



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Taciana Lemos Barbosa

**Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município
de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais**

Rio de Janeiro

2019

Taciana Lemos Barbosa

**Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus
(AM): discursos e práticas de gestores e profissionais**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

B238 Barbosa, Taciana Lemos
Desafios na construção de uma rede de atenção psicossocial no município de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais / Taciana Lemos Barbosa – 2019.
100 f.

Orientador: Francisco Javier Ortega Guerrero

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Universidade do Estado do Amazonas.

1. Serviços de saúde mental – Organização e administração – Teses. 2. Políticas públicas de saúde – Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Colaboração intersetorial – Teses. 5. Integralidade em saúde – Teses. 6. Atenção primária à saúde – Teses. 7. Manaus – Teses. I. Guerrero, Francisco Javier Ortega. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Título.

CDU 616.89:614.39(811.3)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Taciana Lemos Barbosa

**Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus
(AM): discursos e práticas de gestores e profissionais**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em: 20 de agosto de 2019.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero (Orientador)

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Adenilda Teixeira Arruda

Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina

Universidade do Estado do Amazonas

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Jerônimo, por acreditar em mim e por toda motivação e compreensão, e aos meus filhos, Heitor e Lívia, minha inspiração, razão da minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A Heitor e Lívia, meus filhos lindos! Heitor, principalmente por ter suportado minha ausência e tão pequeno ter enfrentado isso com muita maturidade, ele foi perfeito! E Lívia, que chegou com toda energia, dando-me mais força e inspiração para concluir esta jornada acadêmica.

Especialmente ao meu marido, Jerônimo Correia Barbosa Neto, por todo incentivo e apoio, sempre acreditando em mim, por toda paciência e compreensão revelada ao longo destes anos. Obrigada por fazer parte da minha vida.

A minha mãe, Telga Maria Coelho de Lemos, por todo amor e paciência a mim dedicados, e por todo carinho e torcida oferecidos ao longo da minha história.

Às minhas irmãs Diana Lemos e Rita de Cássia Lemos, simplesmente por existirem e me apoiarem em todas as etapas da minha vida.

A todos os colegas do Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER), e especialmente aos colegas de turma das Ciências Humanas e Saúde, André Machado, Érica Rotondano, Márcio Santos, Munique Therense e Sônia Lemos, por compartilharem comigo essa caminhada, tornando-a mais leve e divertida.

Aos meus colegas de docência Evangeline Maria Cardoso e Fernando José Herkrath. Eva, por todo seu apoio, empatia e motivação, uma pessoa por quem tenho muito respeito e admiração por sua postura ética. Fernando, por toda disponibilidade em me ajudar, sempre mantendo a calma e sua capacidade de resolutividade.

Às minhas amigas queridas Andresa Amaro, Andreza Rebouças, Luciana Lopes e Franciney Ferreira, por todo apoio e motivação, cada uma a seu tempo e a seu modo.

À Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

À Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM).

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA).

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, pela dedicação e pelos ensinamentos repassados, que foram de extrema importância para minha formação.

Às Profas. Dras. Adenilda Teixeira Arruda, Socorro Moraes Nina, Sandra Fortes e ao Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, pelas sugestões e direcionamento fundamental na banca de qualificação do projeto.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero, por toda compreensão, disponibilidade, confiança e tranquilidade revelados ao longo do doutorado e pelas críticas e sugestões relevantes realizadas durante a orientação.

Aos que participaram da entrevista, pela disponibilidade e interesse em participar e pelo entendimento de que, estudos como este, contribuem para uma reflexão e consequente melhoria na qualidade dos serviços oferecidos aos nossos usuários.

A todos que acreditaram e contribuíram na construção deste trabalho, ajudando-me direta ou indiretamente nesta trajetória.

RESUMO

BARBOSA, Taciana Lemos. *Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais*. 2019. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Ao longo das duas últimas décadas ocorreu significativa reorientação da atenção ao indivíduo com transtorno mental, mediante a criação e ampliação de serviços de cuidado com a finalidade de substituir a lógica exclusivamente centrada na estrutura do hospital para um modelo de atenção psicossocial, diversificando as abordagens terapêuticas e criando novos espaços de atuação. O presente estudo tem por objetivo analisar os principais desafios no desenvolvimento e operacionalização de uma Rede de Atenção Psicossocial, no município de Manaus, conforme modelo preconizado pelas políticas de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa, com uma abordagem exploratória e descritiva, desenvolvida no primeiro semestre de 2018. As unidades do estudo foram a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial. Os participantes da pesquisa foram os profissionais da saúde, dirigentes de serviços e representantes da gestão envolvidos na operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial. A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo cinco questionamentos que direcionam para a compreensão do objeto de pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Os dados obtidos foram apreciados pela análise temática de Bardin, com a definição das seguintes categorias analíticas: caracterização da rede de cuidados em Saúde Mental e dificuldades na operacionalização do trabalho em rede. A Rede de Atenção Psicossocial de Manaus foi caracterizada como de baixa conectividade utilizando-se de estratégias de integração pouco definidas, prevalecendo a rede de contatos pessoais de seus profissionais e como insuficiente, em virtude da baixa cobertura de serviços, os quais até então existentes, foram viabilizados mediante intervenção judicial. Quanto aos desafios apontados, destacou-se a dificuldade de diálogo entre as diferentes instâncias de gestão e a falta de integração das ações de saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com o foco das ações ainda mantido nos Centros de Atenção Psicossocial. Concluiu-se que a Rede de Atenção Psicossocial, em Manaus tem pontos de atenção dispersos, tentando atuar dentro das suas possibilidades, e não um trabalho em rede, fazendo-se necessário a definição de lideranças e a construção de um movimento mais coeso em prol da saúde mental do município com o fortalecimento do mecanismo de controle social.

Palavras-chave: Políticas de saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial. Saúde mental.

Amazonas.

ABSTRACT

BARBOSA, Taciana Lemos. *Challenges in the construction of a Psychosocial Care Network in the city of Manaus (AM): speeches and practices of managers and professionals*. 2019.100f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Over the last two decades there has been a significant reorientation regarding the attention to individuals with mental disorder, through the creation and expansion of care services with the purpose of replacing the logic exclusively focused on the hospital structure to a psychosocial care model, diversifying the therapeutic approaches and creating new action spaces. The present study aims to analyze the main challenges in the development and operationalization of a Psychosocial Care Network in the city of Manaus, according to the recommended model by mental health policies. It is a qualitative field research, with an exploratory and descriptive approach, developed in the first semester of 2018. The units of the study have been the State Healthcare Department, the Municipal Healthcare Department and the Psychosocial Care Centers. The research had participation of healthcare professionals, service managers and management representatives involved in the Psychosocial Care Network operationalization. The data collection has occurred through a semi-structured interview script, containing five questions that lead to the research object understanding. All interviews have been recorded and transcribed in full for further analysis. The obtained data has been evaluated by the Bardin thematic analysis, with the following analytical categories definition: characterization of the Mental Health care network and difficulties in the network work operationalization. The Psychosocial Attention Network of Manaus has been characterized as low connectivity using poorly defined integration strategies, prevailing the member's personal contacts network and as insufficient due to the low coverage of services, which the existent ones, have been made via judicial intervention. Regarding the challenges pointed out, highlights to the difficulty of dialogue between the different management bodies and the lack of integration of mental health actions in the scope of Primary Attention for Healthcare, with the focus of actions still maintained in the Psychosocial Care Centers. It is concluded that the Network of Psychosocial Attention in Manaus has scattered attention points, trying to act within its possibilities, instead of networking, making necessary to define leaderships and the building of a more cohesive movement for the municipality mental healthcare with the strengthening of the social control mechanism.

Keywords: Mental healthcare policies. Psychosocial Attention Network. Mental healthcare.

Amazonas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição e critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa.....	38
Quadro 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa.....	39
Figura 1 – Fluxograma com as etapas de análise dos dados coletados.....	41
Quadro 3 – Construção das categorias analíticas.....	41
Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Amazonas.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPER	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i> - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DISA	Distritos Sanitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GMH	<i>Global Mental Health</i> – Saúde Mental Global
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social
MP-AM	Ministério Público do Amazonas
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade de Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REFERENCIAL TEÓRICO	19
1.1	Sobre a Saúde Mental Global	19
1.2	Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial	23
1.3	Contexto da atenção à saúde mental em Manaus	29
2	METODOLOGIA	35
2.1	Desenho do estudo	35
2.2	Local do estudo	36
2.3	Amostra e sujeitos da pesquisa	37
2.4	Coleta de dados	39
2.5	Análise dos dados	40
2.6	Considerações éticas	42
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
3.1	Caracterização da rede de cuidados em Saúde Mental	43
3.1.1	<u>Rede quente e insuficiente</u>	47
3.1.1.1	Rede quente	50
3.1.1.2	Rede insuficiente	54
3.1.2	<u>Judicialização da Rede de Atenção Psicossocial</u>	67
3.2	Dificuldades na operacionalização do trabalho em rede	70
3.2.1	<u>Fragmentação do diálogo</u>	71
3.2.2	<u>Integração das ações de saúde mental a Atenção Primária a Saúde</u>	76
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	95
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
	ANEXO A – Termo de Anuência	97
	ANEXO B – Anuência para submissão ao CEP	98
	ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	99

INTRODUÇÃO

Cerca de um quarto da população mundial desenvolverá algum tipo de transtorno mental ao longo da vida. O transtorno mental é um componente de grande expressão na carga global de doenças sendo responsável por 12% a 18% do montante total, de acordo com o nível de desenvolvimento das regiões geográficas globais. Mudanças demográficas em curso, tais como a crescente longevidade, estão associadas a um crescente peso desses transtornos. No entanto, a elevada prevalência de transtornos mentais, combinada com serviços de saúde mental insuficientes para atender às necessidades atuais, resulta em uma defasagem no tratamento na maioria dos países com baixa e média renda (MARI; THORNICROFT, 2010).

Esses países possuem as taxas mais altas de suicídio sendo primordial expandir os serviços de saúde mental de boa qualidade; 2,1% da mortalidade global é atribuída diretamente aos transtornos neuropsiquiátricos, os quais constituem carga substancial para os indivíduos e suas famílias, afetando a sua expectativa e a qualidade de vida, (MARI; THORNICROFT, 2010).

A Saúde Mental Global ou *Global Mental Health* (GMH) é campo de estudos e de práticas que se propõem justamente a reduzir, em escala global, as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental e tem entre seus principais focos: levantar informações sobre o impacto dos transtornos mentais nas populações; analisar o atual estado do acesso e da qualidade dos tratamentos ofertados em distintas localidades do planeta; propor/avaliar intervenções que busquem superar as dificuldades encontradas nessa oferta, garantindo os melhores cuidados disponíveis para essas condições (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

É um movimento que tem seu foco voltado para ações que reduzam a lacuna de tratamento, ou seja, voltado para ações que reduzam a proporção de indivíduos afetados por algum transtorno mental que necessitam de cuidado e não estão sendo tratados. Estudos apontam que a maioria dos indivíduos com transtornos mentais não são tratados pelo sistema de saúde mental formal (JANSEN et al., 2015).

No Brasil, ao longo das duas últimas décadas, ocorreu significativa reorientação da atenção ao indivíduo com transtorno mental, mediante a criação e ampliação de serviços de cuidado com a finalidade de substituir a lógica exclusivamente centrada na estrutura do hospital para um modelo de atenção psicossocial, diversificando as abordagens terapêuticas e criando novos espaços de atuação (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Historicamente, acontecimentos relevantes contribuíram para a construção desse novo panorama, dentre eles, destaca-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que se fortaleceu no final da década de setenta acompanhando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que buscava o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O movimento em busca de mudanças no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais surge para apontar os problemas do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico como a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão desses indivíduos em todo país (CAETANO et al., 2011).

A expansão de serviços comunitários e a redução do número de leitos disponíveis em hospitais psiquiátricos é objeto de constante debate na psiquiatria mundial. Entretanto, partem do pressuposto que a redução de leitos deve ser acompanhada da implantação de uma rede de base comunitária eficiente no atendimento a usuários e familiares, pois quanto mais abrangente e eficiente for a rede de cuidados, menor será a necessidade de internação hospitalar (MARI, 2011).

Para tornar real a mudança no atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, em 1989, o deputado Paulo Delgado fez tramitar, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei n. 3657/89, que viria a ser conhecido como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais. Após 12 anos de tramitação, a política pública de saúde mental brasileira foi de fato legitimada com a instituição da Lei n. 10.216, de 2001, que ficou conhecida como a Lei Paulo Delgado e contribuiu para a solidificação de um modelo de atenção psiquiátrico baseado na comunidade em detrimento do modelo de ações centradas no hospital. No mesmo ano, sob o marco da nova lei, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, que priorizou a discussão acerca da construção da rede de atenção integral em Saúde Mental (PITTA, 2011).

Esses acontecimentos favoreceram o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental, além de terem reafirmado a importância de se oferecer atenção comunitária, articulada e territorial para pessoas que apresentam transtorno mental, evidenciando pontos de convergência entre os princípios da Reforma Sanitária e os da Reforma Psiquiátrica (BALLARIN et al., 2011).

É importante entender que o processo de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção em saúde mental envolve muito mais do que o simples deslocamento dos espaços de cuidado, corresponde a uma complexa mudança de paradigmas e de práticas no

campo da saúde mental. Trata-se de uma mudança do paradigma doença-cura para o paradigma da complexidade, em que o objeto deixa de ser a doença mental e passa a ser o sujeito em sofrimento em relação ao corpo social. A origem do hospital psiquiátrico insere-se dentro da primeira lógica, enquanto a rede de atenção, dentro da segunda lógica (ZAMBENEDETTI, 2009).

A compreensão da noção de rede é fundamental, pois se trata de um formato organizacional democrático, cujas relações interinstitucionais caracterizam-se não pela hierarquização dos níveis de complexidade, mas pelo pluralismo de ideias, implicando em conceitos heterogêneos, ligados uns aos outros por construtos comuns, tais como, integração, vínculos, conexão e que, independentemente do conceito adotado, tende a consolidar a cultura da cooperação (BALLARIN, 2011).

Nesse sentido, ao articularmos a noção de rede ao conceito da integralidade do cuidado nas ações da atenção psicossocial, constatamos que a clínica da saúde mental não está restrita às instituições tradicionais, ao contrário, integra-se a um conjunto mais amplo de ações, que incluem a Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), o território, a equipe de referência, o apoio matricial, a equidade, a intersetorialidade e a participação da comunidade, todos estes, conceitos constitutivos do campo da saúde coletiva. Assim, a consolidação da rede de cuidado de saúde mental depende também dos avanços conquistados em cada município nas políticas públicas e dos avanços que cada região conseguiu adquirir na implementação de arranjos e dispositivos da saúde coletiva (BALLARIN, 2011).

O avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira ocorreu após os anos 2000, com a expansão do arcabouço normativo que trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, com as Portarias n. 336/2002 e n. 189/2002 que expandem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e as Portarias n. 106/2000 e n. 1.220/2000 que instituem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) com a proposta de viabilizar a inserção social na comunidade dos moradores dos hospitais cronicamente internados (PITTA, 2011).

Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, os CAPS têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento desses serviços que demonstra a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Observa-se uma expansão significativa desse tipo de serviço quando os dados do Ministério

da Saúde indicam que, em 2004, existiam 605 CAPS e, em janeiro de 2014, já haviam sido implantados 2209 CAPS em todo o território nacional (BRASIL, 2005; BRASIL 2015).

A articulação em rede dos serviços substitutivos é central para o efetivo acolhimento e o cuidado das pessoas com experiência de sofrimento decorrente de transtornos mentais, incluídos os dependentes de *crack*, álcool e outras drogas. Todavia, cabe destacar que a rede não se circunscreve aos serviços de saúde e requer a contínua articulação com as instituições das cidades (BRASIL, 2004).

A noção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido muito debatida e questionada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e no cotidiano dos serviços da área. No entanto, o conceito de redes de serviços não é novo. Podemos dizer que sua origem remonta à década de 1920, ano em que foi elaborado o Relatório Dawson, no Reino Unido. No referido documento já era possível identificar uma proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, a fim de que os serviços adotassem uma disposição nova e ampliada, distribuídos de forma que as necessidades da população (alvo/adscrita) fossem atendidas eficientemente, com base em ações combinadas. (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

O conceito de Rede de Atenção à Saúde é compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Baseado nesse conceito pode-se reconhecer que as práticas de cuidado em Saúde Mental requerem a mesma lógica de organização (PAES et al., 2013).

Mendes (2011), recentemente, em seu livro acerca das redes de atenção à saúde, discute sobre as características de uma rede integrada e os efeitos da desintegração. De uma forma geral, a perspectiva das RAS tenta romper com a concepção hierárquica e ver as redes como formações poliárquicas, ou seja, em relação cooperativa, horizontal, mesmo que respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas. Rompe com a preocupação de quem controla quem, quem se reporta a quem. A referência que orienta o cuidado sai da complexidade exigida e vai para o usuário e suas necessidades. Com base nisso, e não por um modelo estanque, novos fluxos poderão ser pensados e circuitos serão traçados dentro do sistema de atenção à saúde.

Nesse sentido, no final de 2011, foi instituída pela Portaria n. 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Com a proposta de

implantação da RAPS podemos falar na solidificação de um modelo assistencial em Saúde Mental pautado por uma rede de serviços territoriais em detrimento do modelo hospitalocêntrico e manicomial. É importante pontuar que os serviços que compõem a RAPS devem sair de seus limites institucionais e ir buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes formando um conjunto de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

Nessa perspectiva da rede de atenção psicossocial alguns desafios podem ser elencados, um deles é a atenção à crise, pois a maior parte dos serviços propostos fecha às 17 h e há uma escassez dos CAPS III no território brasileiro, fato que representa um dos pontos frágeis da reforma. No entanto, não se deve esquecer que o atendimento à crise pode ocorrer nos demais dispositivos da rede a depender do que a situação exige (LOBOSQUE, 2011).

Ter um leito não significa ter uma boa prática na abordagem ao indivíduo com transtorno mental, mas, no mínimo, é necessário que esteja disponível e acessível de modo descentralizado e no território do usuário. A forma mais eficaz e efetiva de garantir um atendimento 24 h, integral e resolutivo onde houver a crise, é pensar na oferta de leitos na rede de hospitais gerais e nos serviços comunitários, dotando os CAPS de leitos disponíveis e funcionando em tempo integral (PITTA, 2011).

Outro desafio importante refere-se ao fortalecimento da inclusão da Atenção Primária na rede de cuidados, pois esse representa o espaço mais próximo do usuário em seu território. Para tanto, é necessária a oferta de qualificação às equipes da Estratégia Saúde da Família, o matriciamento pelas equipes de saúde mental e retaguarda dos CAPS nos quais se requer um cuidado mais intensivo, pois todo cidadão, inclusive o portador de transtorno mental, tem direito ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização do cuidado junto a sua equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS). A necessidade de parcerias intersetoriais com a educação, a justiça, os direitos humanos e a assistência social surgem como mais um desafio, sendo uma proposta muito propagada, mas pouco executada (LOBOSQUE, 2011).

Observa-se que, para a consolidação de uma rede de atenção em saúde mental pautada num modelo assistencial de base comunitária, é fundamental que novas estratégias e serviços sejam implantados. Ao visualizarmos a realidade da Região Norte do país, esta apresenta melhoria na cobertura da atenção psicossocial especializada ao longo dos anos, mas ainda se destaca pelo menor indicador de cobertura de CAPS quando comparada às demais regiões do país, mesmo apresentando um reduzido número de hospitais psiquiátricos com baixo

percentual de leitos. O indicador de cobertura da rede de atenção psicossocial na Região Norte, em 2011, foi 0,45, subindo para 0,61 em 2014, saindo da classificação de cobertura regular para boa cobertura, respectivamente (BRASIL, 2015).

Tratando-se mais especificamente da realidade do estado do Amazonas, que possui 62 municípios e uma população de 3.483.985 habitantes, a execução de ações em saúde mental preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) vem ocorrendo, porém de forma morosa e com algumas incoerências e limitações na expansão dos serviços extra-hospitalares, apresentando o menor indicador de cobertura de CAPS do país (0,39 – cobertura regular), apesar da publicação da Lei Estadual de Saúde Mental, em 11 de outubro de 2007, que dispõe que o Estado e os Municípios devem promover a instalação e o funcionamento da rede de atenção por intermédio de dispositivos substitutivos: CAPS, emergências psiquiátricas em hospitais-gerais, serviços especializados em hospital-dia, centro de convivência, cooperativas e serviços residenciais terapêuticos (BRASIL, 2015).

Esse indicador corresponde ao número de CAPS por 100.000 habitantes e pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo, evidenciando a necessidade de maior incentivo à organização dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial que deve se adequar às especificidades geográficas e socioculturais, contribuindo para o aumento da acessibilidade (BRASIL, 2015).

Atualmente existem 28 CAPS implantados no Estado. Considerando a capital, Manaus, têm-se na gestão municipal três CAPS em funcionamento: um CAPS III tipo álcool e outras drogas, um CAPS tipo infantil e um CAPS III de transtorno mental; na gestão estadual: um CAPS III de transtorno mental, 8 Serviços Residenciais Terapêuticos, todos localizados no terreno desse CAPS, 5 ambulatórios especializados de saúde mental funcionando em policlínicas distribuídas nas diferentes zonas da cidade, 1 pronto atendimento com 28 leitos (20 de internação e 8 de observação). Além de cursos de capacitação oferecidos aos profissionais da atenção primária para atendimento ao usuário de *crack*, álcool e outras drogas e a oferta de curso de pós-graduação em saúde mental para os profissionais que atuam na rede de atenção em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (AMAZONAS, 2016; MANAUS, 2014; 2017).

Destaca-se a existência de comunidades terapêuticas não públicas e com enfoque religioso no município de Manaus que disponibilizam algumas de suas vagas para o SUS, e a construção de uma unidade hospitalar com 120 leitos para internação de usuários de álcool e drogas, localizada no Distrito Rural na Rodovia AM 010, no município de Rio Preto da Eva,

administrada por uma Organização Social de Saúde (OSS) (AMAZONAS, 2016; MANAUS, 2014; 2017). Destaca-se ainda a baixa cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, que corresponde a 31,5%, e a implantação de apenas três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), todas localizadas no território de um único distrito de saúde na zona leste da cidade (BRASIL, 2017a).

Enquanto outros municípios brasileiros reavaliam sistematicamente seus serviços de atenção psicossocial com reformulações estruturais e foco na integração da rede de cuidados, o Estado do Amazonas ainda se encontra com dificuldades para avançar na direção de implantação de serviços substitutivos e de base comunitária, a fim de suprir o modelo manicomial. É fato que a oferta do serviço não garante a exclusão desse modelo, mas presume-se que esse seja o primeiro passo. (PINHEIRO; AUFIERO, 2013).

Assim é necessário parar e avaliar o que vem sendo feito nesse cenário específico, a fim de propor novas formas de avançar em pontos que permanecem nevrálgicos, mesmo tendo se passado anos das propostas de mudanças nas formas de cuidar em saúde mental, pois a extinção do manicômio deve vir atrelada à construção de uma rede estruturada com dispositivos de atenção capazes de atender o indivíduo com transtorno mental de forma integral e humanizada (ANTONACCI et al., 2013). Por isso é importante compreender de que forma os trabalhadores visualizam a estrutura da rede de saúde na qual estão inseridos e como a utilizam na perspectiva da atenção psicossocial.

Nesse sentido, a presente tese tem por objetivo geral analisar os principais desafios no desenvolvimento e operacionalização de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus-AM conforme modelo preconizado pelas políticas de saúde mental. Os objetivos específicos são compreender os sentidos atribuídos à construção e funcionamento de uma rede de produção de cuidado às pessoas com transtornos mentais sob a ótica e a trajetória dos profissionais que atuam nos CAPS e na gestão Estadual e Municipal de Saúde Mental e explorar quais entraves ou barreiras são percebidos por esses profissionais e gestores para o desenvolvimento e a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus.

Esses achados estão sistematizados nos capítulos desta tese apresentados da seguinte forma:

O Capítulo 1 apresenta os aspectos relacionados às formas de prestação do cuidado em saúde mental, no âmbito mundial, pelo movimento da Saúde Mental Global; no âmbito nacional, com a explicitação do modelo das Redes de Atenção à Saúde e mais especificamente da Rede de Atenção Psicossocial; e finalizando o capítulo, a contextualização

de que forma essas abordagens mundiais e nacionais vem sendo desenvolvidas no âmbito local. Esses pontos trabalhados foram identificados como importantes, mediante a influência que exercem na análise de uma Rede de Atenção Psicossocial.

O Capítulo 2 trata da metodologia e descreve o caminho percorrido para a construção do conhecimento. Esclarece sobre o desenho do estudo com abordagem qualitativa destacando as técnicas utilizadas para contemplar, como resultado, uma apreciação com base na análise de conteúdo.

No Capítulo 3 são apresentados os resultados e a discussão da pesquisa de campo por meio de textos construídos com base na fala dos participantes e na interpretação desse conteúdo, de acordo com a metodologia proposta integrada ao referencial teórico das políticas públicas de saúde mental que norteiam a reforma psiquiátrica brasileira.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados em três tópicos aspectos da literatura relacionados a assistência em saúde mental no âmbito mundial, nacional e local a fim de servirem de base para análise dos conteúdos trazidos acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus.

1.1 Sobre a Saúde Mental Global

O termo "Saúde Mental Global" (GMH), utilizado hoje, sofreu alterações em oposição aos descritores utilizados anteriormente. O termo "global" substituiu diversas palavras, inclusive o conceito mais recente de 'tropical' da saúde 'internacional'. Esse termo denomina uma declaração política e significa que qualquer pessoa com transtorno mental, em qualquer parte do mundo, merece atenção, independentemente de raça, crença, classe social ou procedência (WHITLEY, 2015).

Da mesma forma, o termo "saúde mental" foi escolhido em detrimento do termo "psiquiatria". Isso torna o campo de atuação mais abrangente, reconhecendo implicitamente que outras disciplinas acadêmicas podem desempenhar um papel na promoção da GMH (WHITLEY, 2015).

Um marco importante do movimento da GMH foi a publicação de uma série de artigos na revista *Lancet*, em 2007, sobre o tema. Associado a isso foram desempenhados outros esforços de divulgação, incluindo a formação de um movimento oficial para GMH, composto por vários departamentos universitários e outras organizações (WHITLEY, 2015).

Saúde Mental Global ou *Global Mental Health* é um campo de estudos, pesquisas e práticas que prioriza atingir a equidade em saúde em escala global baseado na aplicação dos princípios da saúde Global no domínio dos problemas da saúde mental. A saúde global contempla três aspectos basilares: em primeiro lugar, as prioridades são definidas pela carga da doença; em segundo lugar, sua filosofia de condução é a da justiça e equidade na distribuição de saúde dentro e entre as populações; e terceiro, seu alcance deve ser em escala

global, quando conhecimentos e ações devem beneficiar a saúde das pessoas em âmbito mundial. (PATEL, 2014; PATEL; PRINCE, 2010).

Um ponto chave no contexto da GMH é considerar as disparidades na prestação do cuidado e o respeito aos direitos humanos das pessoas que vivem com transtornos mentais entre países ricos e pobres. Países de baixa e média renda, apesar de abrigarem mais de 80% da população mundial, têm uma contrapartida de apenas 20% da quota de recursos para a saúde mental. A consequente falta de acesso ao tratamento é uma violação dos direitos humanos básicos, quando 75% das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico nesses países não recebem nenhum tipo de cuidado. Na África Subsaariana a situação é agravada podendo chegar a 90% dessas pessoas sem tratamento adequado. (BECKER; KLEINMAN, 2013).

A Saúde Mental Global vem tentando se fundamentar com base nos seguintes eixos:

- a) pesquisas interculturais que envolvem as narrativas de profissionais de saúde e de pessoas que vivem com transtornos mentais;
- b) investigações epidemiológicas que atestam a carga considerável de transtornos mentais em todas as regiões do mundo;
- c) busca de evidências de que profissionais de saúde não especialistas em saúde mental podem oferecer cuidados efetivos e duradouros a esses indivíduos em sofrimento, já que se reconhece a escassez de pessoal e os custos crescentes de cuidados especializados em saúde mental (BECKER; KLEINMAN, 2013).

No período de 1990 a 2010, os transtornos mentais e comportamentais responderam por cerca de um quarto de todos os anos perdidos por incapacidades (DALY) no mundo. No mesmo período, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade atribuíveis a transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias aumentaram 38% e representam 7,4% da carga mundial total de problemas de saúde (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Segundo Kleinman (2009), o círculo vicioso de desvantagens, violência, exclusão social, privação dos direitos humanos não se trata de uma situação nova, mas tem sido a realidade de pessoas com doença mental há muitos séculos.

O movimento para GMH é uma coalizão de indivíduos e instituições comprometidas com ações para reduzir a lacuna de tratamento. Até agora, esse campo de conhecimento tem concentrado seu foco nas grandes lacunas de tratamento em países de baixa e média renda,

como prioridade moral e ética claras. Ou seja, o problema nuclear da GMH ficou definido como sendo "a lacuna de tratamento" – *Mental Health Gap* (JANSEN et al., 2015).

A lacuna de tratamento representa a diferença entre a prevalência de uma doença e a proporção dos indivíduos afetados pela doença que estão sendo tratados. Como alternativa, a lacuna de tratamento pode se expressar como a porcentagem de indivíduos que necessitam de cuidados, mas não o recebem. Estima-se que mundialmente apenas entre 10 e 25% das pessoas que precisam estão recebendo tratamento formal de saúde mental (JANSEN et al., 2015).

A GMH, conforme Jansen et al. (2015), fundamenta-se em numerosos estudos que convergem para indicar que:

- a) a carga de doenças mentais, tais como a esquizofrenia, em países em desenvolvimento, é aproximadamente igual à encontrada nos países ocidentais e contribui com o aumento da proporção da carga total de doenças;
- b) a maioria dos transtornos mentais não é tratada pelo sistema de saúde mental formal;
- c) a resposta a problemas de saúde mental ocorre com a busca desses indivíduos a métodos tradicionais de cura ou a curandeiros espirituais;
- d) o impacto do transtorno mental grave pode ser devastador, considerando-se sintomas, estigma e comprometimento funcional;
- e) a disponibilidade e abrangência de tratamentos de saúde mental formais e a proporção de profissionais especializados em relação à população continuam a ser excessivamente baixos.

Todo esse conhecimento foi o ponto de partida para o movimento da GMH, deixando-o livre para concentrar sua energia na sensibilização para a lacuna de tratamento e o desenvolvimento de soluções. Dentre as principais estratégias para redução da lacuna de tratamento está a expansão dos cuidados em saúde mental na atenção primária e a ampliação do acesso aos psicofármacos (JANSEN et al., 2015).

Entretanto esse movimento da GMH enfrenta desafios tais como: demonstrar seu potencial para trazer melhorias de cuidados e resultados na redução das desigualdades em

saúde mental em todas as regiões do mundo; abordar as influências transnacionais sobre a saúde mental tais como migração, conflitos e desastres dentre outros; pesquisar transtornos mentais e tratamento em diversas populações e traduzir avanços na neurociência aos benefícios da assistência ao paciente no contexto mundial da saúde mental (PATEL; PRINCE, 2010).

Com relação à assistência em Saúde Mental no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos e cerca de 9 a 12% apresenta transtornos mentais leves com necessidades de cuidados eventuais. Quanto aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, estima-se que 6% da população apresenta algum tipo de dependência química, mas ao considerarmos apenas o uso prejudicial de álcool, entre indivíduos de 12 a 65 anos de idade, estima-se que 9 a 11% é dependente (DELGADO, 2007).

Dados acerca da mortalidade apontam que o Brasil, em 2009, teve 11.861 mortes relatadas tendo o transtorno mental como causa principal, representando 6,19 mortes por 100.000 habitantes. Em todo o mundo cerca de 1% das mortes podem ser atribuídas a causas psiquiátricas. Dessa forma, é importante refletir a respeito da necessidade de acesso a um tratamento adequado e imediato, a fim de reduzir o número de mortes associadas aos transtornos mentais no Brasil (KIELING; BELFER, 2012).

O Brasil fez uma opção por serviços inovadores e de intervenções comunitárias com foco na expansão dos CAPS e do Programa de Volta para Casa, substituindo gradativamente os leitos em hospitais psiquiátricos por uma assistência de base comunitária. Atualmente existe uma rede formal com uma variedade de serviços que contemplam programas ambulatoriais, CAPS, residências terapêuticas, unidades de acolhimento transitório, leitos em hospitais psiquiátricos e leitos em enfermarias psiquiátricas no hospital geral, com uma inversão no emprego do recurso destinado à saúde mental, que antes se destinava quase que exclusivamente às internações hospitalares e hoje, cada vez mais, se dirige às estratégias extra-hospitalares (MARI, 2011).

Com a aprovação da Portaria n. 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial e estabelece critérios de organização e implementação em todo país integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu-se uma série de novos debates e desafios para a Política Nacional de Saúde Mental. Destaca-se a estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e

regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios das capitais e municípios do interior (MACEDO, 2017).

A Atenção Primária à Saúde é o nível preferencial para oferta de ações de saúde mental e ponto estratégico da RAPS. O cuidado em saúde mental na APS envolve um conjunto de atividades que visam ao controle de sintomas, à prevenção de recidivas e à redução do risco de internação, envolvendo diagnóstico precoce, tratamento com o manejo de psicotrópicos e acompanhamento adequados, além de promoção da saúde (GERBALDO et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e pesquisadores do movimento da GMH também defendem um sistema de serviços de base comunitária mediante uma rede efetiva de cuidados com um conjunto diversificado de serviços que inclua a Atenção Primária à Saúde com a compreensão de que apenas os serviços especializados em saúde mental não garantirão a integralidade da assistência (ATHIE et al., 2013).

1.2 Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial

Atualmente observa-se, em escala global, um desajuste entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde que é oferecido à população, considerado um sistema de saúde fragmentado que se organiza em um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação um com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Para superar essa fragmentação, a concepção de Rede de Atenção à Saúde foi incorporada oficialmente ao Sistema Único de Saúde brasileiro por dois instrumentos jurídicos: a Portaria n. 4.279/10, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508/11, da Presidência da República, que regulamenta a Lei n. 8.080/90. Nesta Portaria, a RAS é definida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). No Decreto Presidencial, art. 20, explicita-se que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde [...]” (BRASIL, 2011a).

Nas RAS a concepção de hierarquia (piramidal) é substituída pela poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, quando todos os componentes da rede são importantes e se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. As RAS são compostas de três elementos fundamentais – população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde – e tem como seu centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012).

O primeiro elemento traz a característica primordial da RAS, a sua razão de ser, contendo em sua concepção na Atenção Primária à Saúde a responsabilidade de articular-se com a população, o que implica não ser possível falar de uma função coordenadora das RAS ou em gestão de base populacional, se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida (MENDES, 2012).

O segundo elemento, a estrutura operacional, é formado por cinco componentes: o centro de comunicação – a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (MENDES, 2012).

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde que diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. É uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (MENDES, 2012).

A consolidação dos modelos assistenciais em saúde dá-se em âmbitos complementares: práticas profissionais (novas tecnologias clínicas, processo de formação), institucionais (criação de novos serviços, práticas de gestão) e sistêmicos (arcabouço legal, governança, financiamento e métodos de avaliação e controle). A relação entre eles é flexível, quando mudanças organizativas no nível sistêmico influem no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo em que a realidade das unidades impõe alterações no modelo hegemônico, seja mediante consensos dos atores envolvidos ou ascendência de grupos de interesse no processo político decisório (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Contemporaneamente, no campo da saúde, a palavra “rede” precisou do adjetivo “integrado” para qualificá-la, num contexto de renovado interesse mundial sobre a necessidade de fortalecer suas redes de saúde no combate à fragmentação excessiva dos serviços. Essa fragmentação contextualiza uma crise no setor saúde expressa pela dificuldade de acesso à população aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, perda da continuidade da atenção, falta de coerência entre os serviços oferecidos e as necessidades de saúde da população, causando insatisfação dos usuários, desestímulo nos trabalhadores e impossibilitando a efetividade da atenção primária à saúde como princípio norteador da coordenação do cuidado e organização do sistema de saúde (LAVRAS, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Integração significa coordenação e cooperação entre os provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde. O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A implementação de linhas de cuidado para os agravos mais prevalentes e de projetos terapêuticos que atendam as necessidades mais singulares da população da área são indispensáveis para a qualificação do cuidado. As “linhas de cuidado” são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção das doenças crônicas e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e as condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas (SILVA, 2011).

O SUS traz como parte integrante de sua rede de atenção à saúde a construção de uma linha de cuidado específica para os indivíduos com transtorno mental, legalizada com a Portaria n. 3088/11 (art. 1º) que diz:

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

A RAPS, segundo a portaria, é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. Cada um desses componentes é composto por diferentes tipos de serviço. Atualmente foi publicada uma Nota Técnica, de n. 11/2019, que acrescenta a possibilidade de implantação de outros pontos de atenção: Hospital Psiquiátrico, Hospital-dia, Comunidades terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de saúde mental. Isso trouxe nacionalmente muitas discussões para o campo da saúde mental, principalmente no que se refere à retomada do Hospital Psiquiátrico.

A RAPS foi instituída em 2011, no âmbito do SUS, com a premissa de rede de atenção à saúde temática, na qual se propõe a reorganização do modelo de atenção à saúde mental, com foco na atenção comunitária, participação social e ênfase na atenção ao usuário de *crack*, álcool e outras drogas, baseado em um modelo de gestão regional. Essas diretrizes têm caráter estratégico para superação da fragmentação da atenção e da gestão, a fim de avançar no processo de integração, superando lacunas existentes na conformação dos serviços de saúde que comprometem o acesso a uma atenção à saúde num contexto de integralidade (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Dessa forma, para efetivação de uma rede de cuidados em saúde mental com um novo modelo assistencial, alguns desafios ainda estão sendo enfrentados. O primeiro deles é a superação da ideia que reduz o processo de mudança na atenção em saúde mental como uma mera reestruturação de serviços. Esses serviços precisam ser reconhecidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e trocas sociais, quando se coloca a doença entre parênteses e depara-se com um sujeito inserido num contexto dinâmico, ampliando assim a noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

No conteúdo da RAPS fica evidente a intenção de alterar a lógica de funcionamento das internações. Ela define os “hospitais de referência” como ponto de atenção, faz ressalvas para o cumprimento da Lei n. 10.216 e tenta estipular o tempo de internação como de curta permanência. Marca a intencionalidade de manter o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos, definindo que eles só podem coexistir com a RAPS em lugares onde o processo de implementação não está completo (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

A necessidade de uma atenção em rede emerge justamente em virtude do hospital psiquiátrico e as práticas nele conduzidas deixarem de ser suficientes para dar conta das demandas produzidas no processo de produção de saúde, as quais necessitam de articulações tanto intrasetoriais – serviços e ações de saúde dos diferentes níveis de atenção – quanto intersetoriais – moradia, trabalho, cultura (ZAMBENEDETTI, 2009).

Alves (2009) aponta que o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição ao hospital psiquiátrico tem sido os Centros de Atenção Psicossocial, considerados serviços de base comunitária, que, por serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade e, portanto, de qualidade. Se eles são comunitários, inserem-se em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as “crises” devem ser enfrentadas, pois são, geralmente, resultado de fatores individuais, familiares, eventualmente de seu trabalho e seguramente de seu meio social.

Um dos maiores desafios dos CAPS na atualidade concentra-se na sua articulação com outros serviços e setores. Esse dispositivo funciona como lugar de referência e acolhida, é definido como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, mas não deve se colocar no lugar dele assumindo o mandato social pela loucura ou pela totalidade da vida de cada paciente. Para isso, o CAPS precisa estar articulado com outros dispositivos capazes de atender as demandas da pessoa em sofrimento psíquico que englobe aspectos sociais, culturais, educacionais dentre outros e oferecer suporte para que os demais serviços também desenvolvam ações no âmbito psicossocial (MIRANDA et al., 2014).

Considerando o cuidado em rede dentre os dispositivos com os quais os serviços especializados de saúde mental devem se articular, estão aqueles que fazem parte da APS, a fim de consolidar as bases territoriais do cuidado quando se parte do pressuposto de que grande parte das demandas em saúde mental pode ser atendida nesse nível de assistência, sem a realização de encaminhamentos desnecessários (GRYSCHK; PINTO, 2015).

Sabe-se que a demanda de saúde mental na atenção primária tem particularidades e complexidades que implicam em novas propostas para o cuidado aos portadores de transtornos mentais: atenção em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilização da equipe vinculada a uma comunidade, intersetorialidade e integração da rede do nível primário ao especializado. Assim, desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde vem apontando a amplitude da problemática em saúde mental, preconizando a descentralização dos serviços, a integração de serviços psiquiátricos à atenção primária e o aumento da participação comunitária (GRYSCHK; PINTO, 2015).

O Anexo 1 da Portaria n. 2488, de outubro de 2011, define que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011c).

Já na PNAB (BRASIL, 2017b), a Atenção Básica é assim caracterizada:

[...] como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Com a finalidade de potencializar o manejo da atenção psicossocial na APS, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes da Estratégia Saúde da Família que surge no país para expandir e consolidar ações da APS, atuando com equipes multiprofissionais responsáveis pelo cuidado integral, contínuo e resolutivo de um número definido de famílias num território adstrito. A esse trabalho compartilhado dá-se o nome de apoio matricial ou matriciamento (ATHIÉ et al., 2013; MACHADO; CAMATTA, 2013).

Matriciamento em saúde mental ou apoio matricial refere-se à articulação entre serviços, propondo-se a construção de espaços para que os profissionais possam interagir e estabelecer trocas de saberes, necessária para o funcionamento da rede. Essa articulação é formalizada após a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008), que recomenda a presença de profissional de saúde mental para o trabalho em colaboração, redimensionando o trabalho de referência e contrarreferência e incluindo nas ações a necessidade de pensar essa nova forma de articulação 20 anos após a criação do SUS e quase 10 anos após a promulgação da Lei n. 10.216/2001 (ATHIÉ et al., 2013; MACHADO; CAMATTA, 2013).

Pesquisas nacionais evidenciam que a questão da interação saúde mental e APS transcende o processo e coloca na centralidade as pessoas envolvidas no processo. Os recursos humanos são uma questão central para o cuidado em saúde mental na APS. Diferentes autores, em distintas construções teóricas, abordam os recursos humanos, as tecnologias relacionais e os recursos invisíveis. As tecnologias leves relacionais,

produzidas no trabalho em ato, são fundamentais para a implementação do apoio matricial desta forma de como fazer isso numa rede com recursos humanos insuficientes (HIRDES; SILVA, 2014).

Além disso, a fragilidade das redes de cuidados estabelecida muitas vezes não promove momentos de interação entre os serviços de maneira que atenda às necessidades particulares e as demandas dos seus usuários. Quem acaba sofrendo por essa condição fragmentada da rede são os usuários e suas famílias, que se beneficiariam com essa forma de cuidado colaborativo entre a Atenção Primária e a saúde mental (MACHADO; CAMATTA, 2013).

As equipes da Estratégia Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem conjuntamente com os demais profissionais e serviços da RAPS, pois o trabalho integrado fortalece o cuidado e facilita uma abordagem integral, propiciando um uso mais eficiente e efetivo dos recursos (BRASIL, 2013).

1.3 Contexto da atenção à saúde mental em Manaus

A origem de Manaus (AM) remonta ao século XVII, período de colonização da Amazônia. Na época, foram construídas fortalezas em pontos estratégicos da região, ou seja, naqueles lugares que funcionavam como acesso natural ao vale do Amazonas, com o objetivo de proteger a região das invasões europeias, principalmente as holandesas e espanholas (MACIEL; FILIPPINI, 2010).

Um desses fortes, construído em 1669, na área de confluência dos rios Negro e Solimões, recebeu o nome de São José da Barra do Rio Negro, o qual futuramente daria origem à cidade de Manaus. Essa construção, denominada “forte”, traz um simbolismo que vai além de uma simples edificação de barro e palha, pois se trata da primeira construção de origem europeia erguida às margens do Rio Negro e que marca a chegada de uma cultura que buscava exercer o domínio sobre a cultura local (MACIEL; FILIPPINI, 2010).

Após um longo período de extração de especiarias, colonização e exploração da mão de obra indígena, a cidade de Manaus viveu o ciclo da borracha (1850-1912), período em que o Estado do Amazonas se tornou um dos principais centros econômicos do país. A economia local foi tomada por empresas estrangeiras com sede na Inglaterra, que exploravam a mão de

obra local dos seringueiros. A cidade de Manaus foi urbanizada com ares de metrópole europeia, tendo sua população quintuplicada no período de 1870 a 1900 (LOPES, 2011).

Juntamente com a exploração da borracha, chegaram também a Manaus as transformações urbanísticas, sociais, econômicas, comportamentais e médico-sanitaristas. A desodorização e desinfecção do espaço público e privado, a profilaxia das ruas, ruelas, becos e moradias, isolando os personagens que ora não eram vistos, mas que, com os novos modelos implantados após as modernizações inspiradas na Europa, passaram a fazer parte do cotidiano manauara incomodando os olhos da elite que se formava. Assim, os chamados “loucos”, “indigentes” e “incapacitados” passam a ser medicalizados e a ocupar as dependências da Santa Casa de Misericórdia de Manaus (MENDES, 2016).

Portanto, a construção de uma Colônia de Alienados era necessária para que os “loucos” fossem internados dentro das convenções sanitaristas e urbanísticas daquele momento, uma vez que transgrediam a ordem e desfiguravam o espaço urbano. Os discursos levantados em benefício de todos atingiu diretamente essa população que, dentro do aspecto de revitalização urbanística, foram excluídos em instituições como os hospícios construídos em bairros afastados. A contradição existente nesses discursos de reestruturações realizadas sob o embalo da modernização mostra-nos que as políticas sociais desse período dão legitimidade à exclusão (MENDES, 2016).

Dentro dessa perspectiva é que a criação da Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro, com base na Lei n. 65, de 03 de outubro de 1894, estava pautada. Local onde eram recolhidos os loucos da cidade de Manaus e que, ao longo dos anos, foi transferido de endereço e nomeado de diferentes formas (MENDES, 2016).

Enquanto no Brasil a política de características manicomial suportou grande expansão, devido ao convênio e ao financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas, que em tempo futuro se estabeleceram na grande dificuldade da política de saúde mental no Brasil, a Colônia de Alienados tornou-se o centro de toda a política de saúde mental do estado do Amazonas, sendo adotada uma política de estadualização. Pode-se inferir que essa realidade, diferente da maioria do restante do país, impediu, no estado, o crescimento caótico de grandes asilos, principalmente privatistas. Entretanto, essa mesma realidade não impediu a ausência de planejamento e discernimento nas demandas de internação, originando uma cristalização do modelo manicômio-dependente, principalmente na capital do estado, Manaus (LOPES, 2011).

A reforma psiquiátrica brasileira passou por dois momentos distintos. No primeiro, buscou-se a intervenção no espaço interno dos manicômios com a humanização das práticas e

melhoria nas condições de infraestrutura, além do questionamento acerca da hegemonia dos hospitais psiquiátricos privados; e no segundo, sob a influência da psiquiatria italiana, propõe-se a desinstitucionalização. É possível registrar que o estado do Amazonas estava em consonância com o primeiro momento com uma diferença: o que se questionava não era a supremacia dos hospitais psiquiátricos privados, mas sim a mobilização contra a corrupção administrativa presente no modelo asilar e a denúncia de situações de violência institucional (NAVARRO, 2015).

O movimento da reforma psiquiátrica no estado do Amazonas tem início então na década de 1970, após a mobilização de um grupo de profissionais que atuavam no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, inspirados pelos ideais da reforma psiquiátrica brasileira (NAVARRO, 2015). Observado no processo de mudanças administrativas e de humanização do atendimento oferecido, tendo como marco o trabalho agropecuário desenvolvido com os internos, o qual propiciou a abertura para o diálogo com a comunidade por meio da comercialização dos produtos, permitindo assim a desconstrução do olhar sobre o louco (CASADO, 2011).

Não obstante, sabia-se que esse tratamento humanizado ainda era insuficiente, pois continuariam intactas as relações institucionais e sociais que fazem do “hospício maquiado” o lugar oficial da segregação, perpetuando a forma mais absoluta de dominação e poder sobre o homem (CASADO, 2011).

A história da saúde mental no estado vem permeada pelas relações e conflitos entre os atores e a gestão da política, o que impactou diretamente na execução das propostas da reforma psiquiátrica. Vivenciando o estado, a partir dos anos 90, um processo de estagnação na discussão da Reforma Psiquiátrica, quando os diversos agentes profissionais, institucionais e sociais se calaram quanto aos rumos da saúde mental do estado. O marco histórico da retomada dessa discussão deu-se uma década depois, nos anos 2000, com a realização da *I Conferência Estadual de Saúde Mental* (NAVARRO, 2015).

De acordo com o estudo de Souza (2005), por meio de pesquisa eletrônica no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), até 2003, ocorreu no Amazonas uma redução no número de leitos psiquiátricos que veio acompanhada da consequente redução de internações psiquiátricas. Entretanto esta diminuição não estava associada ao incremento da oferta de serviços substitutivos, pois o primeiro CAPS do Estado só foi inaugurado em 2006, e a modalidade de hospital-dia que, no Brasil, antecedeu a implantação dos CAPS, nunca aconteceu. Outro ponto a se considerar é que essa redução não

estava associada ao fechamento ou descredenciamento de leitos de hospitais privados, como na maioria dos estados brasileiros, pois essa modalidade de atendimento também não se faz presente, visto que, o único serviço privado de psiquiatria existente no estado foi fechado em 1992, contando apenas com o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) de gestão estadual.

Assim, a redução no número de leitos psiquiátricos no Amazonas não significou mudanças no modelo de assistência e nem incremento da oferta de serviços substitutivos. Se não há grande número de leitos e nem resistência do setor hospitalar privado, quais foram e ainda são os grandes obstáculos para implantação da reforma psiquiátrica no estado? Há algumas hipóteses, tais como o perfil e a trajetória dos recursos humanos, pouca expressividade nas ações de controle social e participação popular e o envolvimento e entendimento dos gestores do SUS sobre a mudança no modelo assistencial em saúde mental (SOUZA, 2005).

Até 2007, existiam apenas três CAPS no estado do Amazonas, localizados nos municípios de Manaus, Parintins e Tefé. Nesse período foi analisada a organização desses serviços e de como suas atividades terapêuticas eram desenvolvidas e, apesar dos autores ressaltarem fragilidades na organização da Rede de Atenção Psicossocial, em virtude da escassez de recursos financeiros, materiais e humanos, observa-se que no interior dos três serviços busca-se atender as diretrizes da política nacional de saúde mental com atividades que buscam a interação entre serviço, usuários e comunidade, funcionando como um espaço de convivência, articulando parcerias com outros atores sociais mediante atividades extramuros, práticas interdisciplinares e intersetoriais. Mas com limitações em comum destacando-se o número reduzido de profissionais e, naqueles presentes, a falta de formação na área de saúde mental, como também a reprodução do atendimento ambulatorial no qual o foco dá-se na dispensa de medicações e renovação de receitas, distorcendo a proposta do CAPS (LOPES NETO et al., 2009).

Estudo sobre os desafios e progressos na reforma psiquiátrica no Amazonas, com base no olhar dos profissionais do primeiro CAPS de Manaus, inaugurado em 2006, aponta que as principais dificuldades elencadas pela equipe quanto ao funcionamento do serviço e da rede se referem à falta de aplicabilidade do que é proposto na teoria, à divergência de opiniões entre gestores e profissionais, à escassez de demais serviços especializados e à falta de integração do CAPS com demais dispositivos da rede que não prestam atenção específica em saúde mental. Essas dificuldades levam a uma lacuna de tratamento não psiquiátrico para esses

usuários, desrespeitando o princípio da integralidade preconizado pela política de saúde pública brasileira, reforçado pela ausência de ações de promoção à saúde mental na atenção primária, além de estrutura física inadequada, falta de medicamentos e de recursos humanos capacitados na área de saúde mental e reforma psiquiátrica (COLOMBAROLLI et al., 2010).

Esses autores sugerem que é imprescindível que haja um debate político amplo sobre as lacunas que impedem que a rede de atenção cresça com o envolvimento da população que necessita desse tipo de cuidado, ou seja, com mecanismos de participação social aliada ao processo de capacitação dos trabalhadores que atuam junto a essa demanda.

Outro estudo no mesmo CAPS sobre percepção dos profissionais acerca da aplicabilidade da proposta da reforma psiquiátrica no Amazonas apresenta que todos os profissionais a entendem como um novo modelo de atenção, mas chama atenção o descrédito dos profissionais médicos quanto à sua operacionalização prática, principalmente em virtude da falta de estrutura da rede substitutiva, concebendo o processo de desinstitucionalização como uma desassistência. Talvez essa sensação seja resultado do fato de que, no contexto local, o fechamento do único hospital psiquiátrico não tenha ocorrido concomitantemente à estruturação da rede (CAETANO et al., 2011).

Até fevereiro de 2014, o Amazonas era um dos seis estados da federação sem nenhuma residência terapêutica em funcionamento e com o único hospital psiquiátrico do Amazonas, localizado em Manaus, funcionando de forma plena com serviços. A falta do serviço foi alvo de Ação Civil Pública do Ministério Público Federal do Amazonas (MPF-AM) em conjunto com o Ministério Público do Amazonas (MP-AM) no ano de 2011. Ocorrendo a inauguração em 2014, as residências terapêuticas, que deveriam ser implantadas em moradias comuns com a proposta de que os pacientes possam cuidar de suas próprias casas, estabelecer relações com a vizinhança, com a cidade e com os equipamentos culturais disponíveis, em Manaus, têm as portas não dando para a rua, mas para dentro do CAPS (LIBÓRIO; VIEIRA, 2014).

No ano de 2014, o Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, que possuía 120 leitos, foi parcialmente desativado passando a funcionar apenas no pronto atendimento com 8 leitos de observação e 20 de internação. Em contrapartida, não ocorreu a implantação de enfermarias psiquiátricas ou de qualquer número de leitos nos hospitais gerais, o que impede que seja completamente desativado, funcionando em condições estruturais precárias (LIBÓRIO; VIEIRA, 2014).

O número e modalidades de CAPS não contemplam a população a ser assistida conforme preconizado em portaria, então se levanta a hipótese de desassistência daqueles pacientes que não têm acesso à atenção em saúde mental, seja pela falta do serviço ou pela qualidade do serviço oferecido, fazendo crescer a demanda reprimida por assistência adequada.

2 METODOLOGIA

A descrição que se apresenta a seguir tem como foco destacar os aspectos metodológicos e todos os procedimentos de pesquisa seguidos no desenvolvimento deste trabalho.

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa com abordagem exploratória e descritiva que se propõe a compreender os potenciais desafios para o desenvolvimento de uma Rede de Atenção Psicossocial, no município de Manaus (AM), com base na percepção de gestores da coordenação estadual e municipal de saúde mental e de profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial.

A pesquisa de campo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, no que se refere ao resultado das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus produtos e a si mesmos, sentem e pensam. Torna possível desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, como no caso dos profissionais que atuam no contexto da RAPS de Manaus, caracterizando-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do processo em estudo (MINAYO, 2008).

A proposição da natureza qualitativa se adequa a proposta de estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, bem como sobre como estes estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos). Assim, o método qualitativo promove a acolhida necessária para que se possa adentrar neste universo complexo, ativo e dinâmico (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa tem sido frequentemente utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou para explorar determinadas questões (pesquisa exploratória) que dificilmente o pesquisador que recorre a métodos quantitativos consegue abordar. Uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória possibilita a interação

com as pessoas e suas preocupações. Uma pesquisa descritiva coloca a questão dos mecanismos e dos atores (o “quê” e o “como” dos fenômenos) por meio da precisão dos detalhes, gerando informações contextuais que podem servir de base para pesquisas explicativas mais desenvolvidas (POUPART et al., 2010).

2.2 Local do estudo

A pesquisa de campo foi desenvolvida no primeiro semestre de 2018, no município de Manaus, capital do Estado do Amazonas. Manaus é a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população estimada para 2018 de 2.145.444 milhões de habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As unidades do estudo foram a Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e os Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS, serviços de saúde, de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015).

Atualmente o município de Manaus dispõe de quatro Centros de Atenção Psicossocial, distribuídos da seguinte forma:

CAPS III Silvério Tundis, primeiro CAPS do município de Manaus, de gestão estadual, inaugurado em maio de 2006, funciona 24 h e localiza-se na Zona Norte. Atende indivíduos com transtornos psiquiátricos graves e engloba, em seu espaço físico, os Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado inaugurados em 2014. Não apresentam cadastrados independentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sendo seus profissionais inclusos na estrutura do CAPS.

CAPS II Infantojuvenil Leste, inaugurado em 18 de abril de 2012, localizado na Zona Leste, é o único desse tipo no município, funciona de segunda a sexta-feira, de 8 h às 17 h, e atende crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, ou que sejam usuárias de *crack*, álcool e outras drogas.

CAPS III Benjamim Matias Fernandes, reinaugurado em 29 de outubro de 2015, localizado na Zona Sul do município. A unidade funciona 24 h e promove assistência para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

CAPS III Álcool e Drogas Dr. Afrânio Soares, inaugurado em 15 de outubro de 2015, localizado na Zona Sul, é o único desse tipo no município, funciona 24 h e destina-se ao atendimento de indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com abuso/dependência de álcool e outras drogas.

2.3 Amostra e sujeitos da pesquisa

A proposta do estudo qualitativo foca na compreensão do objeto a ser estudado, de modo que o importante não seja a representação quantitativa e/ou numérica dos sujeitos participantes, mas sim a participação destes em relação ao fenômeno pesquisado. Assim sendo, o processo de amostragem final dos sujeitos se limita à relevância e saturação das informações coletadas baseado na convergência comum de assuntos e enunciados (JORGE et al., 2017).

Nesse sentido, os participantes da pesquisa foram profissionais da saúde, dirigentes de serviços e representantes da gestão envolvidos na operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial, conforme apresentação no Quadro 1, optando-se pela não inclusão dos usuários nessa proposta, considerando que o foco foram questionamentos voltados para a compreensão da estrutura operacional da rede e compreensão dos desafios percebidos pelos profissionais na prestação de serviços.

Optou-se pelos profissionais dos CAPS pelo papel central que esse dispositivo ocupou no início da reforma psiquiátrica, considerado à época pelo Ministério da Saúde como serviço de referência e tratamento para pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental grave e dispositivo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico. Além disso, a ausência do suporte dos demais dispositivos da RAPS de Manaus, no que se refere aos atendimentos em saúde mental, coloca os CAPS na sua linha de frente. Boa parte dos profissionais desses serviços atua em outros pontos da rede de atenção à saúde permitindo maior compreensão sobre a articulação entre os diferentes pontos.

Quadro 1 – Distribuição e critério de seleção dos sujeitos da pesquisa

Unidades de Análise	Representação	Critérios de Seleção
Gestores da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde e Dirigentes dos Centros de Atenção Psicossocial	Coordenação Estadual e Municipal de Saúde Mental. Dirigentes dos Centros de Atenção Psicossocial.	Responsável pela coordenação no momento da pesquisa e aqueles que fizeram parte da coordenação na implantação da RAPS no município a partir do ano de 2006. Responsáveis pela direção dos Centros de Atenção Psicossocial no momento da pesquisa.
Profissionais da Saúde dos Centros de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico	Profissionais de saúde das diferentes categorias que compõem a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico: médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentre outros.	Profissionais de nível superior que estivessem vinculados à sua atual função na Rede de Atenção Psicossocial há pelo menos três anos.

Fonte: A autora, 2018.

Foram entrevistados 17 profissionais de nível superior, distribuídos nos quatro Centros de Atenção Psicossocial. A opção por categorias profissionais da saúde de nível superior se dá porque esses profissionais estão, de maneira geral, nos diferentes CAPS ou demais serviços da RAPS e diretamente em contato com os usuários e familiares, com um papel importante na produção de cuidado e acompanhamento desses usuários na rede de atenção, o que lhes possibilita uma aproximação maior com a realidade investigada.

Com relação aos coordenadores de CAPS foram entrevistados os quatro representantes, considerando que exercem um papel fundamental na organização do serviço com um conhecimento geral dos processos políticos, administrativos e técnicos que condicionam a ação técnico-assistencial dessas unidades.

Quanto aos representantes da gestão estadual e municipal foram entrevistados os atuais coordenadores estadual e municipal de saúde mental e os coordenadores estadual e municipal de saúde mental, atuantes no ano de 2006, ano de implantação do primeiro CAPS de Manaus, considerando que atuam diretamente na formulação e execução das políticas voltadas à saúde mental do município, têm um olhar voltado para os diferentes pontos que compõem a rede com uma percepção do todo e trabalham na perspectiva de articulá-los. Assim, contemplando os diferentes atores envolvidos na construção e

implementação da rede de atenção psicossocial do município de Manaus, conforme distribuição apresentada no Quadro 2:

Quadro 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa

Campo Empírico	Participantes
Centro de Atenção Psicossocial III Silvério Tundis e Serviço Residencial Terapêutico Rosa Blaya.	1 terapeuta ocupacional; 1 enfermeiro; 1 psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial e 1 assistente social responsável técnico da residência terapêutica. Diretora do Centro de Atenção Psicossocial (psicóloga)
Centro de Atenção Psicossocial III Benjamim Matias Fernandes.	1 psiquiatra; 3 psicólogas Diretora do Centro de Atenção Psicossocial (nutricionista)
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Leste.	1 fonoaudióloga; 1 educadora física; 1 psicóloga. Diretora do Centro de Atenção Psicossocial (psicóloga).
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Dr. Afrânio Soares.	1 enfermeiro; 1 educador físico; 2 psiquiatras, 1 psicóloga e 1 terapeuta ocupacional. Diretora do Centro de Atenção Psicossocial (psicóloga).
Secretaria de Estado de Saúde.	Coordenadora Estadual de Saúde Mental no momento da pesquisa com formação profissional em psicologia e serviço social. Coordenadora Estadual de Saúde Mental, no ano de 2006, com formação profissional em psicologia e fisioterapia.
Secretaria Municipal de Saúde.	Coordenadora Municipal de Saúde Mental no momento da pesquisa com formação profissional em psicologia. Integrante da equipe da Gerência Municipal de Saúde Mental no ano de 2006 com formação em psicologia.

Fonte: A autora, 2018.

2.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada contendo cinco questionamentos que direcionam para a compreensão do objeto de

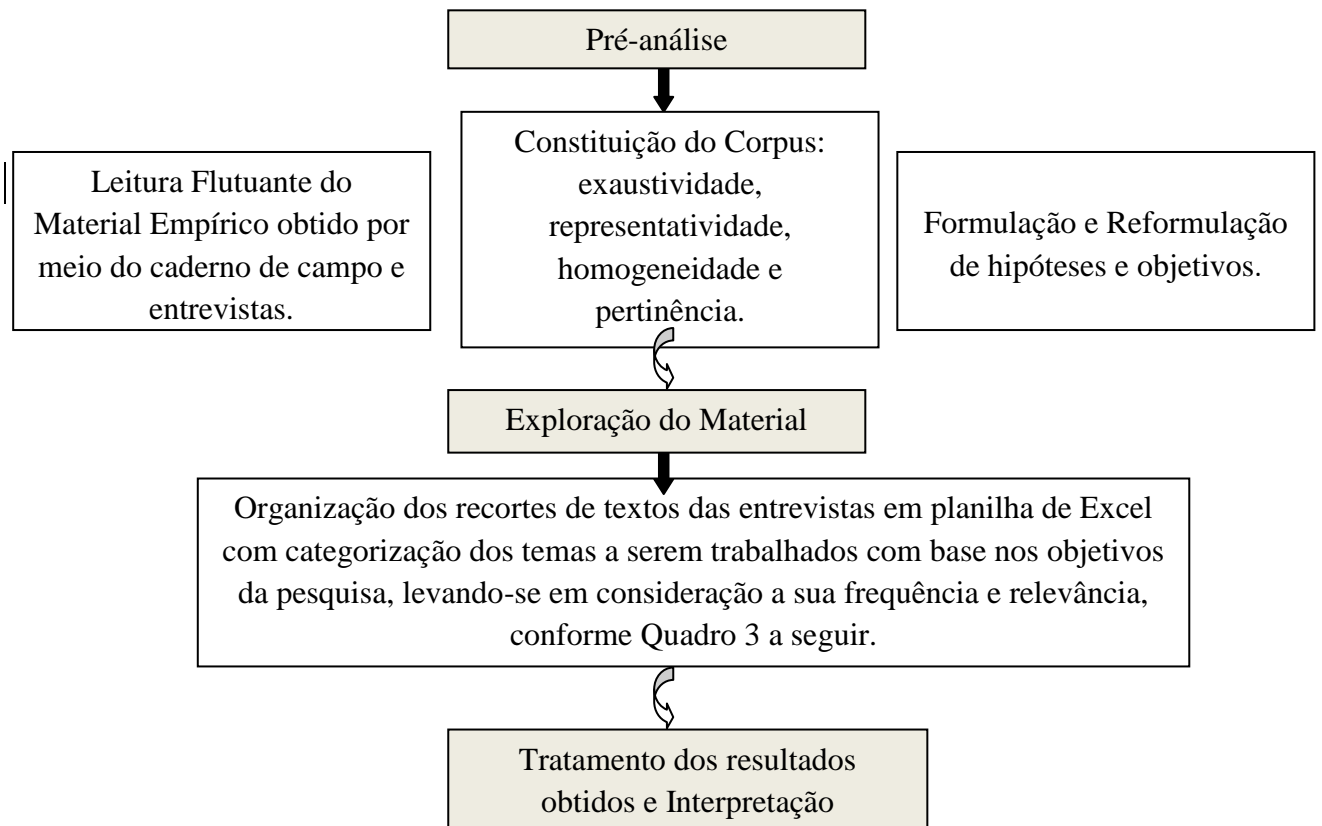
pesquisa, a RAPS de Manaus e suas nuances (Apêndice A). Entende-se que este é um meio de conhecer o ponto de vista dos atores sociais e de considerá-lo para compreender e interpretar as suas realidades. As condutas sociais não poderiam ser compreendidas ou explicadas fora da perspectiva dos atores sociais. Essa estratégia permite elucidar o sentido que os atores conferem às suas próprias ações (POUPART et al., 2010).

O recrutamento dos participantes ocorreu mediante contato telefônico no caso dos dirigentes de CAPS e coordenação estadual e municipal de saúde mental, com posterior agendamento de horário para ir até as secretarias e CAPS. No caso das representantes da gestão, no ano de 2006, uma foi entrevistada na universidade onde trabalha e a outra, no *shopping*, pois se encontrava de férias. Os profissionais da assistência foram abordados nas reuniões de equipe, para as quais a pesquisadora foi convidada por todos os dirigentes de CAPS, com a finalidade de se apresentar e esclarecer os objetivos da pesquisa. Nesse momento, os profissionais eram convidados a participar e se voluntariavam independentemente da categoria profissional, quando ficavam definidos os dias e horários para realização das entrevistas, que ocorreram nos respectivos CAPS com duração variando aproximadamente de 30 a 75 minutos. Aqueles profissionais que não estivessem presentes na reunião eram comunicados pela equipe e caso desejassem participar, a pesquisadora era contatada. Todas as entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora.

2.5 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Os dados obtidos foram apreciados pela análise temática de Bardin (2016), descrita por Minayo (2008). A análise de conteúdo na modalidade temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analisado. Operacionalmente desdobra-se em três etapas (Figura 1):

Figura 1 – Fluxograma com as etapas para análise dos dados coletados



Fonte: A autora, 2018.

Quadro 3 – Construção das categorias analíticas

Categorias	Subcategorias	Núcleos de Sentido
Caracterização da rede de cuidados em Saúde Mental	Rede quente e insuficiente.	Rede com baixa cobertura de serviços, sem fluxo articulado quando a rede de relações pessoais é quem determina o acesso.
	Judicialização da Rede de Atenção Psicossocial.	O Judiciário se integra a rede, a fim de que as famílias sejam assistidas e para que novos dispositivos sejam abertos com a atuação do Ministério Público. Mecanismo de Controle Social enfraquecido.
Trabalho em rede: dificuldades na sua operacionalização	Fragmentação do Diálogo.	Falta de lideranças e comunicação precária entre a gestão estadual e municipal.
	Integração das ações de saúde mental na Atenção Primária a Saúde.	Reconhecimento da importância da APS e necessidade de execução de seu papel de reguladora da rede de saúde mental, a fim de superar a centralidade na figura do Centro de Atenção Psicossocial.

Fonte: A autora, 2018.

2.6 Considerações éticas

O presente projeto, em conformidade com o exigido, foi submetido e aprovado às análises das Comissões de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. E, por fim, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) conforme Parecer n. 1.975.671 (ANEXOS) e cumpre as recomendações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O assentimento livre e esclarecido dos participantes ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que constitui o Apêndice B desta tese, como regulamenta a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Esses participantes foram esclarecidos sobre a natureza, objetivos, métodos, benefícios e riscos da pesquisa antes de assinarem o TCLE.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes da pesquisa, seus nomes foram omitidos e a identificação nos fragmentos das entrevistas incluídos nesta tese ocorreu mediante a utilização de letras do alfabeto seguidas de números arábicos, que indicam a sequência das entrevistas, com a representação: (P) para os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial, (D) para os diretores dos CAPS e (G) para os representantes da Gestão.

Um dos principais desafios na execução do estudo foi o planejamento para entrada no campo, a fim de evitar que o engajamento da pesquisadora no campo interferisse no resultado da pesquisa, com uma necessidade ímpar de preservar o anonimato de todos os participantes. Porém isso não caracterizou um empecilho, pelo contrário, facilitou o acesso aos profissionais, que se sentiram mais motivados a conversar com um pesquisador que possuía um conhecimento prévio do contexto estudado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir daqui serão apresentados os resultados do campo empírico de modo que a análise das falas segue, *a priori*, a estrutura do roteiro de entrevistas associada às observações descritas no caderno de campo; embora algumas respostas dadas contivessem conteúdos de outras perguntas, o roteiro facilitou a análise das falas. Os temas foram agrupados de acordo com as categorias de análise relacionadas à RAPS de Manaus:

- a) caracterização da rede de cuidados em Saúde Mental: rede quente e insuficiente; judicialização da RAPS;
- b) dificuldades na operacionalização do trabalho em rede: fragmentação do diálogo; integração das ações de saúde mental na atenção primária.

A cada questionamento selecionou-se as respostas que contemplassem uma maior compreensão do funcionamento da rede e de suas dificuldades com base na ótica dos profissionais, e analisou-se mediante ao que está disposto na legislação, conjuntamente com uma reflexão crítica sobre essas imbricações.

3.1 Caracterização da rede de cuidados em Saúde Mental

Com a proposta de introduzir o tema e permitir uma primeira aproximação com os participantes, sem que já fossem diretamente questionados sobre o funcionamento da rede, foi solicitado que relatassem sua trajetória na RAPS de Manaus assim como sobre seu processo de inserção e formação no campo da saúde mental (Questão 1), sendo posteriormente questionados de que forma, com base nessa experiência, avaliam hoje a RAPS de Manaus (Questão 2).

No relato da trajetória profissional já é possível identificar dados que caracterizam essa rede, quando fica marcado na fala de mais da metade dos profissionais que atuam nos CAPS, ou seja, que atuam na rede especializada, a não opção de trabalhar *a priori* nesse serviço, não apresentando, no momento de sua chegada, qualquer experiência ou formação na

área de saúde mental. Foram lotados ali via concurso ou processo seletivo sem possibilidade de escolha do local de atuação, conforme observado nas falas:

Tá, eu caí de paraquedas na saúde mental, a gente passou no concurso e aí eu fui comunicada que ia ser lotada no CAPS, o que me deixou desesperada porque eu não tenho, não tenho formação e continuo não tendo, eu estou buscando agora formação em saúde mental. Então eu não sabia nada, não era não fazia parte da minha prática nem de conhecimento teórico. (P4).

O quê que aconteceu, quando a gente fez o concurso, não tinha específico pra quê que ia atuar, então quando as pessoas foram sendo chamadas, isso eu escutei! Que as pessoas foram assim jogadas nos lugares sem saber muito o quê que era. Acho que quase nenhum profissional que veio pros CAPS. Sabiam o quê que era e aí cada um foi meio que fazendo o que sabia dentro da sua formação. (P2).

Um exemplo simples. Quando o CAPS foi inaugurar. Foi na época em que foram chamadas as pessoas do concurso, último concurso. E foram muitas pessoas nomeadas pra assumir o CAPS, para trabalhar no CAPS e eu tive muito problema com esses servidores. Porque a grande maioria deles, vamos pensar que noventa por cento das pessoas que foram chamadas para trabalhar no CAPS. Vieram aqui comigo dizer que não queriam ir para o CAPS. Assim, as justificativas eram diversas. Umas porque moravam longe do local. Outras porque tinham dois serviços e queriam trabalhar próximo do outro serviço. E outras porque não tinham mesmo o perfil pra trabalhar lá. Muitas dessas pessoas não tinham conhecimento nem do que é um CAPS. Muita gente não sabia, nunca ouviu falar do CAPS. Nunca tinha trabalhado com saúde mental... E... Tem a questão do preconceito. (G2).

No caso dos cargos de gestão e de dirigentes dos CAPS, todos receberam convite para exercer essa função e ainda assim alguns se disponibilizaram mesmo não tendo experiência na gestão ou na área de saúde mental, visto que se trata de uma oportunidade de crescimento profissional associada à carência existente de recursos humanos que se disponibilizam a trabalhar nesse contexto.

[...] o meu assumir o CAPS que foi o segundo serviço de saúde mental do Estado foi porque não tinha nenhum profissional para assumir, no dia da inauguração não havia

interesse dos profissionais da rede em assumir. Daí como não tinha ninguém e na reunião só sobrava eu que era concursada eu. Eu nunca tinha tido experiência na gestão, nunca tinha feito nenhum trabalho de gestão. (G1).

Os profissionais, em suas falas, apontam como possibilidade para sanar esse cenário a definição nos editais dos concursos das possíveis áreas e locais de lotação, permitindo que o profissional se direcione para atuar onde já tenha algum interesse ou formação acadêmica prévia como também reforçam a necessidade de ações de educação permanente.

Tá eu acho que o perfil dos recursos humanos da rede Manaus é deficitário. Por quê? Quando nós fazemos o concurso... Eu fiz em 2012 pra secretaria de saúde, a gente faz pra atuar como psicólogo digamos que geral, a secretaria não especificava no edital e tão pouco nas provas que seria para saúde mental, quando tomamos posse é que foi designado “olha você vai para o CAPS, saúde mental” e mesmo assim chegando no CAPS você não tem uma formação inicial, então assim você começa a partir da prática então você vai vendo quais são as demandas em saúde mental. E aí eu fui me atualizando com leituras do próprio ministério por indicação da nossa diretora que se preocupa com essa formação, mas formalmente não há uma capacitação por isso que eu acho que é deficitário. E aí vai de cada profissional: “Eu quero me inteirar ou eu não quero?” “Eu me identifico ou eu não me identifico?” Então eu acho que a rede poderia oferecer ao trabalhador uma formação mais específica. (P9).

O primeiro CAPS da cidade de Manaus foi inaugurado em 2006, pela gestão estadual, e os profissionais de nível superior foram lotados no serviço após o concurso ocorrido no ano de 2005 que não especificava área ou local de atuação. Já na secretaria municipal de saúde ocorreram dois grandes concursos, um no ano de 2005 com a convocação dos primeiros profissionais de saúde mental para compor as equipes de apoio matricial e outro em 2012, dois anos após a inauguração do primeiro CAPS de gestão municipal, com a pretensão de que os profissionais fossem lotados nos CAPS e NASF, mas também sem qualquer especificação no edital (MANAUS, 2017).

Assim, os profissionais entrevistados já possuíam alguns anos atuando na rede, inclusive pelo critério de seleção do estudo, ou seja, não se trata da fala de recém-formados ou recém-chegados à rede, mas ainda é marcante no discurso o fato de não terem escolhido estar ali. Entretanto, demonstram receptividade às estratégias de educação permanente em saúde

mental oferecidas pelas secretarias de saúde, e em suas falas, citam algumas estratégias já vivenciadas de forma pontual: “Caminhos do cuidado”; “Percursos Formativos na RAPS” e “Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais.”

É primordial que seja assegurado aos novos profissionais e àqueles que já estão na RAPS estratégias de supervisão e educação permanente previstas na Lei n. 8080/1990, título IV, Dos Recursos Humanos, art. 27:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

E na Portaria n. 3.088/2011:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: [...] XI - promoção de estratégias de educação permanente [...] Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: [...] V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado por Silva, Oliveira e Kamimura (2014), com a proposta de fazer uma breve retrospectiva acerca das propostas de capacitação em saúde mental, caracterizando o cenário da atualidade, aponta que há uma necessidade reconhecida e reafirmada em todos os documentos publicados do Ministério da Saúde/SUS de capacitar as pessoas que trabalham ou têm perfil para trabalhar em saúde mental, sendo a falta de formação técnica e teórica desses trabalhadores um dos grandes obstáculos para o fortalecimento do paradigma do cuidado de base comunitária.

No campo da saúde mental, assim como na saúde em geral, os processos de formação de profissionais que irão atuar na RAPS são permeados pelos mais variados enfrentamentos, principalmente em virtude do redirecionamento da política que passou a ter por foco a desinstitucionalização e a atenção psicossocial. Nesse sentido, um desafio da Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas é a formação de recursos humanos aptos a atuar numa perspectiva da intersetorialidade e interdisciplinaridade superando assim o paradigma da tutela e rompendo com as barreiras do estigma e preconceito. Visto que, em geral, vêm sendo incorporados, nos sistemas municipais de saúde mental, profissionais que tiveram uma formação acadêmica tradicional norteadada pelo modelo hegemônico com foco na abordagem individual (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2017).

Uma das hipóteses já levantadas em outros estudos realizados no Amazonas por Souza (2005), com base em dados secundários, por Colombarolli et al. (2010) e Lopes Neto et al. (2009), com profissionais do CAPS, é que a falta de recursos humanos com uma trajetória de formação na área de saúde mental atuando na rede acaba se tornando uma das dificuldades para que a reforma psiquiátrica e a RAPS não tenham se firmado efetivamente nesse contexto. Situação evidenciada também no presente estudo demonstrando que esse problema persiste na atual conjuntura da RAPS de Manaus.

Estudo realizado por Paes et al. (2013) que se propôs a compreender como os coordenadores de serviços percebem a organização da rede de atenção em saúde mental de Santa Maria-RS aponta que, diante das dificuldades descritas sobre a rede, aproximar a aprendizagem dos espaços de trabalho é uma necessidade sentida pelos próprios profissionais no dia a dia, que, apesar das limitações na formação, revelam nos seus discursos o surgimento de profissionais críticos e questionadores capazes de pensar novas formas de intervenção. Da mesma forma, na RAPS de Manaus se encontrou profissionais dispostos a aprender e com postura crítica diante da realidade vivenciada.

Os autores também trazem a reflexão de que a relação existente entre a implementação da rede e a formação dos profissionais faz com que as instituições de saúde e as instituições de ensino superior sejam conjuntamente responsabilizadas pela construção e bom funcionamento do Sistema Único de Saúde.

3.1.1 Rede quente e insuficiente

A Rede de Atenção Psicossocial, como uma das redes temáticas da política de Redes de Atenção a Saúde, existe na estrutura organizacional tanto da Secretaria Municipal de Saúde quanto da Secretaria Estadual de Saúde, mas é preciso refletir se estruturalmente ela atende àquilo que se propõe. Nesse sentido, foi questionado aos atores responsáveis pela sua operacionalização de que modo eles avaliam essa rede.

Há uma redinha. Eu acho que eu posso dizer que há uma redinha, pra ela virar uma rede assim king size precisa de muita coisa ainda. Mas uma redinha eu acho que tem. Eu acho que eu estaria sendo leviana se eu dissesse que não existe sabe? Até porque

todo dia eu estou em contato com pessoas dessa rede pra gente pensar em casos em conjunto, e muitas vezes a gente consegue. (P5).

A gente não pode falar ainda de uma rede substitutiva se a gente não tem serviços suficientes para atender. E se ainda a gente não incorpora a atenção básica, a gente não incorpora os serviços de urgência e emergência que ainda acham que não é deles a saúde mental. Aqui a gente não viu a RAPS acontecer. Eu na minha avaliação... Eu não vi. (G3).

Eu não, eu não percebo a rede. Eu acho que a melhor forma de definir é isso. (P4).

Obtiveram-se posicionamentos bem interessantes, desde aqueles que não acreditam na existência da rede até aqueles que, ao se colocarem como trabalhadores dessa rede, vivenciando-a, mesmo que deficitariamente, não acham coerente fazer esse tipo de afirmação, levando em consideração o fato de estarem analisando seu próprio trabalho.

Assim, uma parte deles acredita numa rede em processo de construção, mas apresentam-se como profissionais críticos e sem negar as dificuldades enfrentadas, dentre as quais se destaca o número insuficiente de serviços prestando assistência em saúde mental, o que resulta numa baixa cobertura, associada a uma integração praticamente inexistente entre os diferentes dispositivos e níveis de complexidade. Dificuldades que merecem atenção, visto que são elementos fundamentais que caracterizam o trabalho em rede. A ausência de articulação resulta num acesso restrito dos usuários aos diferentes serviços, muitas vezes viabilizado pela rede de contatos pessoais dos trabalhadores da saúde mental. Essa estratégia utilizada pelas equipes é denominada pelos entrevistados como “rede quente”, como pode ser observado nas falas descritas a seguir:

Eu diria que é uma rede que está tentando se organizar [...] (G2).

Há uma rede. Há uma rede. Há um trabalho, existe um trabalho, mas ainda é um grão de areia, ele precisa ser aprimorado em número, precisa de uma integração maior. (P10).

Percebo que a RAPS ela é uma rede em construção. Se a gente olhar a política de saúde mental, a RAPS em Manaus ela ainda não é estruturada conforme o modelo preconizado. Eu entendo que o modelo preconizado talvez ele seja até utópico, mas eu

penso que aqui nós poderíamos articular melhor os pontos de atenção para que o CAPS realmente cumprisse o seu papel. Especificamente na área infantil nós temos somente esse CAPS e aí fica muito complicado porque a gente não consegue articular ações interssetoriais, a gente não consegue matricular a rede, então fica uma rede assim que a gente brinca “uma rede com furos” por que? Porque a gente não consegue dar aquela atenção devida ao usuário. (P9).

No campo da saúde mental, o hospital psiquiátrico e as práticas nele desenvolvidas não estavam dando conta de suprir as demandas engendradas no processo de produção de cuidado e surge à necessidade de uma atenção em rede, a qual se refere a uma atenção integral e contínua de uma população específica tendo como um de seus elementos constitutivos, de acordo com Mendes (2010), a sua estrutura operacional composta pelos nós da rede: O centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; Pontos de atenção a saúde secundários e terciários; Sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, farmacêutico, teleassistência e informação em saúde) e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, ou seja, pela integração entre eles.

Os profissionais, ao perceberem uma baixa cobertura dos serviços que se referem aos nós da rede e a fragilidade de articulações, sejam elas intrassetoriais (serviços e ações de saúde dos diferentes níveis de atenção) ou interssetoriais (moradia, trabalho, cultura, etc.), naturalmente se questionam sobre a real existência da rede, já que esta não demonstra apresentar uma estrutura operacional satisfatória. De acordo com alguns relatos, os pacientes, ao chegarem ao CAPS, são acolhidos e quando têm perfil permanecem, porém muitos, por mais tempo do que precisariam, numa instituição que deveria ser de passagem. Isso foi observado durante a pesquisa de campo ao nos depararmos nos CAPS, vinculados às suas atividades, com usuários há mais de doze anos sendo acompanhados ali e com outros que não deveriam estar sendo acompanhados nesse dispositivo, pois não apresentam transtorno mental grave ou persistente, mas permanecem, pois não há portas de saídas, ou seja, outros locais para onde possam ser referenciados.

Entendendo como características essenciais de uma rede a articulação e uma eficaz capacidade de comunicação de seus integrantes, o que se vê funcionar é menos uma rede e mais um conjunto de pontos trabalhando isoladamente, ligados de forma frágil e burocrática. Para Zambenedetti (2009), vários desafios têm sido postos na implementação de redes de atenção em saúde mental, mas destaca um em especial – a existência de uma rede realmente

articulada –, pois mesmo com a criação de diferentes modalidades de serviços ainda não é possível dizer que, de fato, os municípios têm conseguido constituir uma rede de cuidados integrados, visto que a presença de serviços não garante o trabalho em rede.

3.1.1.1 Rede quente

Predominou na fala dos participantes, principalmente dos profissionais da assistência, a ausência de integração e de mecanismos formais de comunicação entre os diversos serviços e seus profissionais. Uma definição normativa, de portarias e decretos, não é o suficiente para que uma rede integrada seja instituída; são documentos importantes e possibilitam direções de trabalho, mas é mediante a necessidade colocada pelos usuários e pelas demandas trazidas por uma rede temática específica que os pontos de atenção se constroem e se definem, de forma dinâmica, por meio da corresponsabilização, ação cooperativa e pró-atividade (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Levando essa afirmativa em consideração e observando os relatos dos profissionais sobre a rede, é possível afirmar que os pontos de atenção ainda não foram bem definidos e construídos para o atendimento em saúde mental na rede de atenção psicossocial de Manaus. Dessa forma, vamos integrar o quê? Como? As relações pessoais entre os profissionais? Isso não contemplaria o acesso igualitário a todos os usuários da RAPS de acordo com suas necessidades, conforme preconizado pelos princípios doutrinários do SUS – universalidade, equidade e integralidade.

Não tem! Pra mim a rede ela é um buraco, a gente tem pontos de apoio que a gente chama de rede quente que eu ligo pra você, você liga pra mim, eu conheço o fulano. É essa a rede que funciona, eu conheço a psicóloga do Comte Telles lá no DISA Leste... Aí eu ligo pra ela “fulana eu tô te mandando” ela atende, mas se eu mandar com encaminhamento pro DISA Leste muitas vezes ele se perde, aí ele não dá continuidade ao tratamento, ele piora e acaba voltando pro CAPS. Então eu não sinto a rede e não sou só eu, infelizmente. (P15).

Então, por exemplo, a gente conhece o gestor, o gestor local do Hospital Eduardo Ribeiro. Então a gente lá, no ato de coleguismo, liga pra pessoa, conversa

diretamente com a pessoa e tenta apagar determinado incêndio, ajudar determinada situação. Então, existe alguma conversa. Mas é uma conversa que não passa pela institucionalidade, é uma conversa que passa pelo coleguismo, pelo companheirismo entre os trabalhadores de saúde mental. E é muito ruim que seja assim, porque depende desse coleguismo. Então, se o cliente procura um profissional, que tem um amigo no hospital, ele tem determinadas facilidades. Se ele procura um profissional, e não tem um amigo no hospital, ele é cerceado do seu direito de assistência à saúde... Então é uma coisa bastante temerária mesmo, bastante temerária. (P12).

Aqui fica notório que o usuário não consegue ser encaminhado a outro ponto da rede caso não ocorra um contato pessoal entre os profissionais que irão atendê-lo, e essa estratégia de integração informal é frágil, pouco resolutive e sem sustentabilidade. Segundo os profissionais, o trabalho em rede de Manaus ainda aponta para uma assistência fragmentada e contribui pouco para a efetivação do princípio da integralidade, com pouca integração entre os serviços, pois a preocupação ainda se mantém em garantir que o usuário seja minimamente atendido num outro ponto da rede sem que seja pensado ainda na lógica do cuidado compartilhado, o que resulta num usuário perdido nesse sistema de saúde.

A perspectiva de uma atenção contínua já é prevista na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, e define que;

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Amaral e Bosi (2017), num artigo sobre a análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva apontam que os diferentes usos do termo “rede” levam a ideia de inter-relação entre pontos, mas aquilo que é considerado um “ponto” varia entre os diferentes autores: serviços, instituições, atores, dispositivos, ações, unidades de saúde, etc. No campo da saúde, o termo “rede” refere-se geralmente a uma compreensão da organização dos serviços de saúde e suas relações ou a articulação de pessoas ou ações em saúde. Assim, os elementos fixos da rede podem ser pessoas, um trabalhador ou usuário ou mesmo equipes, além de ações/intervenções e instituições/serviços.

A opção de trabalhar com serviços de saúde como pontos, nós ou unidades mínimas da rede, conforme propõe Mendes (2012) na sua estrutura operacional das RAS, implica em algumas características: restrição geográfica do trabalho territorializado com população adscrita como acontece na Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial; definição dos hospitais como referências locais ou regionais; definição da demanda dos serviços que se propõem a atender de acordo com sua proposta de cuidado e nível de complexidade tecnológica; e a forma de acesso, se espontâneo (porta de entrada) ou mediado por outros serviços (encaminhamentos ou central de regulação).

É certo que os serviços de saúde enquanto pontos fixos, estáveis, podem estabelecer diferentes formas de contato entre si mediante as mais variadas estratégias, tais como encaminhamentos, contatos telefônicos, visitas institucionais. Procedimentos bem diferentes tecnicamente que correspondem a necessidades distintas e demandam condições materiais e humanas bastante diversas. Procedimentos que vão sendo construídos entre os diferentes serviços e pactuados entre os profissionais e os usuários (AMARAL; BOSI, 2017). Isso não é um problema, o que se questiona aqui é a realização de relações construídas em caráter aleatório e baseadas em conhecimentos pessoais, conforme explicitado nas falas pelos profissionais ao se referirem a RAPS de Manaus como uma “rede quente”.

É importante e possível que os profissionais articulem os nós da rede, mas não da forma como vem ocorrendo na RAPS de Manaus, pois segundo os profissionais, a denominação de “rede quente” refere-se a uma conexão estabelecida de forma pessoal entre os profissionais, num ato definido como coleguismo, sem que isso faça parte de uma articulação com objetivos e fluxos estrategicamente pensados ou pactuados previamente. Assim, o acesso do usuário às ações e serviços de saúde mental na RAPS, fica condicionado a qual local ele será atendido, ao profissional que irá atendê-lo, em qual dia, tendo assim seu direito a um atendimento integral e resolutivo cerceado, conforme explicitado por profissionais de CAPS distintos:

A integração é com a rede quente, é aquela coisa assim, ah a fulana está de plantão hoje, ah então vamos ligar para a fulana para ver se ela consegue resolver esse problema, entendeu... Não é uma comunicação protocolar, ou alguma coisa assim não. É uma comunicação meio... A gente vai dando um jeito entendeu... Meio jeitinho brasileiro. (P11).

Então eu acho que falta realmente vontade política de integrar os serviços, de operacionalizar porque aqui em Manaus o quê que a gente usa é o que a gente chama de “rede quente” então eu preciso de um serviço pro usuário eu contato o profissional colega né, não tem um fluxo organizado, então acho que um fluxo na rede ajudaria a organizar. (P9).

Na fala seguinte observa-se que mesmo críticos a esse tipo de articulação, os profissionais defendem essa estratégia, pois entendem que, no contexto de uma rede com baixa conectividade, essa é uma forma de ajudar aqueles usuários que chegam em sofrimento e precisando de assistência.

A rede quente que a gente tem, não é uma sacanagem, a rede quente é uma protetiva até para os nossos pacientes, é a rede quente que funciona para os nossos pacientes; se a gente funcionasse só com o SISREG a gente tava lascado. (P3).

O termo “rede quente” da forma como é utilizado e definido pelos profissionais dos CAPS, da RAPS de Manaus, não corresponde à definição do encontrado na literatura, pelo contrário, uma alta conectividade aponta para a boa qualidade das redes, gerando efeitos positivos, o chamado “modo de funcionamento quente”, enquanto uma baixa capacidade de conectividade sinalizaria má qualidade, gerando ausência de movimento, caracterizando-se como “funcionamento frio”. Nesse sentido, a RAPS de Manaus se aproxima mais da definição de uma “Rede Fria” (AMARAL; BOSI, 2017).

Tão importante quanto a implantação dos serviços substitutivos é pensar diferentes modos de integração entre eles, integrar não significa encaminhar ou fazer com que o usuário seja atendido no outro serviço, isso seria o mecanismo de referência e contrarreferência preconizado pelo SUS. Integrar compõe uma diversidade de tecnologias relacionais que implicam o compartilhamento de práticas e responsabilidades entre os profissionais que não priorizam atitudes de coleguismo como forma de garantir um encaminhamento bem sucedido (ZAMBENEDETTI, 2009).

A rede de contatos pessoais se faz presente no funcionamento da rede, inclusive em virtude dos encontros, reuniões, identificações afetivas e vínculos construídos entre os trabalhadores de saúde mental, ultrapassando a dimensão técnica, fazendo com que critérios informais de entrada e encaminhamento sejam marcados por tais dimensões particulares,

porém é muito limitante promover a integração de uma rede pautando-se nesse tipo de relação pessoal e informal como uma de suas principais estratégias (AMARAL; BOSI, 2017).

A integração da rede de atenção psicossocial é discutida em diferentes partes do país em outros artigos, como o de Paes et al. (2013), sobre a percepção da rede pelos coordenadores de serviços de saúde mental no município de Santa Maria-RS e o de Bermudez e Siqueira-Batista (2017), que analisa os sentidos que os profissionais de saúde mental atribuem ao conceito de rede num município do Rio de Janeiro. No primeiro evidencia-se também uma rede em processo de construção, mas com um foco mais direcionado para a melhoria das relações entre os serviços, intensificando a articulação entre atenção primária, os serviços substitutivos e a atenção hospitalar. No segundo, identificou-se que os profissionais expressam diferentes conceitos de rede e assim agem de modo singular na produção de cuidado, mesmo sendo guiados pela mesma diretriz normativa. Também em Manaus foram verificadas a fragmentação e barreiras de acesso dificultando a trajetória do usuário pela rede assistencial.

Os artigos existentes acerca da saúde mental, no município de Manaus, não chegam a abordar o tema da integração da rede de cuidados e mantém o foco na produção do cuidado no âmbito do CAPS estadual e na cobertura dos serviços substitutivos.

3.1.1.2 Rede insuficiente

Outra forma que os profissionais encontraram para avaliar o funcionamento da rede foi caracterizando-a como insuficiente, levando em consideração o número de pontos de atenção, principalmente aqueles voltados para a assistência especializada. No que se refere ao atendimento em saúde mental, alguns consideram os usuários da rede de saúde pública como desassistidos, conforme demonstram as falas a seguir:

Uma rede muito fragilizada com uma ausência muito grande de serviços importantes. Pelo número da população da cidade a gente deveria ter muito mais serviços para dar conta dessa demanda, então assim, temos serviços superlotados, demanda muito grande para equipes pequenas, poucos serviços e uma falta de articulação entre serviços, uma dificuldade mesmo de trabalhar articulado em rede. Existem pessoas

desassistidas e acabam ficando desassistidas pela inexistência de serviços e os poucos que têm estão sobrecarregados. (P6).

Pra mim é difícil falar em desassistência porque a gente vê a luta de todos os dias, eu conheço um pouco da realidade dos outros CAPS, a gente se esforça para atender, mesmo sendo hoje um CAPS na zona norte, a gente está atendendo pra além da zona norte. E eu sei que os outros CAPS também fazem isso, eles atendem a cidade toda e inclusive a zona rural que a gente atende. Então, eu não sei se eu conseguiria dizer desassistência, mas sim claro tem que dizer, não tem a quantidade mínima que a nossa população precisaria segundo os cálculos que a gente sabe que existe. (D3).

Na fala do profissional D3 observa-se o desconforto ao ter que afirmar a desassistência aos usuários, em virtude dos esforços que os profissionais lançam mão para atender uma demanda além de suas possibilidades, contrariando inclusive o arcabouço legal que trata da Rede de Atenção Psicossocial. Diante disso, fazemos a seguinte reflexão: Como prestar um serviço resolutivo e de qualidade tendo uma ou duas equipes a responsabilidade de responder pela saúde mental de uma população de pouco mais de dois milhões de habitantes? Deixando claro que não está sendo questionada a competência dos profissionais, pelo contrário, durante toda a execução da pesquisa percebe-se a sua postura crítica e capacidade reflexiva. Entretanto é humanamente impossível as equipes existentes conseguirem atingir essa meta.

Assim, com essa população concentrada em Manaus e a RAPS atuando com apenas quatro CAPS, baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde e ausência de vários outros dispositivos previstos tanto na Portaria n. 3.088/11 (BRASIL, 2011b) quanto na recente Nota Técnica n. 11/2019 (BRASIL, 2019) é inevitável que a assistência prestada não atenda a boa parte das diretrizes propostas para a RAPS, tais como: garantia do acesso e da qualidade dos serviços; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território; ênfase em serviços de base territorial e comunitária.

Outro profissional descreve:

Eu falo em desassistência porque hoje o CAPS Sul, o Norte eu acho que já passou dessa fase, e está extremamente sobrecarregado. Teve uma vez que eu estava acompanhando um grupo de alunos aí eles perguntavam “Mas e como é que? Vocês dão conta de todos os casos?” Não com certeza não, vai passar não só um, mas vários que a gente não vai ter percebido ou não vai ter conseguido acompanhar como

deveria ter acompanhado, por isso eu falo na desassistência, então o caso que ele é grave e a gente acolhe, deveria ser melhor acompanhado com certeza, mas somos poucos profissionais e muitas vezes a gente precisa não só, como eu te falei, não só da saúde, mas a gente vai precisar da assistência social. (P15).

O exposto até aqui remete ao conceito de acesso, que é complexo e multidimensional, e a sua discussão se dará de forma breve voltando-se especificamente para o contexto da RAPS de Manaus, quando os profissionais apontam como uma das barreiras de acesso ao tratamento a baixa oferta de cuidado em saúde mental e por isso os serviços existentes se disponibilizam a atender toda a cidade. Dessa forma, questiona-se: Não fechar as portas e se disponibilizar a atender a cidade toda garantem acesso ao usuário?

Para avaliar o acesso ao cuidado em saúde mental em âmbito mundial, o campo da Saúde Mental Global utiliza o conceito de lacuna de tratamento que se expressa como a porcentagem de indivíduos que necessitam de cuidados, mas não o recebem. Mundialmente apenas entre 10 e 25% das pessoas que precisam estão recebendo tratamento formal de saúde mental. 26 milhões de pessoas em todo o mundo são diagnosticadas com transtornos mentais graves e cerca de 90% de pessoas que precisam de tratamento para esquizofrenia, em países de baixa e média renda, não o recebem, tendo por conseqüências a sobrecarga de seus cuidadores e a violação de direitos humanos (JANSEN et al., 2015; KOHN et al., 2004; WAINBERG et al., 2017).

O Brasil é um país de média renda com um sistema de saúde público e universal, porém ainda com muitas iniquidades em saúde considerando-se sua grande extensão territorial com uma significativa diversidade econômica, social e cultural. Consequentemente observa-se também uma variação na expansão de serviços de saúde mental nas diferentes regiões do país.

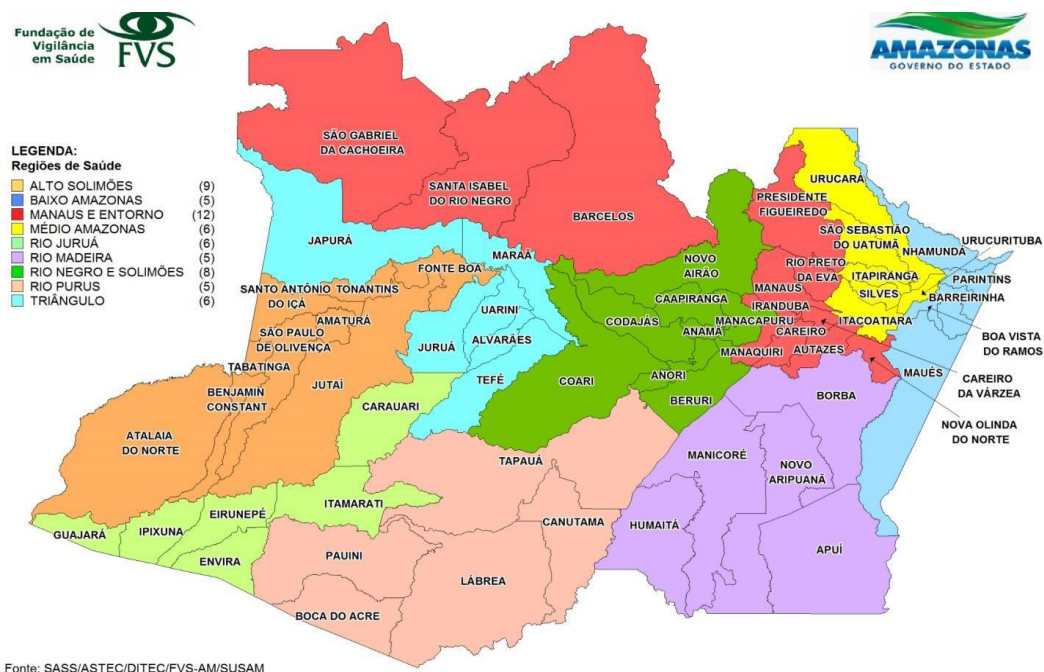
Na região Norte, o Estado com menor indicador de cobertura do CAPS é o Amazonas, que inclusive tem a menor cobertura do país em virtude talvez de suas peculiaridades, tais como a grande extensão territorial, a dispersão e a baixa densidade populacional, dificuldades de acesso, diversidade étnico-cultural, dentre outras que representam sem dúvidas desafios para implantação de serviços e garantia de acesso, o que vai exigir aperfeiçoamento do sistema de saúde e de sua gestão. Especificamente em Manaus não há cálculos que definam exatamente a possível lacuna de tratamento, mas qualitativamente, no presente estudo, a percepção dos profissionais e gestores envolvidos nesse cuidado aponta para uma desassistência decorrente de algumas barreiras de acesso.

Para Travassos e Castro (2008), a característica de acesso mais importante é a disponibilidade ou a presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. No entanto, refletem que a simples disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais expressam características da oferta que de modo inter-relacionado atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde.

Falando especificamente das barreiras geográficas, elas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde. A avaliação do padrão espacial de localização dos serviços e dos usuários deve incorporar, além da noção de espaço físico, a noção de espaço das relações. Do ponto de vista do espaço físico, geralmente, quanto maior à distância, menor a utilização dos serviços de saúde. (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

É importante contextualizar que o processo de regionalização do Estado do Amazonas apresenta uma distribuição regional de nove regiões de saúde (Figura 2).

Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Amazonas



Fonte: Amazonas, 2016-2019.

A Região de Saúde Entorno de Manaus foi instituída em 2010, com nove municípios, recebendo um acréscimo posterior de três, que não guardam continuidade espacial com os demais da regional. A população estimada dessa região é de 2.424.986 habitantes. Manaus não apenas tem a maior população (1.982.179 habitantes) e as melhores condições de vida da regional, mas também congrega quase 60% da população do estado e concentra maior parte dos serviços de saúde de alta e média complexidade, o que leva os usuários de todos os municípios a buscarem a capital para conseguir assistência especializada (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Situação vivenciada pelos usuários da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus que acaba tendo que dar conta de sua própria demanda, da demanda trazida pela regional e de todo o estado, mesmo dando sinais da sua deficiente cobertura de serviços e carência de recursos humanos. Dessa forma, como será possível garantir um acesso igualitário e com qualidade? Essa dificuldade em regionalizar e trabalhar com a territorialização é retratada pelo relato do profissional abaixo:

Não dá pra ter regionalização em Manaus porque só tem dois CAPS adulto, como é que vai regionalizar então? Quem mora na zona oeste e na zona sul nunca vão para nenhum dos CAPS, não faz sentido regionalizar. Apesar de quê a portaria... A gente entende tudo que a portaria manda, mas aqui é insuficiente então no mínimo tinha que abrir mais CAPS aqui que funcionasse como CAPS com acolhimento noturno, com acolhimento diurno, com a equipe multidisciplinar trabalhando. Então a rede aqui ainda é insuficiente, a gente tem poucos profissionais, eu não digo só profissionais psiquiatras não, profissionais mesmo! Quantas TOs têm aqui? (P13).

Convive-se num país com a histórica fragmentação e dificuldades de integração das ações entre os serviços e seus respectivos pontos de atenção em um mesmo território e região de saúde. No campo da saúde mental tais aspectos são ainda mais evidentes devido à estruturação da Rede de Atenção Psicossocial ser mais recente. São dificuldades relacionadas aos vazios assistenciais, fortemente presentes em certas localidades ou regiões de saúde que não contam com qualquer ponto de atenção da RAPS ou, no máximo, com a atenção primária. Isso resulta na dependência de determinadas localidades e mesmo regiões da rede de atenção de outros municípios e regiões que apresentam maior diversidade e complexidade de serviços, o que acaba atraindo maiores fluxos de deslocamento de usuários para atendimento (MACEDO et al., 2017).

No Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (MANAUS, 2014) não consta dados epidemiológicos acerca dos transtornos mentais do município e nem da RAPS como se encontrou sobre as demais redes temáticas. Consta apenas, no final do plano, algumas metas que contemplam a ampliação de cobertura da RAPS que deve atingir os quatro distritos de saúde de Manaus denominados por: DISA Norte, DISA Leste, DISA Oeste e DISA Sul (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

Manaus reflete uma realidade vivenciada no país, pois há um significativo desconhecimento de como vem funcionando a RAPS, com baixa exploração do tema da integração entre os serviços e ações no campo da saúde mental. Assim, apesar da divulgação periódica do boletim “Saúde Mental em Dados”, pela coordenação nacional de saúde mental (BRASIL, 2015), não é possível dimensionar o funcionamento da RAPS no tocante à expansão e interiorização dos serviços, com vistas à regionalização, de maneira a orientar futuras ações de planejamento e gestão das políticas de saúde mental (MACEDO et al., 2017).

Existem poucos estudos que exploram o tema da saúde mental e do funcionamento da RAPS em Manaus e os existentes, debruçam-se quase exclusivamente para a história da reforma psiquiátrica no Estado e para o conhecimento das práticas desenvolvidas em serviços específicos como o CAPS explorando pouco a regionalização e os mecanismos de integração da rede.

Wainberg et al. (2017) aponta que mundialmente quatro desafios contribuem para a lacuna de tratamento em saúde mental. Destes, três podem ser identificados no presente estudo acerca da RAPS de Manaus, são eles: escassez de recursos humanos qualificados para atuar no campo da saúde mental; baixa capacidade para pesquisas, ressaltando que a pesquisa local é necessária para adaptação e avaliação de intervenções e serviços em contextos específicos; e a falta de articulação dos serviços de saúde mental com os demais serviços de saúde da rede.

O Plano Estadual de Saúde do Estado do Amazonas 2016-2019 reforça alguns pontos semelhantes como principais dificuldades no processo de implementação da RAPS, são eles: ausência ou insuficiência de dados oficiais confiáveis, equipe técnica de saúde mental do Estado reduzida, deficiente expansão de serviços de saúde mental em Manaus, número insuficiente de profissionais especializados na área, modelo nacional que não se adequa ao Estado do Amazonas com deficiência de infraestrutura nas regiões mais distantes em que a falta de comunicação e mecanismos de conectividade dificulta o acesso (AMAZONAS, 2016).

Algumas falas fazem referências específicas à insuficiência de alguns dispositivos específicos que são previstos seja na Portaria n. 3.088/11 ou na já referida Nota Técnica n. 11/2019, tais como: CAPS em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental e Comunidades Terapêuticas. Destes, encontram-se ausentes, em Manaus, as Unidades de Acolhimento, as enfermarias especializadas em Hospital Geral e o Hospital-dia. Os entrevistados registraram, em suas falas, a ausência e a carência de boa parte desses dispositivos, porém não foi referida a necessidade do hospital-dia e comunidades terapêuticas.

Com relação aos CAPS, hoje o Estado conta com 27 serviços, de diferentes modalidades, distribuídos em oito Regiões de Saúde. Destes, quatro estão em Manaus, dos quais dois são voltados para adultos com transtornos mentais. O primeiro, do tipo III, localizado no distrito de Saúde Norte, inaugurado no ano de 2006 pela gestão estadual, e o outro, do tipo I, localizado no distrito de Saúde Sul, inaugurado apenas no ano de 2010, de gestão municipal, e reinaugurado em 2015, migrando para tipo III. Temos ainda um serviço para crianças e adolescentes com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas de gestão municipal, o único do Estado, localizado no distrito de Saúde Leste, inaugurado no ano de 2012, e um serviço para adultos usuários de álcool e outras drogas, de gestão municipal, localizado no distrito de Saúde Sul, inaugurado no ano de 2015.

Em síntese, temos dois CAPS de transtorno, um infantil e um de álcool e outras drogas para atender, no mínimo, toda a demanda de Manaus, dessa forma, sem atender ao princípio do território e do número de pessoas sobre as quais teriam responsabilidade. Nesse sentido, conversando com os profissionais dos próprios CAPS, eles relatam, nas falas a seguir, a sensação de vazio assistencial, naturalmente enfatizando a cobertura dos CAPS, mas sem deixar de considerar os demais dispositivos. Chama atenção a evolução na implantação dos CAPS ao longo do tempo, observando-se uma verdadeira estagnação, tendo o último sido inaugurado no ano de 2015.

[...] enquanto infantil nós temos que atender Manaus inteira porque só temos nós... Então muitas pessoas que de repente moram num outro território... Manaus é imensa... Mora, por exemplo, na barreira, ela não vai ter aquela assistência se vai ter que atravessar a cidade. Eu tenho alguns pacientes que não vêm toda semana para meu atendimento porque não têm como vir, então se tivesse um CAPS infantil, por

exemplo, naquela área, ele poderia fazer o atendimento com mais conforto. Então eu acredito que exista um vazio assistencial, é uma questão matemática infelizmente eu digo em relação ao infantil; eu não sei como é a demanda do adulto, se de repente conseguem prestar assistência para toda cidade, não sei o quantitativo de adultos, mas, com relação ao infantil eu posso te dizer com certeza porque é uma demanda imensa, imensa principalmente de autismo. (P10).

Então se a gente pegar pelas orientações de número de CAPS para cidades, a gente encontra cem mil habitantes para um CAPS adulto. A gente tem uma cidade de dois milhões de habitantes, então a gente esperaria vinte CAPS, não é? Temos dois de adultos! Então esse número muito reduzido dos aparelhos, apesar de teoricamente ter todos os componentes da rede, mostra que na realidade a rede não existe. Porque uma rede ela tem vários pontos que são interligados e aqui a gente tem no máximo uma linha reta... não é? Dá pra fazer talvez um quadrado, um pentágono. Então eu acho que o principal desafio da situação atual mesmo é a multiplicação desses aparelhos para que dêem conta do atendimento de qualidade dentro do Sistema Único de Saúde. (P12).

A RAPS ela é ainda muito deficitária. É muito pequena, ainda é muito frágil... Nós temos uma população de mais de dois milhões de habitantes com três, quatro CAPS efetivamente. Então é até ridículo a quantidade de CAPS que a gente tem... A gente tem uma rede mínima, acho que não posso nem dizer que é mínima, porque a rede é muito pequena. A rede como um todo com falta de leitos, falta de mais CAPS, falta de uma estrutura da atenção básica que também não dá suporte [...] (D3).

Foram criadas também em Manaus as residências terapêuticas no ano de 2014, de gestão estadual, como uma alternativa para aqueles usuários que, no momento do fechamento do único hospital psiquiátrico da cidade, não apresentavam mais vínculos com a família e necessitavam de condições diferenciadas para reconstruir os laços sociais. A recomendação do Ministério da Saúde é que essas residências se localizem no espaço urbano e sejam habitadas por, no máximo, oito moradores, objetivando promover sua reabilitação psicossocial e inseri-los na comunidade (SILVEIRA; SANTOS JR, 2011).

As residências foram pensadas aqui em Manaus mediante uma Ação Civil Pública, em que os Ministérios Públicos Estadual e Federal pediram a sua implantação, atendendo à

Portaria n. 106/2000, do Ministério da Saúde, que determina a implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, reduzindo internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2000). O Lar Rosa Blaya, como foi batizado, foi inaugurado como alternativa de moradia para portadores de transtornos mentais, egressos de longa permanência do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e do Hospital de Custódia da Cidade de Manaus (AMAZONAS, 2015).

O SRT entregue foi apresentado como um complexo residencial composto por oito residências, sendo sete residências terapêuticas do Tipo II e uma do Tipo I, localizadas na zona Norte de Manaus, contando obrigatoriamente com o apoio do CAPS Dr. Silvério Tundis, visto que ambos são localizados no mesmo terreno, com uma porta de ligação entre os dois serviços. Além disso, trata-se do único serviço de CAPS no Distrito de Saúde Norte. O lar Rosa Blaya não possui, no CNES, um cadastro independente do CAPS, sendo considerado formalmente como integrante do mesmo.

A proposta da forma como foi viabilizada recebe, até o momento, muitas críticas de boa parte dos profissionais, conforme relatos, e alguns nem citam a presença do SRT na rede de Manaus:

[...] o ideal seria que a porta ali não existisse entendeu e cada um fosse um dispositivo diferente e não fosse um minicômio ou um anexo do CAPS como as pessoas falam né [...] (P1).

[...] conheço fisicamente, já fui lá naquele lugar que se diz residência terapêutica e que as pessoas que moram lá não têm chave pra sair [...] (P12).

[...] o Serviço de Residência Terapêutica daqui pelo conhecimento que eu tenho e pouca experiência que tive com o serviço daqui, ele foi só uma mudança de local, as pessoas moravam no hospital psiquiátrico e passaram a morar nesse espaço que chamam de residência terapêutica, mas eu não vi nenhuma modificação das práticas nenhuma modificação na vida dessas pessoas assim em relação ao que eles viviam lá e o que vivem aqui, parece assim que se manteve da mesma forma foi somente uma mudança de espaço então não sei se dar pra chamar muito de residência terapêutica. (P6).

[...] o objetivo seria que as residências fossem separadas nos bairros e não como foi feito aqui, tudo aglomerado. Eu penso que eles fizeram isso mais por situação econômica mesmo pra resolver matar dois coelhos numa cajadada só. (P16).

No que se refere ao dispositivo hospitalar, o Amazonas, até pouco tempo, contava basicamente com o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, de gestão estadual, localizado em Manaus, prestando atendimento a usuários institucionalizados, com o serviço de Pronto Atendimento e Ambulatório. No ano de 2014, os serviços de internação de longa permanência e ambulatório do hospital foram desativados, restando hoje apenas o serviço de pronto atendimento. A Política Estadual de Saúde Mental prevê a desativação total do CPER, mediante a construção e articulação da nova rede de serviço de atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas (MANAUS, 2017; AMAZONAS, 2016).

Para tanto, os leitos psiquiátricos em hospital geral, de acordo com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, encontram-se em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde: 3 leitos no Hospital Universitário Getúlio Vargas, e em processo de implantação 6 leitos no Hospital e Pronto Socorro 28 de agosto, mais 29 leitos no Hospital e Pronto Socorro Platão Araújo. No entanto, os profissionais apontam para a manutenção do CPER na ausência desses leitos e reforçam a sua importância e necessidade, conforme as falas seguintes:

Desmontar o pronto atendimento do Eduardo Ribeiro vai ser um tiro no pé... Porque eu não tenho nenhum leito de retaguarda nos hospitais gerais de fato e de direito, só tem, só tem, aliás, sei lá na elucubração, tem no papel, mas não existe. Nem SAMU funciona direito pra resgatar. Às vezes passa três horas pra pegar um paciente em crise aqui. (P3).

Eu acho que tinha que ampliar a rede, que a rede tinha que ser maior, entendeu? Mas isso vai precisar de um movimento do poder público contratar mais profissionais, instituir mais pontos da rede, aumentar o ambulatório, aumentar o número de CAPS entendeu? E a questão da emergência e da urgência também, que está tudo drenando para o Eduardo Ribeiro, a gente não tem leito psiquiátrico em Hospital Geral ainda está faltando isso, está faltando leito psiquiátrico no Hospital Geral, a gente tem um diálogo na urgência muito difícil com a urgência clínica, então essa implantação de leito psiquiátrico em hospital geral é uma coisa para mim que seria muito importante, porque o Eduardo Ribeiro está deficitário nesse sentido de clínica, e a gente precisaria pelo menos de um CAPS em cada área, um CAPS de transtorno, precisaria de um ambulatório mais flexível em cada área, e precisaria aumentar a área de cobertura da estratégia saúde da família, eu acho que se fosse para escolher uma

prioridade seria aumentar a área de cobertura da saúde da família, seria o principal [...] (P11).

Retomando a fala do último profissional acima (P11), todos os entrevistados, entre gestores, dirigentes dos CAPS e profissionais da assistência, referiram a Atenção Primária à Saúde como prioridade para o bom funcionamento da rede com todos os seus componentes e estratégias, e dentre eles, citaram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a Unidade Básica de Saúde Tradicional, Equipes da Estratégia Saúde da Família e o Matriciamento, reforçando a sua escassez no contexto da RAPS de Manaus.

Falta CAPS na rede... Falta ambulatório em psiquiatria para paciente moderado digamos assim, e o NASF só tem dois também, o NASF poderia ajudar a gente, entendeu? Eu acho que o NASF é uma coisa que nem passa pela minha cabeça porque eu nem tive nenhum tipo de experiência prática com o NASF, nenhuma, nenhuma... Porque o NASF só tem na zona Leste, só tem dois na zona Leste e assim não é nossa área então a gente não tem como fazer diálogo com eles, então é bem complicado [...] (P11).

[...] o que falta são mais serviços mesmo, eu não tenho dúvidas disso. Falta mais CAPS? Falta! Mas só CAPS não vai resolver. Hoje a gente tem um déficit enorme na Atenção Básica. Então se a gente não faz atenção básica também não consegue fazer apoio matricial. Se a gente não consegue fazer apoio matricial, todo mundo fica no CAPS. Aí daqui a pouco o CAPS será o CAPSCÔMIO como costumamos falar. (P7).

Observa-se que o ambulatório já foi citado em algumas falas e quando os entrevistados não se referiam a esse dispositivo eram questionados especificamente sobre o mesmo (Questão 4.2), visto que, a gestão estadual, ao apresentar seu Plano Estadual de Saúde, informa que a rede conta com ambulatórios de saúde mental em cinco policlínicas de sua gestão, mesmo sendo um dispositivo que até então não era previsto pela Portaria n. 3088/11 como componente da RAPS. Diante disso, verifica-se que é um dispositivo que divide opiniões tanto entre os profissionais quanto entre os gestores, conforme podemos constatar nas seguintes falas:

Existe um vazio assistencial não só em relação à saúde mental, que é a da atenção ambulatorial, na média complexidade, então se a princípio a atenção primária deveria se ocupar das demandas de sofrimento psíquico leve, digamos assim, quando ela se depara com o sofrimento psíquico moderado, que não é de CAPS, mas também a princípio não é deles, não têm para onde referenciar, isso é um problemão se a gente considera que os casos graves são 3% onde é que ficam os demais? Essa é a questão, a gente tem um gargalo imenso aí e é algo bem difícil de trabalhar porque Manaus não tem ambulatório de saúde mental. (D1).

[...] olha eu acho assim se você tem CAPS, se você tem todos os equipamentos funcionando não há necessidade, como não tem é melhor o ambulatório. (G1).

O ambulatório... Eu acho que ele vem somar também com o trabalho que a gente realiza. Eu não sou contra... Até porque cada Estado tem a sua particularidade. Então se hoje existem policlínicas no Amazonas, a gente tem que fazer com que esses serviços consigam atingir parcela da população que precisa de atendimento. Então assim, é uma coisa que não se sobressai em cima do outro, não é porque existe o ambulatório de saúde mental que o CAPS não pode existir. Um dispositivo não substitui o outro, são vários dispositivos todos trabalhando dentro de suas particularidades, mas todos voltados para trabalhar a saúde mental dos nossos usuários. Então assim, eu o vejo, o ambulatório de saúde mental até como um ganho para município. (G2).

Nota-se que as opiniões sobre o ambulatório se dividem. Existem aqueles que acreditam que é um dispositivo necessário para os casos moderados, contribuindo inclusive para reduzir a possibilidade dos usuários se eternizarem no CAPS, pois ao apresentarem melhoras é um ponto da rede para onde podem ser referenciados, porém não compactuam com a ideia na qual, o que existe, em Manaus, sejam de fato ambulatórios em saúde mental e sim, um grupo de profissionais que, com o fechamento dos pavilhões do CPER, foram distribuídos nas policlínicas, mas não atuam como uma equipe ou unidade. Outros, que não acham necessário o dispositivo, mas ao analisarem a situação da rede de Manaus entendem

que, na ausência dos CAPS, os ambulatórios seriam um “mal” necessário, e ainda aqueles que acreditam no potencial do dispositivo e na estrutura existente em Manaus.

É eu acho que o ambulatório tem uma importância, mas do jeito que é aqui em Manaus eu acho que não, eu acho que essa coisa de ter tirado todo mundo do Eduardo Ribeiro, colocado nos ambulatórios de saúde mental sem as pessoas entenderem o quê que é um ambulatório... Eu acho que a primeira coisa que a gente precisa se perguntar o quê que é um ambulatório? Pra quê que serve? Porque que ele está sendo previsto? Quem esse ambulatório vai atender? Porque acaba que tem gente que é atendido aqui, é atendido na policlínica, pega remédio aqui, pega remédio na policlínica como não tem um sistema informatizado, principalmente na questão da medicação, às vezes o paciente é atendido aqui e na policlínica. E aí pra quê existe um ambulatório? Até para os próprios profissionais entenderem o porquê desse ambulatório [...] Acaba que o ambulatório funciona com um médico de três em três meses, os pacientes vão lá pegam remédio, voltam depois de três meses, renovam a receita, voltam daí três meses e acaba cronificando o ambulatório, meu medo é o ambulatório começar a cronificar pessoas também assim como o CAPS, que se a gente não tomar cuidado, cronifica. (P2).

Existe na fala deste profissional uma preocupação apontada em outros estudos sobre o ambulatório, que se refere à ausência de uma regulamentação que delimite o seu funcionamento e quando situados numa rede pouco articulada, sem população adscrita e com baixa cobertura de serviços, pode contribuir para a cronificação dos usuários atendidos, favorecendo ao ciclo crise-internação-alta-crise. Além disso, a falta de delimitação de fluxos ou de uma linha guia faz com que cada serviço se organize do seu jeito. (PAIANO et al., 2016; SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Ainda acerca do que foi descrito na fala, é importante a compreensão de que o ambulatório tem sua potencialidade na dinâmica de um trabalho que requer tempo e que se destina a uma determinada clientela intermediária à ESF e ao CAPS, porém é importante frisar que nem sempre excludentes a eles, na medida em que alguns pacientes podem ser acompanhados pela ESF e, concomitantemente, pelo ambulatório e CAPS. No entanto, é fundamental que cada um desses dispositivos mantenha a especificidade de sua clínica para que os usuários não precisem ser submetidos à mesma abordagem em todos os pontos da rede como citado no exemplo acima (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Observa-se no presente estudo, que mesmo com posicionamentos diferentes, a possibilidade do ambulatório não é rejeitada pelos diferentes profissionais. Assim, é importante a retomada da discussão acerca deste dispositivo na atual conjuntura da RAPS de Manaus, a fim de que ele possa ser reconhecido, articulado e assim desempenhar de forma plena seu papel na rede.

Segundo Mendes (2010), os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam mediante um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação entre eles, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Geralmente não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde são organizados com base em um conjunto coordenado de pontos de atenção a fim de prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.

Esses conceitos são os que fundamentam o sistema de Redes de Atenção, proposto em Manaus, denominado “Rede Saúde Manauara”, lançado em 2013, após um realinhamento conceitual coordenado pelo autor Eugênio Vilaça Mendes, mediante consultoria. Nesse sentido e diante do que já foi exposto, observa-se que as práticas desenvolvidas na RAPS de Manaus, como já pontuado anteriormente, mais se assemelham a um sistema fragmentado de atenção à saúde em que há dificuldades de articulação e comunicação entre os pontos e uma baixa cobertura de serviços, resultando num cuidado descontinuado com grande parcela da população desassistida, pois não há uma população adscrita de responsabilização.

3.1.2 Judicialização da Rede de Atenção Psicossocial

Dando continuidade às análises de como os profissionais caracterizam a RAPS de Manaus, observa-se que após a resposta imediata de uma rede quente e insuficiente, discutidas acima, aparece no discurso a afirmativa de uma rede judicializada, na qual o Ministério Público é quase como um dos seus componentes, o que propicia que os secretários municipal

e estadual de saúde se mobilizem, visto que, conforme afirmam os entrevistados, inclusive os representantes da gestão, há uma desvalorização do campo da saúde mental:

Como o Estado está hoje... Como a saúde como um todo está, está muito difícil realmente à gente fazer outros avanços... Tentar implantar serviços. Porque os outros serviços também estão como muitas dificuldades... E a saúde mental ela é sempre o patinho feio né. (G3).

Então realmente o Estado ele não tem interesse... Tem a política, mas não tem interesse da própria secretaria de fazer política em saúde mental, é secundária, nunca foi prioridade para o Estado, então o pouco que acontece, todo avanço que nós tivemos foi por determinação dos trabalhadores. Nós mesmos que metíamos a cara e íamos fazendo... Então o Estado ele não tem no olhar da saúde, pelo que a gente entende, nós da gestão, é até triste falar isso, uma prioridade para saúde mental. (G1).

Assim os profissionais ressaltam em seus relatos que os poucos serviços existentes só se concretizaram mediante ação judicial, com a percepção de que esta condução da rede acabou se naturalizando:

Aqui em Manaus a RAPS, como a gente sabe, ela é toda judicializada. Todos os serviços eles só foram abertos por conta de judicialização. Então eu acho que já até naturalizou um pouco disso. Parece que as nossas próprias gestões já esperam isso, entendeu? E aí eu nem vejo mais como negativo, porque parece que é só a partir do momento que entra esse outro, essa outra área, que eles conseguem alcançar aquilo que eles almejam também. Então acho que hoje eles, eles já nem vêem como inimigo esse judiciário e sim mais uma força impositiva de se fazer saúde mental também. (P7).

[...] a gente observa que na realidade todos os aparelhos que foram criados na última década em saúde mental eles foram uma provocação, eu diria talvez uma obrigação advinda do controle jurídico da questão né. Não foi aberto o CAPS porque se preocupou com a necessidade em saúde mental das pessoas da cidade de Manaus. Eu nem vim na inauguração pra não ter que ouvir isso e não ia ficar calado, eu não consigo ficar calado... Porque provavelmente o gestor disse “Pensando no bem da

população e na necessidade, a gente vai abrir aqui o CAPS bonito e maravilhoso”. Só que ele não falou “Ó, eu não ia fazer nada disso, se não tivesse um mandato judicial em cima da minha mesa”. (P12).

Outros profissionais constataam essa realidade e apontam como possível solução a melhoria na qualidade do diálogo entre os atores envolvidos na RAPS e um maior protagonismo dos usuários, fortalecendo assim o mecanismo de controle social em detrimento do controle judiciário, que surge aqui mediante um conjunto de demandas individuais.

[...] nesses encontros né ela nos contou todo processo de implantação da saúde mental no Amazonas né, ela contou que foi por uma força judicial. Então a gente reconhece que essa história é uma história de implantação um tanto quanto forçosa, mas que eu acho que gente pode mudar com um diálogo entre gerência e trabalhadores, com a formação do protagonismo nos usuários e melhorando o diálogo entre a própria rede. (P9).

[...] desde a minha época pra cá então quando eu entrei na saúde a gente tinha que implantar doze CAPS, de lá pra cá a nossa implantação vem num ritmo muito lento, via de regra impulsionada pela justiça. Justiça implanta porque já está aí um tempão o projeto né... Antes de eu sair da Coordenação nós já havíamos deixado o projeto da implantação do CAPS ad prontinho, já estava rolando há um tempão e a gente não conseguiu, então precisou a justiça mais uma vez pra conseguir a implantação do serviço, mas a justiça se move à medida que o controle social se move. Não tenho ideia de quando a gente vai conseguir implantar um novo serviço, então a atuação dos outros profissionais que estão na ponta é segurando as pontas e por incrível que pareça esse povo continua acreditando. (D1).

No campo das políticas de saúde, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio de ações judiciais. Por isso, a fase atual do SUS é caracterizada pela presença marcante dos operadores do direito na determinação de benefícios, alocação de recursos e, para alguns autores, dos rumos das políticas públicas (CARVALHO; LEITE, 2014). Segundo os relatos de profissionais e representantes da gestão, na RAPS de Manaus, a presença do judiciário já se mostra marcante e faz parte do seu

cotidiano, muito mais do que os mecanismos de controle social, inclusive já havendo uma expectativa de sua atuação para que se garanta a ampliação do número de dispositivos e assim os usuários tenham seus direitos garantidos de acesso à saúde. A existência da lei federal n. 10.216 (BRASIL, 2001) e a estadual de saúde mental de n. 3.177 (AMAZONAS, 2007) não são suficientes para que esse direito seja garantido.

Pedrosa e Moreira (2017) relatam que atualmente já existe uma preocupação nessa relação entre saúde mental e justiça, mas após a busca na literatura, identificam que produções a que se tem acesso concentram-se em temas relacionados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Na busca de literatura sobre o tema para a presente pesquisa também não foram identificados estudos que tratassem de aspectos relacionados à garantia de acesso às ações e aos serviços da RAPS, destacando-se a presença de estudos voltados para o acesso a medicamentos na rede de saúde, inclusive do Amazonas.

3.2 Dificuldades na operacionalização do trabalho em rede

Construir redes é uma empreitada complexa, pois se faz necessário encontrar formas de permitir o encontro entre diferentes serviços, especialidades e saberes. A presença de serviços e equipamentos é importante, mas não o suficiente para afirmarmos a realização de um trabalho em rede (BRASIL, 2009).

Com a caracterização da rede pelos participantes da pesquisa, comprovadamente já temos dois grandes desafios a vencer no que se refere à Rede de Atenção Psicossocial de Manaus. O primeiro, de garantir a ampliação da cobertura e o segundo, que esta ampliação deve vir acompanhada de um aumento da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. Após essa interação entre os serviços e estes, com outros movimentos e políticas sociais é que podemos pensar em uma rede de atenção que seja produtora de saúde mental num dado território (BRASIL, 2009).

No Sistema Único de Saúde, o termo “rede” é corriqueiramente utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes, denominado rede homogênea. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de Unidades Básicas de Saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar, etc. A rede transversal,

que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território, ou seja, a denominada rede heterogênea, é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2009).

Um dos grandes desafios atuais para a efetivação das RAPS de uma forma geral é justamente a intersectorialidade, uma vez que o CAPS sai da centralidade observada na Portaria n. 336/2011 seguindo para o território, como prevê a Portaria nº 3088/2011 que institui a RAPS. Neste contexto, podemos considerar o conceito de intersectorialidade como primordial na tessitura das redes de saúde mental (PEDROSA; MOREIRA, 2017).

O que se discute aqui, ainda é rede homogênea, a RAPS, a articulação transversal é um desafio ainda maior. Primeiro é necessário a ampliação da cobertura dos serviços específicos de atenção à saúde mental, posteriormente, a articulação desses serviços entre si e finalmente será possível pensar numa articulação transversal na qual os trabalhadores depositam grande esperança na atuação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado para superar a fragmentação sistêmica da rede. Será necessário construir e definir, de forma inequívoca, a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe de saúde, o que significa definir quem é responsável pelo quê, e com que condições concretas contam para arcar com os encargos sanitários.

3.2.1 Fragmentação do diálogo

Ao serem questionados sobre os desafios ou barreiras para o funcionamento efetivo da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus (Questão 3) surgiu voluntariamente com maior expressividade as respostas relacionadas ao diálogo e mais especificamente relacionadas à fragmentação do diálogo entre os representantes das gestões Estadual e Municipal, ou seja, há uma falta de entendimento entre os indivíduos que representam lideranças na execução da política de saúde mental nesse contexto específico. Aqueles participantes que *a priori* não apontaram o diálogo como um desafio foram em seguida questionados sobre esse tema (Questão 3.1), e, inevitavelmente, citavam a dificuldade de relação entre as duas instâncias da gestão.

Pois é né, eu acho que primeiro a falta de diálogo, então, por exemplo, eu acho que a secretaria municipal não tem um bom diálogo com a secretaria de Estado, isso daí já é um grande problema, porque de coordenação para coordenação a gente se perde né, nos papéis [...] (P4).

[...] então a gente sentou com as duas coordenações tentou passar isso, mas enfim por algumas questões das duas coordenações isso acaba não indo para frente, aí quebra um trabalho de dois anos do Ministério [...] (P2).

A maior parte dos participantes é profissional dos CAPS de gestão municipal. Desta forma, foi comum nas entrevistas aparecer, como presentes na RAPS, apenas os três CAPS vinculados à prefeitura. Quando os participantes foram questionados sobre o CAPS Silvério Tundis ou sobre a Residência Terapêutica foi perceptível que a fragmentação do diálogo em nível de gestão afeta a assistência e dificulta ainda mais o trabalho em rede. Isso se observa no discurso dos profissionais ao excluírem o CAPS Silvério Tundis nos seus relatos ou o apontarem com alguns termos como “coisa”, “aberração”, “Frankenstein”, conforme observado abaixo:

*A gente tem o CAPS adulto. O CAPS adulto que do ponto de vista da organização do Sistema Único é “**uma aberração**”, que é o CAPS adulto gerido pelo Estado, né, teoricamente os CAPS são geridos pela Secretaria Municipal. Mas tem! Até então esse “**Frankenstein**”, vamos dizer assim. (P12, grifo nosso).*

*Como ele é do Estado, a forma de trabalho é bem diferente, lá é realmente um ambulatório e como é do Estado a gente tem pouco contato com eles. Quando é reunião dos municípios eles acabam não participando, pra gente reunir com os profissionais tem que passar pelo Estado e acaba que a coordenação do estado é bem diferente, não existe uma coordenação, agora mudou de novo, não sei como é que ficou, mas não existe uma gerência de saúde mental mais e por eles serem “**uma coisa**” do Estado que eu também acho isso muito estranho um CAPS do estado, residência terapêutica ser do estado nunca tinha visto isso antes né (risos), a gente tem mais dificuldade da conversa com ele mesmo. A diretora lá não participa das reuniões das direções dos CAPS que são do município e eles atendem a zona norte, só*

que acaba que o CAPS Sul quando chega alguém da zona norte eles atendem também.
(P2, grifo nosso).

Na frase final do relato acima, tende-se a pensar que não há nem necessidade de mais um CAPS adulto porque já tem outro na zona sul da prefeitura, que também atende a zona norte. Mesmo o participante demonstrando clareza, em sua entrevista, de que os dispositivos existentes não são suficientes, parece que o fato do serviço ser da gestão estadual o torna dispensável.

Observa-se que esse contexto de falta de diálogo entre as instâncias da gestão foi sendo construída historicamente e não é uma característica que surge na gestão atual, quando os atores foram surgindo, os conflitos aparecendo e as lideranças se dispersando, Isso foi lembrado por um dos profissionais no relato a seguir e descrito nas pesquisas sobre a história da reforma psiquiátrica no Amazonas:

Houve várias tentativas nesse sentido ao longo do tempo, mas me parece que teve um momento áureo digamos assim da saúde mental, dos pioneiros ainda do Eduardo Ribeiro que conseguiram liderados pelo Silvério Tundis. Essa era a pessoa que conseguia fazer isso que eu estou te dizendo, congregar todos ligados a área num esforço comum isso é um momento muito bonito da atuação do Silvério Tundis. Começou a fazer no Amazonas o que estava se pondo a fazer lá em Santos, as idéias de Trieste ele já estava fazendo aqui, não é genial, pioneiro... A morte prematura de Silvério Tundis foi um dos primeiros golpes que a gente recebeu nesse sentido, ele morre e todos os profissionais da época que giravam em torno dele se dispersam, existe um racha na saúde mental e foi algo tão profundo e drástico que houve pessoas que simplesmente não quiseram mais saber da área [...] (D1).

Navarro (2015) descreve que o Estado do Amazonas foi pioneiro no movimento de reforma psiquiátrica iniciado por profissionais de saúde inconformados pelas condições desumanas, com violência e corrupção no hospital psiquiátrico público. Nos anos de 1979 e 1980 buscavam a transformação asilar por meio do desenvolvimento de uma estratégia terapêutica baseada no trabalho assistido. Este movimento se perdeu e estagnou ao longo da década de 1990 e foi retomado em 2001, com a aprovação da Lei n. 10.216. A forte pressão

do Ministério Público em prol dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental contribuiu também com esse movimento (NAVARRO, 2015).

Apesar de um movimento pioneiro, o período de estagnação foi grande e as tentativas de esclarecer o que aconteceu permanece até hoje e, segundo Navarro (2015), acredita-se na falta de liderança para a construção de um movimento coeso após a morte de Silvério Tundis e uma carência na articulação do controle social entre os atores do campo da saúde mental, atitude imprescindível para o avanço das políticas públicas de saúde, conforme preconizado pela Lei n. 8.142/1990. Alguns profissionais comentam acerca disso:

Eu acho que como a gente fala “saúde mental não é prioridade no nosso Estado”. Sempre que tem alguma reunião com esses gestores maiores aqui o que a gente escuta é: “Temos uma dívida com a saúde mental”, mas não se paga essa dívida. E infelizmente o nosso controle social ele é muito fraco, aqui no Amazonas a gente vê assim um tanto de pacientes medicalizados e enfraquecidos nessa fala política. Os próprios familiares também aí sobrecarregados. Então a gente não tem muito essa questão do controle social em saúde mental. Então muitas vezes o nosso controle social está sendo substituído pelo controle judicial. (P7).

Nós não temos controle social, nem representatividade nesse sentido. A voz dos trabalhadores ela só encontra a potência quando ressoada através do controle social sem isso ela ecoa dentro dos serviços e não consegue muita ressonância fora, então pensando em construção de rede, a organização do controle social é algo que a gente tem refletido dentro do serviço. (D1).

Souza (2005) aponta em seu estudo alguns elementos que poderiam atrapalhar esse avanço como o grande número de leitos psiquiátricos e a resistência do setor hospitalar privado, situações não identificadas na realidade de Manaus. Levanta algumas possibilidades para tanta estagnação, tais como o perfil e a trajetória dos recursos humanos, já discutida aqui, a pouca expressividade nas ações de controle social e na participação popular, também explicitadas no presente estudo em virtude principalmente da ausência de lideranças capazes de mobilizar um todo em prol da saúde mental, e o envolvimento e entendimento dos gestores do SUS sobre a mudança no modelo assistencial em saúde mental.

Acrescentando-se a esse cenário, para os entrevistados aqui, um dos principais desafios que contribuem para a morosidade na efetivação da RAPS, em Manaus, é a falta de

coesão entre as instâncias gestoras, ocorrendo ações isoladas que não são suficientes para produzir forças capazes de mudar a situação vivenciada, conforme foi enfatizado por muitos profissionais nos relatos a seguir. Além do que será discutido no próximo tópico, outro desafio destacado se refere à necessidade de ampliação de cobertura de ações da Atenção Primária à Saúde, a fim de que possa exercer seu papel de coordenadora do cuidado, retirando a centralidade da rede da figura do CAPS e atendendo ao que se espera das Redes de Atenção à Saúde.

Por exemplo, hoje, a relação entre Estado e Município, ela está fragilizada. E a gente não consegue, eu não consigo ver nenhum tipo de trabalho sendo realizado de uma forma eficaz se a gente não trabalhar junto, Estado e Município. E hoje infelizmente essa relação está fragilizada. Então isso também acaba atrapalhando um pouco a questão do andamento dos serviços de saúde mental [...] (G2).

Sempre um caos, não tem diálogo Estado e Município, não sei o que os outros falaram, mas, eu não vejo esse diálogo [...] (G4).

Eu vou até me comprometer, mas eu acho que é bem difícil esse diálogo Estado-Município. Eu acho que hoje ainda não se tem essa clareza de que o Estado e o Município eles não estão aqui dividindo competências: “toma aqui isso é trabalho teu, toma aqui isso é trabalho meu” ainda se tem isso da divisão. Hoje ainda falta essa interligação, entendeu de se trabalhar como parceiros mesmo. (P7).

Hoje pra além da implantação de novos serviços o aprendizado do trabalho em rede continua sendo o grande desafio pra gente. Nós temos três CAPS, então a interlocução entre esses CAPS apesar de nós trabalharmos com públicos-alvo diferenciados me parece ter uma maior circularidade nos discursos quando a gente olha para pros profissionais que estão dentro das policlínicas que estão dentro das unidades básicas, a circularidade que existe dentro dos três CAPS é diferente da que a gente vê em relação ao CAPS da SUSAM, por exemplo, o CAPS Norte a gente não consegue por uma série de questões entre SEMSA e SUSAM essa comunicação é difícil. (D1).

3.2.2 Integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde

Por fim, um dos desafios apontado por praticamente todos os participantes, mesmo nas questões que não se voltavam diretamente a esse tema, refere-se à integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, denominada por eles por Atenção Básica, de acordo com a política nacional brasileira. Refletem que, na RAPS de Manaus, ainda há uma centralidade e um olhar focado nos dispositivos dos CAPS como responsáveis pela saúde mental em sua totalidade. Por estarem sobrecarregados, surge a expectativa no protagonismo da Atenção Primária como uma possibilidade de organização dessa rede com a integração das ações baseadas no apoio matricial, muito citado por eles:

Eu acho que centraliza muita coisa em CAPS, eu acho que se você for pegar a portaria do CAPS você fala assim “Meu Deus é responsável pela vida do indivíduo”, eu acho que deveria descentralizar algumas coisas, também acho se a gente for pensar numa saúde ideal eu acho que nem teria mais CAPS seria tudo ali no território pensando em NASF, em Atenção Básica, pensando na questão do hospital geral para crise mesmo e dispositivos de centros de convivência, de lugar de oficinas, de lugar de arte e cultura [...] (P2).

É tanto, que a discussão nacional é que os CAPS não são salvadores do mundo. Eles não estão nem mais no centro da rede. Eles são dispositivos estratégicos... É preciso desenvolver a Atenção Básica, é preciso! Embora a gente precise de CAPS. Esse é meu discurso. Talvez isso que incomode um pouco [...] (G3).

Observa-se nessas falas que ambas criticam o olhar que se tem sobre o CAPS como responsável por dar conta de todas as demandas advindas das abordagens no campo da saúde mental. No discurso da primeira participante chama atenção quando aponta que não haveria mais nem necessidade desse tipo de dispositivo, caso o restante da rede se efetivasse com os demais pontos. A segunda, destaca um aspecto importante que se refere a mudança na atribuição do CAPS nessa rede, quando hoje na proposta das RAS o centro de comunicação situa-se na Atenção Primária (MENDES, 2011).

A efetiva integração da saúde mental na atenção primária está sendo considerada por organizações mundiais como algo promissor na atual conjuntura de dificuldades econômicas e

sociais. Dentre as justificativas para se investir nessa integração tem-se: a carga dos transtornos mentais na população, nas pessoas acometidas e seus familiares, produzindo consequências socioeconômicas; a associação entre transtornos físicos e mentais; a lacuna de tratamento; a melhoria do acesso às ações voltadas para a saúde mental nos diferentes níveis de complexidade e a proteção dos direitos humanos (HIRDES; SILVA, 2014).

Às razões dessa integração sobrepõe-se a lacuna de tratamento para pessoas com transtornos mentais, que excede os 50% em todos os países do mundo e aproxima-se de 90% em países com recursos escassos. As estratégias para reduzir essa lacuna podem ser alcançadas por meio de três elementos: o compartilhamento de tarefas com profissionais não especialistas; o aumento dos recursos dos serviços especializados para fornecer supervisão e apoio eficaz e sustentado; e a descentralização desses recursos (HIRDES, 2015).

Assim, de acordo com a GMH, o papel de profissionais não especialistas em saúde mental, mais especificamente, de profissionais da Atenção Primária à Saúde, é, portanto, elemento fundamental para o alcance dos objetivos de garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais e qualificação assistencial. O reconhecimento da integração da saúde mental na atenção primária como uma prioridade da agenda do GMH amplia a necessidade de estudos sobre como esta integração deve acontecer, de que forma os atores envolvidos se vêem neste processo, e quais são suas demandas e dificuldades para alcançar os objetivos desejados, considerando as complexas particularidades locais e regionais existentes (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

No que se refere às particularidades locais e regionais, o presente estudo, conforme a proposta da GMH, mesmo que parcialmente, busca compreender de que forma caracteriza-se hoje a RAPS de Manaus, de acordo com os profissionais envolvidos nesse processo. Dentre as questões levantadas na literatura sobre a implantação do matriciamento, duas delas se destacam por já terem sido identificadas como desafios na implantação efetiva da RAPS de Manaus. São elas: a ausência de uma liderança em saúde mental que consiga sistematicamente mobilizar, escutar as demandas dos profissionais e articular a rede, e a outra, o número insuficiente de serviços de atenção secundária ou terciária para referenciar os casos, além da falta de articulação em rede (HIRDES; SILVA, 2014).

Para o estabelecimento de uma rede de cuidados em saúde mental no território não se pode prescindir de uma Atenção Primária à Saúde estruturada, considerando ser esta a principal porta de entrada do SUS, tendo-se no apoio matricial um recurso potente para construir novos saberes e, sobretudo, novas práticas no território (BONFIM et al., 2013). Esse

é um desafio complexo, pois é necessário criar as mais diversas condições para atender a cada contexto. No contexto estudado, a atenção primária enfrenta diversos problemas de organização e cobertura, ficando o matriciamento em saúde mental sob a responsabilidade das equipes dos CAPS conforme descrito abaixo. Imagine, por exemplo, um único CAPS infantil absorver a função de matriciador tendo por território o município inteiro de Manaus.

[...] dentro da rede, pensando em rede, falta cobertura de atenção básica, falta NASF que eu acho que é uma das coisas mais importante dentro da saúde, a gente tem três NASFS só na zona leste, e mesmo assim a gente tem pouco contato com esses NASFS, pensando no matriciamento mesmo... Eu acho que algumas coisas aqui demoram muito. A gente fez um projeto de matriciamento pensando no quê os CAPSs iam dar conta, em junho, até hoje a gente não conseguiu conversar com a subsecretária pra poder implementar isso, então eu acho que além da rede ser muito espaçada a gente não conversa com outros profissionais [...] (P2).

Eu acho não, tenho certeza! Que uma ferramenta muito importante que a gente tem e precisa colocar mais em prática, porque já acontece, mas de uma forma ainda tímida é o matriciamento. Eu acredito que através dele a gente vai conseguir atingir uma grande parcela da população. Hoje está começando, a gente já tem um projeto em todos os CAPS, você já tem até o conhecimento né? De todos os CAPS que fazem o matriciamento, mas também a gente peca nisso. Como a gente só tem um CAPS de cada tipo, né, um CAPS que atende criança, um que atende ad e um que atende adulto no município, a gente tem um número vamos dizer reduzido... Não é que no CAPS tem um número reduzido de RH, não é, isso. O problema é que como só tem um de cada tipo para atender dois milhões de habitantes, aí se torna pequeno né, se torna pouco. Então assim, a gente já está trabalhando com isso e dois mil e dezoito a gente já pretende trabalhar de uma forma mais reforçada a questão do matriciamento. (G2).

Os CAPS de transtorno estão sobrecarregados, e assim, atualmente eu não sei como está o CAPS Santa Etelvina, mas o CAPS Sul está fazendo uma estratégia de matriciamento que, no meu ponto de vista, não é muito adequado, não parece um matriciamento, parece mais uma interconsulta, e um dia essa questão de interconsulta vai sobrecarregar a equipe de interconsulta, vou chamar assim. Não é um

matriciamento de você empoderar a Estratégia de Saúde da Família, de tentar fazer cuidar daquele caso sozinho, é de você dizer faça assim, faça assim e faça assado, e aí não é discussão de caso, a demanda não vem da estratégia, a demanda vem do CAPS, é uma coisa meio invertida, né, pelo menos do matriciamento que eu aprendi na pós. Mas também não acho que aumentar o RH do CAPS Sul supra, e vá resolver isso, tinha que aumentar o número de CAPS e tinha que aumentar a Estratégia Saúde da Família, entendeu? [...] (P11).

Dados oficiais da ESF, em Manaus, indicam uma cobertura de 31,5% da população manauara que atualmente conta com 228 equipes da ESF implantadas, além de 95 Equipes de Saúde Bucal e 3 Núcleos de Apoio a Saúde da Família, todos localizados num mesmo distrito de saúde. Os pontos de Atenção Primária do município estão distribuídos nos cinco Distritos Sanitários de Saúde (DISA) que organizam a rede: DISA Norte, DISA Sul, DISA Leste, DISA Oeste e DISA Rural. Cada DISA, à exceção do Rural, abrange em torno de 450 mil habitantes. O processo de distritalização, que estava na pauta de discussão nacional desde 1986, com a VII Conferência Nacional de Saúde, iniciou tardiamente em Manaus nos anos de 2005 a 2006, com base na Lei Municipal nº 590, de 13 de março de 2001, que dispõe sobre a criação dos Distritos de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (MENDES, 2015).

Assim, será que é possível ir em direção às novas estratégias e/ou determinações sem preencher as lacunas existentes deixadas pelo número insuficiente de serviços e recursos humanos, que hoje apresentam dificuldades de articulação na rede homogênea, agravando-se quando se refere a uma comunicação transversal? Porque inevitavelmente precisamos nos questionar: Vou integrar o quê? E de que forma? Esses questionamentos precisam ser pensados para que seja possível a realização de um planejamento em saúde pautado na realidade. Pois, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, em seu memorial sobre a RAPS, desde 2005, quando o único serviço de referência no atendimento em saúde mental ainda era o CPER sem qualquer serviço substitutivo implantado (SOUZA, 2005), iniciou-se o processo de implantação das equipes de apoio matricial em saúde mental, inclusive com a convocação em concurso de profissionais para esse fim, mas sem sucesso. Então, foi feito com uma implantação parcial do projeto e remanejamento dos profissionais para outras estruturas da secretaria (MANAUS, 2017).

Isso é constatado pelo entrevistado na fala a seguir:

[...] *mas as equipes de apoio matricial não vingaram... Aí já vai mais uma decepção.* (P3).

Embora os CAPS sejam considerados estratégicos, cada vez mais a atenção em saúde mental tem sido compreendida como uma rede de cuidados que inclui um conjunto de demais dispositivos, como a Atenção Primária, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, dentre outros recursos. No entanto, depara-se com a queixa da falta de instrumentalização desses profissionais para intervir na saúde mental, resultando em encaminhamentos precipitados dos pacientes para o CAPS. Por isso, infelizmente, apesar do estímulo à territorialização e à articulação em redes ampliadas de serviços de saúde mental, parece haver grande distância entre aquilo proposto na política de saúde mental e o que se observa na realidade concreta (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

As equipes da Estratégia Saúde da Família têm se deparado com a necessidade de atuar no campo da saúde mental e, segundo o Ministério da Saúde, 56% dessas equipes referiram já realizar alguma ação de saúde mental. Por sua finalidade e forma de atuação junto à comunidade, a Atenção Primária apresenta-se potencialmente como elemento estratégico no enfrentamento de agravos vinculados ao sofrimento psíquico apresentados por sua demanda (MORAIS; TANAKA, 2012). Os entrevistados corroboram em suas falas essa afirmação sobre o potencial da Atenção Primária no cuidado em saúde mental, conforme descrito a seguir:

Então hoje assim, eu comungo da atenção básica, saúde mental na atenção básica. É nisso que seria a minha bandeira. E até hoje as pessoas botam muita, muita esperança num CAPS, e hoje, já hoje eu acredito simplesmente que a atenção básica, é ela quem é a possibilidade de resolutividade, entende. (P3).

Mas só CAPS não vai resolver também. Hoje a gente tem um déficit enorme na atenção básica. Então se a gente não faz atenção básica também a gente não consegue fazer apoio matricial. Aí se a gente não consegue fazer apoio matricial todo mundo fica no CAPS. Aí daqui a pouco o CAPS é o CAPSCÔMIO, como a gente fala... Isso a gente tenta todo dia para trabalhar que não aconteça, mas isso é difícil para o usuário entender que não é pra ele ficar no CAPS a vida toda. (P7).

As dificuldades enfrentadas pela RAPS de Manaus na integração com a APS também aparecem apontadas em estudos de revisão (ATHIÉ et al., 2013; GRYSCHK; PINTO, 2015; HIRDES; SILVA, 2014; MACHADO; CAMATTA, 2013) e nos estudos de outras localidades, como no de Moraes e Tanaka (2012) em Fortaleza, o de Hirdes (2015) em Porto Alegre e o de Bezerra e Dimenstein (2008) em Natal, com resultados semelhantes embora nosso objeto não tenha sido diretamente essa integração, mas ela se destacou aqui como um desafio para a RAPS estudada. Em síntese, dentre aquilo que caracteriza essa integração, um desafio tem-se semelhantemente: a articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, a necessidade de repensar a função dos CAPS na rede, a formação acadêmica dos profissionais, a falta de uma rede de saúde com diálogo e a falta de compreensão da utilização do matriciamento dificultando a implantação.

Destacamos outro estudo, por ser nacional, sobre a organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil, de base epidemiológica, que aponta como resultados: uma inserção incipiente da saúde mental na atenção primária, uma expressiva fragilidade na oferta organizada do cuidado, baixo registro dos casos, ausência de protocolos nas unidades, limitado desenvolvimento de ações de promoção de saúde e para usuários de álcool, medicamentos psicotrópicos e outras drogas, além das lacunas na formação profissional. Problematizam que tais situações prejudicam a definição dos fluxos e agravam a insuficiência da gestão do cuidado em saúde mental. (GERBALDO et al., 2018).

Por fim, é importante colocar, que mesmo não intencionalmente, em virtude de sua proposta de atuação, as equipes da Estratégia Saúde da Família de Manaus já desenvolvem ações em saúde mental, mas ainda não conseguem identificá-las como sendo desse campo de atuação, conforme descrito na fala de um dos gestores:

Às vezes se você chegar numa unidade e perguntar o que eles fazem, já existe muitas ações de saúde mental no que eles fazem, mas não conseguem identificar como sendo de saúde mental. Mas já fazem sim! Muitas unidades já acabam atendendo... Mas claro que ainda falta muito mais. (G2).

Após a descrição das categorias identificadas, é fundamental acrescentar que foi observado, durante a realização da pesquisa de campo, a disponibilidade e o interesse dos profissionais em se colocar em relação à rede, demonstrando o desejo que têm para que realmente funcione e dê certo, sempre pontuando as falas com vigor e com criticidade. É compreensível o incômodo de alguns em não serem identificados, visto que se trata uma rede

pequena onde muitas vezes existe apenas um trabalhador de determinada categoria profissional. Como forma de ilustrar esse resultado, seguem duas das falas sobre o reconhecimento da importância da pesquisa:

Eu acho que só mesmo te parabenizar por essa proposta, quando você falou da tua pesquisa eu logo quis contribuir. Nesse sentido [...] eu acho que a gente sempre tem muito a falar, profissional né da ponta a gente está aqui no cotidiano e tal. E eu acho muito bacana quando as pesquisas elas vêm com esse olhar de não ficar presa ao que está na literatura e sim ouvir realmente esses profissionais. Eu acho assim que tu foste muito feliz no teu tema. Tu vais trazer também grandes contribuições, porque foi bacana. Porque tu escutaste o gestor e escutou o profissional. E aí eu acho que vai contribuir muito, vou te parabenizar! (P7).

Eu já disse, mas eu vou dizer de novo sobre a importância da tua pesquisa. Eu fiquei muito feliz quando eu vi e vejo colegas dispostos a também trabalhar com temas da área, isso me deixa muito contente né como militante. (D1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sistemas fragmentados de saúde é uma preocupação mundial principalmente nos países de baixa e média renda quando predominam maior nível de desassistência e desigualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde. No Brasil, embora tenhamos legalmente um sistema público e universal de saúde ainda há necessidade do fortalecimento de práticas integradas. Na tentativa de fortalecimento dessa integração são criadas as redes de atenção à saúde e mais especificamente uma rede temática voltada para a assistência aos indivíduos com transtornos mentais e usuários de *crack*, álcool e outras drogas.

Busca-se com esta tese chamar a atenção para a capital do Estado do Amazonas, que apresenta particularidades com relação a sua apresentação geográfica e é considerada uma capital “Estado”, com grande concentração populacional, e onde estão localizados a maior parte dos serviços especializados. Recebe grande demanda dos demais 61 municípios do interior, no que se refere à assistência em saúde mental principalmente, pois há um número insuficiente de dispositivos especializados, inclusive na capital, associado a uma baixa cobertura da ESF.

É importante pontuar que é comum entre os atores do campo da saúde mental da região a alegação do cenário geográfico do Amazonas para justificar determinados atrasos, mas esta é uma realidade já posta, sabida e muito discutida há anos, então já está passando do momento de se pensar em soluções para o avanço da rede e não permanecer no campo das justificativas. Como foi apresentado, permanecemos ainda, a passos lentos, na fase de implantação dos serviços substitutivos, CAPS e SRT. Enquanto o restante do país já rediscute as estratégias de integração dos dispositivos, aqui não sabemos nem responder se a RAPS existe ou não.

Os profissionais entrevistados, ao relatarem sua trajetória na RAPS de Manaus, naturalmente enfatizam em suas falas que não escolheram estar naquele local. No entanto, mostram-se profissionais críticos, comprometidos e motivados a falar sobre o que vivenciam como parte dessa rede. Além disso, demonstram esperança de que o cenário da rede irá mudar e apresentam sugestões para que isso ocorra, como a realização de concursos específicos para a área evitando que as pessoas caiam de paraquedas como alguns apontaram, e caso isso ocorra, pedem a intensificação da estratégia de educação permanente.

A priori, o questionamento específico sobre como avaliam a RAPS gerou inquietações, visto que se consideram parte dela e trabalham para que ela exista, então alguns preferiram definir como uma rede em construção e outros foram mais enfáticos e apontaram que a rede não existe. Conforme a descrição dos participantes sobre o funcionamento da RAPS e os principais desafios para sua operacionalização, foram definidas as categorias analíticas e discutidos alguns pontos de destaque nas suas falas.

Conclui-se que, segundo eles, não há mecanismos e estratégias bem definidas de integração entre os pontos da rede e sim, uma comunicação estabelecida baseada no que eles chamam de “rede quente”, pautada nas relações pessoais dos profissionais; essa articulação é mais utilizada para garantir o acesso do usuário a outro ponto da rede do que para a discussão de casos ou continuidade do cuidado a fim de garantir a integralidade da assistência. Embora não concordem com essa forma de articulação a fazem com a intenção de garantir maior resolutividade às demandas trazidas pelos usuários.

Com relação à oferta de serviços da RAPS foi descrito uma baixa cobertura de todos os dispositivos e inclusive ausência de alguns, vez que os serviços existentes precisam atender a demanda de uma população de pouco mais de dois milhões de habitantes, o que leva naturalmente a uma desassistência, em virtude principalmente de uma barreira geográfica de acesso, caracterizada como uma rede insuficiente. Alguns dispositivos existentes são questionados pelos profissionais pela forma como estão sendo executados e geram discordâncias de opiniões como o ambulatório e as residências terapêuticas.

O dispositivo do ambulatório recentemente foi oficialmente inserido como integrante da RAPS, o que sem dúvidas deve facilitar a reorganização da estrutura e operacionalização do que já existe em Manaus, sendo proposto pelos profissionais inclusive a definição de uma linha-guia como facilitador para acessá-lo. As residências terapêuticas, que deveriam contemplar oito usuários em cada casa inserida num território e sob a responsabilidade de um CAPS, encontram-se aqui todas alocadas em um único espaço, numa espécie de vila, como denominado por um dos entrevistados, ou seja, com até 48 usuários agrupados no mesmo local, em um mesmo território sob a referência de um único CAPS e sob a gerência de uma única equipe técnica, caracterizando, um arranjo que resulta num ponto trazido na literatura do trabalho, quando observamos que mudou apenas o local de residência dos antigos moradores do CPER, mas manteve-se o modelo de atenção.

Com relação ao CPER, nele ainda se mantém o serviço de urgência e emergência, o único local onde existem leitos em psiquiatria no Estado. A desativação dos leitos

psiquiátricos do CPER não ocorreu concomitantemente à inserção de leitos em hospital geral, gerando uma lacuna de tratamento enorme, pois os 28 leitos existentes são referência para o Estado. Com relação à população infantil, a situação se agrava, pois não está previsto o atendimento dessa faixa etária nesse pronto atendimento e um dos entrevistados aponta que há na verdade um “buraco negro”, pois questiona se o termo lacuna seria suficiente para definir a desassistência das crianças com transtornos mentais da região.

Um dos dispositivos mais apontados na pesquisa foram os Centros de Atenção Psicossocial, quando se tem dois para adultos, um para crianças e um para usuários de álcool e outras drogas com a responsabilidade de atender toda a população do município. Diante desse número nada expressivo, alguns questionamentos foram levantados ao longo dos resultados, por exemplo, como pensar num trabalho em rede se, antes de qualquer coisa, se faz necessário minimamente a existência de pontos a serem articulados.

Além disso, o que se tem atualmente na rede especializada de saúde mental, embora seja muito pouco, não existe pela garantia de um direito já definido em leis e portarias, mas devido à judicialização da rede, tendo no Ministério Público um dos componentes mais atuantes da RAPS, chegando a naturalizar que não existe outra forma de abertura de novos serviços.

Com relação aos desafios para a operacionalização dessa rede, da forma como se apresenta, os profissionais apontam a falta de uma ou mais lideranças capazes de mobilizar um movimento coeso em prol da saúde mental. É necessário engajar os profissionais como agentes de mudança e estimular a participação dos usuários na construção e planejamento das políticas de saúde mental do Estado, pois se observa um mecanismo de controle social precário quando esse é um dos grandes diferenciais do Sistema Único de Saúde. Os atores da rede precisam entender que fazem parte de uma unidade com o objetivo único de prestar um atendimento resolutivo a seus usuários e para isso precisam somar forças e não fazer um movimento de exclusão de serviços apenas porque pertencem a um nível de gestão diferente, como observado ao se referirem ao CAPS Silvério Tundis e as residências terapêuticas.

Comportamento que se reflete pela falta de entendimento de pessoas que representam a gestão, independente de quem sejam e de forma atemporal, pois a falta de diálogo, o racha na saúde mental infelizmente é uma herança deixada por outras gerações que se arrasta até hoje. Isso foi apontado por todos quando dizem que a falta de diálogo entre Estado e Município é um desafio para a efetivação da rede, visto que, não existe rede sem comunicação, e o mais lamentável é a projeção dessa relação nos serviços de saúde mental, que já são tão poucos.

Outro desafio marcante observado no discurso dos profissionais refere-se à atuação da Atenção Primária à Saúde quando existe uma grande esperança depositada na participação desse nível de complexidade para que assim, de fato, a rede funcione. Há uma grande referência ao matriciamento e acreditam que esta é a solução para todos os problemas. Mas se esbarra na realidade de uma cobertura de 31,5% da ESF e na presença de apenas três NASF no município, então... O que fazer? Quem vai matriciar quem? Observam-se nos documentos da SEMSA que são realizadas muitas capacitações na APS, mas de acordo com os profissionais, elas se perdem, pois não existem recursos humanos suficientes para bancar a execução de novas propostas. Entende-se aqui que, ao invés disso, deveria se iniciar ampliando o número de serviços, pois não se respeita outra premissa da rede de atenção à saúde que tem, como um de seus elementos essenciais, a população adscrita.

Mediante a descrição da rede ao longo das respostas e comparando-a ao conceito de rede de atenção em saúde que remete a um conjunto de serviços de saúde integrados que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a uma população definida, coordenada pela APS, observamos que é difícil afirmarmos que existe uma RAPS em Manaus. Constatação difícil de ser expressa, principalmente pelo fato dos profissionais acreditarem que vai dar certo. Porém, o que existe de fato, são pontos de atenção dispersos tentando atuar dentro das suas possibilidades.

Por fim, é gratificante o reconhecimento da importância desta pesquisa pelos participantes, e a discussão deste tema jamais se encerrará nessa tese que, diante de tanto material coletado, pode inclusive ser reescrita de várias outras formas. Na verdade, aqui se inicia uma nova possibilidade de discussão dessa rede, pois é notória a necessidade que as pessoas têm de discuti-la. Trouxe-se um panorama geral e se reconhece que muitas coisas ditas aqui já apareceram nas falas de simpósios, audiências públicas, encontros, reuniões, sala de aula, entre outros. Entretanto este conteúdo precisava ser sistematizado e escrito, e eis aqui essa tentativa.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009, p.171-180.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. *Lei nº 3.177, de 11 de outubro de 2007*. Dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico e dá outras providências. Manaus: SUSAM, 2007.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Serviço Residencial Terapêutico do Governo do Estado completa um ano de funcionamento*. Amazonas: Governo do Estado, 2015. Disponível em: <www.saude.am.gov.br>. Acesso em: 31 maio 2019.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde do Amazonas-2016-2019*. Manaus: SUSAM, 2016.
- ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 891-898, 2013.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes no campo da saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n.2, p. 424-434, 2017.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ATHIE, K. et al. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 64-74, jan./mar. 2013.
- BALLARIN, M. L. G. S. et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 603-611, out./dez. 2011.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BECKER, A. E.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 369, n. 1, p. 66-73, 2013.
- BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BONFIM, I.G. et al. Matrix support in mental health in primary health care: a review of scientific papers and official documents. *Interface (Botucatu)*, v.17, n. 45, p. 287-300, abr./jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cobertura da Atenção Básica*. Brasília, 2017a. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000*. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 5 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 1 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 2 ago.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* – 12, ano 10, n. 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUS__os_centros_de_atencao_psicossocial/48>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental*. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/MS*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: ago.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 3 jul. 2017.

- CAETANO, A. S. et al. Centro de atenção psicossocial (Caps) e reforma psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos envolvidos. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 94-101, 2011.
- CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no Estado do Amazonas, Brasil. *Comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 737-748, 2014.
- CASADO, R. *Cidade e loucura: espacialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus*. 2011. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.
- COLOMBAROLLI, M. S. et al. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 22-33, 2010.
- DAMOUS, I. ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 911-932, 2017.
- DELGADO, P. G. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 2, p. 39-83.
- GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017.
- GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.079-1.094, set./dez. 2018.
- GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Supl. 2.
- HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 582-592, jul-set 2014.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

JANSEN, S. et al. The “treatment gap” in global mental health reconsidered: sociotherapy for collective trauma in Rwanda. *European Journal of Psychotraumatology*. United Kingdom, v. 6, 2015.

JORGE, M. S. B. et al. *Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensões política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica*. Fortaleza: EdUECE, 2017.

KIELING, C.; BELFER, M. Oportunidade e desafio: a situação da saúde mental da infância e da adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 241-244, 2012.

KLEINMAN, A. Global mental health: a failure of humanity. *Lancet*, Reino Unido, v. 374, n. 9690, p. 603-604, 2009.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental healthcare. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 82, n. 11, p. 858-866, 2004.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIBÓRIO, F. C.; VIEIRA, I. M. C. *Saúde mental no Amazonas: uma história de atraso - série de reportagens sobre a realidade do atendimento em saúde mental no estado*. Manaus: Espaço de pesquisa do Departamento de Comunicação Social da UFAM, 2014. Disponível em: <<http://hemerotecadecom.blogspot.com>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 16, n. 2, p. 4590-4602, 2011.

LOPES, L. O. *Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

LOPES NETO, D. et al. Atenção à saúde mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os centros de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 2, out-dez 2009.

LUNA, M. R. S.; OLIVEIRA, S. E. B. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 91-106, jan.-jun./2010.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MACIEL, R. M.; FILIPPINI, E. Manaus: uma reflexão acerca de seu passado. *Revista Eletrônica Aboré*, Manaus, ed. 4, p. 37-47, dez. 2010.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária a saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014-2017*. Manaus: SEMSA, 2014.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. *Memorial da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Manaus*. Manaus: SEMSA, 2017.

MARI, J. J. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 16, n. 12, p. 4590-4602, 2011.

MARI, J. J.; THORNICROFT, G.; Princípios que deveriam nortear as políticas de saúde mental em países de baixa e média rendas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 3, set. 2010.

MENDES, E. F. *Qualidade em saúde na perspectiva do trabalhador da atenção básica na cidade de Manaus*. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

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

MENDES, L. A. *Na esteira da loucura: colônia de alienados Eduardo Ribeiro práticas e representações na ala feminina Manaós/AM (1894-1930)*. 2016. Dissertação (Mestrado em História) Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MIRANDA, L. et al. Estudo de uma rede e atenção psicossocial: paradoxo e efeitos da precariedade. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, 2014.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcance e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

NAVARRO, R. M. *A história da política de saúde mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação*. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane/Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAES, L. G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 395-409, maio/ago. 2013.

PAIANO, M. et al. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 3, e0040014, 2016.

PATEL, V. Why mental health matters to global health. *Transcultural Psychiatry*, London, v. 51, n. 6, p. 777-789, Dec. 2014.

PATEL, V.; PRINCE, M. Global Mental Health: a new global health field comes of age. *JAMA*, Chicago, v. 303, n. 19, p. 1976-1977, 2010.

PEDROSA, T. B.; MOREIRA, M. I. B. Saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 19, n. 2, p. 73-82, abr./jun. 2017.

PINHEIRO, M. J. S.; AUFIERO, R. M. Histórias da loucura: dimensão política da saúde mental no Estado do Amazonas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013, São Luís. *O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoque epistemológicos e metodológicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 28, n.3/4, p. 350-358, 2017.

SEVERO, A.K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-55, 2011.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, S. P.; OLIVEIRA, A. L.; KAMIMURA, Q. P. Capacitação em Saúde Mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*, v. 9, n. 3, p. 406-416, 2014.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS, H. P. O., JR. (Org). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SOUZA, M. L. P. Atenção a saúde mental no Estado do Amazonas: notas preliminares e propostas para investigação. *Psychiatry On-line Brazil*, [S.l.], v. 10, n. 5, 2005.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de Atenção à saúde mental no Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.334-345, 2009.

WAINBERG, M. L. et al. Challenges and opportunities in Global Mental Health: a research-to-practice perspective. *Current Psychiatry Reports*, Philadelphia, v. 19, n. 5, p. 28, May 2017.

WHITLEY, R. Global Mental Health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge, v. 24, n. 4, p. 285-291, 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data:

Horário:

Identificação

Nome:

Idade:

Formação Profissional:

Locais onde trabalha ou trabalhos na rede de saúde:

Entrevista

1. Conte qual sua trajetória na área de saúde mental.

1.1 O que você pensa sobre o perfil de recursos humanos presente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Manaus?

1.2 Você acredita que esse perfil atende a necessidade dessa rede?

2. Fale qual sua percepção da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus. Como você percebe que ela funciona?

2.1 Considerando a sua exposição você acredita que há desassistência a população que necessita de serviços na área de saúde mental?

3. O que você considera como os principais desafios ou barreiras para o funcionamento efetivo da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus?

3.1 Há diálogo entre todos os atores envolvidos gestão, trabalhadores e usuários?

3.2 Os que você pensa sobre o mecanismo de controle social na realidade dessa rede?

3.3 Existe articulação ou integração entre os serviços de saúde mental e demais dispositivos da área da saúde?

4. Como você avalia a Rede de Atenção Psicossocial proposta pelo Ministério da Saúde?

4.1 Você pode fazer sua avaliação tanto referente à proposta vigente na Portaria nº 3.088/2011 como também as mudanças recentemente propostas pelo Ministério da Saúde.

4.2 Não está previsto na proposta da Portaria nº 3.088/2011 o ambulatório como um de seus componentes ou ponto de atenção em saúde mental. Você julga necessário esse dispositivo?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Desafios na construção de uma rede de atenção psicossocial no município de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais”, a qual está sendo executada pela aluna Taciana Lemos Barbosa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado Interinstitucional UERJ/UEA, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero. Tem por objetivo analisar os principais desafios no desenvolvimento e operacionalização de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM), conforme modelo preconizado pelas políticas de saúde mental. Você foi selecionado por ser um profissional de saúde que atua na rede de atenção psicossocial especializada. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um roteiro de entrevista semiestruturada, a ser gravada a partir do seu consentimento, a qual aborda sua trajetória e atuação na rede de saúde mental. A sua participação no estudo é voluntária e não haverá qualquer custo ou forma de pagamento por ela. Você poderá desistir de participar da entrevista em qualquer momento que desejar. Sua recusa não trará nenhum tipo de prejuízo. As respostas a todas as perguntas são importantes, mas você também tem o direito de não responder a alguma pergunta específica, se assim o desejar. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. As informações obtidas serão analisadas de maneira não identificada, em conjunto com as informações dos demais participantes. Dessa forma, almeja-se expor os participantes ao menor risco e desconforto possível. Os benefícios relacionados com a sua colaboração neste trabalho são: contribuir com o conhecimento acerca das ações desenvolvidas na rede de atenção psicossocial de Manaus e seus principais desafios, orientando o planejamento e a execução bem sucedida de intervenções clínicas e a definição de condutas e políticas em saúde pública mais efetivas no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. As informações resultantes do estudo serão consolidadas e apresentadas pela pesquisadora ao final do curso no contexto acadêmico assim como nos espaços de discussão de saúde coletiva e saúde mental. De acordo com a possibilidade, poderão ainda ser divulgados em artigos científicos, congressos e eventos científicos. Em qualquer momento, você poderá ter acesso à pesquisadora responsável para esclarecimentos eventuais, Taciana Lemos Barbosa, caso seja de seu interesse. Entre em contato com a pesquisadora pelo telefone (92)981141617 ou através do endereço eletrônico: tbarbosa@uea.edu.br. Caso julgue necessário poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética no qual foi submetida esta pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, localizado na rua São Francisco Xavier, 524, sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108, Email: cep-ims@ims.uerj.br. Este Termo será fornecido em duas vias, sendo uma via entregue a você e a outra ao pesquisador.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA


Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar deste estudo. Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo. Eu recebi uma das vias assinadas deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
 (Assinatura do participante) dia mês ano

 (Nome do Participante – letra de forma)

_____ / ____ / ____
 Assinatura do pesquisador responsável dia mês ano

 (Nome do Pesquisador – letra de forma)

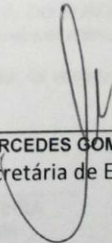
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

Manaus, 15 de fevereiro de 2017.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais”** sob a orientação do Professor Francisco Javier Ortega Guerrero e a responsabilidade da pesquisadora TACIANA LEMOS BARBOSA do curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade Estadual do Amazonas.




MERCEDES GOMES DE OLIVEIRA
Secretária de Estado de Saúde

Av. André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300

SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE

ANEXO B – ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO CEP


PREFEITURA DE MANAUS SAÚDE
 SEMPRE AO SEU LADO

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
 CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
 gesau@pmm.am.gov.br
 semsa.manaus.am.gov.br

Anuência nº 03/2017 – GESAU/SEMSA
 Manaus, 24 de janeiro de 2017.

ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO CEP

Declaramos para fim de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, estar de acordo com a condução no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA da pesquisa descrita a seguir:

TÍTULO: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS (AM): DISCURSOS E PRÁTICAS DE GESTORES E PROFISSIONAIS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TACIANA LEMOS BARBOSA

PROFESSOR ORIENTADOR: FRANCISCO JAVIER ORTEGA GUERRERO

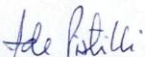
INSTITUIÇÃO DE ENSINO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

É de conhecimento que os objetivos e a metodologia desenvolvida por esta pesquisa, não interferirão no fluxo normal da Instituição e que a pesquisa não gerará nenhum ônus para a Secretaria.

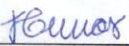
Salientamos que esta autorização é voluntária podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimento sobre o projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido ou até mesmo ser revogada.

Dessa forma, enfatizamos que a execução do projeto terá seu início somente após:

- 1) A APROVAÇÃO por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado a SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares;
- 2) A AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA, emitida pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde/SEMSA.

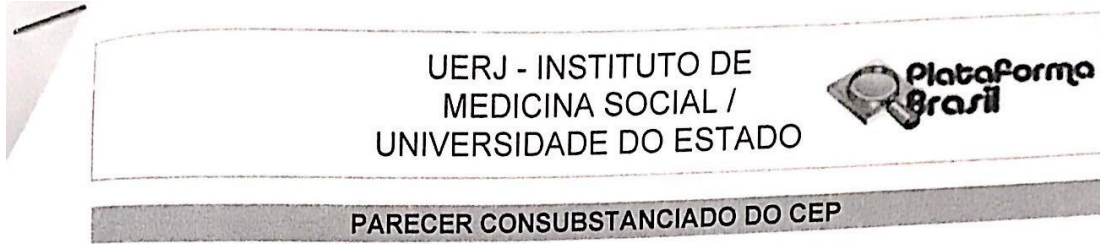

Ademarina C. J. Pistilli
 Gerência de Gestão de Educação na Saúde
 SEMSA

ADEMARINA C. J. PISTILLI
 Gerência de Gestão da Educação na Saúde
 Departamento de Gestão do Trabalho e Educação


TACIANA LEMOS BARBOSA
 Pesquisador (a) Responsável

CPF 036.281.804-57 DATA 25/01/17

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS (AM): DISCURSOS E PRÁTICAS DE GESTORES E PROFISSIONAIS.

Pesquisador: TACIANA LEMOS BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64051616.8.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.975.671

Apresentação do Projeto:

O projeto, de autoria da doutoranda Taciana Lemos Barbosa, do programa Interinstitucional (DINTER) UEA/UERJ, intitula-se DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS (AM): DISCURSOS E PRÁTICAS DE GESTORES E PROFISSIONAIS. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo cujo principal objetivo é "analisar os principais desafios no desenvolvimento e operacionalização de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM)", a partir de (a) análise da legislação envolvida -- de âmbitos municipal, estadual e federal --; (b) de dados constantes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- DATASUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; (c) de entrevistas com técnicos, coordenadores e gestores que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial de Manaus.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa, conforme descrito pela autora, é "analisar os principais desafios no desenvolvimento e operacionalização de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM), conforme modelo preconizado pelas políticas de saúde mental". Seus objetivos secundários são "1. Mapear a oferta de serviços e a capacidade instalada da Rede de Saúde Mental Especializada. 2. Descrever o funcionamento da rede de atenção em saúde mental a partir dos

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.975.671

Recomendações:

(a) Ajustar TCLE de modo que caiba em uma única folha / página. Assinatura da pesquisadora ficou em folha avulsa.

(b) Recomenda-se à pesquisadora retirar as reiteradas menções ao fato de ela ser "aluna". Ela deve se apresentar como pesquisadora, por ser autora e condutora da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nova anuência ok.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_da_Semsa_Taciana_Lemos_2017.pdf	16/02/2017 12:05:27	Arbel Griner	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_841499.pdf	24/01/2017 11:12:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NovaVersao_Cep.doc	24/01/2017 11:10:12	TACIANA LEMOS BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoTacianaLemos3.pdf	22/12/2016 10:46:50	TACIANA LEMOS BARBOSA	Aceito
Outros	Roteiro.doc	14/12/2016 13:59:54	TACIANA LEMOS BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	14/12/2016 13:58:18	TACIANA LEMOS BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br