

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE  
PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM  
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**

**COMPREENDENDO A REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL NA IV GERES-PE.**

Caruaru

2016

THAMILYS LOPES DE LIMA

**COMPREENDENDO A REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL NA IV GERES-PE.**

CARUARU

2016

THAMILYS LOPES DE LIMA

## **COMPREENDENDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA IV GERES-PE.**

Monografia apresentada para obtenção do título de Residente à banca examinadora no Curso de Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes.

Aprovada em:

Recife, 14 de Junho de 2016.

### **Banca Examinadora:**

---

Orientador

(Nome, Titulação e Instituição)

---

1º Examinador

(Nome, Titulação e Instituição)

---

2º Examinador

(Nome, Titulação e Instituição)

## RESUMO

Este trabalho objetiva o aprimoramento das discussões e pactuações da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde, utilizando como metodologia científica a pesquisa documental numa abordagem descritiva. Esse construto justifica-se na experiência vivenciada nos rodízios contemplados no programa de residência em saúde coletiva com ênfase em gestão de redes. A trajetória realizada é composta por breve contextualização sobre a política pública de saúde, perpassando o processo de reforma psiquiátrica sob influências internacionais, trazendo para a realidade brasileira, pernambucana e local. Além disso, houve reflexão acerca da dinâmica de construção das redes de atenção à saúde, destacando as principais características da rede de atenção psicossocial, trazendo contribuições no cenário da IV gerência regional de saúde de Pernambuco. Bem como, tornou-se relevante o diálogo sobre as práticas de cuidado em saúde mental executadas na atenção básica.

**Palavras – Chave:** Atenção Básica, Redes, Reforma Psiquiátrica, Saúde mental.

**Abstract:** This work aims at the improvement of the discussions and agreements of psychosocial care network in the Unified Health System, using scientific methodology as documentary research in a descriptive approach. This construct is justified on the experience lived in casters included in the residency program in public health with an emphasis on network management. The trajectory performed consists of brief background on public health policy, passing the process of psychiatric reform under international influences, bringing to the Brazilian reality, Pernambuco and local. Furthermore, there was reflection on the dynamics of construction of health care networks, highlighting the main features of psychosocial care network, bringing contributions in setting the IV regional management of health Pernambuco. And it became relevant dialogue on care practices in mental health carried out in primary care.

**Keywords:** *Primary Care, Networks, psychiatric reform, mental health.*

## **Lista de Siglas**

BVS - Biblioteca Virtual em saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

ESF -Estratégia de Saúde da Família

GERES - Gerência Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de desenvolvimento humano

LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública

MPE - Ministério Público Estadual

MTSM - Movimento dos trabalhadores em saúde mental

NASF – Núcleo de Atenção a Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF- Programa de Saúde da família

RA – Redes Assistenciais

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SCIELO - ScientificElectronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

USF - Unidades de saúde da família

## **Lista de imagens**

Tabela 01 – Serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS;

Tabela 02 – Tipos de redes sociais;

Tabela 03 - Equipamentos pertencentes à RAS da IV GERES;

Tabela 04 – Distribuição dos municípios por microrregionais da IV GERES.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REFERENCIALTEÓRICO .....	16
4.1 A Implantação do SUS.....	16
4.2 Saúde Mental no Mundo .....	19
4.3 Reforma psiquiátrica Brasileira .....	21
4.4 Saúde Mental em Pernambuco.....	24
4.5 Redes de Atenção à Saúde .....	27
4.6 Rede de Atenção Psicossocial .....	30
4.7 Saúde Mental e Atenção Básica .....	39
4.8 Caracterização da IV GERES.....	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	52

## 1. Introdução

A pesquisa foi composta por uma contextualização sobre a Política Pública de Saúde, a Reforma Psiquiátrica com suas influências internacionais, na realidade brasileira e pernambucana. Além disso, tornou-se relevante a discussão sobre os aspectos conjunturais pertinentes a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e posteriormente elucidando as principais características da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo no cenário da IV GERES, com sede na cidade de Caruaru – PE. Bem como, dialoga a partir das diretrizes do Ministério da Saúde sobre os cuidados realizados na atenção primária no que diz respeito à saúde mental.

O percurso metodológico consistiu inicialmente em revisitar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo reflexões sobre as condições que possibilitaram a adesão a esse sistema com garantia de direito a saúde universal, equânime e integral. Levando em consideração as normativas legais que norteiam as práticas que acontecem até a atualidade.

Desde a implantação do SUS até instituição da portaria 3088/2011, inúmeras transformações das práticas e saberes foram desenvolvidas, com o propósito de garantir cuidado qualificado aos usuários dos serviços de saúde mental e, aos que apresentam prejuízos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Nesse sentido, buscou-se a universalidade do acesso à saúde, bem como sua integralidade, valorizando a territorialização do atendimento, a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando Redes Assistenciais (RA) mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população, como assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho, educação etc.

Em seguida, fez-se uma imersão na bibliografia em que se apontam as bases da Reforma Psiquiátrica no contexto internacional referenciado pela experiência de Trieste na Itália realizada sobre a coordenação de Franco Basaglia, através da sua proposta na perspectiva da Psiquiatria Democrática. Experiência essa que trouxe à tona a relevância do contexto cultural, político, social, histórico e econômico na

concepção de loucura nas diferentes sociedades, perpassando pela ideia de divindade até a exclusão social presente nas instituições totais.

No tocante a discussão do cuidado em saúde mental, essa aconteceu concomitantemente a Reforma Sanitária, momento de efervescência das lutas dos movimentos sociais em prol da garantia dos direitos sociais. Os atores políticos envolvidos denunciaram situações de violência, mortes e maus-tratos nos hospitais psiquiátricos. Esse contexto favoreceu a luta pela mudança do modelo asilar para o modelo substitutivo de cuidados em saúde mental com base territorial e na reinserção psicossocial.

Nesse sentido, merece destaque os dados epidemiológicos que retratam uma realidade de cerca de 10 milhões de pessoas portadoras de doença mental severa e 5 milhões com doença mental persistente no Brasil. Os índices de adoecimento psíquico variam de 13,5 – 35% mostrando-se como um sinal de alerta relevante para a programação das ações de saúde (Mello, 2007).

Segundo Vidal et al. (2013), estudos evidenciam que os transtornos mentais são frequentes na população, com forte relevância entre os pacientes atendidos nos serviços de saúde, sendo mais prevalentes entre o sexo feminino, nos indivíduos com pouca escolaridade, baixa renda, tabagistas e nas mulheres vítimas de violência.

Outros estudos apontam a importância da Atenção Básica no atendimento a população portadora de transtornos mentais, assim é imprescindível uma visão epidemiológica como apontada por Maragno et al (2006). De acordo com os autores a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na Atenção Básica é relevante, chegando a um terço da demanda, taxas essas que alcançam e até ultrapassam os 50% quando se inclui o sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos.

Todavia, mostram-se a existência de associações com o contexto geral vivenciado na sociedade, como condições sociais, educação, violência, saúde, a cultura do imediatismo e as relações desumanas de poder.

Nesse caminho histórico, o Brasil sofreu profundas mudanças nos modelos de atenção à saúde, de maneira mais acentuada na saúde mental, que empreendeu modificações na legislação favorecendo o progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos, a criação de serviços substitutivos, mudanças nas

equipes de atendimento aos doentes mentais, além da abertura de novas possibilidades de chefias e hierarquias dentro das equipes.

Nesse contexto, a RAPS da IV GERES do Estado de Pernambuco encontra-se em processo de implantação dos serviços pactuados através das resoluções Comissão Intergestores Regional (CIR) nº 204 de 2013 e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 2692 de 2014, objetivando a integralidade e equidade do cuidado aos seus usuários em REDE. No decorrer do trabalho serão apontados à estruturação e implementação da RAPS na IV GERES.

## **Justificativa**

Este trabalho destina-se a compreender a estruturação da Política de Saúde Mental no Brasil, e seus impactos na consolidação da assistência em saúde mental na IV Gerência Regional de Saúde (GERES), sobretudo para gestores e profissionais de saúde inseridos nessa Rede e que tenham interesse nessa temática. As reflexões levantadas buscam contribuir para o entendimento quanto à ampliação do acesso as ações executadas nesses espaços de cuidado.

A RAPS vem se consolidando como estratégia do Ministério de Saúde à medida que viabiliza o cuidado em rede na perspectiva da clínica psicossocial de maneira ampliada e compartilhada entre diferentes níveis de atenção, dessa forma compreende-se a importância de falar sobre a temática no que diz respeito a sua implementação e funcionamento.

A motivação para a realização dessa pesquisa é proveniente das vivências na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes onde obtive a visão ampliada da saúde e novamente me deparei com a RAPS, um espaço de avaliação privilegiado e necessitado de contribuições.

No cenário de Caruaru encontravam-se filas de espera para atendimento com a especialidade de Psiquiatria no ambulatório de saúde mental, os CAPS Transtorno e Álcool e outras drogas iniciando o processo de matriciamento, principalmente com as equipes de saúde da família, essas com números de população adscrita superior ao recomendado pelo Ministério da saúde, além da

fragilidade da política de atenção a crianças e adolescentes na saúde mental, população de rua, entre outros.

Outro fator relevante se refere a grande quantidade de usuários de saúde mental cadastrados nas Unidades de saúde da família (USF) de Caruaru, sem acesso ao devido acompanhamento.

As inovações organizacionais trouxeram contribuições importantes para pensar e agir sobre dimensões da diferença e da singularidade na organização da atenção aos doentes mentais. Dessa forma, a diversidade torna-se valor, o conflito é desejado como potencialidade inovadora e a desordem é o pressuposto do ato terapêutico (Amarante, 1995).

Nesse contexto, o mérito da pesquisa se apresenta por ser um dos primeiros passos do mapeamento da Rede de Saúde Mental da IV GERES, com vistas ao seu fortalecimento e aperfeiçoamento da articulação em Redes. Essas discussões são relevantes para a retomada da prioridade dessa linha de cuidado interiorizada, onde mostra-se tão fragilizada e incipiente quanto aos avanços previstos.

Em linhas gerais, o estudo sobre o modelo de atenção à saúde com foco na gestão de redes apresenta-se de forma estratégica no cenário acadêmico e assistencial, sobretudo na abordagem da intersetorialidade e interdisciplinaridade que são pilares importantes na visão holística dos sujeitos e coletividades.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

- Aprimorar as discussões e pactuações da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde.

### **2.2. Específicos**

- Identificar como ocorreu processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e na IV GERES;
- Apontar as diretrizes no planejamento do cuidado em Saúde Mental sob a perspectiva da RAPS;
- Caracterizar a relação estabelecida entre Atenção Básica e Saúde Mental;

### 3. METODOLOGIA

Para atender aos objetivos propostos neste trabalho utilizamos como metodologia científica a estratégia de pesquisa documental que incluiu documentos normativos relacionados ao planejamento em saúde; sendo documentos oficiais, ou seja, regulamentos, arquivos, portarias, artigos científicos, teses, dissertações, livros, manuais e sites especializados (BVS - Biblioteca Virtual em saúde, SCIELO - Scientific Electronic Library Online e Google acadêmico) que tratam desta temática.

Os documentos são importantes registros que nos proporcionam informações a fim de compreender acontecimentos, relações e fatos. A análise documental procura identificar, verificar e apreciar esses documentos, de acordo com o objetivo proposto. Esta estratégia é utilizada para além de *“extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos”* (MOREIRA, 2005 apud SOUZA et al, 2011, p. 223).

Algumas vantagens do método de pesquisa documental consistem no baixo custo e na estabilidade das informações por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos. Quanto às limitações, destacam-se a falta da vivência do fenômeno para melhor representá-lo, a falta de objetividade e a validade questionável que consiste numa crítica da corrente positivista (OLIVEIRA, 2007, apud SOUZA et al, 2011).

Segundo Lira (2014) o tipo de pesquisa descritiva é a mais utilizada, pois sua preocupação é descrever um determinado fenômeno ou população tentando uma interpretação. Tem como principais fundamentos: estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, crenças e atitudes de uma determinada população, descobrindo associações entre variáveis.

Quanto às fontes de informação utilizadas foram dos tipos primárias e secundárias, as fontes primárias são aquelas relacionadas com os produtos originados pela pesquisa científica – artigos científicos, teses, ensaios, documentos monográficos, governamentais ou de organismos internacionais, anais de congressos, legislação e documentos não convencionais – como os

relatórios de pesquisa que conformam a literatura cinzenta – publicados em texto completo em meio eletrônico; Já as fontes secundárias são os registros referenciais das fontes primárias sistematizados em índices, bases de dados referenciais e diretórios (BVS, 2016).

A presente pesquisa não envolveu direta ou indiretamente seres humanos, nesse sentido, não se fez necessário à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 (Brasil, 2013).

Foram selecionados para o estudo, os resumos cujos textos completos estavam disponíveis na internet, sendo escolhidos apenas resumos publicados em português, tendo em vista que se buscou experiências brasileiras para responder ao objetivo do trabalho. As palavras – chaves utilizadas foram: Atenção Básica, Redes, Reforma Psiquiátrica e Saúde mental. Essas palavras foram escolhidas devido à quantidade de referências bibliográficas pertinentes ao assunto proposto e na tentativa de atender aos objetivos do trabalho.

Com relação ao cenário do estudo, localiza-se na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, tendo como cidade - sede o município de Caruaru, apresentando 4 microrregiões de saúde, situada no agreste meridional; onde as principais atividades econômicas estão centradas na confecção e comércio têxtil, fazendo parte do triângulo das confecções de Pernambuco.

A região citada possui área territorial de 11.356 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 109,25 hab./km<sup>2</sup>, clima na maior parte dos municípios semiárido quente, com média de 22° a 30° graus. O período mais chuvoso concentra-se entre junho e julho. A altitude média do município de Caruaru é de 550 metros, tendo ponto mais alto da cidade no Morro Bom Jesus com 620 metros. Contudo, o pico dominante da região é a Serra da Taquara ou Brejo do Buraco, com uma altitude de 1.027 metros. A vegetação predominante é a caatinga, cactos, xique-xique, Caroá e Avelos. A bacia hidrográfica é constituída pelos Rios Capibaribe e Ipojuca (Mapa de saúde, 2013).

De acordo com o DATASUS (2016), a rede assistencial especializada encontra-se muito deficitária com a presença na Microrregião VI de 2 CAPS III (transtorno e AD) em Caruaru, Cupira (CAPS I), Agrestina (CAPS I) e Panelas (CAPS I); na Microrregião VII de Gravatá (CAPS II) e São Joaquim do Monte (CAPS I); na

Microrregião VIII de Belo Jardim (CAPS II) e Pesqueira (CAPS II) e na Microrregião IX de Santa Cruz do Capibaribe (CAPS II), Taquaritinga do Norte (CAPS I) e Toritama (CAPS I).

#### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

## 4.1 A implantação do SUS

Os principais movimentos que contribuíram para a construção do SUS foram a Reforma Sanitária impulsionada por vários segmentos da sociedade, tendo seu ápice na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986.

A lei 8080/90 definiu que o SUS se constitui como:

O conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. (Brasil, 1990).

A Conferência de Alma – Ata intitulada como Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, que ocorreu em Setembro de 1978, no Cazaquistão antiga União Soviética, proporcionou transformações significativas no conceito de saúde, reconhecendo a importância do processo saúde-doença, articulados aos fatores condicionantes e determinantes de saúde (alimentação, moradia, atividade física, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais), que foram reconhecidos no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.

Dessa maneira, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, provocando assim ações de saúde direcionadas a garantir condições de bem-estar físico, mental e social. Dentre as modificações a serem implementadas está a proposição do modelo de atenção alternativo, sendo ordenado pela Atenção Primária, com a priorização de ações voltadas ao âmbito coletivo, abrangendo a promoção, prevenção e recuperação da saúde (Bittencourt et al, 2013).

Segundo Giovanella et al (2012) o SUS é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos em todo território nacional, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do estado na garantia desse direito, incorporando em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde.

Nesse sentido, os princípios que integram o SUS têm como premissas a ética e solidariedade para guiar o sistema, os nomeados como princípios doutrinários são os seguintes: Universalidade, que garante o direito à saúde a todos que estiverem no território nacional; Equidade, que assegura a justiça social visando diminuir as disparidades sociais e regionais no país, tratando desigualmente os desiguais, os serviços devem ser ofertados de acordo com a necessidade de cada cidadão ou população e o princípio da Integralidade que preocupa-se em resguardar o cuidado integral do indivíduo (Solha, 2014).

Quanto aos princípios organizativos podemos listar os seguintes: regionalização e hierarquização, resolutividade, participação da comunidade, descentralização e comando único e setor privado de forma complementar (Bittencourt et al, 2013).

Vale salientar que nos anos 90, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOB): em 1991, 1992 (similar a anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foram publicadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) nas versões 2001 e 2002 e, em 2006, as portarias relativas ao pacto pela saúde. Esses instrumentos utilizados ocuparam papel de destaque na regulação nacional da descentralização do SUS, apresentavam caráter transitório, sendo complementadas e substituídas sucessivamente (Giovanella et al, 2012).

Contudo, o SUS foi materializada na Lei nº 8080/1990, chamada de lei orgânica da saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Dessa forma, o dever do estado de garantir a saúde consiste: *“na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que possibilitem a redução dos riscos de doenças e outros agravos, bem como o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços pela população”*. (Brasil, 1990).

A lei 8142/1990 apud Thurler (2013), também considerada lei orgânica da saúde, estabelece o formato da participação popular na gestão do SUS, por meio da realização de conferências e instituição de conselhos de saúde, além de nortear a transferência dos repasses financeiros fundo a fundo do ente federal para as esferas estaduais e municipais. Essa lei propõe-se a regulamentar a reformulação dos papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na

gestão do sistema de saúde, adotando-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criam-se e ampliam-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (Giovannella et al, 2012).

Mais recentemente foi instituído o decreto nº 7508/2011, que regulamenta a lei nº 8080/90 dispendo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Vale salientar, que esse decreto ressalta a necessidade de avanços no enfoque territorial e na capacidade das três esferas conduzirem de modo articulado os processos de descentralização e regionalização em seus respectivos âmbitos de competência (Solha, 2014).

Um dos principais pilares desse instrumento normativo encontra-se no fortalecimento da descentralização dos governos que se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade, os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das Políticas Públicas (Giovannella et al, 2012).

Contudo, os desafios para a implantação do SUS ainda são muitos e de várias ordens como:

Interesses políticos – partidários que fazem com que a gestão do sistema dependa da vontade dos políticos locais; ausência de estrutura dos municípios para organizar e gerir seus serviços de saúde; descomprometimento dos profissionais com os princípios e diretrizes do SUS, para atuar na gestão e na assistência; pressão do empresariado do mercado de saúde contra o sistema; falta de gestão qualificada e de planos de cargos e carreiras para os profissionais; rede prestadora de serviços desarticulada e sucateada; subfinanciamento; baixa participação social no controle do sistema; dependência da rede privada de hospitais para a prestação de serviços; filas de esperas para serviços especializados, entre outros problemas que precisam ser superados (Solha, 2014, p.12).

## **4.2 A Saúde Mental no mundo: breve histórico**

Com o passar do tempo, a loucura adquiriu diferentes representações sociais. Nas sociedades primitivas, o doente mental era considerado detentor de poderes divinos e sabedoria de vida, dessa forma tinha um papel privilegiado na comunidade.(Viola, 2015).

Acredita-se que as primeiras descrições de alterações do humor foram encontradas nas escrituras bíblicas e na mitologia grega. Posteriormente, a visão pré-socrática do homem compartilhada por gregos, hebreus, egípcios, babilônicos e persas entendia a doença física e mental na perspectiva mítica e religiosa, responsabilizando as entidades divinas pelas causas de seus males. Nesse contexto, o sofrimento psíquico relacionava-se a cultura predominantemente teocentrista, tendo a doença como consequência de pecados e /ou possessão demoníaca (Quevedo e Silva, 2013).

Entretanto, na idade média o louco passa a sofrer perseguições da igreja católica decorrentes dos intensos conflitos religiosos vividos na época. Vale salientar, que partilhavam dessas perseguições todos os que estavam fora das normas sociais, como: deficientes físicos, hereges, ladrões, prostitutas, leprosos e vagabundos. Corroborando esse entendimento, surgiram os hospitais como um espaço de aglutinação dessa população marginalizada, iniciando-se o estigma do louco sendo considerado incapaz, irresponsável e violento, essas são as raízes da cultura discriminatória existente até a contemporaneidade(Viola, 2015).

Já no período do renascimento, o racionalismo se sobressai como centro do conhecimento de mundo. Ocorrendo a valorização do saber científico, onde são iniciados estudos sobre a loucura, proporcionando as classificações das patologias mentais, visando à busca do tratamento e cura.

Na primeira metade do século XIX, apresentam-se relevantes contribuições da Psiquiatria Francesa. Dentre as grandes personalidades reveladas destacaram-se os nomes de Philippe Pinel (1745 – 1826) e Jean – Etienne Dominique Esquirol (1772 – 1840). Ao defender a humanização no tratamento, Pinel revolucionou a abordagem da doença mental (Quevedo e Silva, 2013).

Ressalta-se que os primeiros passos da psiquiatria foram reconhecidos pela ciência denominada alienismo, pioneira no estudo do que atualmente se conhece como transtornos mentais. Tendo Pinel como um dos seus principais representantes, que ficou conhecido como o Pai da Psiquiatria (Amarante, 2007).

No desenvolvimento dos fatos verifica-se que a loucura e os loucos tiveram várias compreensões: de demônios a endeusados, de comédia a tragédia, de erro e verdade. Concomitantemente, modificavam os lugares e espaços que ocupavam no contexto urbano, como ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais(Amarante, 2007).

Apesar dessas mudanças, o tratamento norteava-se predominantemente pela exclusão dos pacientes, onde posteriormente foram criados os hospitais psiquiátricos, definidos como instituições totais por ter uma abordagem baseada em relações desiguais de poder, controle e punição, da equipe de saúde para com os internos(Viola, 2015).

É importante destacar às contribuições de Michel Foucault no estudo do modelo de saber e práticas pertencentes à psiquiatria clássica. Ele dedicou-se a teorizar num olhar histórico e crítico às condições que permearam a construção do entendimento sobre a loucura, em sua relação valorativa com a razão, através da interação entre a prática social de internamento, a figura concebida do louco e o discurso produzido a partir da percepção, tornada interpretação. (Amarante,1995).

Os hospitais psiquiátricos praticavam internações prolongadas que levavam a cronicidade do quadro clínico, não existindo um cuidado terapêutico reestruturante do indivíduo.Ao contrário, esse isolamento social proporcionava a despersonalização do sujeito, porque não considerava as vivências, experiências e relações familiares que fazem parte da história de vida do sujeito.

Diante desse panorama, na década de 1950 os atos de violência, abandono e isolamento foram denunciados a sociedade principalmente nos EUA e na Europa, dando início as discussões sobre um novo modelo de atenção à saúde mental. O movimento da reforma Psiquiátrica aconteceu no período pós-guerra através da ascensão dos direitos humanos e civis que propuseram reformas sociais e sanitárias(Costa, sem data).

Um dos principais atores desse movimento foi Franco Basaglia, que na Itália em 1969, propôs uma ruptura efetiva com o modelo manicomial de assistência às pessoas com transtornos mentais para um modelo de base comunitária, proporcionando a desinstitucionalização dos pacientes, deslocando o cuidado para o território através da estruturação de uma rede de saúde substitutiva e extra – hospitalar, com foco no manejo terapêutico da singularidade humana,

responsabilização da família e comunidade, além do restabelecimento da cidadania e autonomia do sujeito.

Vale salientar que Paulo Amarante (1995), reforça a diferença entre desospitalização e desinstitucionalização, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/ manicomiais, ao passo que desinstitucionalizar remete a compreensão de instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Ainda segundo o mesmo autor, o movimento de reforma psiquiátrica trouxe mudanças de paradigma da psiquiatria clássica passando da visão terapêutica de enfermidades, individualista e de cunho assistencial para dar lugar à extensão da psiquiatria aos espaços públicos, objetivando a prevenção e promoção da saúde mental, na perspectiva da saúde coletiva.

### **4.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: principais colaborações para reestruturação no cuidado.**

A reforma psiquiátrica Brasileira é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, sendo um processo histórico em curso, mas com bases sólidas, apresentando diretrizes políticas e um modelo organizativo consistente, enraizados no SUS e como política pública de estado (Zeferino et al, 2015).

Esse movimento teve início em 1970, concomitantemente à reforma sanitária brasileira, com o apoio dos movimentos sociais que lutaram pelos direitos dos cidadãos. Também recebeu influências internacionais do modelo proposto por Franco Basaglia, na Itália (Viola, 2015).

As denúncias de violação dos direitos humanos dos internos, dentre elas agressão, estupro e mortes suspeitas, bem como dos direitos dos profissionais de saúde mental, denunciando más condições de trabalho, caracterizaram a crise dos principais hospitais federais localizados no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, Manicômio judiciário Heitor Carvalho, entre outros), foram o estopim do movimento da luta antimanicomial no Brasil (Amarante, 2013 apud Viola, 2015, p.22).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) é um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surgiu neste mesmo ano(Mello, 2007).

Este movimento por meio de vários campos de luta passou a protagonizar e construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, de mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, São Paulo), em 1987, adota o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”: iniciando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (Mello, 2007).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) I e II foram eventos importantes na reforma psiquiátrica brasileira, sendo realizadas nos anos de 1987 e 1992, estas conferências discutiram a mudança do modelo de atenção à saúde mental, culminando nas III e IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceram em 2001 e 2010. Contudo, a falta de periodicidade regular enfraquece essa importante estratégia democrática de controle e participação social, além de retardar as discussões em torno dos avanços e retrocessos com relação a temática(Giovanella et al, 2012).

Destacou-se também nesse processo a Declaração de Caracas de 1990, feita na Conferência regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica, onde o Brasil se compromete a promover de fato essa reestruturação na assistência psiquiátrica, priorizando os modelos alternativos centrados na comunidade, em detrimento ao modelo hospitalocêntrico e salvaguardar os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais(Declaração de Caracas, 1990 apud Viola, 2015).

Em 2005, foi retomada a “Declaração de Caracas” sob a forma de um documento intitulado “Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas”, a carta de Brasília teve como objetivo avaliar os resultados obtidos desde 1990. Neste documento, os organizadores reconhecem

os avanços que se produziram nos últimos quinze anos na reestruturação da atenção psiquiátrica, contaram as experiências exitosas desenvolvidas em vários países, assim como obstáculos e dificuldades(Hirdes, 2009).

Hirdes (2009) refere à intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que houve a participação médico-legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas.

Corroborando com esse modelo de assistência aos usuários de saúde mental humanizada, foi sancionada a lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental estimulando o tratamento com base territorial e não hospitalocêntrico, também caracterizada como Política Nacional de Saúde Mental.

Nessa lei os usuários são assegurados quanto a qualquer forma de discriminação relativa à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, ao grau de gravidade, tempo de evolução do transtorno, ou qualquer outra(Brasil, 2001).

O artigo 2º da lei 10.216/2001 determina que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, o usuário e seus familiares ou responsáveis serão formalmente informados dos seus direitos, tais como: tratamento com humanidade e respeito; proteção contra qualquer forma de abuso ou exploração; garantia de sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receberem o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento e serem tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis(Brasil, 2001).

Outro ponto importante da lei é a obrigatoriedade de o responsável técnico do estabelecimento comunicar ao Ministério Público Estadual (MPE), a internação psiquiátrica involuntária no prazo de até 72 horas, bem como sua alta da instituição. Essa inovação passou a produzir efeitos muito interessantes ao envolver o MPE nas atividades e responsabilidades de proteção das pessoas em sofrimento mental (Giovanella et al, 2012).

Dessa maneira, a reforma psiquiátrica brasileira deve ser compreendida como processo social complexo, que diz de processos na medida em que se constituem em ocorrências locais e históricas, com atores sociais e conjunturas específicas, singulares e diferenciadas. Além disso, a ideia de processo leva a pensar em movimento, com permanente renovação de atores, conceitos e princípios(Giovanella et al, 2012).

### **4.3 A saúde mental em Pernambuco**

Vislumbra-se o início dos questionamentos sobre o modelo de cuidado em saúde mental de Pernambuco, por volta dos anos 80. Ainda incipientes, as mobilizações para mudanças no tratamento desses usuários eram consideradas episódios isolados, não existindo ainda um movimento articulado para as lutas sociais. (Grunpeter, 2008).

As articulações iniciais do movimento de luta antimanicomial em Pernambuco ocorreram em 1990, dentro do Hospital Psiquiátrico Ulisses Pernambucano. As discussões eram conduzidas por um grupo de profissionais de saúde insatisfeitos com as condições precarizadas de trabalho, além da violação dos direitos Humanos realizadas diariamente contra os pacientes.(Grunpeter, 2008).

Esses profissionais se fortaleceram através da construção e participação ativa nos espaços coletivos, tomando conhecimento das experiências exitosas concretizadas em Santos e Trieste na Itália. Ainda nesse período, a militância pernambucana formulou a I Conferência Estadual de Saúde Mental e um grupo participou das vivências ocorridas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (Grunpeter, 2008).

No ano de 1992, os profissionais de saúde mental criaram o primeiro Hospital - Dia Espaço Azul numa das áreas abandonadas do Hospital Ulisses Pernambucano. Nesse momento, existia a concepção que um modelo alternativo ao hospitalocêntrico atenderia as expectativas. Posteriormente, essa compreensão foi esclarecida e superada, quando entenderam a necessidade de uma equipe e espaço físico diferenciados no intuito de se concretizar a real mudança de

paradigma. Dessa forma, o hospital – dia se transformou no 1º CAPS de Pernambuco e muda para Av. Norte (Grunpeter, 2008).

Nesse sentido, o movimento de luta antimanicomial permanece ativo na contemporaneidade, com seu perfil político e reivindicativo, mantendo sua prática crítica contra a hegemonia da Psiquiatria sobre a loucura e buscando avançar no cuidado qualificado aos usuários (Oliveira, 2008).

Todavia, esse movimento apresenta como característica seu caráter descontínuo e assistemático. No âmbito pernambucano, o movimento se consolidou em 1991, sendo formado por usuários, familiares e técnicos. Dessa forma, compreende-se a importância do engajamento e fortalecimento desse espaço coletivo, tendo em vista os constantes ataques a implantação do modelo formulado na reforma psiquiátrica. (Oliveira, 2008).

Contudo, Pernambuco também traz em seu legado a trajetória profissional de Ulysses Pernambucano, que influenciou diretamente no cuidado a saúde mental brasileira. Atuou nos campos político, da Psiquiatria, da Psicologia e da educação brasileira na primeira metade do século XX (Melo, 2004).

Ulysses Pernambucano contribuiu com a fundação do primeiro Instituto de Psicologia do Brasil, situado no Recife, onde foram feitas as primeiras adaptações e padronizações de testes para a realidade brasileira. Além disso, ficou conhecido pelas reformas implementadas de 1924 – 1926, quando transformou o hospital de Alienados da Tamarineira com seus calabouços e camisas de força, num local de tratamento e outra reforma entre 1931 – 1935, quando além das reformas e melhorias materiais, estabeleceu a internação apenas para os quadros agudos, criando para os demais casos, outros departamentos (Melo, 2004).

Portanto, para o sistema psiquiátrico de Pernambuco e da região Nordeste, Ulysses Pernambucano foi um marco, onde suas mudanças no modelo de cuidado marcou uma época, posicionando-o a frente do seu tempo (Melo, 2004).

Ainda no contexto Pernambucano, dispomos do arcabouço jurídico estadual sobre a reforma psiquiátrica, desde 1994, através da lei Nº 11.064, que trata sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, além de regulamentar a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências (Pernambuco, 1994).

Essa referida lei reconhece os direitos dos cidadãos portadores de transtorno psíquico e os deveres do estado de Pernambuco para com seus usuários, corroborando as diretrizes do SUS, principalmente no que se refere ao tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer tipo de discriminação(Pernambuco,1994).

O conhecimento sobre esse documento nos leva a refletir sobre o tempo que existe o reconhecimento jurídico da necessidade de uma rede de atenção com vistas à mudança de paradigma, mas até a atualidade não houve o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos pernambucanos, nem a implantação dos serviços necessários previstos numa rede intersetorial articulada. Ressaltando a necessidade de aprofundamento das discussões e protagonismo do controle social no planejamento das ações de saúde mental.

Em linhas gerais, o principal objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a doença mental e com o louco, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, ou ainda no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados(Giovanella et al, 2012).

#### **4.5 Redes de Atenção à Saúde**

Um dos conceitos de RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes, o que permite a oferta de atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária a saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo devido, a qualidade certa e de forma humanizada – com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população(Mendes, 2010).

Para o funcionamento exitoso das RAS que não restringem apenas a execução das ações em municípios isolados, foram criadas as regiões de saúde buscando agrupar municípios próximos, valorizando as semelhanças culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes

compartilhados, com o propósito de agregar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.(Brasil, 2011).

Contudo, a regionalização é um instrumento do planejamento regional que identifica e desenha regiões no território, com base em critérios técnicos, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme o projeto a ser implementado(Giovanella et al, 2012).

Mendes (2010) relata a existência de uma crise nos sistemas de saúde contemporâneos, tendo em vista a mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população, mostrando-se alta prevalência de crônicas, em contraponto ofertando respostas incoerentes através de sistemas fragmentados voltados para assistência às agudizações das doenças crônicas, nos pronto - atendimentos e hospitais. Favorecendo o enfraquecimento da atenção básica nos territórios e conseqüentemente a fragilização das estratégias de promoção e prevenção a saúde.

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção isolados e incomunicados uns dos outros e que, por conseqüência são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Nesse sistema, a atenção primária não se comunica com os demais níveis de atenção, o que impossibilita o exercício do papel de ordenadora da rede (Mendes, 2010).

Nesse sentido, a literatura internacional evidencia a eficácia das Redes de Atenção à Saúde (RAS) quanto ao potencial de qualidade dos serviços, aos resultados sanitários, a satisfação dos usuários e redução dos custos com os sistemas de atenção à saúde, considerando o princípio da regionalização(Mendes, 2010).

As RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento da RAS e sua razão de existir é uma população. Esse elemento baseia-se na habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esse público e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (Mendes, 2010).

Com relação ao segundo elemento da RAS caracteriza-se pela estrutura operacional, sendo formada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Essa estrutura operacional compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e de governança (Mendes, 2010).

Quanto ao terceiro elemento constitutivo das RAS caracteriza-se pelos modelos de atenção à saúde. Esses modelos são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, sendo os diferentes tipos de intervenções sanitárias definidos pelas situações demográficas, epidemiológicas e determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2010).

De acordo com Silva (2011), os principais desafios para implementação das RAS relacionam-se à insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, aos processos de formação profissional e seus reflexos na disponibilidade dos profissionais para o serviço público e as dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro.

Dessa forma, a organização de redes regionalizadas e integradas no SUS depende do aperfeiçoamento da gestão intergovernamental nas regiões de saúde, destinado a qualificar as pactuações de responsabilidades entre as esferas de governo (Silva, 2011).

Vale salientar que o processo de descentralização com ênfase na municipalização, data da década de 1990, onde se identificaram alguns progressos na saúde, tais como: a ampliação do acesso aos serviços, à inovação na gestão e o aumento da participação da população (Silva, 2011).

Apesar de a descentralização e, especialmente, a municipalização serem apontadas como o caminho a ser seguido ao longo da construção do SUS, as especificidades de cada município no país são um grande desafio aos gestores públicos (Pupoet al, 2014).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2013 apud Pupoet al (2014) revela que 73% dos municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes. As

desigualdades políticas, culturais, de infraestrutura, de financiamento e de conhecimentos técnicos dificultam o aprimoramento do SUS como um todo. Muitas vezes, os municípios mais estruturados ficam sobrecarregados pela migração da população precedente de municípios menos estruturados.

Para atender as necessidades de saúde, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem a longitudinalidade da atenção à saúde, através das linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção da saúde, além de orientar os usuários e profissionais no caminhar das RAS(Silva, 2011).

Quanto à otimização dos recursos, as RAS têm sido consideradas um importante fator de racionalidade de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, de obtenção da economia de escala e escopo na composição e organização deles(Silva, 2011).

#### **4.6 Rede de Atenção Psicossocial(RAPS)**

A atenção às crises tem sido apontada como um elemento decisivo e estratégico em todo processo de Reforma Psiquiátrica. A amplitude, a qualidade, a efetividade e a humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance dos processos de Reforma Psiquiátrica a partir da constituição de redes de cuidado e reabilitação psicossocial que contemplem as necessidades de atenção dos problemas de saúde mental e álcool e outras drogas na população(Zeferino et al, 2015).

O trabalho em rede é uma condição essencial dessa nova abordagem, pois a base real e o suporte da atenção integral à crise é a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os projetos terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade(Zeferino et al, 2015).

O processo de Reforma exigiu a formalização e a implantação de uma nova rede e um novo modelo de organização dos serviços e estratégias de cuidado e reabilitação. O caminho dessa implantação é complexo e sofre influência de aspectos políticos, sociais e econômicos imersos em correlação de forças e embates. Hoje, esse modelo está delineado e determina a organização em rede na forma de RAPS articulada às RAS do SUS como um todo (Zeferino et al, 2015).

Compreende-se que a RAPS foi formulada com a finalidade de facilitar a implantação, expansão e articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde direcionados às pessoas em sofrimento mental decorrentes de transtornos psiquiátricos ou uso abusivo de substâncias psicoativas, sob responsabilidade do SUS (Brasil, 2011b).

Nesse sentido, a RAPS foi idealizada para garantir o acesso da população aos serviços de saúde mental, fomentando o fortalecimento progressivo do trabalho em rede, que busca respeitar a dignidade humana proporcionando autonomia, liberdade e cidadania aos indivíduos; anteriormente tão estigmatizados pelos padrões impostos pela sociedade (Brasil, 2011b).

Para montar a RAPS devem-se considerar as especificidades loco-regionais, apresentando ênfase nos serviços com base comunitária, caracterizados pela plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços. Além disso, essa rede atua na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

As diretrizes que norteiam o funcionamento da RAPS são (Brasil, 2011b):

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Combate a estigmas e preconceitos; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; Diversificação das estratégias de cuidado; Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; Promoção de estratégias de educação permanente; e Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

De acordo com Brasil (2011b) aRAPS é constituída pelos seguintes componentes:

<b>COMPONENTE</b>	<b>Ponto de Atenção</b>
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
	Centro de Convivência
II. Atenção Psicosocial Especializada	CAPS I
	CAPS II
	CAPS III
	CAPS AD
	CAPS ADIII
	CAPS i
III Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU
IV. Atenção Residencial de Caráter transitório	Unidade de Atendimento Adulto
	Unidade de Atendimento Infante juvenil
V. Atenção Hospitalar	Leitos
	Enfermaria Especializada
VI. Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
VII. Reabilitação Psicossocial	Cooperativas

## **I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

a) **Unidade Básica de Saúde:** serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

b.1. **Equipe de Consultório na Rua:** serviço componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial, conta com uma equipe multiprofissional composta a partir das demandas e realidades locais. Suas ações devem ser compartilhadas e integradas às unidades de saúde da família, CAPS, serviços de urgência e emergência e outros pontos de atenção. Destina-se ao cuidado especializado de pessoas que vivem na rua, nas especificidades de suas vulnerabilidades (Teixeira M. e Fonseca Z, 2015).

b.2. **Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório:** oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. Essa equipe pode ser composta pelos profissionais do CAPS de referência para as residências terapêuticas, incluindo os técnicos de referência das casas e apoio da coordenação de saúde mental (Brasil, 2011).

c) **Centros de Convivência:** São pontos de atenção da RAPS ligados à atenção básica em saúde, abertos a toda a população e que atuam na promoção da saúde e nos processos de reabilitação psicossocial, a partir do resgate e da criação de espaços de convívio solidário, fomento a sociabilidade, produção e intervenção na

cultura e na cidade, constituindo-se em importantes espaços para a ampliação de laços sociais (Brasil, 2015).

d) **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de saúde da família e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidades das equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado (Brasil, 2013).

## **II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

a) **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):** é uma modalidade de serviço criada para atender de forma intensiva as pessoas em sofrimento psíquico considerado intenso e, em geral, persistente. Composto por equipe multiprofissional que atua na perspectiva da reabilitação psicossocial através de oficinas de arte e trabalho, atendimentos individuais e/ou em grupos com usuários e familiares, dentro de um determinado território de adstrição (Giovanella et al, 2012).

O objetivo é que o CAPS trabalhe articulado em rede com outros CAPS, serviços sanitários e dispositivos não-sanitários. Dessa forma, devem atuar intersetorialmente com projetos oriundos das áreas de educação, cultura, transporte, entre outros produzidos no âmbito dos vários setores das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus recursos e possibilidades (Giovanella et al, 2012).

Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades (Brasil, 2015):

**CAPS I:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de quinze mil habitantes;

**CAPS II:** apresenta as mesmas competências do primeiro, porém destina-se a municípios acima de setenta mil habitantes;

**CAPS III:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

**CAPS AD:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

O Brasil apresenta um histórico de omissão ao cuidado às pessoas em uso prejudicial do álcool e outras drogas, havendo a transferência da responsabilidade às instituições religiosas, de justiça e pedagógicas. A complexidade da questão contribuiu para o descaso do estado e possibilitou a disseminação no país de alternativas de caráter fechado e punitivo(Mello, 2007).

Nesse sentido, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema, essa percepção distorcida da realidade do uso abusivo de drogas acabou por promover uma cultura que associa à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem relegados a uma preocupação menos importante (Mello, 2007).

**CAPS AD III:**Atende a mesma clientela do anterior, porém com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

**CAPS I:** atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

As políticas públicas de atenção à saúde mental das crianças e adolescentes foram negligenciadas ao longo do tempo, essa lacuna favoreceu os avanços de instituições privadas e filantrópicas para esse público – alvo. Todavia, a clientela

infanto-juvenil está vulnerável a diversos fatores de risco para problemas de saúde mental, tais como: biológicos, genéticos, psicossociais e ambientais. Esses fatores em interação acarretam sérios prejuízos ao desenvolvimento e comportamento humano (Mello, 2007).

### **III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

### **IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

**a) Unidade de Acolhimento:** oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas e em ambiente residencial; oferta acolhimento voluntário para pessoas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas nos CAPS, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O período de permanência pode ser de até 6 meses, de acordo com o projeto terapêutico singular que está sendo desenvolvido (Brasil, 2015).

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - **Unidade de Acolhimento Adulto**, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - **Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil**, destinadas a adolescentes e jovens (entre doze e dezoito anos completos).

**V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:**

**a) Enfermaria especializada em Hospital Geral:** trata-se de leitos de saúde mental nas enfermarias especializadas em saúde mental no hospital geral. O acesso a estes pontos de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais de gestão: central de regulação ou por intermédio do CAPS de referência (Brasil, 2015).

**b) Serviço Hospitalar de Referência:** trata-se de leitos de saúde mental nas enfermarias de clínica médica, pediatria ou obstetrícia com habilitação para oferecer suporte hospitalar em saúde mental quando necessário. Realiza atenção, em regime de internação, às pessoas cujo agravamento clínico justifique o acesso à tecnologia hospitalar. Provê internações de curta ou curtíssima duração para o restabelecimento de condições clínicas, elucidação diagnóstica e/ou investigação de comorbidades responsáveis por situações de agravamento (Brasil, 2015).

**VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:**

**a) Serviços Residenciais Terapêuticos:** são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Uma residência deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, nos dilemas e nos conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário (Mello, 2007).

**b) Programa de Volta para Casa:** é um dos instrumentos mais efetivos de reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. O objetivo do programa é ofertar o pagamento mensal de um auxílio- reabilitação, no valor de R\$ 240,00 aos seus beneficiários. Os benefícios desse programa estão na intervenção significativa quanto ao poder de contratualidade social dos benefícios, potencializando sua emancipação e autonomia(Mello, 2007).

**VII - Reabilitação psicossocial:** refere-se às iniciativas de geração de trabalho e renda, aos empreendimentos solidários, às cooperativas sociais e às ações de caráter intersetorial para a reinserção no trabalho, das pessoas com experiências de sofrimento decorrentes de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2015).

Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, a ampliação da autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários e de seus familiares(Brasil, 2015).

Todavia, as redes acionadas na reinserção psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico vão além das redes formais compostas pelos serviços públicos disponíveis no protocolo e fluxo de atendimentos.

Baseado em Guarát al (1998) existem vários tipos de redes sociais que podemos acionar no espaço local, elas se mostram muito eficazes nas intervenções e continuidade do cuidado no território, tendo em vista que envolvem vínculos de solidariedade e afetividade.

Conforme o mesmo autor, as redes sociais classificam-se como:

<p><b>Rede social espontânea</b> – constituída pelo núcleo familiar, pela vizinhança, pela comunidade e pelas instituições religiosas; são consideradas redes primárias, sustentadas em princípios de cooperação, solidariedade e afetividade;</p>
--

<p><b>Redes sócio comunitárias</b> – constituídas por agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros, entre outros que objetivam oferecer serviços assistenciais, organizar comunidades e grupos sociais;</p>
---

<p><b>Redes sociais movimentalistas</b> – constitui-se por movimentos sociais que</p>
---

lutam pela garantia dos direitos sociais (creche, saúde, educação, habitação, terra...), caracteriza-se por defender a democracia e a participação popular;
<b>Redes setoriais públicas</b> – são aquelas que prestam serviços e programas consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, cultura, lazer, entre outros;
<b>Redes de serviços privados</b> – constituída por serviços especializados que se dedicam a atender a quem pode pagar por eles. Exemplos: educação, saúde, habitação, previdência, etc.
<b>Redes regionais</b> – constituídas pela articulação entre serviços em diferentes áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região e,
<b>Redes intersetoriais</b> – são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Observa-se que, num município, são possíveis diferentes formas de manifestação das redes e que uma não exclui a existência da outra, porém preconiza-se que haja um avanço no sentido de organizar as redes intersetoriais, se o objetivo for otimizar as ações públicas para o enfrentamento das iniquidades (Guará et al, 1998).

#### **4.7Saúde mental e atenção primária**

O desenvolvimento da estratégia de saúde da família (ESF) nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS, buscando atender ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, derivada do Programa de Saúde da família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o PSF criado na década de 1990, vem investindo maciçamente na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças e agravos, alcançando avanços significativos no âmbito da saúde coletiva (Mello, 2007).

A definição de atenção básica presente na política é:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, 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, 2012).

A ESF já chega a todo território nacional, tendo como campo de atuação as famílias, as pessoas, suas relações comunitárias e o meio ambiente. A equipe básica é composta pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Porém, para atender ao princípio da resolutividade deverá receber apoio matricial do NASF, bem como das equipes do CAPS, do apoiador institucional e serviços intersetoriais como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Conselho tutelar, educação, entre outros (Mello, 2007).

As diretrizes da atenção básica foram promulgadas por meio da portaria nº 2488/2011 que aprova a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, essa portaria inova a organização do SUS, pois coloca a atenção básica como o nível central do sistema, com diversas responsabilidades, dentre as quais coordenar a integralidade da assistência por meio da articulação das ações curativas, de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças. Porém, os serviços ainda estão em processo de estruturação e a discussão sobre a articulação da RAS vem sendo realizada em outros níveis de atenção (Solha, 2014).

Nesse ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente delimitado, possibilitando aos profissionais uma proximidade para conhecer profundamente a história de vida e os contextos envolvidos no processo saúde-doença das pessoas (Brasil, 2013).

Devido à proximidade com as famílias adstritas esse equipamento constitui-se com potencial de fortalecimento dos vínculos afetivos entre a equipe e usuários, sobretudo na dinâmica da longitudinalidade e continuidade do cuidado. Dessa forma, apresenta-se como um serviço potente no enfrentamento dos problemas de saúde pública, incluindo o manejo com pacientes em sofrimento mental devido a transtornos orgânicos e comportamentais, bem como alterações devido ao uso problemático de álcool e outras drogas.

Todavia, existe um componente subjetivo associado a toda e qualquer doença orgânica, que por vezes se apresenta na forma de dificuldade de adesão ao

tratamento e ações preventivas nos serviços. Esse contexto, segundo Mello (2007) inferiu que todos os problemas de saúde são também de saúde mental e que as intervenções nesse campo são igualmente consideradas produção de saúde, cabendo ao profissional o desafio de perceber e intervir nessas questões.

Diante do exposto, ainda de acordo com o autor, torna-se necessário o fortalecimento da articulação entre a saúde mental e atenção básica, principalmente no incentivo ao protagonismo dos usuários e familiares com relação à cidadania e ações de saúde, e corresponsabilização da comunidade objetivando transformar os espaços públicos em locais sustentáveis e acessíveis as diferenças e dificuldades inerentes à pessoa humana.

Contudo, é relevante enfatizar que não se trata de uma sobreposição de atividades a ESF, mas diz de um processo de incorporação de responsabilidades e aprimoramento das competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de forma que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral a saúde (Brasil, 2013).

De acordo com o DATASUS 2016, existem cadastradas 330 Unidades de Saúde da Família (USF) e 30 NASF implantados na IV GERES. Além disso, não existem implantados serviços de consultório na rua em nenhum município pertencente à área de abrangência. Dessa forma, compreende-se que a quantidade de serviços implantados não se apresenta suficiente para a população adstrita, tão pouco sua capacidade resolutiva está a contento, segundo as diretrizes padronizadas pelo Ministério da Saúde. Sobretudo, devido a grande extensão territorial e altos níveis de vulnerabilidade social nas comunidades, decorrentes principalmente da violência e tráfico de drogas, dentre outros fatores.

Por outro lado, existe um grande potencial de atuação na gestão do município de Caruaru, caracterizado pela presença significativa e resolutiva do apoio institucional na atenção primária, tratando-se de uma proposta em que profissionais com formação na área de saúde encarregam-se em fazer a ponte entre o usuário, os serviços da ponta e a gestão municipal. Dessa forma, estreitam-se os vínculos entre os atores envolvidos, produzem-se mediadores dos conflitos existentes, são participantes ativos do processo de planejamento,

execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde in loco, entre outros atributos.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes da atenção básica. Tal compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode efetivar-se por meio de discussões de casos, intervenções e atendimentos conjuntos junto as famílias e comunidades, além de supervisão e capacitação(Mello, 2007).

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe local. Em todos os cenários, o matriciamento busca construir coletivamente as estratégias de abordagem de problemas vinculados a violência, ao abuso de álcool e outras drogas, a estratégia para a redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura, o combate ao estigma e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial(Mello, 2007).

Não obstante, a saúde mental foi pioneira na implementação do Programa Nacional de Humanização – PNH, que pressupõe posturas e ações diferenciadas, tais como: escuta qualificada, acolhimento, clínica ampliada, ambiência, projetos terapêuticos singulares, etc. (Brasil, 2007). Nesse sentido, existe uma via de mão dupla, onde tanto a atenção especializada contribui com a atenção básica como acontece o inverso concomitantemente.

Dessa forma, enfoca-se a importância de realização do acolhimento das demandas de saúde da população que as procuram nas unidades de saúde da família. O acolhimento é uma ação na qual são ouvidas as necessidades do usuário e, a partir delas, decide-se com o usuário e outros membros da equipe, quais as atividades e atendimentos são necessários para aquela situação (Solha, 2014).

As possibilidades para a resolução das demandas trazidas pela população são muitas, mas só serão resolutivas se a equipe estiver disposta a ouvir realmente o motivo que trouxe o usuário ao serviço e decidir com ele qual a melhor ação. Muitas vezes, os usuários pensam que apenas atendimentos

médicos resolverão seus problemas, mas uma escuta adequada com orientação coerente pode mostrar-lhe que as soluções podem ir além de uma consulta(Solha, 2014).

#### 4.8 Caracterização da IV GERES

Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Geres - Gerências Regionais de Saúde. Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas (Portal da SES/PE).

A Região de Saúde é formada por quatro microrregiões: Constituída por 32 municípios, dos Agrestes Central, Meridional e Setentrional. (Pernambuco, 2013).

Distribuição dos municípios por microrregionais da IV GERES.

Microrregião VI (Agrestina, Altinho, Caruaru sede, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, São Caetano).	Microrregião VIII (Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Una, Tacaimbó)
Microrregião VII (Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, Sairé, São Joaquim do Monte),	Microrregião IX (Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes).

Fonte: Pernambuco, 2013.

O Município de Caruaru, sede da região, posiciona-se estrategicamente e concentra a maior oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção do

sistema, sendo considerado o único município de grande porte, tendo na IV GERES 6 municípios muito pequenos, 19 de pequeno porte e 6 de médio porte.(Pernambuco, 2013).O porte dos municípios integrantes dessa região de saúde são informações relevantes porque vão nortear a distribuição de recursos financeiros tripartite, tomando por base o porte e a quantidade de habitantes, dessa forma não são considerados diretamente o perfil epidemiológico (morbidade e mortalidade) na implantação das políticas de saúde.

A IV GERES é cortada por várias vias e rodovias, tendo grande fluxo diário de pessoas entre os municípios vizinhos. As principais rodovias que cortam a região são a BR 232, BR 104 e PE 103. A distância média entre os municípios é de 77 Km e dos municípios para a sede Caruaru é de 40,5 Km (Pernambuco, 2013).

A população desta região de saúde é estimada em 1.324.382 habitantes, representando 14,1% da população de Pernambuco, a segunda região mais populosa do estado. O município com maior porte populacional é Caruaru com 316.912 habitantes, enquanto o de menor porte é Ibirajuba com 7.534 habitantes.

A maioria da população da região é urbana com 77% e encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (227.487 habitantes). Quanto ao sexo, a população é praticamente distribuída igualmente, sendo 49% masculina e 51% feminina.(Pernambuco, 2013). Nesse sentido, depreende-se que a população jovem é predominante nessa região, além de ter uma singela maioria de mulheres com alta taxa de fecundidade, esses dados são importantes no planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação com maior ênfase nessa população.

As principais atividades econômicas estão ligadas a agricultura (mandioca, feijão, milho, banana e tomate), indústria (alimentícia, têxtil e de couros), prestação de serviços, comércio, administração pública e pecuária (Pernambuco, 2013). Contudo, verifica-se a relevância da atividade de comércio e têxtil historicamente nessa população tendo por referência as cidades de Caruaru, Santa Cruz do Capibaribe e Toritama que são considerados o triângulo das confecções.

Segundo o IBGE (2002), o Índice de desenvolvimento humano (IDH) da IV GERES é 0,634 sendo considerado médio, ao passo que em Pernambuco é 0,705 sendo entendido como alto. Contudo, o município de Caruaru apresenta um IDH

alto com 0,767, o único município da região, 13 municípios têm o IDH baixo e o restante dos municípios possuem IDH médio.

Vale salientar que o IDH do Brasil é de 0,766 considerado alto. O IDH é um índice que se propõe a considerar outras variáveis sociais, culturais e políticas no desenvolvimento das pessoas e regiões, tais aspectos são escolaridade, longevidade e renda per capita. Essa média varia de 0 a 1, os locais com valor mais próximo de zero têm maior índice de pobreza como é o caso dos países em desenvolvimento, ao passo que os locais que estão perto do 1 são mais ricos e desenvolvidas.

O Produto Interno Bruto per capita (PIB) de Caruaru é R\$ 6.222,00, sendo o 6º município de Pernambuco e 1º dos municípios do interior de PE, além de ser a 5ª maior participação na economia do Estado. Consolidando esse panorama tem o município de Belo Jardim que também se destaca apresentando o 5º maior PIB do interior e 13º do estado. Contudo, o PIB da IV GERES representa apenas 9% do PIB do Estado de Pernambuco. (Pernambuco, 2013). Essa referência mostra as disparidades econômicas no desenvolvimento das diferentes regiões do Brasil, interferindo diretamente na qualidade de vida das pessoas.

<b>EQUIPAMENTOS PERTENCENTES À RAS DA IV GERES</b>
Hospital Jesus Nazareno (Caruaru)
Hospital Mestre Vitalino (Caruaru)
Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira (Caruaru)
UPA Dr. Horácio Florêncio (Caruaru)
UPAE Ministro Fernando Lyra (Caruaru)
UPAE Padre Assis Neves (Belo Jardim)
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública da IV GERES
LAFEPE - Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
Fundação Hemope - Hemocentro regional de Caruaru

(Portal da SES/PE)

No contexto da IV GERES, evidencia-se uma RAPS em processo lento de construção. No que se refere ao movimento de reforma psiquiátrica nessa região,

pode-se dizer que antes dessas mudanças assistenciais de cuidado a saúde mental pautada na descentralização, existiam 2 Hospitais Psiquiátricos de referência aos usuários, o Hospital Psiquiátrico Dr. Veloso na cidade de Caruaru mas com abrangência regional para todo Agreste Pernambucano, fechado no ano de 2011 e o Hospital Ulisses Pernambucano com abrangência Estadual que atualmente continua em processo de fechamento, funcionando como retaguarda para o Estado de Pernambuco.

Desde o ano de 2013, foi pactuada através da Resolução CIR nº 204 e CIB Nº 2692 a implantação da RAPS da IV GERES, atualmente sem apresentar o êxito esperado quanto à implantação dos serviços necessários para o funcionamento adequado dessa rede, o que traz como consequência a desassistência dos usuários, sobretudo em municípios com menor quantidade de habitantes, o que corresponde a inferior aplicação de recursos financeiros das demais instâncias federativas.

De acordo com o levantamento quantitativo relacionado aos equipamentos da IV GERES, identifica-se um déficit de 100% quanto à implantação dos centros de convivência (32) e projetos de trabalho e geração de renda (27) que estão previstos na maioria dos municípios. Isso representa sérias dificuldades de cobertura desses serviços, gerando desassistência nos âmbitos da promoção e reabilitação psicossocial. Tendo em vista que os Centros de Convivência e Cultura são pontos da RAPS ligados à atenção primária em saúde, sendo aberto à toda população de cunho intersetorial para o desenvolvimento social. Esse equipamento trabalha com o objetivo de resgate e criação de convívio solidário, intervindo e produzindo cultura na cidade, na lógica da ampliação dos laços sociais de pessoas em situação de vulnerabilidade, agregando pessoas diferentes a partir de interesses comuns (Brasil, 2015).

Quanto à inexistência dos projetos de trabalho e geração de renda, representam sérios prejuízos no campo da reabilitação e reinserção social, sendo pilares fundamentais da resolutividade e mudança de modelo de cuidado na RAPS.

Essas estratégias se fundamentam nas iniciativas de empreendimentos solidários, cooperativas sociais e intervenções singulares, com intervenções intersetoriais para inserção no mercado de trabalho de pessoas com vivências de

sofrimento psíquico, decorrentes de transtornos mentais e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Tendo como objetivo o fortalecimento da autonomia e melhora nas condições concretas de vida (Brasil, 2015).

A Assistência Especializada encontra-se muito deficitária com a presença na Microrregião VI de 2 CAPS III (transtorno e AD) em Caruaru, Cupira (CAPS I), Agrestina (CAPS I) e Panelas (CAPS I); na Microrregião VII de Gravatá (CAPS II) e São Joaquim do Monte (CAPS I); na Microrregião VIII de Belo Jardim (CAPS II) e Pesqueira (CAPS II) e na Microrregião IX de Santa Cruz do Capibaribe (CAPS II), Taquaritinga do Norte (CAPS I) e Toritama (CAPS I).

Dessa forma, estão implantados 12 CAPS segundo DATASUS (2016) desta quantidade somente 1 é caracterizado como CAPS AD, Contudo, no desenho proposto na RAPS da IV GERES, estão previstos 44 CAPS, dentre eles tipos I, II, III, I e microrregionais. Dessa forma, sugere-se uma repactuação desses acordos celebrados em documentos e não colocados em prática. Intuindo, a possibilidade de fortalecer os serviços microrregionais com investimentos tripartites, tendo em vista as dificuldades financeiras que todas as instâncias vêm passando.

Torna-se necessário também capacitar os profissionais dos CAPS tipos I e II nos municípios para atendimentos de demandas de álcool e outras drogas e infante-juvenil, tendo em vista a proposta de atendimentos da população em geral no que tange a saúde mental em casos graves e persistentes. Essa possibilidade vem diminuir as lacunas existentes no atendimento desses públicos-alvo.

Existe a proposta de implantação de 56 leitos integrais de saúde mental na IV região de saúde, porém até o momento somente foram implantados 6 leitos no município de Caruaru. Contudo, existe um número significativo de leitos em clínica médica nos hospitais municipais de pequeno porte, com taxas de ociosidade que permite a qualificação desses leitos para a realização de cuidados intensivos de saúde mental (Mapa de saúde, 2013).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) estão pactuados em 4 municípios espalhados nas microrregiões, porém atualmente somente 2 foram implantados no município de Caruaru. As unidades de acolhimento adulto e infante-juvenil seguem o mesmo modelo das residências terapêuticas, porém ainda não foram implantadas em nenhuma microrregião. Já o consultório de rua somente foi pactuado e implantado na cidade de Caruaru.

A falta de serviços e profissionais qualificados para o atendimento da população citada indica que esse problema persistirá por alguns anos, devendo receber maior atenção e prioridade da gestão pública e da sociedade em geral (Mello, 2007).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção de uma assistência à saúde voltada às pessoas com transtornos mentais apresentou uma trajetória de caráter emancipatório dos sujeitos, após o reconhecimento da ação conjunta dos profissionais de saúde, dos familiares e da comunidade, criando Redes de apoio na perspectiva da promoção de saúde e prevenção em saúde mental.

Fortalecendo tal premissa é indiscutível que a RAPS está embasada nos princípios pertencentes aos direitos humanos, sobretudo na liberdade e autonomia dos sujeitos. Esse dispositivo tem fortalecido a integralidade e equidade no acesso a assistência em saúde mental, à medida que preconiza fluxos de Rede ordenados pela atenção básica, intervindo nas peculiaridades presentes nos diversos territórios adscritos.

A perspectiva vislumbrada durante o trabalho reforça a importância do norteamento pelos princípios ético – técnico – políticos de organização dos pontos de atenção da RAPS e subsidia o planejamento de ações de saúde eficazes.

É fundamental à estruturação dos dispositivos preconizados pela Política Nacional de Saúde mental e a corresponsabilidade dos entes federativos num esforço conjunto de construção e resolutividade dos agravos que acometem a população com transtornos mentais.

Otimização do acesso à saúde mental através de pactos e investimentos na Atenção Básica (que deve ser ordenadora do cuidado em saúde), apresenta-se como ponto chave na resolutividade dos agravos diminuindo os encaminhamentos a níveis mais complexos da assistência. Essa lógica de atenção permite otimização de recursos tanto financeiros quanto humanos.

É importante mencionar também, a relevância da Educação Permanente dos atores envolvidos, sendo vislumbrado que ações mais resolutivas podem ser

alcançadas utilizando-se ferramentas de referência e contra referência dos usuários eliminando possíveis nós nas Redes de cuidado e otimizando recursos.

O cuidado continuado deve ter a ênfase na promoção e recuperação da saúde mental, em serviços descentralizados, o que qualifica as intervenções na atenção primária e o acesso as diferentes densidades tecnológicas utilizadas na saúde.

Outro ponto indiscutível nesse processo de atenção é o componente de humanização presente no desenho da Política Nacional de Saúde Mental, em que traz para o centro do cuidado o próprio paciente e sua história de vida dentro do seu território, facilitando seu restabelecimento em possíveis crises.

Para melhor qualificação da assistência é necessário pensar estratégias de sensibilização de gestores que promovam a regionalização do cuidado. A qualificação dos gestores de saúde mental é algo importante para o alcance dessa sensibilização e eficiente intervenção desses na Rede, considerando seu papel fundamental de articulador intersetorial.

Não se pode deixar de evidenciar alta rotatividade de profissionais que pode, ser considerado um fator relevante na composição da RAPS nessa GERES. Tal rotatividade pode ser associada à fragilidade dos vínculos empregatícios, somados a falta de critérios técnicos na escolha de gestores locais podendo perpetuar ações dissonantes da política assistencial.

É importante mencionar as contribuições recebidas pela IV GERES decorrentes da parceria entre Secretaria Estadual de Saúde, Escola de Saúde Pública e Universidade de Pernambuco que são representadas por significativos ganhos na melhoria da organização dos serviços de saúde na Rede Pública, na formação e qualificação dos profissionais e principalmente possibilitou os avanços na produção de conhecimento científico sobre saúde coletiva nessa região.

Como demonstrado no corpo deste estudo, a interiorização pode ser apontada como um dos principais desafios da saúde mental em Pernambuco, já que alguns dispositivos como CAPS e Residências Terapêuticas estão concentrados na Região Metropolitana do Recife.

O norte ideal é que todos os municípios possam contar pelo menos um serviço básico em relação à saúde mental, de preferência localizado na Estratégia de Saúde da Família, com profissionais capacitados nesse tipo de cuidado e

articulados com o matriciamento das equipes especializadas em serviços regionalizados.

Em linhas gerais, houve a apropriação do cenário local vivenciado na IV Gerência Regional de Saúde, expondo suas principais características de população, geografia, IDH, serviços de saúde implantados e pactuados nas instâncias de governança, além da identificação dos principais nós que devem ser alvo de intervenções para qualificação da RAPS na IV GERES.

Explanou-se a interação existente entre a Saúde Mental e Atenção Básica no contexto da IV GERES, trazendo como uma grande potencialidade disponível. Interação mais prevalente, sobretudo nos municípios pequenos, que não preenchem os requisitos para aquisição dos serviços especializados.

Compreendeu-se como funciona a RAPS, quanto aos seus princípios norteadores, objetivos e diretrizes. Possibilitando o maior conhecimento dos serviços preconizados para o cuidado holístico do usuário, inclusive reconhecidas pela Constituição Federal.

O trabalho mostrou a necessidade de maior estruturação da RAPS na IV GERES quanto aos dispositivos já acordados nas instâncias de deliberações, o que possibilita inferir possíveis exclusões na assistência em saúde mental nesse território.

Desta forma, propõe-se a estimular as discussões e deliberações nos espaços de gestão, controle social e assistência através do diagnóstico situacional dos municípios da IV GERES para garantir melhor estruturação e eficácia nos fluxos de atendimentos.

O presente trabalho contribui na ampliação do acervo de documentos científicos sobre a implantação da RAPS em Pernambuco, bem como o processo de reforma psiquiátrica, tendo em vista, que existem poucas referências bibliográficas voltadas para esse território. Além disso, outros estudos qualitativos são fundamentais para compreender situações que demonstrem a qualidade do atendimento em saúde mental.

Espera-se que, o trabalho desenvolvido seja um passo importante para o desdobramento de outras pesquisas, a sistematização de ações que venham favorecer as estratégias de saúde mental na rede pública e contribua com a formação de futuros profissionais.

## Referências

- AMARANTE, P.; (Org.) **Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.**2ª edição. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo.**Saúde Mental e Atenção psicossocial.**Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo (Org.) **Vigilância do óbito Materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** / organizado por Sônia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. – Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.
- BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_informacoes\\_gestao\\_in terfederativa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_in terfederativa.pdf)>.

- BRASIL. P. G. M. 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, v. 23, 2011b.

Disponível

em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em:23/05/2016.

- -----, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

Disponível

em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 23/05/2016.

- -----, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e deUA**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

- -----, **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. 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. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 20 set. 1990a.

Disponível

em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>.

Acesso em:03/05/2016.

- -----Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.**2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.  
Disponível em: [www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos\\_terapeuticos.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf)  
Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.
- -----Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para **Assuntos Jurídicos.**Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental.  
Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).  
Acesso em: 26 de fevereiro de 2016.
- -----Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- -----Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.**(Caderno de Atenção Básica, n.34).**
- -----Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.Disponível em:  
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.  
Acesso em: 07/05/2016.
- COSTA, A. C. de F. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.**Disponível em:<<http://gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao07DireitoSaudeMental.pdf>>. Acesso em 31 de março de 2016.

- GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. Ed. ver. eamp. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GRUNPETER P. V. **A participação dos portadores de transtornos mentais no movimento de luta antimanicomial em Pernambuco**. Recife, 2008.  
Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9521>.  
Acesso em: 23/05/2016.
- GUARÁ, Isa M. Ferreira da R. et. al. **Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente**. São Paulo: IEE/PUC – SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.
- HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **CienSaudeColet**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>.  
Acesso em: 23/05/2016.
- LIRA, Bruno Carneiro. **O Passo a passo do trabalho científico** / Bruno Carneiro Lira. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2006;22(8):1639-48.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992, 4a ed. p.43 e 44.
- MELO, Walter. Ulysses Pernambucano: o enamorado da liberdade. **Mnemosine**, 2004.  
Disponível em:  
<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/37>  
Acesso em: 23/05/2016.
- MELLO, M.F. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**/ Marcelo Feijó de Mello, Andrea de Abreu Feijó de Mello, Robert Kohn, organizadores. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

- MENDES E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, p. 2297 – 2305.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>  
Acesso em: 23/05/2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Informações de Saúde. Tipo de Estabelecimento, 2016.  
Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpe.def>  
Acesso em: 19/04/2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Informações de Saúde, 2016.  
Disponível em:  
[http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista\\_caps.php?output=csv&ufs=26&ibges=&cg=&tc=&regiao=&rm=&qs=&ufcidade=Pernambuco&qt=185%20munic%C3%ADpios&pop=9345173&cor=005984&output=html&title=](http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=csv&ufs=26&ibges=&cg=&tc=&regiao=&rm=&qs=&ufcidade=Pernambuco&qt=185%20munic%C3%ADpios&pop=9345173&cor=005984&output=html&title=)  
Acesso em: 19/04/2016.
- OLIVEIRA, José Rogério de. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001)**. 2008.  
Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7388>.  
Acesso em: 23/05/2016.
- PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Lei n. 11.064 de 16 de maio de 1994**. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 1994.  
Disponível em:  
<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=11064&complemento=0&ano=1994&tipo=&url=>  
Acesso em: 05/04/2016.
- PERNAMBUCO, **Mapa de Saúde**, Secretaria Estadual de Saúde, 2013.
- PUPO, G. D. et al. **Rede de atenção à saúde**. 2014.
- SILVA S.F. Organização de Redes Regionalizadas e Integradas de atenção à saúde: desafios do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, p. 2753 –

- 2762.Disponível em:  
<http://search.proquest.com/openview/9aa531e20dbf770ea566e87dbb9fb4af/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>. Acesso em: 23/05/2016.
- SOLHA, R. K.T. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas** – 1. ed.- São Paulo: Editora Érica/ Saraiva, 2014.
  - SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita AntoniaVillar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>> Acesso em: 14/04/2016.
  - TEIXEIRA, M. e FONSECA Z. (org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas/** organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca – 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2015.
  - THURLER, L. **SUS: Legislação e questões comentadas/** LenildoThurler – 3. ed.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
  - VASCONCELOS, Cipriano M; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: Gastão W. S.; et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.531- 62.  
Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462013000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462013000200008&script=sci_arttext) Acesso em: 23/05/2016.
  - VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. saúde colet.** [online]. 2013, vol.21, n.4 [citado 2016-05-26],p.457-464. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2013000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000400015&lng=pt&nrm=iso)>.ISSN1414-462X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400015>.
  - VIOLA, A.C.S. **Longo caminho a percorrer na volta para sociedade, o Ministério Público e a desinstitucionalização em saúde mental**. ENSP, Rio de Janeiro, 2015.

Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=757589&indexSearch=ID>

Acesso em: 23/05/2016.

- ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado** / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 3ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.
  - Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>.
- Acesso em: 10/03/2016.
- Disponível em: <https://prezi.com/q3jcs6de5fvp/iv-geres-caruaru/>
- Acesso em: 14/04/2016.
- Disponível em: <http://guiabvs2011.bvsalud.org/operacao-da-bvs/redes-de-conteudos/tipologia-das-fontes-de-informacao/>

Acesso em: 22/05/2016.