoio matricial; a demora na liberação dos recursos para ampliação do número de CAPS; e não menos importante, o não cumprimento das metas da saúde mental, estabelecidas nos planos municipais de saúde.

6.2 A integração do Cuidado em Saúde Mental na APS

A APS como principal porta de entrada do sistema, deveria estar preparada para acolher as demandas e organizar sua resolubilidade. A análise das entrevistas mostra que os profissionais das diferentes áreas da saúde tem grande dificuldade em assimilar o cuidado em saúde mental na APS. Reconhecem que é possível realizar um trabalho para integração da Saúde Mental, especialmente no que diz respeito ao acolhimento, tratamento e reabilitação de

peessoas com transtornos mentais, sejam leves, moderados ou graves. No entanto, reiteram a necessidade e a premência de que os espaços sejam organizados e as equipes preparadas.

Alguns profissionais mencionam que os hospitais psiquiátricos deveriam voltar, pois o município não deu conta de substituir os serviços prestados pelo Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Não há psiquiatras na rede municipal de saúde, o número de NASF's (7) cadastrados, mas que na realidade somente estão em funcionamento três, é insuficiente para o número de equipes da ESF (190), e os profissionais das UBS não conseguem atender às demandas diárias e dedicar tempo para o atendimento das demandas específicas da saúde mental. Referem que há um número grande de atendimentos de cuidado em Saúde mental e referem os transtornos mentais leves como de alta demanda, uma vez que, não há para onde referenciar e o usuário fica perdido na rede do sistema.

Os atendimentos que ocorrem, ocupam um tempo maior, embora mostrem resultados, comprometem o andamento da agenda. Sempre é necessário negociar e organizar um tempo quando estas demandas são maiores.

Uma das médicas refere a dificuldade de realizar qualquer outro tipo de atividade, como por exemplo, grupo terapêutico, uma vez que não se sente preparada para o manejo. Refere a necessidade de ter uma equipe multidisciplinar para que se possa assistir adequadamente e com um mínimo de qualidade os casos que demandam especificidades de intervenção. O cuidado em saúde mental não faz parte da lógica diária das equipes analisadas, seja das UBS seja da ESF, os casos surgem e invadem a agenda, mas em geral passam despercebidos, atropelados pela meta a ser atingida.

A ESF é o lugar do vínculo entre os profissionais e os usuários, pois nos territórios as relações se sustentam, buscam as alternativas e as soluções que o sistema não consegue oferecer. A Saúde Mental ao dialogar com a ESF e a APS, abre uma série de possibilidades de enfrentamento das lacunas de tratamento, das recaídas medicamentosas, das ausências do apoio matricial (OLIVEIRA, et al, 2017; CORREIA, BARROS, COLVERO, 2015). No entanto é preciso rever o investimento ou a falta dele para as questões da saúde mental, isto inclui a discussão e aplicação dos dispositivos da política nacional, da política de saúde mental, álcool e drogas, mas também do aparato instrumental e pedagógico de sensibilização, para redução do preconceito e promoção da saúde. “Se não há saúde, sem saúde mental,” (WHO, 2014) já decorre um atraso no movimento necessário para a mobilização, discussão e enfrentamento dos desafios que emergem, neste momento da saúde pública no Brasil.

As práticas de cuidado em saúde mental identificadas foram: consultas, consultas conjuntas, encaminhamentos, visitas domiciliares, acolhimento, escuta qualificada e acompanhamento do uso de medicação. No entanto não dão conta da demanda e não são realizadas por todos os membros das equipes, como está previsto nos materiais orientadores. As entrevistas evidenciam situações de colaboração entre os membros da equipe com a finalidade de resolver o problema do usuário, incluindo suas relações pessoais para alcançar êxito.

O matriciamento não foi mencionado, no entanto o NASF foi referido em algumas situações. Conforme a gerência, a melhor e mais potente ferramenta para a resolução das questões e problemáticas relacionadas ao cuidado em saúde mental (G1, Psicóloga). Alguns desafios parecem evidentes quando analisamos as entrevistas, dentre eles, a necessidade de um orçamento próprio para a saúde mental, de ampliação das equipes do NASF, mas para isso é preciso nomear novos profissionais, o que neste momento encontra-se suspenso.

Os tempos são incertos, inseguros, ameaçadores para direitos e liberdades conquistados a duras penas. Não é possível permitir um retrocesso de tamanha envergadura, porém para que se possam enfrentar os desmontes que se anunciam, é necessário munir os profissionais com o conhecimento e os recursos capazes de oferecer as mínimas condições de entendimento das situações que demandam cuidado em saúde mental. Na contramão da política de desinstitucionalização, vivemos um momento de ameaça de retrocessos na política de saúde mental, com possibilidades de retorno do encarceramento e do eletrochoque, um ataque declarado contra o modelo vigente que custou tantas vidas e lutas.

Os profissionais não se reconhecem como capazes de lidar com as situações que demandam cuidados em saúde mental. A ideia é encaminhar, acompanhar, monitorar até que alguém com expertise chegue para resolver. Não há o reconhecimento da saúde mental como um campo transversal e que pode ter na ESF sua ferramenta mais potente, desde que sejam constituídas as equipes de apoio matricial. A falta de dispositivos substitutivos também causa um grande transtorno na condução das práticas de cuidado. A alta demanda dos CAPS também é um obstáculo para a manutenção dos tratamentos conforme orientados. O usuário chega no CAPS e é enviado de volta para a unidade, que dele deve se encarregar. Esta não é uma característica peculiar dos serviços da atenção primária em Manaus, estudos mostram que em outras capitais também acontece o mesmo. Falta de estrutura, falta de profissionais e

dificuldades no manejo, por desconhecimento (MARTINS, 2015; CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

Este estudo mostrou que ainda é longo o caminho a ser percorrido. É preciso determinação, empatia, disposição para o diálogo, partilha comunitária, rodas de conversa nos territórios vivos. Nos espaços comunitários, por onde passeiam as gentes que nos emprestam suas vozes e seus afetos com tanta generosidade e nos ajudam a construir possibilidades no cuidado em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final desta tese, entendemos que ela representa apenas um recorte na discussão de temáticas tão intensas e de um debate por vezes tenso. Tensão esta gerada pelas lutas que ainda estão presentes no cotidiano de quem quer pensar, discutir, construir propostas de cuidado em saúde mental. Quando voltamos nossa atenção para a atenção primária como um locus para a integração do cuidado em saúde mental, o fazemos por considerar seu papel de porta de entrada do SUS e, portanto, também das ações e das práticas voltadas para a assistência e promoção da saúde mental, cumprindo os princípios de integralidade e equidade.

A ESF como ordenadora da atenção primária é, sem dúvida, um aporte dos mais importantes para a efetivação do cuidado integral. Por ser articuladora dos vínculos no território, a ESF pode potencializar as práticas do cuidado em saúde mental, contribuindo com o enfrentamento do estigma a que estão sujeitas as pessoas com transtornos mentais, bem como com a identificação precoce dos transtornos mentais comuns, que hoje passam em mais de 50% dos casos despercebidos pela atenção primária, como foi verificado no marco teórico construído para o estudo. Também é ela a identificar as problemáticas que envolvem o consumo de álcool e outras drogas, demandas que exigem o cuidado em saúde mental.

Uma das contribuições deste estudo foi a construção de um conceito de cuidado em saúde mental. Verificamos nas nossas buscas bibliográficas que os estudos traziam como o cuidado era realizado, que princípios o circundavam, mas não havia um conceito. Então realizamos uma busca em bibliotecas virtuais como Pubmed, Lilacs, Scielo, em quatro idiomas, espanhol, francês, inglês, italiano e também não foi encontrado. Entendemos por cuidado em saúde mental acolher os sujeitos em suas demandas, identificar os meios necessários para atendê-las e possibilitar o desenvolvimento da autonomia para que os mesmos encontrem as alternativas para viver as suas subjetividades e os meios de lidar com o cotidiano da vida em sua potencialidade.

A pesquisa mostrou que a saúde mental não tem sido uma preocupação no cotidiano dos serviços das unidades estudadas e, muitas vezes, invade a agenda das(os) profissionais. Por exemplo quando uma (um) usuária (o) vai a uma consulta de rotina, para acompanhamento de uma doença como hipertensão e a médica(o) percebe algum sinal ou sintoma psicológico. Ou mesmo quando a usuária (o) faz menção a algum sintoma que esteja relacionado ao seu estado emocional ou às suas condições de vida. No entanto não é um

procedimento de rotina a investigação de sinais, sintomas e agravos psicológicos nos atendimentos ou acompanhamentos realizados na atenção primária.

A reforma psiquiátrica e posteriormente o movimento antimanicomial, buscou antes de tudo pensar o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves, em dispositivos que fossem mais humanizados e mais próximos de sua realidade, sem o isolamento e afastamentos de longo prazo, especialmente das relações interpessoais (família, amigos). Desta forma, a política nacional de saúde mental nasce com o propósito de fazer cumprir os princípios da reforma e estabelece as condições para que isso ocorra. A criação e implantação de dispositivos nos territórios e a assistência integral e equânime estão presentes nas propostas dos CAPS, residências terapêuticas, hospital dia por exemplo. Porém esses dispositivos estão vinculados à assistência especializada.

As pessoas com transtornos mentais graves, a partir da desinstitucionalização, devem ser atendidas em um serviço de referência próximo do seu lugar de moradia, que contemple a assistência aos familiares, como modo de ampliar a rede de apoio e diminuir a ocorrência das crises. Também quando necessária a internação, a mesma pode ocorrer nos CAPS com estrutura para essa finalidade, ou em leitos nos hospitais gerais. O tempo de internação deve ser limitado ao suficiente para que sejam restauradas as condições de retomar suas rotinas e receber acompanhamento no seu território. As pessoas com histórico de longa permanência nos hospitais psiquiátricos e sem familiares deveriam acolhidas em residências terapêuticas, também constituídas por dispositivos de assistência e cuidado para que as pessoas pudessem estabelecer relações com a comunidade e também ser assistidas pelo sistema de saúde tendo em conta o atendimento de suas necessidades de cuidado. Para além desses dispositivos que deveriam dar conta de substituir o modelo asilar e hospitalocêntrico de cuidar em saúde mental, também a atenção primária poderia realizar práticas e ações para integrar a saúde mental neste nível de atenção. E este então, foi o foco para o desenvolvimento da investigação proposta por esta tese doutoral.

O objetivo central deste estudo foi “investigar a integração da saúde mental na atenção primária a partir da análise das práticas de profissionais que atuam neste nível de atenção na cidade de Manaus, a fim de subsidiar a discussão sobre o cuidado em saúde mental”. Entendemos ter alcançado o objetivo uma vez que, foram não somente identificadas as práticas realizadas pelas (os profissionais como foi possível observar como o cuidado em saúde mental estava ou não presente.

Um dos aspectos relevantes apontados por este estudo foi o fato de não haver uma documentação organizada que mostrasse como ocorreu o processo de integração da saúde mental na atenção primária, realizado pela SEMSA. Em decorrência da solicitação de acesso à documentação, para a análise proposta e atendimento do primeiro objetivo específico, foi construído pela atual gerência da rede de atenção psicossocial, um memorial, cuja descrição foi apresentada no quadro 7 desta tese

O documento mostrou como as ações em saúde mental foram planejadas, o que foi implantado, as metas alcançadas, bem como as dificuldades enfrentadas entre os anos de 2004 a 2016. A construção do documento envolveu não somente a equipe técnica atual, mas também reuniu outros profissionais que em algum momento estiveram vinculados às coordenações anteriores. No entanto é possível verificar que as informações estão incompletas, por exemplo, o documento não possui anexos de materiais que constam como produzidos; não registra o número de equipes de apoio matricial e/ou equipes de saúde mental. Desta forma ficam evidenciadas as lacunas em informações importantes para a compreensão do processo de integração da saúde mental na atenção primária.

Por outro lado, o documento evidencia como as ações propostas não dispunham de recursos materiais e humanos para a sua implementação. Com uma equipe técnica reduzida, a implementação das ações também deixou muito a desejar. Nos anos relatados a preocupação maior foi com a instalação dos CAPS e o preparo dos profissionais que neles iriam atuar. Preocupação esta que se mantém nos dias atuais, pois o volume de trabalho não permite que a gerência atenda às demandas de qualificação das equipes da estratégia de saúde da família, bem como não consiga ampliar o número de NASF's ou de equipes de apoio matricial. O foco permanece na ampliação do número de CAPS e sua efetiva implantação.

Dessa forma, embora se perceba a intencionalidade e um certo planejamento, as metas não foram cumpridas, especialmente no que diz respeito à capacitação das equipes da estratégia de saúde da família nas questões relativas ao cuidado em saúde mental. O registro dessas informações é de suma importância, pois sinaliza para quem chega, o que foi realizado, implantado e os desafios que ainda precisam ser enfrentados. Posto isso, é possível afirmar que a mobilização para a construção do documento acima citado, foi uma das contribuições do presente estudo, bem como foi extremamente importante para a sua realização.

Foi possível mapear a integração da Saúde Mental na APS a partir do registro feito pela gerência de saúde mental da SEMSA e suas(seus) colaboradoras (es), isto possibilitou a compreensão das razões pelas quais Manaus se encontra tão atrasada na implantação dos dispositivos substitutivos ao modelo asilar e hospitalocêntrico que tanto sofrimento trouxe a familiares e usuárias(os) dos serviços de Saúde Mental. A análise documental mostrou ainda que a inclusão das ações nos planos municipais de saúde não garantiu os recursos necessários para sua implantação ou execução. Mostra disso é a programação de ampliação no número de caps que estava proposta no plano de 2006-2009, citado nas ações previstas no plano de 2010-2013, não havia sido cumprida. O primeiro CAPS, de responsabilidade do município, foi implantado somente em 2010 e outros dois em 2015 ou seja, dos seis CAPS previstos para implantação nos anos vigentes dos dois planos avaliados somente 50% da meta foi alcançada. O mesmo aconteceu com a previsão de qualificação em saúde mental, por exemplo, em 2014, dos 240 profissionais previstos, somente 90 foram qualificados. E, ainda, dos 21 NASF's previstos, apenas um foi implantado.

A falta de recursos humanos e financeiros, a insuficiência no número de CAPS, a desarticulação da rede de atenção psicossocial (dispositivos do Estado e do Município), o número reduzido de NASF's, a falta de preparo das equipes da estratégia de saúde da família, tem contribuído para dificultar a implantação da reforma psiquiátrica no município e a integração da saúde mental na atenção primária. O estudo evidenciou o quanto é frágil e incipiente essa integração. O número de NASF's é insuficiente para dar suporte às equipes da ESF, que por sua vez também possuem dificuldade para o acompanhamento das usuárias(os) dos serviços de saúde mental. A SEMSA possui 45 psicólogos e nenhum psiquiatra em seu quadro funcional. Esses profissionais estão diretamente vinculados aos DISAS e desempenham suas funções nas unidades pertencentes a cada distrito. Não há reuniões coletivas, nem por área. Tampouco reuniões multiprofissionais entre as(os) profissionais que trabalham na SEMSA para a discussão das questões relacionadas ao cuidado em saúde mental.

Embora haja um CAPS em cada um dos DISAS aos quais estão vinculadas(os) as(os) participantes deste estudo, e esclarecemos que somente um deles é da responsabilidade do município, não são conhecidos fisicamente por várias(os) dos profissionais entrevistados. Ou seja, as equipes também não conhecem as potencialidades dos seus territórios ou da macrorregião em que está localizado o distrito de saúde ao qual pertencem. Não é de admirar

que não tenham sido identificadas práticas desenvolvidas em parceria com a comunidade, em seus espaços coletivos, por exemplo, associações de bairro, igrejas, escolas. O PSE é citado, mas não é desenvolvido por todas as unidades, pois não entra na produtividade do funcionário que dele participa.

A escola é um dos espaços mais potentes para a divulgação e discussão das temáticas relativas à saúde integral, aí incluídas as questões relacionadas a saúde mental, como por exemplo, o estigma relacionado às pessoas com transtornos mentais graves. Poderíamos arriscar que não somente em relação a estes, mas a questões de orientação sexual, transtornos mentais comuns, com destaque para transtornos de ansiedade e de humor, que resultam em demandas para o cuidado em saúde mental. Essas questões estão nos territórios, estão no cotidiano dos serviços e deveriam fazer parte da agenda das equipes. Todavia que foi observado é que assim como os atendimentos são individualizados, as (os) profissionais também trabalham isoladamente nas suas áreas de atuação. Quando um integrante de uma equipe da estratégia de saúde da família, ao ser perguntado sobre as suas atividades e como as desenvolve, não inclui as reuniões de equipe e as discussões de caso, é um sinal de atenção para a gestão. As duas atividades são fundamentais para o atendimento das especificidades do trabalho das equipes da ESF. O vínculo com as(os) usuárias(os) provém do conhecimento aprofundado da realidade em que a equipe está inserida.

As práticas são desenvolvidas sem grandes preocupações com a saúde mental. Cada profissional realiza suas atividades e as interações entre a equipe não são parte do cotidiano, são pontuais e em situações específicas quando demandam algum procedimento para além do que estabelecido pelo procedimento padrão. Por exemplo quando é preciso decidir se o encaminhamento será feito para o psiquiatra ou para o CAPS.

A ESF é a ordenadora da atenção primária, porta de entrada para o sistema de saúde, a importância do seu papel como acolhedora das demandas é indiscutível. No entanto necessita de apoio para cumprir na íntegra o seu papel de resolutiva em 80% dos casos de saúde. As equipes conhecem seus territórios e seus moradores, ou deveriam conhecer. A relação construída entre as (os) integrantes das equipes e as (os) usuárias (os) do sistema é potente e pode ajudar a diminuir consideravelmente o fluxo dos encaminhamentos para a rede especializada. Se assim é, por que não tem funcionado? Entendemos que são inúmeras as razões e foram apontadas pelas(os) entrevistadas(os), não se sentem preparados, não tem afinidade com as questões de saúde mental, especialmente a assistência às pessoas com

transtornos mentais (com destaque para os transtornos graves) por acomodação, como mencionou uma das assistentes sociais, rotatividade nas equipes, falta de profissionais, a equipe não tem apoio. No momento da coleta das informações várias equipes estavam incompletas, muitos profissionais afastados, de licença, em geral por alguma questão de saúde, a médica de uma das equipes estava de licença maternidade, por exemplo.

Sem equipes de apoio matricial, número reduzido de NASF's e/ou equipes de saúde mental, as equipes de ESF ficam sem o suporte para realizar o cuidado em saúde mental. Observamos que em algumas situações o empenho do profissional para a sua resolução, é pessoal, não possui estrutura física na unidade, não possui recursos humanos especializados para o devido suporte, atua dentro da lógica do “cuidar do outro com o recurso que dispõe”, seja na consulta ou no acompanhamento do uso da medicação, entre outros.

Entendemos que as dificuldades da ESF são inerentes à própria atividade, desenvolvida no território, possui dinâmica própria, cada equipe é única. Todavia é ela que acolhe as demandas e deveria estar preparada para o atendimento dos três princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, pois como exposto acima, é a ordenadora da atenção primária, sua estratégia mais importante, porta de entrada do sistema.

Temos um sistema de saúde que é orientado e executado por três princípios fundamentais, universalidade, integralidade e equidade. São permanentes, orientam toda e qualquer ação, atitude, procedimento na rede pública e de saúde. É com base nesses princípios que a saúde mental enquanto campo deve disseminar o conhecimento produzido e enquanto área aplica-lo para desenvolver meios de promover o melhor cuidado possível.

Assim, uma proposta para efetivar a integração da saúde mental na atenção primária deveria iniciar com o conhecimento do campo e do quanto é necessário discuti-lo nas formações dos profissionais que atuam na área da saúde, aqui não estão em pauta somente as graduações, mas os cursos técnicos e os de educação permanente. A experiência como docente tem mostrado que a formação em saúde está cada vez mais técnica, ou talvez o melhor termo seja tecnicista, com pouco ou nenhum conteúdo interdisciplinar, muito menos aqueles que estão diretamente vinculados aos serviços públicos de saúde e ainda os que tratam das relações interpessoais e interprofissionais.

A saúde mental não tem sido trabalhada nos cursos como deveria, quando acontece está alocada em uma disciplina específica ou em um conteúdo dentre outros tantos. Seu

ensino é superficial e tangencia algumas questões sem aprofunda-las por exemplo, como o cuidado em saúde mental é realizado na atenção primária?

As fragilidades na formação básica, seja na graduação ou em um curso técnico, são estimuladores das limitações das práticas do cuidado em Saúde mental, uma vez que sem o conhecimento adequado, não são possíveis as intervenções ou ações precisas. A Educação permanente, como princípio e como estratégia, pode se configurar no agenciador da formação em Saúde Mental, uma vez que ocorre no cotidiano dos serviços e possibilita trocas e compartilhamentos de informações e conhecimento.

Uma proposta para superar ou ao menos dirimir essas lacunas na formação é a realização de oficinas e cursos de curta duração, mas frequentes para a discussão das temáticas que envolvem o cuidado em saúde mental. Mas como realizar isto? no serviço? em horário de expediente? fazer com que todas e todos participem? Antes de propor, reunir as equipes e conversar, levantar conjuntamente qual é a necessidade que possuem, que conhecimento demandam? Construir junto, desde o princípio. Articular parcerias com as universidades públicas e privadas que utilizam os serviços como cenários de prática e propor o compartilhamento de conhecimentos e práticas. Buscar os espaços da comunidade para o desenvolvimento das atividades de ensino e extensão cuja pauta seja o cuidado em saúde mental. Desenvolver o potencial dos territórios incentivando as relações interinstitucionais para promover aproximações e conexões interpessoais entre profissionais, docentes, estudantes, usuárias(os), comunitários, entre outros. Como já explicitamos anteriormente, a escola pode e deve ser um espaço que a comunidade possa utilizar, pois traz em si um potente significado de aprendizagem.

Manaus não possui dispositivos substitutivos suficientes para atender a demanda de cuidado em saúde mental, também não possui número suficiente de especialistas para a assistência das pessoas com transtornos mentais. Então seguirão sem a assistência e o cuidado adequados? Como operacionalizar o cuidado em saúde mental pelas equipes da ESF? Sem superlotar, com encaminhamentos, os serviços existentes? Como chamar a atenção para os transtornos mentais comuns que passam despercebidos pelo atendimento das demandas na atenção primária? como operacionalizar a escuta qualificada? Como manter a produção exigida e fazer uma escuta ampliada? No tempo existente, mal conseguem dar conta das atribuições que tem, como integrar ao que faz, a escuta das demandas do cuidado em saúde mental? A maioria das unidades não tem salas para atendimento individual a não ser os

consultórios médicos, não possuem espaços para a realização de grupos, sejam terapêuticos, sejam grupos operativos, ou mesmo oficinas.

Algumas unidades estão localizadas em zonas de grande conflito com o tráfico de drogas. Uma das grandes problemáticas associadas à necessidade de cuidado em saúde mental está relacionada com o consumo abusivo de álcool e outras drogas. Como abordar essas questões em espaços nos quais as(os) profissionais se sentem reféns? como garantir segurança para o atendimento? Ou mesmo para as discussões sobre essas temáticas? Nos espaços coletivos, comunitários e institucionais.

Uma observação durante a realização das entrevistas pode validar o que expusemos. Observamos que nem todas e todos as(os) profissionais estão ocupados o tempo todo e vários deles auxiliam em setores que não são os seus quando terminaram suas atividades. Uma organização nos horários de menor movimento pode ser uma janela para a efetivação de conversas em equipe e para a realização de pequenos grupos. Outra possibilidade é verificar os espaços coletivos existentes nas proximidades das unidades de saúde. Estabelecer parcerias entre a Escola de Saúde Pública da SEMSA, com as universidades e fundações para a formação das(os) profissionais em saúde mental.

Somente o conhecimento não dará conta de resolver as lacunas do cuidado em saúde mental, mas pode impactar positivamente a identificação de sinais e sintomas que passam despercebidos pela atenção primária. Também pode disparar ações na comunidade e nos espaços coletivos para a realização de atividades com vistas a dirimir os efeitos estigmatizantes relacionados aos transtornos mentais graves. As reuniões de equipe devem fazer parte da rotina de trabalho a ESF, bem como a discussão de caso, pois aprofunda o conhecimento sobre as usuárias(os) e promove integração da equipe para a tomada de decisões.

Este estudo também ganha relevância pelo momento histórico em que foi desenvolvido. Os tempos que se anunciam para as políticas de saúde mental não são favoráveis, ao contrário, estamos sob ameaça do governo vigente retomar o modelo asilar e hospitalocêntrico para o cuidado em saúde mental. A parceria, como a que consta no plano e relatório do município, com as comunidades terapêuticas para o atendimento das demandas de usuárias(os) por consumo de álcool ou outras drogas, também é ameaça aos pequenos avanços realizados na instalação do CAPSad para o cuidado desta população. Para a gestão da SEMSA e a gerência da rede psicossocial o conhecimento deste estudo, pode auxiliar no

desenvolvimento de estratégias que possibilitem, de fato, a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária, bem como a realização de oficinas, reuniões de estudo de caso e reuniões de equipe, bem como promova e abra oportunidades de qualificação em saúde mental para as(os) profissionais que atuam na atenção primária.

Por fim, esta tese é uma contribuição e ao mesmo tempo um agradecimento pelas oportunidades de estudar e de olhar pelos olhos e falas das(os) participantes a dinâmica que tem se instalado na Atenção Primária após a implantação da Política Nacional de Saúde mental. Realizar este estudo em Manaus aumentou o compromisso e a responsabilidade, pois a produção de conhecimento em Saúde Mental para esta região, é fundamental. Em todas as revisões de literatura acessadas para a realização da tese, mostraram uma ausência de artigos que tratassem da integração da Saúde Mental na Atenção Primária na Região Norte. A finalização desta etapa é apenas o impulso para enfrentarmos os próximos desafio que virão, na luta por saúde para todas e todos e uma sociedade sem manicômios.

REFERÊNCIAS

- ANGELINI, CR, CACCIA-BAVA, MCG. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(36):1-9. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1033>. Acesso em: 31 Out. 2018.
- ALMA-ATA, URSS. Declaração de Alma-Ata (1978). Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata>. Acesso em 10 fev de 2015.
- AMARANTE, P (Coord). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ATHIÉ, K. FORTES, S. & DELGADO, P. G. G. Matriamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26):64-74. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536).
- BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de; VERDI, Marta Inez Machado. Mental health care, risk and territory: crosscutting issues in the context of safety society. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 20, n. 59, p. 917-928, Dec. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400917&lng=en&nrm=iso. access on 10 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0563>.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4ªed. Edições 70: Lisboa, 2010.
- BARLETT, N., GARRIOTT, W. & RAIKEL, E. What's in the 'treatment gap'? Ethnographic perspectives on addiction and global mental health from, China, Russia, and the United States. *Medical Anthropology*, 33(6),457-477, 2014.
- BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a15.pdf> acesso 23 abril 2018.
- BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso. access on 25 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>.
- BONFIM, Iris Guilherme et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 17, n. 45, p.287-300, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 jun 2015. Epub June 18, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica Saúde Mental*. 2013. Disponível em 189.28.128.100qdab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em 20 nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em www.dab.saude.gov.br/portal/dab/ape_nasf_php. Acesso em 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica -PNAB-. Disponível em www.dab.saude.gov.br/pnab.pdf. Acesso em 23 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria / 2436/2017. Disponível em www.dab.saude.gov.br/pnab. Acesso em 10 jan 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Presidencial 7508 de 28 de Junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em 20 FEV de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 10216 de 06 de Abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 20 de Fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF (2010). Disponível em [www.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf) acesso em junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Trabalhos Premiados. Brasília, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso. acesso em 10 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

CECCIM , R.; CARVALHO, Y..Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

CAETANO, A. S. et al. Centro Psicossocial (CAPS) e Reforma Psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos profissionais envolvidos. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, ISSN 2178-7085, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (2011). Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/609> acesso em 30 jan.2016.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. A Pesquisa Qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

COLOMBAROLLI, Máira Stivaleti et al . Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 12, n. 3, mar. 2010 . Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000300003&lng=pt&nrm=iso. acessos em 28 jan. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/CNS. Resolução 350/09-06-2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_05.htm acesso em 10 agosto 2018.

COUPE, Nia. et al. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care: a qualitative study utilising normalisation process theory. BMC Family Practice. 2014. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/78>. Acesso em 2 fev. 2015.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=pt&nrm=iso. acessos em 10 mar. 2018. Epub 15-Dez-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194316>.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&nrm=iso. acessos em 2 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

FORTES, Sandra et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 33, n. 2, jun. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200010&lng=pt&nrm=iso. acessos em 20 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000200010>.

FORTES, Sandra; VILLANO, Luiz Augusto Brites; LOPES, Claudia S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 30, n. 1, mar. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 27 nov. 2016. Epub 20-Dez-2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000100006>.

FORTES, Sandra et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. Physis, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, dez. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401079&lng=pt&nrm=iso. acessos em 2 dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000401079>.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Cad.

Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 452-453, jun. 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300001>.

GONÇALVES, D. A. et al . Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30,n. 3,mar. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=pt&nrm=iso. acessos em 10 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.

GONDIM, G; SOALHEIRO, N. Território, Saúde Mental e Atenção Básica. In Saúde mental para Atenção Básica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 255-268, Jan. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso. acesso on 10 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>

GRYSCHKE, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015001003255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2018.

IBGE. Relatório Censo 2010. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130260> acessos em 10 Mai. 2017.

ISKANDAR.W.J. et al.Mental Health From the Perspective of Primary CareResidents: A Pilot Survey. Mental Health From the Perspective of Primary CareResidents: A Pilot Survey. http://www.psychiatrist.com/_layouts/PPP.Psych.Controls/ArticleViewer.ashx?ArticleURL=/PCC/article/Pages/2014/v16n04/14m01662.aspx acesso em 05 fev. 2015.

IVBIJARO.O.G. et al. Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. Curr Psychiatry Rep N° 16:506. 2014. DOI 10.1007/s11920-014-0506-4.

KIRMAYER L, J. “Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism”. Soc Sci Med. 2012 Jul;75(2):24956.

KIRMAYER L,J. PEDERSEN, D. Toward a new architecture for global mental health. Transcultural Psychiatry. December, 51: 759-776, 2014.

KIRMAYER L, SWARTZ L. “Culture and Global Mental Health”. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince MJ, editors. Global mental Health: principles and practice. New York: Oxford University Press; 2014 p.41-62.

KOLKATA, Índia. CONCLAMAÇÃO À AÇÃO DE KOLKATA (2015).

<http://docplayer.com.br/10419177-Conclamacao-a-acao-de-kolkata.html>. Acesso em Maio 2015.

LUNA, M.S.de & OLIVEIRA, S.E.B.de. Acesso na Estratégia Saúde da Família: a realidade do Bairro Mauazinho, Manaus/AM. Cadernos ESP, Ceará 6(1): 15-28, jan./jun. 2012.

Disponível em <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/71> acessos em 02 fev.2016.

MACHADO, Dana Karine de Sousa e CAMATTA, Marcio Wagner.

Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. Cad. saúde colet. [online]. 2013, vol.21, n.2, pp. 224-232. ISSN 1414-462X.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200018>.

MANAUS. Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Saúde Mental. CAPS. Disponível em www.saude.gov.br/index.php?id=caps. acessos em 10 jun. 2017.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Programas de Saúde.

www.semsa.manaus.am.gov.br acesso em 15 jun.2017.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. www.semsa.manaus.am.gov.br acesso em 05 Jan 2019.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde.Plano Municipal de saude. Disponível em <https://www.semsa.manaus.am.gov.br> acesso em 07 abril 2018.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório. Disponível em

<https://www.semsa.manaus.am.gov.br> acesso em 07 abril 2018.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S et al. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 23ª ed Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.13ª ed.São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.

NEVES JÚNIOR, O. DAS., MENEGHIM, M. DE C. & PEREIRA.A.C. Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais. Odonto 20(39): 99-109. 2012. Disponível em

<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/O1/article/viewFile/2228/2858> acesos em 30 jan. 2015.

OLIVEIRA, E. C. de et al . Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, e20160040, 2017.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000300210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). <https://www.paho.org/bra/> acesso em: 10 mai 2017.

OTAWA, Canadá. Carta de Ottawa (1986). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 10 fev.2015.
PEVAS, Rebeca; ALFIERO, Rosangela. Saúde mental no Amazonas. Cartilha. Projeto CONVIVER, 2013.

PATEL V, PRINCE M. “Global Mental Health: a new global health field comes of age”. JAMA, 2010.

PAULON, S. et al. A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Psicol. Am. Lat., México , n. 25, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000200003&lng=pt&nrm=iso. acessos em 2 fev.2015.

PEVAS, R.; ALFIERO, R. Saúde mental no Amazonas. Cartilha. Projeto CONVIVER, 2013.

PORTUGAL, F. B. et al . Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 63,n. 1,mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100023&lng=pt&nrm=iso. acessos em 30 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000004>.

Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIInsm.pdf>. Acesso em 10 de Fev de 2015.
Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em 10 Fev de 2015.

Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde mental. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsn_relato_final.pdf. Acesso em 15 Fev de 2015.

ROSS G. White and S. P. SASHIDHARAN. Towards a more nuanced global mental health. The British Journal of Psychiatry, 2014, 204, 415-417.

RUSSO, J. A; CARRARA, Se L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. Physis, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 467-484, June 2015 .
Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200467&lng=en&nrm=iso. access on 25 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200008>.

SARAIVA, SI; CREMONESE, E. Implantação do Modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Florianópolis, SC. Anais dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 37-48, 2008.

SILVA, N. C. da; GARNELO, L.; G.; L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. Saude soc., São Paulo, v. 19,n. 3,set. 2010 . Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300011&lng=pt&nrm=iso. acessos em 28 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300011>.

SILVA, G. R; REIS, H. F. T; SANTOS, E.M.; SOUZA, M.P.A; AZEVEDO, R. L. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de Saúde da Família. *Cogitare Enferm* [Internet], 2016 21(2):1-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43861/27961>. Acesso em: 31 Out. 2018.

SILVA JR, A. G. da ; PONTES, A. L. de M.; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

SOALHEIRO, N; MARTINS, D. Atenção Psicossocial e a (Des) institucionalização como Eixo do Cuidado. In *Saúde Mental para Atenção Básica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SOALHEIRO, N.; RABELLO, E.T.; MOTA, F. S. Diagnóstico e medicalização: questões para a saúde mental na atenção básica. In *Saúde Mental para Atenção Básica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

STARFIELD B. Atenção primária e sua relação com a saúde. *Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades saúde, serviços e Tecnologia*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 25-59, Apr. 2002 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso. access on 10 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

VASCONCELOS, E. M. (ORG). *Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo:Hucitec, 2010.

VIEIRA, J. M. R; GARNELO, L; HORTALE, V. A.. Análise da atenção básica em cinco municípios da amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. *Saude soc*. São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400012&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 28 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400012>.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu. Online)*, v. 000, p. 00-00, 2015.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCRL

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo qualitativo das práticas profissionais na cidade de Manaus/AM, conduzida por Sônia Maria Lemos. Este estudo tem por objetivo, investigar a inserção da Saúde Mental na Atenção Primária a partir da análise das práticas de profissionais que atuam neste nível de atenção na cidade de Manaus, a fim de subsidiar a discussão da operacionalização das políticas públicas que envolvem a temática. Para tanto, o estudo irá: 1- Mapear o processo de integração da Saúde Mental na Atenção Primária por meio de registros oficiais e relato da gestora; 2- Identificar as práticas de profissionais da Atenção Primária que contemplam o cuidado em Saúde Mental 3- Analisar a partir das práticas profissional como tem sido realizado o cuidado em Saúde mental na unidades selecionadas.

Você foi selecionado (a) por fazer parte de uma das equipes escolhidas aleatoriamente para participar desta pesquisa. Sua participação não é obrigatória. Ela é voluntária, para tanto não haverá nenhum custo para você e não receberá remuneração por esta participação. A pesquisa é considerada de riscos mínimos, no entanto se a participação gerar qualquer tipo de desconforto, os mesmos devem ser comunicados à pesquisadora, que prontamente os solucionará, fazendo os encaminhamentos necessários. Os benefícios em participar estão pautados na possibilidade de ajudar na construção do conhecimento acerca da temática vislumbrando a busca de estratégias para o melhor manejo da mesma e de maneira mais direta trará para a sua prática cotidiana um olhar mais específico do seu fazer e da sua capacidade de intervir sobre a prática.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A participação na pesquisa não oferece riscos diretos ou indiretos, uma vez que trata somente de relatar suas atividades e práticas profissionais relacionadas à sua atuação profissional.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada que será realizada em horário e local previamente definidos. A duração da entrevista será de aproximadamente 45 min. E será realizada pela própria pesquisadora responsável pela pesquisa. A entrevista consiste em um roteiro de perguntas que dizem respeito ao desenvolvimento de suas práticas nas questões relacionadas à saúde mental. As entrevistas serão gravadas, armazenadas em lugar seguro para serem transcritas e resguardar a fidedignidade das informações. Após a análise dos dados, e finalização do relatório da pesquisa com a defesa da tese, os áudios serão destruídos.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Sônia Maria Lemos, pesquisadora, sonlemos@hotmail.com (92) 996028502 e 3878-4351 (UEA).

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Manaus, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para o gestor

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O GESTOR

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Especialização (se houver):

Cargo que ocupa:

Tempo na função:

Tópico 1 - Sobre a formação profissional: Falar um pouco como a temática e as questões de saúde mental percorreram ou não a formação profissional.

1- Como eram tratados os temas relacionados à saúde mental na sua graduação?

2- Como você qualifica a formação recebida, nas questões de saúde mental? Foi suficiente? O que você considera que faltou?

Tópico 2 – Sobre a função de gestor: Falar um pouco sobre como chegou ao cargo e quais as ações e estratégias tem desenvolvido para a integração da saúde mental na atenção primária.

1- Quais os desafios de fazer a gestão da área de saúde mental na secretaria municipal de saúde?

2- Que pontos você destaca do atendimento às políticas públicas em saúde mental realizadas pela secretaria municipal de saúde?

- 3- Como você descreve a construção dos dispositivos substitutivos vinculados à atenção primária, poderia citar e falar um pouco sobre como foram criados e como têm se configurado ou não em portas de acesso à assistência e ao cuidado?
- 4- Na sua percepção, o município tem conseguido cumprir com os compromissos relacionados à saúde mental no que se refere à integração dos níveis de atenção em saúde, no que lhe compete que é atenção primária?
- 5- Como você enquanto gestor (a) promove a comunicação entre as equipes de estratégia da família no que tange às questões de saúde mental? Qual a receptividade das equipes para a discussão da temática e como você avalia o envolvimento no desenvolvimento de estratégias para a solução das demandas levantadas?
- 6- Que mudanças você identifica no atendimento às demandas de saúde mental depois da aprovação da Lei 10.216/2001, no Município de Manaus?
- 7- Como têm sido orientadas as ações em saúde mental para os profissionais que atuam na UBS fluvial? nas demais unidades básicas de saúde? E na estratégia da família?
- 8- Em algum momento as equipes dos Distritos de Saúde se reúnem para discutir as demandas em saúde mental? E nas unidades, como isso acontece?
- 9- Como você qualifica os espaços de discussão sobre a saúde mental na agenda das ações em saúde do Município?
- 10- Que ações e estratégias você destaca na integração da saúde mental nas estratégias e ações em saúde na atenção primária?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com os profissionais

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Especialização (se houver):

Tempo na função:

Unidade:

Tópico 1- Sobre a formação profissional

1- Como você qualifica a formação recebida, nas questões de saúde mental? Foi suficiente? O que você considera que faltou?

Tópico 2 – Sobre a formação continuada

1- Como acontecem os cursos de qualificação em temáticas como a saúde mental? Você fez algum? Há quanto tempo? O que você achou? O conhecimento recebido foi suficiente para melhorar a tua prática nas demandas de saúde mental?

Tópico 3- conhecimento sobre a política de saúde mental

- 1- O que você conhece da política em saúde mental (Política Nacional de Saúde Mental; Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas, Política Nacional da Pessoa com Deficiência)?
- 2- Como você percebe a política de saúde mental (Hospital Geral; Residência Terapêutica; CAPS; UBS; UBSF)?

Tópico 4 – sobre as atividades

- 1- Que atividades você desenvolve que estão diretamente relacionadas à saúde mental?
- 2- Pode descrever o desenvolvimento dessas atividades?
- 3- Que dificuldades você encontra no desenvolvimento das atividades? Pode discorrer sobre elas?
- 4- Como você percebe o impacto das atividades desenvolvidas por você, nas demandas de saúde mental, nos sujeitos atendidos? na comunidade? E como elas se articulam com as demais atividades desenvolvidas pela sua equipe?

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética

UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO 
UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO 
UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO 
UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO  Continuação do Parecer: 2.241.952
UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO  Continuação do Parecer: 2.241.952 Necessita Avaliação da CONEP: Não RIO DE JANEIRO, 28 de Agosto de 2017