

## CONCEPÇÕES DE RESIDENTES EM SAÚDE MENTAL SOBRE O CUIDADO OFERTADO EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conceptions of residents in mental health on care provided in a psychosocial attention network

Concepciones de residentes en salud mental sobre el cuidado ofertado en red de atención psicosocial

**Mikaelly Duarte Leite**

Universidade Federal da Paraíba, UFPB,  
João Pessoa, PB, Brasil  
mikaellyd129@gmail.com

**Márcia Maria Mont' Alverne de Barros**

Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.  
marciamontalverne10@hotmail.com

### Resumo

A Rede de Atenção Psicossocial-RAPS é constituída por serviços e dispositivos voltados para a superação da lógica manicomial, priorizando, dentre outros aspectos, o exercício da cidadania e inserção social das pessoas com transtornos mentais. Neste cenário, compreende-se que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental é relevante para o processo de qualificação dos serviços, no que concerne ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial, à integralidade da atenção e qualificação das práticas dos trabalhadores dos serviços de saúde. Objetivou-se nesse estudo, conhecer as concepções da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Paraíba acerca do cuidado em saúde mental prestado na RAPS de João Pessoa e Cabedelo. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, desenvolvida a partir da abordagem qualitativa, realizada com 8 residentes. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, e para sua interpretação, seguiu-se a análise de conteúdo. Os resultados indicaram, a partir dos relatos das residentes, fragilidades concernentes à desvalorização do trabalhador e da saúde mental e condições de trabalho precárias, por exemplo, dificuldades relevantes que estão em discordância com as propostas do novo modelo de atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileira. No entanto, os achados da pesquisa também evidenciaram potencialidades da RAPS e contribuições importantes dos residentes nestes serviços, às quais estão em consonância com os pressupostos do cuidado ancorado na atenção psicossocial, como o apontamento de profissionais identificados com a saúde mental e práticas das residentes que favoreceram o empoderamento, autonomia e protagonismo dos usuários.

**Palavras-chave:** Rede de Atenção Psicossocial; Residência Multiprofissional; Saúde mental.

### Abstract

The Psychosocial Attention Network (RAPS) consists of services and devices aimed at overcoming the asylum logic, prioritizing, among other aspects, the exercise of citizenship and social insertion of people with mental disorders. In this scenario, it is understood that the Multiprofessional Residency in Mental Health is relevant to the qualification process of the services, regarding the strengthening of the psychosocial care network, to the integral attention and qualification of the practices of health service workers. The objective of this study was to understand the conceptions of the first group of the Multiprofessional Residency in Mental Health of Paraíba regarding the mental health care provided in the RAPS of João Pessoa and Cabedelo. It is a descriptive-exploratory research, developed from the qualitative approach, carried out with 8 residents. A semi-structured interview was used, and for its interpretation, content analysis was followed. The results indicated, from the residents' reports, weaknesses concerning worker devaluation and mental health and precarious working conditions, for example, relevant that are in disagreement with the proposals of the new psychosocial care model and the Brazilian psychiatric reform. However, the research findings also highlighted the potential of RAPS and the important contributions of residents in these services, which are in line with the assumptions of care anchored in psychosocial care, such as the identification of professionals identified with mental health and practices of residents who favored the empowerment, autonomy and protagonism of the users.

**Keywords:** Psychosocial Attention Network; Multiprofessional Residence; Mental health.

### Resumen

La Red de Atención Psicosocial-RAPS está constituída por servicios y dispositivos orientados hacia la superación de la lógica manicomial, priorizando entre otros aspectos, el ejercicio de la ciudadanía e inserción social de las personas con trastornos mentales. En esse escenario, se comprende que la Residencia Multiprofesional en Salud Mental es relevante para el proceso de calificación de los servicios, en lo que concierne al fortalecimiento de la red de atención psicosocial, a la integralidad de la atención y calificación de las prácticas de los trabajadores de los servicios de salud. En esse estudio, se objetivó en esse estudio conocer las concepciones de la primera clase de la Residencia Multiprofesional en Salud Mental de Paraíba acerca del cuidado en salud mental prestado en la RAPS de João Pessoa y Cabedelo. Se trata de una investigación descriptiva-exploratoria, desarrollada a partir del abordaje cualitativo, realizada con 8 residentes. Se utilizó una entrevista semiestructurada, y para su interpretación, siguió el análisis de contenido. Los resultados indicaron, a partir de los relatos de las residentes, fragilidades concernientes a la devaluación del trabajador y de la salud mental y condiciones de trabajo precarias, por ejemplo, dificultades y desafíos relevantes que están en desacuerdo con las propuestas del nuevo modelo de atención psicosocial y de la reforma Psiquiátrica brasileña. Sin embargo, los hallazgos de la investigación también evidenciaron potencialidades de la RAPS y contribuciones importantes de los residentes en estos servicios, a las cuales están en consonancia con los presupuestos del cuidado anclado en la atención psicosocial, como el apunte de profesionales identificados con la salud mental y prácticas de los residentes que, Han favorecido el empoderamiento, autonomía y protagonismo de los usuarios.

**Palabras clave:** Red de Atención Psicosocial; Residencia Multiprofesional; Salud mental.

## 1 INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a Portaria nº 3.088/2011, que prevê diferentes dispositivos de atenção às pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais e também àquelas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas<sup>1</sup>.

Historicamente, no Brasil, a atenção em saúde mental vem sofrendo significativas transformações, porquanto, o modelo assistencial foi reestruturado. Neste contexto, o modelo hospitalocêntrico foi sendo extinto progressivamente e implantada uma rede integral de atenção em saúde mental, com o objetivo de superar as práticas asilares. Essa rede é aberta e centrada na comunidade, voltada para o potencial exercício da cidadania e a inclusão social das pessoas em sofrimento mental<sup>2</sup>.

Em 2001, foi aprovada, no Brasil, a Lei nº 10.216/2001, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais reformulando o antigo modelo de assistência em saúde mental<sup>3</sup>. Nessa perspectiva, diminuir gradativamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos, com o fim de privilegiar dispositivos de saúde mental voltados para a comunidade constitui-se na principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, que se encontra ancorada na Reforma Psiquiátrica brasileira e visa ofertar um cuidado integral para atender aos sujeitos que necessitam de cuidados<sup>4</sup>.

A RAPS é constituída de serviços e equipamentos diversos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), como estratégias de desinstitucionalização; Centros de Convivência (CECOS); Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais; oficinas de geração de renda; Unidades de Acolhimento e o Programa de Volta para Casa. A Atenção Básica em Saúde tem função indispensável como integrante dessa rede comunitária de cuidados<sup>3</sup>. Quando esses dispositivos estão articulados e dialogam entre si, eles garantem a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde<sup>2</sup>.

Pires et al<sup>2</sup> defendem que são notórios os avanços obtidos com a pluralidade de serviços espalhados no território brasileiro. No entanto, além de expandir a rede de atenção em saúde mental, é preciso qualificá-la e avaliar suas práticas, na perspectiva de consolidá-la para que possa substituir o modelo hospitalocêntrico manicomial. Corroborando essa discussão, Macedo e Dimenstein<sup>5</sup> referem que se, antes, o intuito era de extinguir os

manicômios para dar lugar à rede de atenção psicossocial, hoje, o desafio consiste em fazer com que a RAPS comporte a integralidade do cuidado e afirme a cidadania.

Além disso, vivenciam-se conflitos e tensões atuais que impõem degradantes retrocessos que ameaçam os avanços e as consolidações essenciais na Política Pública de Saúde Mental, com destaque para os retrocessos que legitimam e empoderam o modelo asilar e prejudicam a atenção psicossocial preconizada no cerne da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, de forma geral, recentemente, o coordenador nacional da Política de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, designado pelo Governo Federal, perpetrou medidas e alterações voltadas para a defesa da assistência em hospital psiquiátrico, investimentos de recursos financeiros direcionados para essas estruturas manicomiais, entre outros aspectos. Essas medidas não estão em conformidade com o modelo de atenção de base territorial e colidem com o processo de Reforma Psiquiátrica implementado no Brasil.

Nesse universo de ampliação, de tensionamentos, de fortalecimento e de ameaças à RAPS, considera-se de expressiva relevância destacar a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), iniciou o processo de normatização da RMS - uma pós-graduação lato sensu, designada pela formação em serviço e orientada por profissionais qualificados (preceptores), que se dedicam aos serviços de saúde<sup>6</sup>.

Essa modalidade de formação, segundo esclarece Lobato<sup>7</sup>, realiza-se com a prática profissional, e seus processos formativos são pautados na humanização, no acolhimento, na responsabilização com o usuário, na ação multiprofissional e integral e na resolutividade dos serviços de saúde. Assim, consolidam-se os princípios que norteiam o SUS.

O interesse em pesquisar essa temática deveu-se ao fato de se entender que a residência multiprofissional é relevante para o processo de qualificação da atenção em saúde mental prestada pelos serviços, no que concerne ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial, ao desenvolvimento de práticas intersetoriais para a promoção da saúde mental e a integralidade da atenção, com o objetivo de contribuir para a qualificação das práticas dos trabalhadores da rede.

Nessa direção, o objetivo deste estudo foi o de conhecer as concepções da primeira turma da residência multiprofissional em saúde mental da Paraíba a respeito do cuidado em saúde mental prestado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa e de Cabedelo, ambas neste estado.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que foi realizado com residentes da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Paraíba (RESMEN) em João Pessoa e teve como objetivo conhecer as concepções dos residentes acerca do cuidado em saúde mental prestado na RAPS de João Pessoa e de Cabedelo.

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental foi criada em 2015, com a aprovação do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) da Universidade Federal da Paraíba, que está a cargo do Centro de Ciências da Saúde, Campus I. A residência prioriza o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, a integralidade da atenção e da qualificação das práticas dos trabalhadores dos serviços de saúde, dentre outros aspectos, sendo desenvolvido nas cidades de João Pessoa e Cabedelo, nos mais variados serviços intersetoriais da RAPS.

No município de João Pessoa, são vários os serviços que compõem a RAPS: dois CAPS III; um CAPS AD III (24hs); um CAPS Infantil; duas residências terapêuticas; um Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), três equipes de consultório na rua e 20 Equipes NASF. Destaca-se a relevante contribuição das equipes de saúde da família (ESF) na constituição da rede de saúde mental.

A RAPS do município de Cabedelo é composta de um CAPS I, um CAPS AD e um ambulatório de Psiquiatria e Psicologia no Centro de Referência Municipal em Saúde Leonardo Mozart (CRMSLM). Além disso, a rede de assistência à saúde mental conta com 18 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com o núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Como critérios de inclusão para os participantes deste estudo, consideraram-se, inicialmente, os seguintes aspectos: residentes das diferentes categorias profissionais, dois assistentes sociais, dois enfermeiros, dois farmacêuticos, dois psicólogos e dois terapeutas ocupacionais, os quais atuaram e/ou estavam atuando nos cenários de prática, ou seja, nos dispositivos da RAPS de João Pessoa e de Cabedelo; aceitação e consentimento para participar da pesquisa; autorização para gravar em áudio as entrevistas. Quanto aos critérios de exclusão, não foram incluídos na pesquisa os residentes que não autorizaram a gravação das entrevistas e quando algum dos critérios de inclusão preconizado não foi atendido.

Em princípio, a ideia era de contemplar a população supracitada. Para isso, foram feitos os contatos necessários e possíveis com os potenciais participantes do estudo, considerando também as recusas de residentes em participarem da pesquisa. Portanto, participaram, efetivamente, oito residentes: uma assistente social, duas enfermeiras, duas farmacêuticas, uma psicóloga e duas terapeutas ocupacionais.

Depois de apresentar os objetivos da pesquisa e mediante o esclarecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se uma entrevista semiestruturada. Neste estudo, as entrevistas foram gravadas na íntegra, em aparelho digital e, posteriormente, transcritas e analisadas. Para tanto, seguiram-se os passos metodológicos da análise temática, recomendados pela literatura (Minayo, 2010)<sup>8</sup>. As categorias de análise foram elaboradas depois de coletadas as informações.

O material empírico foi analisado por meio de ação dialógica entre os conteúdos que surgiram das categorias e a literatura pertinente ao tema. A pesquisa obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, responsável por estabelecer regras para pesquisas que envolvem seres humanos. Foi realizada no período de setembro de 2016 a maio de 2017, e as informações foram coletadas em dezembro de 2016.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da pesquisa 8 residentes da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Paraíba, do sexo feminino, cuja faixa etária variou de 24 a 30 anos - duas casadas e seis solteiras. Quanto à formação, uma é assistente social; duas são enfermeiras; duas farmacêuticas; uma é psicóloga; e duas são terapeutas ocupacionais.

No que se refere ao tempo de formação, sete residentes afirmaram que têm dois anos de formação, exceto uma, com dois anos e alguns meses. Todas referiram ter experiência de atuação no campo da saúde mental devido à residência. Uma residente acrescentou que, além da residência, teve práticas em vários serviços de atenção básica, por meio do projeto Programa de Educação pelo Trabalho (PET) de saúde mental, no período da graduação, e o primeiro trabalho durante quatro meses, no Centro de Inclusão da Pessoa com Deficiência, em João Pessoa. Outra participante disse que, antes de fazer residência, trabalhou em um CAPS.

Os serviços citados pelas participantes do estudo relacionados à experiência com a residência foram: CAPS I, II, III (transtorno e AD), CAPS i, Hospital Universitário (diversos

setores, como: psiquiatria, clínica médica, obstetrícia, etc.), Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Gestão em Saúde Mental no município de João Pessoa. A maioria dos serviços, configurados como cenários de prática das residentes estão localizados no município de João Pessoa. Como todas as residentes são da primeira turma, apresentam o mesmo tempo de atuação como residentes, ou seja, um ano e dez meses.

Depois de ler e de organizar as informações obtidas por meio das entrevistas realizadas com as residentes, procedeu-se à organização das categorias que destacaram os conteúdos principais correlacionados ao objetivo do estudo, as quais foram construídas, analisadas e discutidas de acordo com as diferentes respostas obtidas. Foram elas:

CATEGORIA 1: Fragilidades mencionadas pelas residentes na Atenção em Saúde Mental prestada por elas e pelas equipes dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial;

CATEGORIA 2: Potencialidades ressaltadas pelas residentes na Atenção em Saúde Mental prestada por elas e pelas equipes dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial;

CATEGORIA 3: Dificuldades apontadas pelas residentes no cotidiano dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial;

CATEGORIA 4: Contribuições das residentes, com vistas à qualificação do cuidado em saúde mental prestado nos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

### **3.1 Categoria 1: Fragilidades mencionadas pelas residentes na atenção em saúde mental prestada por elas e pelas equipes dos serviços da rede de atenção psicossocial**

As residentes participantes do estudo destacaram diversas fragilidades que estão relacionadas a diferentes aspectos, tais como: falta de valorização do trabalhador e da saúde mental e condições precárias de trabalho; necessidade de operar o cuidado em saúde mental na perspectiva do trabalho em rede e da integralidade e dificuldades de atuar em equipe multiprofissional.

No que se refere à falta de valorização do trabalhador e da saúde mental e às condições precárias de trabalho, as participantes da pesquisa assim se pronunciaram:

*(...) A falta de incentivo aos trabalhadores, muitos deles, a gente vê que eles ficam desanimados no dia a dia porque realmente não têm incentivo, tanto financeiro quanto de estrutura mesmo (...) (R7)*

*(...) condições de trabalho insalubres (...) a precariedade dos serviços, em termos de recurso e de estrutura (...). Tem serviço que tem fossa aberta do lado da cozinha, tem fiação exposta, causando (...) risco das pessoas se*



*acidentarem e adoecer. (...) um profissional, ele hoje tá trabalhando em um serviço, amanhã pode não tá (...). Parece que a saúde mental ainda tá meio que de lado (...) ela fica meio que esquecida no cenário da saúde em geral (...). (R5)*

*(...) em relação ao incentivo econômico do estado (...), os três entes federativos (...) em relação às atividades que dizem respeito à saúde mental, porque ela tem até um apelido engraçado (...) que a área da saúde mental é a prima pobre da saúde (...). Ela recebe menos recursos, ela é um dos pilares (...) mais necessários (...). (R6)*

Em consonância com as fragilidades citadas pelas residentes, estudos realizados por Dimeisnten et al<sup>9</sup> e Cavalcante et al<sup>10</sup> apontam a precarização nos serviços de saúde mental em outras regiões relacionada à estrutura física, aos materiais e aos equipamentos disponíveis para uma assistência adequada. Já a pesquisa de Miranda et al<sup>11</sup> traz questões sobre a precariedade dos vínculos trabalhistas. A baixa remuneração também tem gerado insatisfações em profissionais de serviços de saúde mental, segundo estudos feitos por Guimarães et al<sup>12</sup>.

Em suas investigações com profissionais de um CAPS, Soares et al<sup>13</sup> ressaltaram que eles também salientaram o fato de que a saúde mental não é concebida como uma política de saúde que apresenta a mesma relevância das demais, não sendo reconhecida. Isso denota que os serviços de saúde mental, na RAPS de João Pessoa e de Cabedelo, são precários e que são necessários avanços significativos nesse sentido, a fim de impedir que esses entraves inviabilizem as mudanças propostas pelo novo modelo. Ademais, não basta o município dispor de dispositivos de atenção psicossocial incumbidos de efetivar a reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva, a gestão deve contribuir para que operem o cuidado de maneira adequada, dar as condições dignas de trabalho para as equipes e primar pela qualidade de todos os envolvidos nesse processo.

A necessidade de operar o cuidado em saúde mental, na perspectiva do trabalho em rede e da integralidade, foi destacada pelas residentes como uma fragilidade importante, conforme destacado nas falas a seguir:

*(...) a falta de vínculo entre profissionais, famílias e usuário. (R1)*

*(...) seria justamente esse olhar integral, voltado pra o indivíduo, porque muitos serviços de saúde mental de João Pessoa e Cabedelo acabam tutelando muito os usuários. Eles não trabalham na perspectiva da reinserção social, de autonomia, de empoderar os usuários em relação aos seus direitos. (R2)*

*(...) umas das grandes fragilidades, também que não é só da saúde mental, vai além da RAPS que é a questão da nossa comunicação entre rede (...). É muito difícil a gente saber de onde o usuário veio, pra onde ele vai. (...) Alguns serviços pensam que por uma pessoa pertencer a um serviço de saúde mental específico, ela não tem mais direito a tratamento em qualquer outro setor (...) a rede ainda não vê esse usuário como um usuário integral, como uma pessoa normal que deve ser tratada nas suas especificidades (...).*  
(R6)

Quando os usuários com transtornos mentais que apresentam comorbidades clínicas recorrem aos cuidados nos serviços de saúde, defrontam-se com dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde de forma integral. Quando uma pessoa apresenta um transtorno mental, assim como problemas renais, o seu órgão também é percebido como louco<sup>14</sup>. Na pesquisa de Demarco et al<sup>15</sup>, que envolveu 1595 usuários de CAPS de três estados da Região Sul do Brasil, os autores constataram que a atenção básica foi o serviço mais frequentado por eles para cuidarem dos problemas de saúde. Assim, só será possível alcançar a integralidade do cuidado quando a saúde mental for integrada na atenção básica, pois, com os cuidados primários dispensados a sujeitos em sofrimento mental, podem-se acessar as necessidades reais dessas pessoas e a efetiva articulação com outros setores<sup>16</sup>.

Apenas um serviço ou equipamento não é capaz de abranger a complexidade das pessoas historicamente estigmatizadas. Para tanto, é fundamental organizar em rede os vários dispositivos da cidade, inclusive, a indispensável articulação de outros setores, além da saúde, para que se efetivem o pleno exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais e sua reinserção social<sup>4</sup>.

A falta de vínculo entre os profissionais, a família e os usuários também foi citada pelas residentes como um aspecto relevante no leque das fragilidades identificadas. A criação de vínculo com o usuário é fundamental no cuidado, já que só com o diálogo se pode superar a superficialidade e acessar o meio de cada usuário exteriorizar seu sofrimento mental<sup>17</sup>.

Nesse sentido, para que o cuidado em saúde mental se efetive satisfatoriamente na perspectiva de rede, é necessário, inicialmente, investir em vínculos sólidos e de qualidade entre os envolvidos no processo de cuidado. Entende-se que é por meio do vínculo entre os usuários, as famílias cuidadoras e os profissionais que a relação de confiança vai se estabelecendo e proporcionando a imersão na singularidade do sujeito, com o conhecimento das reais demandas e necessidades das pessoas assistidas. Acredita-se que a falta de vínculos e/ou a existência de vínculos fragilizados são aspectos determinantes nesse processo de imersão.



As dificuldades de atuar em equipe multiprofissional foram consideradas como uma das fragilidades pelos sujeitos da pesquisa:

*(...) foi muito difícil a compreensão do trabalho multiprofissional, das equipes compreenderem o papel da gente como multi (...) foi difícil no início porque geralmente eles trabalham separados (...) e quando a gente chegou querendo fazer ações (...) multiprofissionais, eles queriam que cada um ficasse em seu setor (...) não, o pessoal psi é aqui, enfermagem é aqui (...)*  
(R4)

Merhy<sup>18</sup> salienta que as pessoas são constituídas de diferentes conexões (físicas, biológicas, psíquicas, emocionais, culturais, espirituais e sociais) que expressam suas várias necessidades. Os profissionais que não comungam com esse ponto de vista podem considerar que todas as necessidades dos sujeitos poderão ser resolvidas exclusivamente por seu saber. Ainda, segundo o mesmo autor, é preciso entender que só a visão multiprofissional, orientada pelo cuidado focado no usuário e suas diversificadas demandas, é o alicerce para se atingir a integralidade da atenção em saúde, uma vez que essa visão compartilha os diferentes saberes.

Compreende-se que a proposta das residências multiprofissionais visa estimular a formação de profissionais para atuarem em equipe, ancorados no diálogo entre as diferentes áreas e saberes que contribuem para que o cuidado integral aconteça<sup>19</sup>. Nessa perspectiva, pressupõe-se que a atuação multiprofissional é primordial para se atingir a integralidade do cuidado nos serviços de saúde em geral, e a residência visa formar profissionais com esse entendimento e provocar reflexões sobre as práticas dos trabalhadores dos dispositivos voltadas para a cooperação e a valorização de saberes diversificados, para dar conta da complexidade das pessoas.

### **3.2 Categoria 2: Potencialidades ressaltadas pelas residentes na atenção em saúde mental prestada por elas e pelas equipes dos serviços da rede de atenção psicossocial**

As principais potencialidades mencionadas pelas residentes participantes do estudo foram: a identificação dos profissionais com o universo da saúde mental; a concepção dos usuários dos serviços como potenciais agentes de transformação e a empatia nas relações entre residentes e usuários.

No que concerne à potencialidade relativa à identificação dos profissionais com o universo da saúde mental, as residentes afirmaram:

*(...) profissionais que estão dentro da rede de saúde mental, acreditarem e lutarem pela reforma (...). (R8)*

*(...) ainda a gente vê muitos profissionais que gostam da saúde mental e que lutam por uma saúde mental melhor (...). (R7)*

Há sentido na posição de Barros et al<sup>20</sup>, ao defenderem que os trabalhadores da saúde, incluindo-se os gestores que atuam nos dispositivos de saúde mental, devem se identificar com o campo da saúde mental. Esse é um aspecto essencial para melhorar a qualidade do cuidado ofertado e uma estratégia capital para fortalecer e consolidar o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entende-se que os desdobramentos para o cuidado em saúde mental prestado por profissionais comprometidos com esse campo refletem no desejo de provocar transformações nos serviços da rede e de contribuir para os processos de autonomia, protagonismo e inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

A potencialidade referente à concepção dos usuários dos serviços como agentes potenciais de transformação é destacada a seguir:

*(...) os usuários do serviço são potencialidades também (...) porque, quando o usuário consegue chegar até a gente ou quando a gente consegue chegar até o usuário, as possibilidades de melhoria, de transformação no território ela amplia (...). (R5)*

135

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial<sup>21</sup> defende um modelo de saúde humanizado que contemple o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos usuários, no processo de elaboração e direção dos seus projetos terapêuticos, com o fim de fortalecer o “protagonismo social”, com vistas ao desenvolvimento, à autonomia e à autodeterminação.

Barros e Jorge<sup>22</sup> afirmam que as pessoas com transtornos mentais devem ser incentivadas a ser protagonistas de suas histórias. A equipe multiprofissional deve apoiá-las para que deixem de ser usuárias psiquiátricas passivas, necessitadas de saberes e de práticas dos especialistas - que não devem mantê-las como reféns e depositárias dos seus saberes e de suas práticas - e desenvolvam seu protagonismo e sua autonomia. Para isso, precisam ser estimuladas a refletir para que se percebam como cidadãos, agentes de transformação, e atuem em suas histórias de vida, em seu tratamento e na vida cotidiana, na perspectiva de transcender o papel de pacientes passivos.

Nos dispositivos como o CAPS, as assembleias são sobremaneira importantes, porque incentivam o exercício da cidadania e da autonomia dos usuários, assim como a participação

em movimentos sociais, como a luta antimanicomial, na associação de moradores e em diferentes espaços do território para formar e empoderar os sujeitos, a fim de que se exercitem como agentes críticos e reflexivos sobre a realidade e atentem sobre seu papel político e social diante dos enfrentamentos adversos.

Outra potencialidade elencada pelas residentes participantes desta pesquisa di respeito à empatia nas relações entre residentes e usuários:

*Uma potencialidade tanto por mim como pelos residentes é a questão da empatia dos residentes com os usuários (...). (R2)*

A empatia é uma conexão relacional, em que um indivíduo tem a capacidade de se colocar para o lugar do outro, através de experiências singulares não verbalizáveis. Devido a essas transferências, podem acontecer transformações na experiência dos sujeitos<sup>23</sup>. Então, é fundamental que o trabalhador do universo da saúde, sobretudo da saúde mental, fundamente suas práticas nas tecnologias leves, que Merhy<sup>24</sup> chama de tecnologias relacionais: acolhimento, escuta e vínculo. Na saúde mental, trabalha-se, essencialmente, com encontros e produção de subjetividades, afeto, medo, angústia e sofrimento mental.

136

### **3.3 Categoria 3: Dificuldades apontadas pelas residentes no cotidiano dos serviços da rede de atenção psicossocial**

Nessa categoria, as residentes entrevistadas mencionaram dificuldades relacionadas a colocar em prática os conteúdos preconizados pela política de saúde mental e à necessidade de transcendência do modelo biomédico e de práticas predominantemente ancoradas em prescrições medicamentosas, como se observa nas falas a seguir:

*(...) Colocar de fato aquilo que a política preconiza (...) fazer uso do território (...) disseminar as coisas para além dos serviços, tentar superar o modelo biomédico porque parece ainda que a terapia que mais se evidencia nos serviços é a medicamentosa (...) a maior dificuldade é incluir aquele sujeito na sociedade, contribuir pra que as pessoas olhem pra ele como cidadão (...). (R5)*

*(...) quão difícil é colocar em prática as políticas públicas, garantidas em lei, só que aí a gente esbarra nos processos burocráticos existentes, só que pra saúde mental eles parecem estar muito mais emaranhados do que pras outras áreas. (R6)*

Apesar das mudanças resultantes do processo da reforma psiquiátrica, a efetividade da atenção em saúde mental é atribuída ao uso de medicamentos. Por essa razão, é preciso, com urgência, superar o modelo biomédico e manicomial, que ainda é intrínseco às ações que se praticam na atenção em saúde mental, em que são essenciais nas relações que deem conta das reais necessidades dos sujeitos, como o olhar, o vínculo, a escuta e o acolhimento. A medicalização é apenas um atenuante para os problemas de sofrimento mental, tendo em vista que esses problemas estão atrelados a fatores culturais, subjetivos, econômicos e sociais<sup>25</sup>.

Nesse cenário, defende-se que o apoio matricial se configura como uma estratégia relevante no processo de ampliação de olhares e práticas da equipe multiprofissional em relação às pessoas com sofrimento e adoecimento mental. O Ministério da Saúde<sup>26</sup> define o apoio matricial como um novo fazer para se tecer saúde, em que duas ou mais equipes priorizam espaços de encontros para compartilhar experiências, visando organizar e criar estratégias de cuidado com os sujeitos no território.

Convém esclarecer o conceito de território quando se fala em cuidado no território. Os territórios existenciais podem ser individuais ou coletivos, compostos de espaços e de processos com um fluxo de subjetividades das pessoas. São territórios esculpidos a partir das relações que as pessoas estabelecem entre si<sup>27</sup>. O território é, pois, concebido como um “trabalho vivo em ato”, para além de limites geográficos, onde acontecem os encontros, as relações subjetivas e as ações de cuidado<sup>24</sup>.

Os medicamentos são importantes, no entanto, o cuidado não deve estar voltado exclusivamente à prescrição e ao uso deles. Isso se justifica porque o usuário deve ser concebido como um ser que transcende as questões biológicas, já que é constituído de diferentes dimensões, com demandas diversificadas. Os medicamentos devem fazer parte do projeto terapêutico singular quando forem necessários, mas são prementes os cuidados embasados na clínica ampliada, que leva em consideração o contexto e a realidade das pessoas que necessitam deles. É imperioso superar práticas descontextualizadas da realidade de sofrimentos vivenciados pelos usuários.

### **3.4 Categoria 4: Contribuições das residentes com vistas à qualificação do cuidado em saúde mental prestado nos serviços da rede de atenção psicossocial**

Essa categoria engloba contribuições relevantes mencionadas pelas residentes, a saber: potencializar e promover o empoderamento, a autonomia e o protagonismo dos usuários, com

abordagens transversais e a construção do projeto terapêutico singular - PTS - com o usuário e equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a partir dos matriciamentos.

*(...) do ponto de vista dos usuários (...) a gente tentou empoderar, sempre tá resgatando a autonomia deles (...) que eles podem (...) que eles não precisam (...) do CAPS pra tá fazendo visita a algum espaço da cidade (...) a gente sempre procura tá (...), deixando eles falarem bastante. (R1)*

*(...) A gente tenta sempre estimular as abordagens mais transversais, (...) construir o PTS junto com o sujeito (...) é sempre uma luta porque a maioria dos serviços (...) não tem um PTS estruturado (...) tem usuário que tá no CAPS AD, que tá sem fazer uso há dez anos e diz: ‘‘aqui é minha casa! E os funcionários ficam meio com o ego alimentado (...). A gente já teve casos que o usuário voltou a trabalhar, inserção em atividades culturais no território (...) uma pessoa que era tida pela equipe como extremamente violenta (...) (R5).*

*(...) Como multiprofissional a gente fez matriciamento com equipes NASF em relação a saúde mental, foi verificar se realmente os dispositivos da rede eram conhecidos, se eram utilizados, se eles orientavam as equipes de atenção básica a fazer esse encaminhamento (...) (R6)*

138

Essas contribuições são esperadas dos residentes, por causa da multiplicidade de sua estruturação e inserção nos serviços, que amplia as possibilidades de impulsionar transformações, cujo foco deve ser centrado no usuário, pois, somente assim, podem-se enriquecer as ações e os serviços de saúde. Ademais, os residentes proporcionam comunicação entre os serviços e o meio acadêmico, com o intuito de reorientar o trabalho em saúde e de priorizar ações coletivas, interdisciplinares e intersetoriais<sup>19</sup>.

Para Morselli et al<sup>28</sup>, estar em uma Residência Multiprofissional em Saúde, no papel de residente, preceptor, tutor ou coordenador, significa ter ciência dos enfrentamentos e dos tensionamentos de práticas em relações de poder estabelecidas. O profissional tem de compreender que está circulando em diferentes espaços dos serviços, da gestão e do controle social. Acrescenta-se que, além de habilidades técnicas e de conhecimento, ele está em um ambiente de produção de subjetividades, imerso em um contexto de transformação de práticas profissionais e processos de trabalho, em que o olhar deve estar voltado para as reais necessidades dos indivíduos e da população.

Uma residente deixa claro que há uma espécie de dependência do usuário com o serviço e do profissional com esse usuário, o que denota que esses trabalhadores não

consideram a reflexão crítica do papel político, da autonomia e da emancipação dos sujeitos. Esse achado é explicado por Costa *et al*<sup>29</sup> como uma relação de codependência entre os sujeitos mencionados. Os estudiosos acrescentam que muitos usuários acreditam que o CAPS é o único espaço para vivências sociais, entretanto esses serviços devem ser concebidos como estratégicos na estruturação da RAPS e sua interface com o território.

O conceito de empoderamento baseado na perspectiva freireana preconiza que empoderadas são as pessoas (grupo ou instituição) que promovem mudanças e ações transformadoras. Não se trata de um processo individualista, de “autolibertação ou autoemancipação”, mas de libertação, que significa um ato social, que acontece quando se usa a própria liberdade para ajudar os outros a se libertarem e a transformar a sociedade, por meio de ação coletiva, na interação entre indivíduos. O empoderamento individual originado pela capacidade de refletir criticamente sobre a realidade social é extremamente necessário, no entanto, essa aprendizagem precisa estar relacionada a uma transformação mais ampla da sociedade<sup>30</sup>.

Considerando o exposto nas falas supracitadas, as residentes se empenharam em colocar em prática, nos serviços das RAPS, o protagonismo dos usuários, nos mais variados espaços, proporcionando ambientes férteis para a construção crítica e reflexiva, de forma individual e coletiva, por meio de uma escuta interessada e atenta. Elas estimularam os usuários a participarem ativamente dos seus PTS, fato sobremaneira importante no processo de elaboração de planos de cuidados que devem ser essencialmente singulares, e na realização de ações de matriciamento com equipes do NASF, com ênfase na atenção em saúde mental, facilitando o reconhecimento da rede e dialogando sobre os dispositivos e os encaminhamentos realizados.

Percebe-se a potente contribuição das residentes em mudanças significativas na RAPS, concernentes à desinstitucionalização da atenção à loucura e à efetivação de princípios preconizados pelo SUS e pela Política Nacional de Saúde Mental, fortalecendo a Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba. As residentes favoreceram práticas de cuidado para os usuários baseadas na integralidade, com reflexões e subsídios para profissionais e gestores dos diferentes serviços da RESMEN.

Defende-se que os serviços da RAPS devem trabalhar, de fato, na perspectiva do PTS, pois os sujeitos, apesar de terem o diagnóstico de transtorno mental, apresentam necessidades diferentes e complexas. Devido às suas importantes funções na rede, os CAPS precisam ter o cuidado de não tornar o usuário cada vez mais dependente do serviço e da equipe, pois esse espaço tem que ser concebido como um lugar de passagem para o usuário e contribuir, de



maneira relevante, para melhorar seu cotidiano, em seu território e nas comunidades em que estão inseridos.

É essencial desenvolver ações e atividades que transcendam os espaços dos CAPS, favorecendo o exercício da autonomia dos usuários, excluindo a possibilidade de cronificá-los. É necessário trabalhar com protagonismo, descoberta de interesses, fazendo com que os sujeitos desenvolvam o seu próprio potencial. Os profissionais implicados no cuidado em saúde mental precisam constantemente se reinventar, refletir sobre as próprias práticas.

São inegáveis os avanços obtidos com a implantação da RAPS, mas, como evitar a possível cronificação dos usuários nessa conjuntura dos novos dispositivos responsáveis pela efetivação da Reforma Psiquiátrica? Por que tanto se fala em atuar numa lógica apartada da asilar e, na prática, ainda se constatam dificuldades e fragilidades expressivas para operar o cuidado em saúde mental nos moldes da atenção psicossocial?

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados da pesquisa indicaram que as residentes desenvolveram práticas nas duas RAPS de municípios diferentes, onde houve muitas convergências e similaridades, no que se refere às experiências vivenciadas e aos conteúdos que emergiram nesses campos distintos. Isso pode ser confirmado considerando que as residentes não optaram por delimitar o que pertence às esferas de cada município, cenário deste estudo.

Os achados da pesquisa elucidaram que a RAPS de João Pessoa e a de Cabedelo apresentaram muitas fragilidades e dificuldades importantes que não comungam com o que preconiza o modelo da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileira. Isso é uma ameaça ao modo de cuidar em saúde mental, que evidencia a reprodução de práticas manicomiais nos serviços substitutivos. Entretanto, os achados da pesquisa também apontam potencialidades da RAPS e contribuições expressivas dos residentes nesses serviços, que contribuem com os avanços nesse tipo de cuidado.

O estudo demonstrou ainda, a relevância da residência multiprofissional em saúde mental para os residentes, as equipes, os usuários, as famílias cuidadoras e a população, o que colabora para fortalecer e melhorar a qualidade das RAPS dos municípios. A residência propõe esse papel de contribuir com a equipe, de criar novas práticas e relações, compartilhar saberes, trabalhar em equipe, transformar o cuidado em saúde mental, rompendo com os modelos fragmentados e engessados, proporcionando maior integralidade.

Esta pesquisa trouxe subsídios para sensibilizar os gestores, os trabalhadores da saúde, os usuários e respectivas famílias cuidadoras, preceptores, protagonistas da RESMEN (residentes, coordenadores, tutores) e a população sobre a importância de se refletir sobre as práticas de cuidado ofertadas na RAPS. Para isso, é necessário conhecê-las e problematizá-las, com vistas a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos usuários em sofrimento e/ou transtorno mental e aos que usam, abusiva e prejudicialmente, drogas e atentar para a potente contribuição dos residentes nesse processo de fortalecimento, ampliação e consolidação da RAPS.

Chama-se a atenção para o fato de que essa pesquisa não tem a pretensão de esgotar o assunto, pois os resultados retratam as concepções de oito residentes da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Paraíba. Destarte, argumenta-se que esta constatação não impossibilita a realização de novas investigações que contemplem a visão de outros profissionais dos serviços da RAPS de João Pessoa e Cabedelo, ampliando, assim, para os demais residentes.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 16 ago. 2016.
2. Pires RR., Ximenes VM., Nepomuceno BB. **Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania.** Avances em Psicología Latino americana, 2013. 31(3): 507-521.
3. Brasil. 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 Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 27 mar. 2017.
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 27 mar. 2017.

5. Macedo JP., Dimenstein M. **A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise.** Memorandum. 2012. Memorandum [Internet], 2012. 22: 138-164. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/revista/wpcontent/uploads/2012/06/macedodimenstein01.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

6. Brasil. **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Resolução de 13 de abril de 2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrm-2-2012.htm>>. Acesso em: 12 ago. de 2016.

7. Lobato CP. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política.** Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Pr, 2010.

8. Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

9. Dimenstein M., et al. **O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN.** Revista Polis e Psique, 2012. 2 (3): 98.

10. Cavalcante ACG., et al. **Indicativos do processo de avaliação de serviços de saúde mental.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2014. 16 (1): 109-16.

11. Miranda L., Oliveira., TFK Santos., CBT. **Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade.** Psicol. cienc. prof, 2014. 34 (3).

12. Guimarães JMX., Jorge MSB., Assis MMA. **(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2011. 16(4): 2145-2154.

13. Soares CA., et al. **A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades.** Cadernos ESP, 2016. 9 (1): 9-18.

14. Merhy EE., et al. **Acessibilidade em uma complexa rede substitutiva de cuidado em saúde mental: o caso de Campinas,** Processo575121/2008 4. Relatório Final. CNPq, 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/acessibilidade/> Acesso em: 27 mar. 2017.

15. Demarco DA., Jardim VMR., Kantorski LP. **Health care to people with mental disorders in the network for psychosocial care.** Revista Online de Pesquisa - Cuidado é Fundamental, 2016. 8 (3): 4821-4825.

16. Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.** Portugal, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1) Acesso em: 27 mar. 2017.

17. Maynard WHDC., et al. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial.** Acta Paulista de Enfermagem, 2014. 27 (4): 300-304.
18. Merhy EE. **Como fatiar um usuário: ato médico + ato enfermagem + ato X+ ato Y.** Conselhos Regionais de Saúde MG: jornal unificado, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-29.pdf> Acesso em: 27 mar. 2017
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf) Acesso em: 27 mar. 2017.
20. Barros MMA., et al. Gestão de dispositivo de atenção em saúde mental à luz do processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: **Modelos e experiências de uma rede de atenção em saúde mental.** Org. Valeska Berman Machado, et al. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2015. P. 71-99.
21. Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010a, 210 p. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf) Acesso em: 27 mar. 2017.
22. Barros MMA., Jorge MSB. **Experiências das famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial.** Tese (Programa de Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2012.
23. Pimentel PKDA., Junior NC. **Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite.** Psicologia Clínica, 2009. 21 (2): 301-314.
24. Merhy EE., Feuerwerker LCM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 1: 29-56.
25. Bezerra IC., et al **“Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2014. 18 (48) 61-74.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 27 mar. 2017.
27. Guattari F. **As três ecologias.** 13. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1990.

28.Morselli VL., et al. Experiências e desafios na perspectiva da clínica ampliada em saúde mental. In: **Redes de assistência em saúde mental e dependência química: reflexões sobre o cuidado**. Org. Silvana Carneiro Maciel. João Pessoa: Ideia, 2016. 253-274.

29.Costa MDAGSG., Figueiró RA., Freire FHMA. **O fenômeno da cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial**: um estudo de caso. Temas em Psicologia, 2014. 22 (4): 839-851.

30.Freire P; Shor Ira. **Medo e ousadia – o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

---

**Contribuição das autoras:** **Mikaelly Duarte Leite** foi responsável pela concepção do texto, organização de fontes, coleta, análises, redação do texto e revisão. **Márcia Maria Mont' Alverne de Barros** foi responsável pela concepção do texto, organização de fontes, redação do texto e revisão.

Submetido em: 18/08/2017

Aceito em: 15/01/2017

Publicado em: 31/01/2018