



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Marcos Vinícius Santos Batista Silva

**Articulação e integração da RAPS com os demais níveis de
assistência, na cidade de Tabatinga/AM**

Manaus

2024

Marcos Vinícius Santos Batista Silva

Articulação e integração da RAPS com os demais níveis de assistência, na cidade de Tabatinga/AM

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Lemos

Manaus

2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

S586a

Silva, Marcos Vinícius Santos Batista

Articulação e integração da RAPS com os demais níveis de assistência, na cidade de Tabatinga/AM / Marcos Vinícius Santos Batista Silva . Manaus : [s.n], 2024.

82 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Inclui Bibliografia.

Inclui Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Lemos, Sônia Maria.

1. Saúde mental. 2. Rede de atenção psicossocial. 3. Amazonas. 4. Fronteira. I. Lemos, Sônia Maria (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3)



PPGSC Programa de
Pós-graduação em
Saúde Coletiva - UEA



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 29 dias do mês de outubro de 2024, às 16h:00min, de forma presencial, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é "Articulação e integração da RAPS com os demais níveis de assistência, na cidade de Tabatinga/AM", apresentada por **Marcos Vinícius Santos Batista Silva**, sob orientação da Prof^a. Dra Sônia Maria Lemos. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição do discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof^a. Dra. Sônia Maria Lemos – Orientador

Aprovado () Reprovado

Assinatura.....*Sônia Maria Lemos*.....

Prof. Dr. André Luiz Machado das Neves – Membro Titular

Aprovado () Reprovado

Assinatura.....*André Luiz Machado das Neves*.....

Prof.^a Dra. Michele Rocha de Araujo El Kadri – Membro Titular

Aprovado () Reprovado

Assinatura.....*Michele Rocha de Araujo El Kadri*.....

Parecer Final:

Aprovado () Reprovado

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof^a. Dra Sônia Maria Lemos, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 29 de outubro de 2024.

DEDICATÓRIA

Às pessoas que, em função de transtornos mentais, outrora foram submetidas a degradantes processos de isolamento social e tortura.

AGRADECIMENTOS

Digo que foi uma jornada que me deixou encabulado. Esta caminhada foi desafiadora e agonizante. Não via a hora de pegar o beco, foi um arroteio tremendo até chegar na reta final, mas consegui!

Quero agradecer a todos que contribuíram com este trabalho, os visíveis e invisíveis. Aos cuidados divinos, que me mantiveram prudente e ensinaram que CAFÉ e FÉ são essenciais para a vida. A Deus, aos Orixás, ao meu Pai Oxóssi, que vem pelas matas, pianinho e tira do caminho as coisas negativas. E olhe que foi dureza chegar até aqui, mas sou valente e cabra da peste que chega a dar gosto.

Estou em luto, do verbo LUTAR, lutar por uma sociedade menos segregacionista e contribuir para que todos tenham acesso e respeito, isso é equidade. Somos semelhantes, não iguais cada um tem sua particularidade e isso nos torna únicos. Únicos para sermos o que quisermos ser.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sônia Maria Lemos, pelos ensinamentos e partilhas ao longo desta jornada.

À Marluce Mineiro Pereira, pesquisadora do LAHPSA, pelo apoio e contribuições realizadas durante a construção deste trabalho.

Agradeço ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA-ILMD/FIOCRUZ), na pessoa da Coordenadora do projeto "Da Atenção Básica Municipal à Atenção Especializada e de Urgência Regional: O Acesso à Saúde na Calha do Solimões-Amazonas", Profa. Dra. Michele Rocha de Araujo El Kadri, do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), pela oportunidade de integrar o mencionado projeto, que contribuiu para a construção da presente pesquisa.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.

Nise da Silveira

RESUMO

SILVA, Marcos Vinícius Santos Batista. **Articulação e integração da RAPS com os demais níveis de assistência, na cidade de Tabatinga/AM.** 2024. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a articulação e integração das dinâmicas do cuidado complexo, presentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com os demais níveis de assistência na cidade de Tabatinga, Amazonas. A pesquisa se insere no contexto das políticas de saúde mental no Brasil e destaca a importância de uma abordagem holística e interconectada, conforme os princípios da complexidade de Edgar Morin. Os objetivos específicos do estudo foram: descrever a RAPS de Tabatinga, identificar a articulação e integração com os demais níveis de assistência, e compreender os fatores que facilitam e dificultam essa articulação. A metodologia adotada inclui entrevistas com profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos, além da análise de documentos. A discussão dos resultados é orientada pela análise de conteúdo de Laurence Bardin e pela teoria da complexidade de Morin. Os resultados revelam que a RAPS de Tabatinga é composta por uma rede diversificada de serviços e profissionais, incluindo Unidades Básicas de Saúde, serviços especializados e práticas integrativas realizadas por centros religiosos de matriz africana. A coordenação e o fluxo dos usuários entre os níveis de assistência são essenciais para a continuidade do cuidado e a eficácia dos tratamentos, mas enfrentam desafios significativos, como a burocracia, o número de profissionais qualificados e as dificuldades logísticas decorrentes das peculiaridades geográficas da região. A pesquisa também destaca a importância dos centros religiosos na identificação e encaminhamento de demandas de saúde mental. Esses centros desempenham um papel crucial ao oferecer intervenções espirituais e suporte emocional, complementando os cuidados em saúde formais. No entanto, a dependência dessas redes informais evidencia a necessidade de fortalecer os recursos formais de saúde mental em Tabatinga. A análise crítica sugere que a integração dos serviços de saúde mental deve ser abordada de maneira holística, considerando as interdependências e dinâmicas complexas entre os diferentes níveis de assistência e os contextos culturais locais. A implementação de tecnologias de telemedicina, a simplificação dos processos burocráticos e o fortalecimento das parcerias entre o sistema de saúde formal e as práticas culturais locais são recomendados para melhorar a integração e a eficácia dos serviços. Em conclusão, a integração dos serviços de saúde mental em Tabatinga exemplifica as complexidades e interconexões descritas por Morin, exigindo uma abordagem adaptativa e colaborativa. Este estudo contribui para a compreensão das dinâmicas locais de saúde mental e oferece recomendações práticas para aprimorar a articulação e a integração da RAPS com os demais níveis de assistência, promovendo uma assistência mais eficaz e culturalmente sensível.

Palavras-chave: Saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial. Amazonas. Fronteira.

ABSTRACT

SILVA, Marcos Vinícius Santos Batista. **Articulation and integration of RAPS with other levels of assistance, in the city of Tabatinga/AM**. 2024. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

This research aimed to analyze the articulation and integration of complex care dynamics, present in the Psychosocial Care Network (RAPS) with other levels of assistance in the city of Tabatinga, Amazonas. The research is inserted in the context of mental health policies in Brazil and highlights the importance of a holistic and interconnected approach, according to the principles of Edgar Morin's complex thinking. The specific objectives of the study are: to describe the RAPS of Tabatinga, identify the articulation and integration with other levels of assistance, and understand the factors that facilitate and hinder this articulation. The methodology adopted includes interviews with health professionals, community and religious leaders, in addition to document analysis. The discussion of the results is guided by Laurence Bardin's content analysis and Morin's theory of complex thinking. The results reveal that the Tabatinga RAPS is made up of a diverse network of services and professionals, including basic health units, specialized services and integrative practices carried out by religious centers of African origin. Coordination and flow of users between levels of care are essential for the continuity of care and the effectiveness of treatments, but they face significant challenges, such as bureaucracy, the lack of qualified professionals and logistical difficulties arising from the region's geographical peculiarities. The research also highlights the importance of religious centers in identifying and addressing mental health demands. These centers play a crucial role in offering spiritual interventions and emotional support, complementing formal medical care. However, the dependence on these informal networks highlights the need to strengthen formal mental health resources in Tabatinga. Critical analysis suggests that the integration of mental health services must be approached holistically, considering the complex interdependencies and dynamics between different levels of care and local cultural contexts. The implementation of telemedicine technologies, the simplification of bureaucratic processes and the strengthening of partnerships between the formal health system and local cultural practices are recommended to improve the integration and effectiveness of services. In conclusion, the integration of mental health services in Tabatinga exemplifies the complexities and interconnections described by Morin, requiring an adaptive and collaborative approach. This study contributes to the understanding of local mental health dynamics and offers practical recommendations to improve the articulation and integration of RAPS with other levels of care, promoting more effective and culturally sensitive care.

Keywords: Mental health. Psychosocial Care Network. Amazon. Border.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Municípios da Calha do Alto Rio Solimões, Amazonas.....	21
Figura 2 – Nuvem de Palavras gerada a partir das Entrevistas com os Profissionais de Saúde.....	43
Figura 3 – Funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental.....	46
Figura 4 – Funcionamento da Equipe de Saúde Mental no Município de Tabatinga/AM.....	48
Figura 5 – Nuvem de Palavras gerada a partir das Entrevistas com os Interlocutores da Rede.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	22
Quadro 2 – Tipos e Quantitativo de CAPS por região Brasileira.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de CAPS no Brasil, segundo o Tipo.....	34
Tabela 2 – Quantidade de SRTs no Brasil, segundo as Regiões.....	36
Tabela 3 – Quantidade UAs no Brasil, segundo as Regiões.....	37
Tabela 4 – Quantidade de CAPS no Amazonas, segundo o Tipo.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
eMulti	Equipes Multiprofissionais
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ERD	Estratégias de Redução de Danos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HGuT	Hospital de Guarnição de Tabatinga
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILMD	Instituto Leônidas & Maria Deane
LAHPSA	Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAS-AS	Região de Atenção à Saúde Alto Solimões
RB	Rede Básica
SRT	Serviços Residências Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	OBJETIVOS	19
1.1	Geral	19
1.2	Específicos	19
2	PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.1	O lócus da pesquisa	20
2.2	Procedimentos para a coleta dos dados e participantes	21
2.3	Procedimentos para análise dos resultados	22
2.4	Aspectos Éticos	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	24
3.1.1	<u>A PNAB e o SUS</u>	24
3.1.2	<u>Articulação da AB e a RAPS</u>	26
3.2	Rede de Atenção Psicossocial	28
3.2.1	<u>Aspectos históricos da Política de Saúde Mental</u>	28
3.2.2	<u>Entendendo a estrutura de atenção psicossocial</u>	30
3.2.3	<u>RAPS no Amazonas</u>	37
3.2.4	<u>RAPS na cidade de Tabatinga/AM</u>	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1	Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Tabatinga	44
4.1.1	<u>Categoria temática 1: estrutura organizacional e serviços oferecidos</u>	45
4.1.2	<u>Categoria temática 2: desafios da equipe de saúde mental</u>	50
4.1.3	<u>Categoria temática 3: o fluxo dos usuários na Rede de Atenção Psicossocial</u>	52
4.2	Articulação da RAPS com os demais níveis de assistência	53
4.2.1	<u>Centros religiosos de matrizes africanas e a Rede de Saúde Mental</u>	57
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	62

APÊNDICE – Roteiro das entrevistas.....	72
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	80

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tema de extrema importância, uma vez que seus reflexos impactam todos os aspectos da vida de uma pessoa. Por essa razão, é fundamental destacar que ela não se resume apenas à ausência de transtornos mentais, mas envolve um estado de bem-estar emocional, psicológico e social.

Faz-se oportuno mencionar a existência de controvérsias em relação ao conceito de saúde mental, em especial, o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a considera um “estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade” (WHO, 2014, s/p).

Com efeito, o conceito retro apresenta um perfil medicalizante, uma vez que posto dessa forma, transforma a saúde mental em algo utópico e inalcançável. Além disso, conduz a existência humana para uma condição de medicalização e legitima como patológico tudo aquilo que não se encaixa nos limites definidos para a normalidade (Caponi, 2020).

Desta forma, o conceito de saúde mental que orientou as discussões neste trabalho foi o que considera a multidimensionalidade e a complexidade humana, na qual subjetividade e singularidade interrelacionam-se com o contexto físico, social e cultural, onde o sujeito está inserido, conforme proposto por Amarante (1995).

A saúde coletiva é um campo construído de práticas e saberes que tem, entre seus temas, a saúde mental, tratada com uma dimensão fundamental para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. No Brasil, a atenção à saúde mental passou por uma transformação significativa ao longo das últimas décadas, especialmente com o movimento da reforma psiquiátrica, que teve início nos anos 1980 e gerou, como consequência significativa, no ano de 2001, a edição da Lei Nº 10.216.

A lei estabeleceu o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, priorizando a desinstitucionalização, a promoção dos direitos humanos, a inclusão social e a oferta dos cuidados em liberdade. O referido dispositivo legal foi um passo importante para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estruturada para oferecer um cuidado integral e contínuo às pessoas com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde a Atenção Básica (AB) até os serviços de alta complexidade, oferecendo uma variedade de ações que se unem para garantir um atendimento integral, conforme as diretrizes que fundamentam sua criação.

Ao estabelecer diretrizes fundamentais para a reestruturação do modelo de atenção à saúde mental, a legislação referida promoveu um enfoque comunitário para o tratamento psiquiátrico, substituindo o modelo manicomial que prevalecia anteriormente. A ênfase é colocada na inclusão social e na reintegração dos usuários dos serviços em seus contextos familiares e sociais.

Ademais, com a operacionalização da lei, foram implementadas medidas para a criação de uma rede de cuidado psicossocial, que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses centros são complementados por ações voltadas à reabilitação, promoção e prevenção em saúde mental, visando garantir um tratamento humanizado e adequado às necessidades dessas pessoas.

Com dimensões continentais, o Brasil apresenta regiões com peculiaridades e condições de acesso bem diversificadas. A região amazônica, em particular, apresenta desafios únicos para a implementação e articulação da RAPS, o que se justifica pela vasta extensão territorial, baixa densidade populacional, características étnico-culturais e obstáculos em relação a serviços de saúde.

A cidade de Tabatinga, localizada na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, é um exemplo desse contexto. Com uma população composta por uma mistura de grupos étnicos, incluindo indígenas, ribeirinhos e migrantes de diferentes partes do Brasil e de países vizinhos. Tabatinga representa um microcosmo das complexidades culturais e sociais da Amazônia. A implementação de uma rede de saúde mental que seja capaz de responder às necessidades dessa população diversa e em situação de vulnerabilidade constitui um desafio significativo, que demanda estratégias de articulação e integração eficazes entre a RAPS e os demais níveis de assistência.

Esta pesquisa teve como lócus o município de Tabatinga, localizado na calha do Alto Rio Solimões, a cerca de 1.106 km da capital Manaus. Com uma população de aproximadamente 66.764 habitantes, Tabatinga é o polo de atendimento à saúde mental da região, recebendo demandas dos municípios vizinhos.

Além de atender à sua própria população, a cidade oferece assistência aos municípios de Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Atalaia do Norte, Tonantins e Amaturá (Amazonas, 1989). Conforme dados do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, sua área de atuação abrange uma população de aproximadamente 185.798 (cento e oitenta e cinco mil, setecentos e noventa e oito) habitantes, sem contar os atendimentos prestados a estrangeiros vindos de países vizinhos.

O estudo privilegiou o modo como essa rede se organiza para oferecer um cuidado de saúde mental que seja integral e equitativo, respeitando as especificidades culturais e sociais do contexto amazônico. A escolha de Tabatinga como lócus de estudo se justifica pela sua posição estratégica e pela complexidade de sua configuração populacional, que requer um olhar atento e diferenciado para a formulação de políticas públicas de saúde. Além disso, a análise da RAPS na cidade pode oferecer percepções valiosas sobre como aprimorar a integração dos serviços de saúde mental em outras áreas da Amazônia e em regiões com características semelhantes.

O Amazonas possui um território peculiar, com uma logística igualmente particular, possibilitada, em algumas regiões, somente pelos rios, que se apresentam como únicos canais de deslocamento. Sob esse contexto, é relevante destacar que o ambiente da pesquisa consiste em território líquido, conceito construído por Schweickardt *et al.* (2016), cujo cerne ganha concretude a partir de características geográficas e, sobretudo, antropológicas, dada a natureza das populações, alojadas em regiões ribeirinhas, cuja produção de vida e existência em profunda ligação com os ciclos das águas.

Garantir cuidados em saúde mental na Amazônia é ação que enfrenta grandes desafios, principalmente devido à escassez de serviços e profissionais especializados. A localização isolada de muitas comunidades, em áreas de difícil acesso, implicam dificuldades consideráveis, limitando a oferta e a disponibilidade de assistência em saúde mental para aqueles que precisam.

Além disso, é fundamental reconhecer a diversidade cultural que define a região, onde comunidades tradicionais e povos indígenas habitam áreas de difícil acesso. Esse cenário evidencia a importância do desenvolvimento de estratégias de saúde que respeitem as particularidades culturais e estejam alinhadas com as tradições locais, garantindo um cuidado em saúde mais adequado e inclusivo.

Um aspecto que merece atenção envolve os determinantes sociais e ambientais característicos da região e seus efeitos sobre a saúde mental da população. Essa situação está intimamente ligada à gestão ambiental, que, em termos

gerais, é fundamental para garantir a sustentabilidade. Por isso, é necessário adotar uma abordagem abrangente que valorize tanto os fatores socioeconômicos quanto os ambientais. A saúde mental também está diretamente relacionada ao grau de satisfação das necessidades básicas das pessoas, que estão associadas às condições gerais de vida da população. Portanto, ao planejar cuidados em saúde mental para a região, é essencial considerar suas complexidades e o contexto de vida de seus habitantes.

Outrossim, a interação com a comunidade desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental na Amazônia. Envolver as comunidades no entendimento das necessidades e na definição das estratégias a serem implementadas para a saúde mental é essencial. E isso pode ser alcançado por meio de iniciativas de educação em saúde mental e pela criação de grupos de apoio comunitário, que fortalecem o engajamento e a colaboração local.

Nesse sentido, convém fazer o seguinte questionamento: como a RAPS se articula com os demais níveis de assistência em saúde? Como dialoga com os demais dispositivos de cuidado presentes no território?

A intencionalidade da pesquisa foi analisar como se dá a articulação e a integração da Rede de Atenção Psicossocial aos demais níveis de assistência no município de Tabatinga.

O trajeto metodológico escolhido contemplou a abordagem qualitativa, cujo instrumento foi entrevistas com os profissionais de saúde, em especial psicólogas e psiquiatra e pessoas identificadas como parte do diálogo e da articulação com a RAPS, com o objetivo de mapear as ações de cuidado em saúde mental, desenvolvidas no município.

Por atribuir à saúde mental o protagonismo, a pesquisa presente mostrou-se relevante em vista do cenário que ambienta o estudo e em razão da baixa produção acadêmica com abordagem direcionada ao tema ora proposto, no contexto amazônico.

Para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas, investigar e discutir a temática constitui-se em uma reafirmação do seu propósito fundante de pensar a saúde no contexto amazônico e produzir possibilidades de influenciar as políticas públicas para a região.

Do ponto de vista profissional, acadêmico e científico, o tema é instigante e desafiador, à medida em que descortina um universo do território brasileiro único e singular, o que representa um fator de interesse na condução da trajetória profissional.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Analisar como se dá a articulação e a integração das dinâmicas do cuidado complexo, presentes na Rede de Atenção Psicossocial, com os demais níveis de assistência no município de Tabatinga.

1.2 Específicos

- a) Descrever a Rede de Atenção Psicossocial do município de Tabatinga;
- b) Identificar a articulação e a integração com os demais níveis de assistência;
- c) Compreender fatores que facilitam e dificultam a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com os demais níveis de assistência.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é um recorte do projeto guarda-chuva intitulado “Da Atenção Básica Municipal à Atenção Especializada e de Urgência Regional: O Acesso à Saúde na Calha do Solimões-Amazonas”, coordenado pela pesquisadora Dra. Michele Rocha de Araujo El Kadri, do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), e pela professora Dra. Sônia Maria Lemos, da UEA. Esse projeto teve como objetivo analisar de que maneira o território usado condiciona o acesso à rede assistencial do SUS na região, ao passo que a presente pesquisa foca na articulação e integração da RAPS com os demais níveis de assistência na cidade de Tabatinga/AM.

Assim a abordagem desta pesquisa é qualitativa, com a utilização de entrevista semiestruturada como instrumento, assim possibilitando ao entrevistador trabalhar com perguntas previamente estabelecidas e outras abertas, de modo a dotá-lo de maior controle sobre o que pretende abstrair acerca do campo pesquisado, bem como possibilitar ao entrevistado uma reflexão espontânea em torno dos aspectos questionados (Severino, 2013; Minayo; Costa, 2018).

A pesquisa, realizada pelos pesquisadores do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), vinculado ao Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz-Amazônia, contribui para o fortalecimento do SUS e cria espaços de diálogo e debates em favor da qualidade de vida, principalmente das populações que habitam a região amazônica.

2.1 O lócus da pesquisa

Elaborar qualquer estudo sobre a região amazônica pressupõe debruçar-se sobre um conjunto de características únicas, que se fazem observadas em relação à dimensão do tempo, espaço geográfico, condições tecnológicas e, por conseguinte, à dinâmica da própria vida humana (Fernandes; Moser, 2021).

O modo como se processam as relações humanas ao redor do mundo apresenta uma dinâmica própria. Esse formato, no contexto da fronteira amazônica,

mostra-se peculiar em vista das características naturais e das desenvolvidas pelas pessoas da região (Souza, 2018).

O lócus da pesquisa concentrou-se na cidade de Tabatinga, no interior do Estado do Amazonas, que integra a Região de Saúde da Calha do Alto Rio Solimões. A Figura 1 apresenta a região, com os 09 (nove) municípios que a compõem.



Fonte: Garcez *et al.* (2021)

A localização de Tabatinga na região oeste do Estado do Amazonas, em uma área de fronteira com o Peru e a Colômbia, destaca a importância regional na determinação do acesso aos serviços de saúde. A ênfase nos rios como principais meios de deslocamento indica uma relação intrínseca entre a geografia fluvial e a vida cotidiana da população local, refletindo uma adaptação cultural única às condições ambientais.

2.2 Procedimentos para a coleta dos dados e participantes

A coleta de dados aconteceu na primeira viagem de campo do projeto guarda-chuva, entre os dias 16 e 19 de abril de 2023, ao longo do qual foram realizadas 07 (sete) entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas, com profissionais de saúde que atuam no atendimento à saúde mental, bem como com interlocutores da

RAPS. Todas as conversas foram precedidas de contato, para fins de agendamento, por meio do mensageiro *whatsapp* e levadas a efeito no Centro Especializado em Reabilitação (CER). O Quadro 1 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa:

Quadro 1 - Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Entrevistado	Cargo	Tempo de Experiência	Local de Trabalho
01	Profissional da Psicologia	1 ano e 3 meses	AB
02	Profissional da Medicina	5 anos e 7 meses	AB
03	Profissional da Psicologia	7 anos	Unidade Prisional
04	Profissional da Psicologia	3 anos	UBS
05	Pessoa que articula com a rede de apoio de SM	-	Centro religioso de matriz africana
06	Pessoa que articula com a rede de apoio de SM	-	Centro religioso de matriz africana
07	Pessoa que articula com a rede de apoio de SM	-	Centro religioso de matriz africana

Fonte: O Autor (2024)

2.3 Procedimentos para análise dos resultados

De acordo com Minayo (2014), a entrevista semiestruturada permite ao entrevistado fala espontânea que expresse o discurso livre das suas vivências e sentimentos sobre determinado tema. Sua subjetividade é presente, trazendo à tona seus valores, representações, emoções, afetividade e limitações.

As interpretações dos resultados foram levadas a efeito diante da análise temática (Bardin, 2020), a partir da descrição do conteúdo, onde foram identificadas categorias de acordo com os objetivos da pesquisa, voltados a identificar o fluxo da Atenção Básica até a Rede de Atenção Especializada, dos cuidados em saúde mental realizados pela RAPS. Para tanto, o software MAXQDA¹ foi utilizado com o objetivo de sistematizar as informações coletadas.

¹ MAXQDA é um software para gerenciamento e análise de uma pesquisa qualitativa.

Foram identificadas 3 (três) categorias temáticas para análise, conforme segue: estrutura organizacional dos serviços, desafios da equipe de saúde mental e fluxo dos usuários na RAPS. Essas categorias são apresentadas e analisadas à luz do referencial teórico para compreender a articulação entre a RAPS e os demais níveis de assistência, na cidade de Tabatinga, temática da presente pesquisa.

2.4 Aspectos Éticos

A pesquisa guarda-chuva foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEA, sob Parecer Nº 5.923.187 (Anexo A) e sua coleta iniciou após a aprovação. O referido projeto é financiado pelo Inova Amazônia (Programa Fiocruz) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

Na ocasião das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo as prerrogativas éticas, das Resoluções N^{os} 466/12 e 510/16.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

3.1.1 A PNAB e o SUS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribui para o desenvolvimento e o fortalecimento do SUS, a partir da articulação estabelecida nas 03 (três) esferas de poder, com as estruturas integrantes da rede, representadas pelos profissionais da saúde, usuários, movimentos sociais e gestores (Brasil, 2012).

Em consequência dos movimentos sociais, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão, no âmbito do SUS, das diretrizes para a organização da AB, a quem foram atribuídas ações de saúde para garantir o cuidado e a atenção integral ao usuário. Esse nível de cuidado, conforme entendimento de Franco e Hubner (2020), representa a principal porta de entrada no serviço de saúde.

Além de ser ferramenta de descentralização do atendimento, a AB constitui-se como o meio no qual se dá o contato principal do usuário com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), cuja finalidade consolida-se, entre outros, a partir da promoção, proteção e prevenção da saúde (Brasil, 2012).

Com a criação do SUS, que decorre de determinação contida na Constituição de 1988, o cuidado com o usuário passou a percorrer caminhos que contribuem para a garantia da saúde universal (Franco; Hubner, 2020).

Segundo Pinheiro, Conceição e Worcman (2018), o princípio da Universalidade, que permeia a essência do SUS, garante aos usuários o acesso a todos os serviços de saúde, em qualquer um dos níveis de atenção. Estes, de acordo com a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, são classificados em 03 (três) níveis: atenção primária, secundária e terciária.

A Atenção Primária, que ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS), representa o primeiro contato do usuário com o SUS. A Atenção Secundária é materializada pelos serviços especializados, não contemplados pela AB. E a Atenção Terciária tem sua

concretização efetivada por meio de atendimentos de alta complexidade (Brasil, 2010).

Em função das peculiaridades locais, a PNAB estrutura as equipes necessárias ao atendimento à população, que se efetiva mediante a articulação entre os diversos elementos que compõem a RAS, dentre os quais podem ser mencionados as UBS (fixa ou fluvial), Estratégia Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), este até 2019, e, posteriormente, a partir de 2023, as Equipes Multiprofissionais (eMulti) (Brasil, s.d.).

A UBS corresponde ao local onde são disponibilizados à população os serviços integrantes da Atenção Primária à Saúde (APS), executados pelas equipes de Saúde em Família (EqSF) em caráter individual ou coletivo e voltados à promoção e prevenção de saúde (Brasil, 2012).

A ESF, com base nos limites estabelecidos pelo SUS, tem como finalidade reorganizar a AB, consolidando-se como um serviço de potencialização desse nível de cuidado, uma vez que contribui para o fortalecimento de suas diretrizes e fundamentos (Panizzi, 2017).

A eMulti é composta por profissionais de saúde de diversas áreas, com atuação complementar junto às equipes da APS. É, portanto, um serviço que se baseia na articulação intersetorial, por meio de um trabalho integrado em favor do usuário (Brasil, 2023).

A Rede Básica (RB) ganha espaço com a construção do SUS, como consequência da garantia de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, a RB articula o cuidado com a atenção individual e coletiva, em vista da saúde envolver um conceito biopsicossocial (Merhy *et al.*, 2019).

A garantia da saúde nos serviços tem sustentação no fluxo da AB, que se estabelece com fundamento nas necessidades do usuário. As diretrizes do cuidado são definidas a partir da demanda entre os níveis de atenção, tendo como objetivo assegurar a atenção integral, articulando-se com as outras redes de cuidado (Brasil, 2012). Para Panizzi (2017), o planejamento da equipe é primordial, pois o trabalho não é individualizado, precisando estar articulado com todos os elementos que integram a AB.

A RAS estabelece estratégias para o atendimento integral do usuário, utilizando diferentes métodos, que se associam a outras redes de cuidados, intersetoriais e comunitárias, com o escopo de conferir atenção ampliada ao usuário (Brasil, 2012).

Nesse sentido, a RB possui equipes compostas por profissionais que operam a saúde, como já mencionado, de forma aprimorada e articulada com os demais níveis de atenção. Verifica-se, assim, o atendimento à expressiva quantidade de serviços, dentre os quais a RAPS (Merhy *et al.*, 2019).

3.1.2 Articulação da AB e a RAPS

Reitera-se que a AB é a principal porta de entrada no SUS, configurando-se como o nível no qual são incluídos os usuários que demandam cuidados em saúde mental, cuja situação é identificada e orientada pelo profissional (Brasil, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assevera ser a saúde mental elemento indispensável para a vida da coletividade, na medida em que exerce influência em seu pensamento, sentimentos e ações. Ela desempenha, ainda, evidente interferência nas decisões tomadas, na construção de relacionamentos e na visão de mundo construída (WHO, 2005).

Nesse sentido, a saúde pode ser entendida, segundo Junior, Merhy e Franco (2022), como um conjunto de atribuições e de cuidados de todos os envolvidos, desde os profissionais da saúde até a família, num processo que percorre a rede de cuidado ao usuário. O cuidado concedido à saúde mental no nível básico de atenção favorece a consolidação do cuidado que permeia as diretrizes normativas, sendo elaborado por meio de estratégias direcionadas a necessidades individuais e coletivas do usuário (Brasil, 2017).

De acordo com Lima e Guimarães (2019), a estrutura organizacional da saúde mental, idealizada com a Reforma Psiquiátrica, estabelece-se pelos diversos níveis, quais sejam: APS, Atenção Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Serviços Residências Terapêuticas (SRT) e Reabilitação Psicossocial.

No âmbito da APS, encontram-se alocadas as UBS, as eMulti, as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; a Atenção Especializada comporta os CAPS, em suas diversas modalidades; e a Atenção Hospitalar contempla a viabilização de leitos de saúde mental em hospitais gerais e unidades de referência (Brasil, 2011).

A saúde mental, quando tratada no contexto da AB, envolve um processo que percorre da equipe de referência ao apoio matricial, sendo este representado pelos serviços de saúde disponibilizados à interdisciplinaridade daquela, cuja atuação transcende o atendimento genuinamente especializado (Chiaverini, 2011).

Quanto à AB, ela tem sua atuação articulada à RAPS, com natureza intersetorial, a qual deve caracterizar a oferta dos serviços de saúde, tomando como critério o mapeamento das atividades necessárias, com vistas à facilitação da comunicação com os demais setores (Panizzi et al., 2017).

O trabalho intersetorial na saúde mental contribui para a articulação das redes de cuidado, facilitando a descentralização das atividades e garantindo o cuidado do usuário em qualquer nível de atenção (Pinheiro; Conceição; Worcman, 2018).

Cabe ressaltar que a articulação entre AB e RAPS é elemento que favorece à descontinuação do estigma que, ao longo do tempo, esteve sempre atrelado ao transtorno mental. Outrossim, cumpre observar que o estímulo à inclusão social das pessoas com transtorno mental é conclusivo no sentido de colocar a saúde mental como aspecto coletivo, afastando qualquer tipo de segregação e favorecendo a construção de um ambiente social saudável (Cândido *et al.*, 2012).

Na AB, o ecomapa é uma ferramenta que auxilia o profissional da saúde no tratamento do usuário, sendo, portanto, um instrumento de valorização desse cuidado. É por meio da utilização desse recurso, criado em 1970 por Ann Hartman, que a família passa a fazer parte do processo de cuidado do usuário (Junior; Merhy; Franco, 2022).

O território onde as pessoas estão inseridas compõe a RB, não refletindo somente o lugar físico, mas um território cheio de representação e contribuição para o cuidado em saúde do usuário (Merhy et al, 2019). Para Portugal *et al.* (2016), cada lugar tem sua particularidade e regionalidade e esse pode ser um dos fatores favoráveis à saúde, de tal modo que esse espaço onde o usuário está inserido é uma das chaves para sua recuperação e tratamento.

Junior, Merhy e Franco (2022) afirmam ser importante considerar aspectos locais e subjetivos dos usuários, uma vez que tal prática oferece à equipe a possibilidade de formar um olhar ampliado sobre eles e a capacidade de identificar as redes de apoio em que se encontram inseridos.

Aspecto importante para a construção do cuidado integral das pessoas com transtornos mentais é o projeto terapêutico que, elaborado de maneira coletiva, traça

ações visando o cuidado ao usuário (Brasil, 2013). De acordo com Vasconcelos *et al.* (2016) e Panizzi *et al.* (2017), esse projeto garante bons resultados para a saúde mental do usuário e reflete a importância da articulação de toda a equipe.

Assim, percebe-se que os serviços de saúde oferecidos na AB contribuem para o manejo dos usuários que, junto à UBS, buscam atendimento para o cuidado em saúde mental, o que, por consequência, propicia a devida articulação com a RAPS (Chiaverini, 2011).

Aliás, a proximidade observada entre a AB e a saúde mental revela-se necessária à criação de um campo onde se destacam os elementos epistemológicos e procedimentais. Uma vez que, saúde mental é uma dimensão da saúde integral, deveria perpassar os princípios básicos de quaisquer procedimentos e/ou ações na AB. Na assistência à saúde mental, os CAPS representam esse espaço, com potencial para gerar novos olhares e perspectivas sobre a condução do apoio a pessoas com transtornos mentais (Campos; Furtado, 2006).

Por fim, é pertinente registrar que a AB, a partir de seus princípios e diretrizes, é responsável pela articulação entre os diversos setores no cuidado à saúde em favor da atenção integral no tratamento e reabilitação do usuário (Brasil, 2017).

3.2 Rede de Atenção Psicossocial

3.2.1 Aspectos históricos da Política de Saúde Mental

O ano de 1978 caracteriza um marco na mobilização pelos direitos dos usuários psiquiátricos no Brasil. Dessa mobilização, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental (MTSM), envolvendo, entre outros, trabalhadores sanitários, movimentos populares, sindicalistas e pessoas com histórico de internações provocadas por questões de natureza psiquiátrica. Em linhas gerais, o MTSM protagonizava o antagonismo ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

Em meio àquela discussão, no ano de 1987, na cidade do Rio de Janeiro, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. O ano marcou, ainda, a realização,

em Bauru, interior paulista, do II Congresso Nacional do MTSM, que tinha como tema “Por uma sociedade sem manicômios” (Figueiredo, 2019; Brasil, 2005).

Do II Congresso Nacional do MTSM resultou, segundo Borges e Almeida (2021), o Manifesto de Bauru, documento que representava o desejo da sociedade em geral pela construção de um novo rumo para o tratamento psiquiátrico que favorecesse o cuidado em liberdade, em detrimento do formato praticado, considerado autoritário e privatizante.

As questões levantadas a partir dos dois eventos de 1987, de acordo com Figueiredo (2019), inauguraram um período de debates, amadurecimento e formulação de políticas efetivas para realização de uma Reforma Psiquiátrica. Dentre as diretrizes discutidas, merecem destaque a formação de potencial humano, a viabilização de alternativas de financiamento e o correspondente controle social.

Ainda em 1987, ocorreu, a inauguração, em São Paulo, do primeiro CAPS, que recebeu o nome de Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, médico psiquiatra alagoano com larga contribuição ao ensino da psiquiatria. Com vinculação estadual e natureza livre, a instituição representou o início de uma nova fase no sistema de atendimento a pessoas com transtornos mentais (Navarro, 2017).

Com o fortalecimento das discussões em torno da necessidade de implementação de novo direcionamento ao modelo de tratamento psíquico, foram realizados diversos eventos, dentre os quais merecem destaque: a primeira manifestação pública pela extinção do modelo representado pelos manicômios, criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e a inserção, nas discussões travadas, dos usuários e seus familiares (Amarante, 1998).

O ano de 1988 marcou a promulgação da Constituição Federal, que em seu artigo 196, estabeleceu a saúde com direito de todos e dever do Estado. Para concretização dessa previsão, criou o SUS, caracterizado por oferecer à população atenção integral, com base em princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade (Brasil, 1988).

A partir da Constituição, o debate acerca da atenção à saúde mental adquiriu mais vigor, resultando na realização, de duas edições da Conferência Nacional de Saúde Mental: a de 1992 e a de 2001. Nelas, ampliava-se a percepção sobre as práticas na saúde mental que, fundamentadas num contexto interdisciplinar, apontavam para a valorização da atenção psicossocial (Figueiredo, 2019).

O ponto alto de todo o debate em torno da assistência em saúde mental aconteceu com a edição da Lei Nº 10.216, de abril de 2001, que tem como diretriz principal a internação de pessoas somente nos casos em que o cuidado em liberdade mostrar-se ineficaz, priorizando o cuidado com base comunitária (Brasil, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, no Distrito Federal, representou o envolvimento, em suas etapas estadual e municipal, de mais de 23.000 (vinte e três mil) pessoas, incluindo usuários e familiares. A fase nacional registrou a participação de 1.480 (um mil, quatrocentos e oitenta) delegados, indicados entre profissionais de saúde, usuários e familiares. O evento consolidou a Reforma Psiquiátrica, atribuiu aos CAPS a importância de representar a mudança no formato de assistência, estimulou a formulação de uma política de saúde mental voltada a usuários de álcool e outras drogas e definiu o controle social como ratificação do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2005).

O percurso que se construiu a partir dos encaminhamentos instituídos na III Conferência Nacional de Saúde Mental é marcado pelo surgimento de novas estruturas e/ou serviços destinados à atenção à saúde mental, conforme se descreve no tópico seguinte.

3.2.2 Entendendo a estrutura de atenção psicossocial

A Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, é um divisor de águas na forma como o Estado e, conseqüentemente, a sociedade encaram a promoção da saúde mental. O mencionado dispositivo legal é instrumento que, ao estabelecer o fim das instituições manicomiais e humanizar as abordagens terapêuticas, simboliza legítima ruptura com a política de medidas até então adotada. Demonstra preocupação com a inclusão social e a com a autonomia das pessoas, conjugadas com a promoção do tratamento em liberdade, a desinstitucionalização e o estímulo a outras possibilidades. Além disso, responde por importante ampliação nos serviços de saúde mental, redução da discriminação vinculada aos transtornos mentais e incentivos à participação ativa do usuário no tratamento (Brasil, 2001).

A Política de Saúde Mental favorece o encurtamento da distância física entre o usuário e o respectivo atendimento, aproximando a AB e garantindo o cuidado em

território. Afinal, não se pode negar a importância da articulação entre a AB e o espaço geográfico onde o usuário está inserido (Cabral, Simoni, Fagundes, 2019).

Nesse contexto, de acordo com Radke e Ceccim (2018), motivou a criação do Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, instituído no ano de 2002, com a finalidade de incentivar, apoiar e financiar a instituição de polos de formação em saúde mental aos profissionais da rede pública.

A Reforma Psiquiátrica, ao estabelecer, no contexto do SUS, um modelo de atenção à saúde mental, com características abertas e comunitárias, a reclamar articulação de diversas áreas, cria espaços de atenção a pessoas que apresentam transtornos mentais, incluindo as que vivenciam os efeitos das drogas (Amarante; Nunes, 2018).

Em decorrência das alterações estabelecidas a partir da Lei Nº 10.216/2001, por força da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde, com o objetivo de criar, articular e ampliar a interlocução entre serviços de saúde, instituiu a RAPS, voltada a pessoas com transtornos mentais e com demandas oriundas no uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2001).

Em sua composição, a RAPS conta com diversos equipamentos e recursos, quais sejam, os CAPS, os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral em hospitais gerais (Brasil, 2011).

No que se refere ao financiamento, a Rede é mantida pelo Ministério da Saúde, com recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Sua abrangência é ampla, fazendo-se presente nos seguintes segmentos: AB, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção de Urgência e Emergência, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS ou Centros de Atenção Psicossocial pode ser compreendido como um serviço de saúde comunitário vinculado ao SUS, que serve como referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, cuja característica exija atenção intensa e personalizada (Brasil, 2004).

Segundo Almeida (2019), os CAPS são centros comunitários de serviços em saúde voltados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais, vinculados à estrutura administrativa do município.

De acordo com as modificações estabelecidas pela Lei Antimanicomial, o Ministério da Saúde editou, em 19 de fevereiro de 2002, a Portaria Nº 336, que ratificou e incrementou o funcionamento dos CAPS, definindo os seus tipos, conforme critérios populacionais, natureza do problema e faixa de idade dos usuários. As ações estabelecidas nesses espaços apresentam concepção e funcionamento assentados em princípios de integralidade e interdisciplinaridade, com priorização de acolhimento e reintegração social dos usuários (Brasil, 2002).

Os CAPS representam avanços na promoção do cuidado em saúde mental, contribuindo com as equipes da AB e os serviços e programas de saúde mental no território. As ações de saúde mental na AB simbolizam alternativas significativas ao tratamento do usuário, tornando relação entre o campo da saúde mental e da AB (Souza; Rivera, 2010).

Posteriormente, em decorrência de disposições contidas na Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de estímulo financeiro para a construção de CAPS e UAs, conforme determinação contida na RAPS.

A tipificação dos CAPS é determinada pelo Ministério da Saúde, conforme segue:

- a) CAPS I: público de todas as idades, com transtornos mentais graves, fazendo-se presentes em cidades com até 15 (quinze) mil habitantes;
- b) CAPS II: mesmo público do CAPS I, porém com atuação em cidades com, no mínimo, 70 (setenta) mil habitantes;
- c) CAPS i: voltados a crianças e adolescentes, com transtornos graves, em localidades com, pelo menos, 70 (setenta) mil habitantes;
- d) CAPS AD: atendimento a todas as faixas de idade, em casos de transtornos provocados pelo uso de álcool e drogas, com atuação em cidades de, no mínimo, 70 (setenta) mil habitantes;
- e) CAPS III: prevê até 05 (cinco) vagas de acolhimento noturno para a população com gravidade de transtornos, independente de faixa etária, em regiões com, pelo menos, 150 (cento e cinquenta) mil habitantes;
- f) CAPS AD III: destinados ao atendimento a usuários com sequelas do consumo de álcool e drogas, dispondo de 08 (oito) a 12 (doze)

vagas de acolhimento noturno, em localidades com, pelo menos, 150 (cento e cinquenta) mil habitantes; e

- g) CAPS AD IV: também voltados a usuários com problemas decorrentes do consumo de álcool e drogas, de qualquer idade, em regiões de, pelo menos, 150 (cento e cinquenta) mil habitantes.

Importa registrar que os CAPS, a exemplo do que ocorre com as UBS, concentram suas ações na mesma localidade em que vivem seus usuários e familiares. Essa diretriz revela a preocupação com a garantia da cidadania, a promoção da inclusão social e com a necessidade de firmar-se na condição de local de referência e cuidado, a partir de uma abordagem aberta e comunitária (Brasil, 2004).

Entende-se que um dos aspectos de muita valia na concepção dos CAPS está ligado à sua localização, junto às comunidades. Isso facilita o acompanhamento contínuo e oferta a possibilidade de atendimento mais humanizado. Outrossim, na mesma conjuntura de relevância, cita-se a forma articulada com que os CAPS deveriam desenvolver suas atividades, em cujo contexto verifica-se a interação com as UBS, hospitais e programas gerais de assistência social (Salles; Barros, 2013).

De acordo com Souza e Rivera (2010) considera-se importante o diálogo desenvolvido entre as equipes de saúde mental e da AB, situando-o na condição de mecanismo indispensável à integração social do usuário e ao apoio à sua família.

É por meio da efetivação desses fatores que ocorrem a inclusão social, a desinstitucionalização dos cuidados e a valorização da autonomia do usuário. Firma-se, assim, o CAPS como espaço de acolhimento e transformação, disponibilizando a seus usuários condições de respeito, segurança e observância aos direitos humanos (Salles; Barros, 2013).

Dados do Ministério da Saúde, atualizados até junho de 2022, apontam para a existência, no Brasil, de 2.836 (dois mil, oitocentos e trinta e seis) CAPS habilitados, conforme espelhado no Quadro 2.

Quadro 2 - Tipos e Quantitativo de CAPS por Região Brasileira

Região	Quantidade	Tipo	Quantidade por Tipo	Tipificação dos CAPS, conforme população
Norte (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins)	183	CAPS I	115	CAPS I: até 15 mil habitantes
		CAPS II	33	
		CAPS III	08	
		CAPS i	07	CAPS II: no mínimo, 70 mil habitantes
		CAPS AD	11	
		CAPS AD III	09	
Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe)	979	CAPS I	622	CAPS III: pelo menos, 150 mil habitantes
		CAPS II	149	
		CAPS III	29	
		CAPS i	58	CAPS i: pelo menos, 70 mil habitantes
		CAPS AD	82	
		CAPS AD III	39	
Sudeste (Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo)	1.043	CAPS I	374	CAPS AD: no mínimo, 70 mil habitantes
		CAPS II	235	
		CAPS III	73	
		CAPS i	156	CAPS AD III: pelo menos, 150 mil habitantes
		CAPS AD	151	
		CAPS AD III	53	
Sul (Paraná, Rio Grande do e Santa Catarina)	462	CAPS I	218	CAPS AD IV: pelo menos, 150 mil habitantes
		CAPS II	83	
		CAPS III	10	
		CAPS i	54	CAPS AD IV: pelo menos, 150 mil habitantes
		CAPS AD	68	
		CAPS AD III	28	
Centro-Oeste (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul)	169	CAPS I	100	CAPS AD IV: pelo menos, 150 mil habitantes
		CAPS II	27	
		CAPS III	06	
		CAPS i	10	CAPS AD IV: pelo menos, 150 mil habitantes
		CAPS AD	19	
		CAPS AD III	06	
CAPS AD IV	01			

Fonte: Ministério da Saúde (2022)

A Tabela 1, a seguir apresentada, demonstra a quantidade de CAPS no Brasil, por tipo.

Tabela 1 - Quantidade de CAPS no Brasil, segundo o Tipo

Tipo	Quantidade
CAPS I	1.429
CAPS II	527
CAPS III	126
CAPS i	285
CAPS AD	331
CAPS AD III	135
CAPS AD IV	03

Fonte: Ministério da Saúde (2022)

Da análise dos dados apresentados, verifica-se que a maior quantidade de CAPS está concentrada na região Sudeste, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os menores registros, valendo destacar que as regiões Norte e Nordeste não possuem nenhum CAPS AD IV.

Focado na substituição do modelo psiquiátrico anteriormente adotado, hoje, o novo serviço baseado no cuidado em liberdade das pessoas com transtorno mental contribui para o tratamento e recuperação dos usuários, panorama no qual os CAPS representam serviços fundamentais para a solidificação desse cuidado (Almeida, 2019).

Os SRT, de acordo com o Ministério da Saúde, constituem-se em moradias assistidas, de caráter permanente ou prolongado, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O acolhimento realizado por esse serviço deve priorizar pessoas oriundas de longas internações, estendendo sua atuação também em favor de outras pessoas que precisam desse tipo de acolhimento, conforme disposto na Portaria Nº 3.588/2017, do Ministério da Saúde (Brasil, 2022).

Para Macedo *et al.* (2017), os SRT representam o mecanismo mais importante da ruptura com o modelo manicomial, preconizada pela Reforma. Trata-se da oferta de um ambiente para acolhimento de pessoas oriundos de permanências superiores a dois anos ininterruptos em instituições hospitalares. A interlocução dos SRT com os CAPS constitui requisito fundamental no avanço da reabilitação dos usuários do serviço.

A criação e delimitação dos SRT estão contempladas nas Portarias Nos 106/2000 e 3090/2011, ambas do Ministério da Saúde. O SRT é caracterizado em dois tipos. Tipo I, acolhendo até dez usuários, tipo II, acolhendo até dez usuários com acentuado nível de dependência que precisam de cuidados permanentes (Brasil, 2022).

A Tabela 2 apresenta a distribuição de 813 (oitocentos e trezes) SRTs existentes no Brasil, segundo as regiões geográficas.

Tabela 2 - Quantidade de SRTs no Brasil, segundo as Regiões

Região	Quantidade
Norte (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins)	10
Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe)	156
Sudeste (Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo)	573
Sul (Paraná, Rio Grande do e Santa Catarina)	51
Centro-Oeste (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul)	23

Fonte: Ministério da Saúde (2022)

Os Centros de Convivência e Cultura, no contexto da saúde mental, representam canais de assistência estratégicos para a inserção social de pessoas com transtornos mentais, bem como de usuários de crack, álcool e outras drogas, por meio da utilização de espaços, nos quais o convívio com as diferenças na comunidade é estimulado (Brasil, 2011).

As UA's, criadas pela Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, têm como finalidade disponibilizar atenção permanente de saúde, com funcionamento em tempo integral e de caráter residencial, a pessoas com problemas decorrentes da utilização de crack, álcool e outras drogas, atendidas nos CAPS, socialmente vulneráveis e de conduta terapêutica transitória (Brasil, 2012).

Com essência voltada à atenção psicossocial, as UA's são serviços de base territorial, que se fundamentam na subjetividade e no contexto de cada pessoa com transtorno mental, a partir da valorização de suas experiências de vida. Elas representam, pois, uma ferramenta de cuidado em liberdade, como previsto na Reforma Psiquiátrica (Almeida; Cunha, 2021).

No país, são 70 (setenta) as UAs instaladas. Sua distribuição por região é apresentada na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Quantidade UAs no Brasil, segundo as Regiões

Região	Quantidade
Norte (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins)	02
Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe)	20
Sudeste (Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo)	32
Sul (Paraná, Rio Grande do e Santa Catarina)	13
Centro-Oeste (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul)	03

Fonte: Ministério da Saúde (2022)

Na RAPS, os leitos de atenção integral representam pontos de atenção a partir de intervenção hospitalar. Essa modalidade adquire concretude por meio de internações pouco demoradas em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, em favor de pessoas em situação de crise (Brasil, 2011).

Com a destinação prioritária de recursos da saúde para serviços não hospitalares, praticada a partir de 2006, no rastro da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde recomenda a utilização de leitos de hospitalidade noturna. Trata-se de recurso integrado à RAPS para assegurar acolhimento noturno ao usuário em crise (Prado; Sá; Miranda, 2015).

Note-se, pelos dados e informações apresentados nos parágrafos acima, o número de dispositivos e equipamentos de cuidado em saúde mental, na região norte, demonstram ser insuficientes para o cumprimento das orientações da Lei e da Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas.

3.2.3 RAPS no Amazonas

No Estado do Amazonas, a Reforma Psiquiátrica avança lentamente. Foi a última capital a instalar CAPS e ainda nos dias atuais, não oferece uma Rede de Apoio Psicossocial adequadas às necessidades e demandas de seus usuários.

Em meio aos debates acerca dos cuidados envolvendo os usuários com transtornos mentais, no ano de 2000, o Governo do Estado do Amazonas realizou, a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas. O evento marcou a oferta, em parceria com a Fiocruz, do primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental, bem como o advento da discussão em torno da Política Estadual de Saúde Mental que, em 2003, foi objeto de aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, sendo sancionada pela Lei Nº 3.177, de 11 de outubro de 2007 (Navarro, 2017).

Em vista da Reforma Psiquiátrica, em 2006, foi implantado no CPER o novo modelo de assistência à pessoa com transtornos mentais, formato no qual a integralidade era característica primordial (Navarro, 2017).

Com base em diretrizes estabelecidas pelas Portarias N^{os} 1.996, de 20 de agosto de 2007, e 3.194, de 28 de novembro de 2017, ambas do Ministério da Saúde, o Governo do Estado do Amazonas recepcionou disposições contidas na Constituição Estadual e publicou, em 2019, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, o qual segmentou o Estado em 09 (nove) Regiões de Saúde, conforme segue: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro; Rio Negro e Solimões; Rio Madeira; Médio Amazonas; Baixo Amazonas; Purus; Juruá; Triângulo e Alto Solimões (Brasil, 2017; Amazonas, 2019).

No Estado do Amazonas, são 25 (vinte e cinco) os CAPS instalados, conforme Tabela 4, a seguir apresentada:

Tabela 4 - Quantidade de CAPS no Amazonas, segundo o Tipo

Tipo	Quantidade	Tipificação dos CAPS, conforme população
CAPS I	16	até 15 mil habitantes
CAPS II	04	no mínimo, 70 mil habitantes
CAPS III	02	pelo menos, 150 mil habitantes
CAPS i	01	pelo menos, 70 mil habitantes
CAPS AD	01	no mínimo, 70 mil habitantes
CAPS AD III	01	pelo menos, 150 mil habitantes

Fonte: Ministério da Saúde (2022)

Nas regiões fronteiriças, é observada uma movimentação populacional que se liga ao aspecto social, econômico e geográfico do local. A observação de tais lugares revela um cenário onde, quase sempre, em decorrência da distância dos grandes centros, percebe-se precariedade nas condições sociais, escassez em atividades econômicas rentáveis e falta de eficácia nos serviços públicos (Melo; Andrade, Ruoff, 2018).

Outrossim, a área de fronteira do Amazonas é caracterizada pela presença de uma densa porção de floresta, incontáveis vias fluviais de acesso, bem como por um quadro de baixo potencial social, econômico e educacional, o que pode ser entendido como reflexo da presença insuficiente do Poder Público (Brasil, 2017).

3.2.4 RAPS na cidade de Tabatinga/AM

A região amazônica é espaço intenso e plural, em que a dialética de multiplicidades e a existência de contrastes refletem a intensidade de sua essência e a possibilidade de sua compreensão, a partir da perspectiva da habitação em lugares que se traduzem em histórias de tempos e espaços (Nina, 2014).

De fato, o território amazônico, sob uma abordagem ampla, possui conceito que vai muito além da mera conotação geográfica, atingindo enfoques antropológicos e territoriais. A região amazônica mostra-se desafiadora, em relação à locomoção, possível, em sua maioria, somente por via fluvial e aérea, em alguns casos (Martins; Schweickardt, 2016).

Segundo dados do Censo realizado em 2022, a cidade de Tabatinga, que possui área aproximada de 3.260Km² (três mil, duzentos e sessenta quilômetros quadrados), apresenta um contingente populacional da ordem de 66.764 (sessenta e seis mil, setecentos e sessenta e quatro) pessoas, assim gerando uma densidade demográfica de 20,48 (vinte vírgula quarenta e oito) habitantes por quilômetro quadrado (Ibge, 2022).

Em relação aos limites do município, este faz fronteira com as cidades brasileiras de São Paulo de Olivença, Benjamin Constant e Santo Antônio do Içá, a colombiana Letícia e a ilha peruana de Santa Rosa de Yavari, província de Mariscal Ramón Castilla (Melo, 2018).

As políticas públicas são pensadas na perspectiva do atendimento nacional, o que, nem sempre, é realizado, tendo em vista as singularidades regionais, sobretudo quando observadas num contexto brasileiro, de dimensões continentais (Schweickardt *et al.*, 2016).

Segundo El Kadri (2022), o reconhecimento das condições do território amazônico e a forma como ele influencia a gestão do sistema de saúde são condições

essenciais para o planejamento e a organização das políticas públicas voltadas à promoção da cidadania das comunidades amazônicas.

Em termos populacionais, conforme Melo (2018), a cidade possui uma população flutuante, que se forma a partir da rotatividade com que acontece a mobilidade de habitantes da cidade, influenciada pelo fluxo de militares das Forças Armadas e Polícia Federal, entre outros órgãos federais sediados no local. Ainda segundo a autora, os serviços de saúde, em regiões de fronteira, são, naturalmente, oferecidos de maneira indistinta a qualquer usuário, seja brasileiro ou não. Essa realidade favorece o ingresso, em território nacional, de um considerável volume de estrangeiros que buscam a gratuidade dos serviços brasileiros (Melo *et al.*, 2019).

Sob esse contexto, é aceitável a aplicação do conceito de território líquido como forma de compreender e refletir acerca da complexidade e dinâmicas regionais, sob o ponto de vista socioambiental e político. Afinal, as condições em que a vida acontece na região, combinadas com a vastidão de terras e recursos naturais, constituem elementos que robustecem a vulnerabilidade territorial (Schweickardt; Lima; Ferla, 2021).

A Amazônia é objeto constante de inspiração para a análise em torno do território vivo e líquido e da relação que ele guarda com as políticas públicas de saúde pensadas e executadas em favor da coletividade local. Schweickardt *et al.* (2016), asseveram que o território líquido tem sua dinâmica definida pelo ciclo das águas, razão pela qual se faz necessária a percepção de que a região amazônica somente pode ser analisada a partir da compreensão do emaranhado de comunicação que se configura por meio dos rios, ou seja, como elemento que varia em função do comportamento da natureza.

Outrossim, à Amazônia aplica-se o conceito de território vivo, na medida em que a região conjuga, com propriedade, a interação entre natureza e sociedade, sendo, pois, um organismo vivo, no qual os elementos naturais e culturais convivem num contexto de mútua influência (Santos, 2007).

O território vivo ou vivido também é, na leitura de Santos (2007), o que sedia a construção da identidade com o lugar. É o campo onde a vida é produzida, ou ainda, nos dizeres de Monken e Gondim (2016), o lugar material onde a vida acontece, de cujo entendimento depende a identificação da maneira como as pessoas têm sua saúde comprometida.

A Região de Atenção à Saúde Alto Solimões (RAS-AS) é composta pelas cidades de Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Atalaia do Norte, Tonantins, Fonte Boa, Jutai e Amaturá. Na condição de polo da Região, Tabatinga funciona como referência para os demais 08 (oito) municípios integrantes, recebendo usuários que demandam serviços de média e alta complexidade (Melo, 2018).

Cabe destacar que, de acordo com a Portaria Nº 3.650, de 22 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, o Município de Tabatinga foi habilitado, para fins de implantação de CAPS tipo III, a receber o aporte financeiro da ordem de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). No entanto, até o momento, não houve movimentação efetiva para esta implantação.

O município, a exemplo do que ocorre em todo o país, tem na AB o contato inicial do usuário com os serviços disponibilizados à população. Afinal, um dos pilares desse nível assistencial é garantir o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, incluídas as pessoas que apresentam transtornos mentais. Sendo o mecanismo que insere o usuário em contato com os serviços de atenção à saúde, a AB pauta suas ações na promoção e proteção da saúde das pessoas, prevenção de agravamentos, diagnóstico e tratamento, com vistas a garantir-lhes condições adequadas de saúde, com o conseqüente impacto na saúde coletiva (Brasil, 2013).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na sistematização dos resultados do campo empírico, tomou-se como fundamento o pensamento complexo do Morin (2015) e a concepção do cuidado cotidiano em saúde, desenvolvida por Teixeira (2000). Reconhece-se a interrelação entre os dois referenciais, que na análise dos resultados da presente pesquisa, estão transversalizados pela realidade específica da Região Amazônica.

No paradigma, evidencia-se uma condição lógica muito acentuada entre os entes principais de uma relação de poder, aquele que oferta os serviços e o que deles necessita, verticalizada e sem possibilidade da horizontalidade da participação na construção da assistência. Essa, em conjunto com os princípios que a norteiam, define os objetivos das partes envolvidas, cujas reações decorrem dos modelos a elas associados.

O cuidado cotidiano, à luz da percepção de Teixeira (2000), tem como ação prioritária o próprio ato de cuidar, o que não descaracteriza a necessidade de atenção a outros cuidados. Sob essa perspectiva, entende-se que o cuidado com a saúde ultrapassa os limites estabelecidos para um contexto isolado.

Assim, explora-se a resiliência em saúde na condição de um elemento essencial para o fortalecimento da capacidade do SUS de enfrentar os desafios do cuidado em saúde mental no cotidiano da região fronteira do Alto Rio Solimões.

A seguir, a Figura 2, gerada a partir do *software* MAXQDA, sintetiza os termos recorrentes obtidos nas entrevistas realizadas no curso da pesquisa, na cidade de Tabatinga, com os profissionais diretamente envolvidos com a assistência à saúde mental da população. A imagem ilustra os termos emergentes da análise qualitativa, destacando as interconexões entre os temas abordados pelos participantes.

Figura 2 - Nuvem de Palavras gerada a partir das Entrevistas com os Profissionais de Saúde



Fonte: Software MAXQDA (2024)

No tratamento dos dados obtidos a partir das entrevistas, buscou-se identificar esses temas nas informações prestadas pelos entrevistados. Para tanto, utilizou-se o *software* MAXQDA, oportunidade em que foram identificadas as categorias temáticas sobre as quais se assenta a presente discussão.

A nuvem de palavras gerada pelas respostas dos profissionais revela a complexidade e interconexão, um tema central na teoria de Edgar Morin (2015), dos aspectos relacionados à saúde mental, apresentados neste trabalho. O autor, enfatiza a importância de uma abordagem sistêmica e multidimensional, onde diferentes elementos e contextos estão interligados.

A nuvem desvela, em sua primeira camada, a humanidade existente nas representações do trabalho desenvolvido na fronteira. Assim, as palavras destacadas, como "gente", "paciente", "saúde", "mental" e "UBS", refletem a centralidade nas pessoas e no território na realização dos cuidados em saúde mental.

Numa segunda camada, em que se destacam "CAPS", "município" e "rede", observa-se questões de cunho administrativo, sugerindo a necessidade de integração entre serviços especializados e a atenção básica.

Ademais, a imagem revela uma terceira camada que, ligada sintomas, concentra palavras como "depressão", "surto" e "triste".

A análise, sob a perspectiva de Morin (2015), sugere que o cuidado em saúde mental deve considerar os aspectos clínicos e os sociais, culturais e emocionais, respeitando a complexidade da vida humana e a interação contínua entre as pessoas e seu ambiente.

Das entrevistas emergiram categorias temáticas para análise, a seguir identificadas: estrutura organizacional dos serviços, desafios da equipe de saúde mental e fluxo dos usuários na RAPS. Como mencionado alhures, essas categorias são examinadas com base no referencial teórico, com vistas a possibilitar a compreensão de como ocorre, na cidade de Tabatinga/AM, a articulação entre a RAPS e os demais níveis de assistência.

4.1 Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Tabatinga

A RAPS em Tabatinga, não pode ser compreendida de forma isolada. À luz do pensamento complexo de Edgar Morin (2015), é necessário abordá-la como um sistema integrado que interage com as diversas dimensões, sociais, culturais, econômicas e institucionais.

Morin (2015) orienta que a complexidade envolve a interconexão e a interdependência dos componentes do sistema, bem como a capacidade de adaptação e evolução em resposta às mudanças e desafios. É, portanto, na análise das interconexões que são criadas as possibilidades de criar as estratégias, necessárias na geração das ações suficientemente eficazes, para realização do cuidado em saúde mental no território, com dispositivos próximos dos usuários.

Nesse sentido, a caracterização da RAPS em Tabatinga requer uma análise que considere não apenas a sua estrutura organizacional e serviços oferecidos, mas também os contextos e dinâmicas locais que contribuem e dificultam o seu funcionamento.

No intuito de refletir sobre as práticas em saúde mental na fronteira, propôs-se a descrição e análise da saúde mental como uma rede complexa envolvendo diversos atores e instituições - a malha assistencial do cuidado cotidiano em saúde mental - principalmente constituída pelos profissionais que atuam diretamente na atenção básica. A partir desse ponto de partida, explorou-se as nuances do cuidado em saúde mental dos profissionais, participantes do presente estudo.

4.1.1 Categoria temática 1: estrutura organizacional e serviços oferecidos

O município, a exemplo do que ocorre em todo o país, tem na AB o contato inicial do usuário com os serviços disponibilizados à população. Afinal, um dos pilares desse nível assistencial é garantir o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, incluídas as pessoas que necessitam assistência em saúde mental.

Os serviços ofertados no município, em maioria, são de natureza pública. A RAS de Tabatinga atende todo o território urbano, rural e ribeirinho, por meio de 09 (nove) UBS's, as quais, de acordo com o Entrevistado 1, são assim identificadas: *“Vila verde; Ibirapuera; Tancredo Neves; Brilhante; Doutor Cleubi Cícero; Santa Rosa; Nova Esperança; Dídimo Pires e Fluvia”*.

Com a ruptura processada pela Reforma Psiquiátrica no modelo hospitalocêntrico, as relações com o território de vida da pessoa com transtorno mental passaram a ser valorizadas. É sob esse contexto que a AB, no que se refere aos cuidados em saúde mental, ganha importância, uma vez que contempla, entre outras práticas, o desenvolvimento de estratégias voltadas à promoção da saúde mental, identificação do quadro, prevenção e adoção das condutas necessárias ao tratamento e acompanhamento psicossocial das pessoas com transtornos mentais (Moliner; Lopes, 2013).

A importância do CAPS para a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais é evidenciada na medida em que é ele o responsável pela articulação com a RAS e demais serviços, todos efetivados na perspectiva de garantir a promoção da vida e o cuidado em liberdade (Brasil, 2004).

No município de Tabatinga, a RAPS tem sua estrutura descrita pelo Entrevistado 4, que assim se manifesta: *“nós não temos um CAPS, nós não temos uma rede de atenção psicossocial, nós temos essa questão da saúde mental”*.

É curioso perceber a forma como é organizada a saúde mental na cidade de Tabatinga, onde, como mencionado pelo Entrevistado 4, não há CAPS. Convém registrar que a inexistência dessa estrutura decorre de uma decisão consciente da gestão de saúde do município em não implantá-la.

Contextualizar em região de fronteira o que é estabelecido em documentos oficiais, segundo Nogueira e Silva (2009), corresponde a instituir medidas voltadas a assegurar àquela população condições de saúde semelhantes às que são disponibilizadas ao restante do país. É necessário considerar que os serviços também

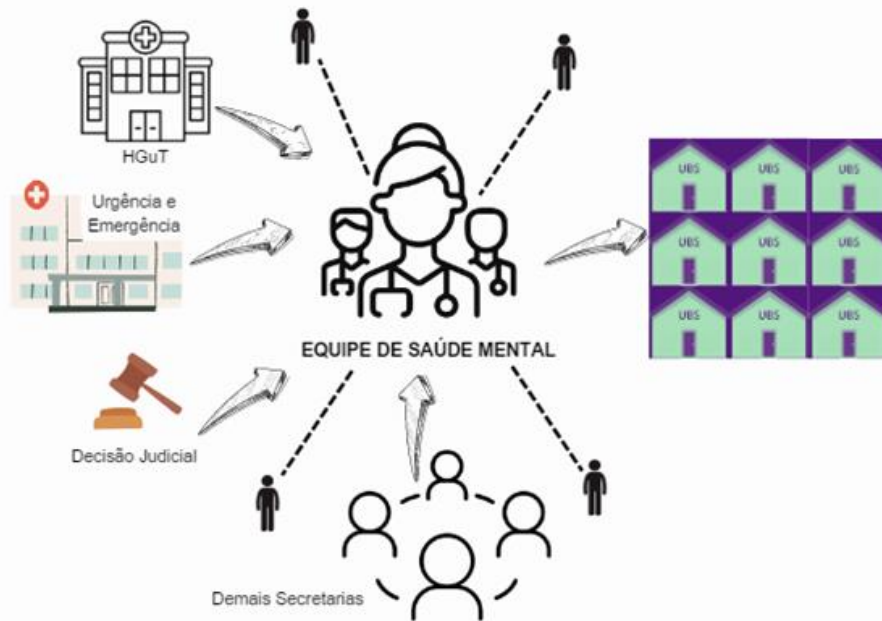
No fluxograma acima, é possível identificar o CAPS como um dispositivo central da RAPS. Essa perspectiva atende a um dos aspectos preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no que diz respeito ao cuidado em liberdade e no território. No entanto, os esforços da assistência e continuidade do cuidado em articulação com a AB ainda demonstram ser incipientes. O CAPS funciona como um receptor de todas as demandas, com poucas condições de responder adequadamente a todas em sua resolutividade.

A prática adotada no município não segue as orientações do Ministério da Saúde, o que não a caracteriza como equivocada e posiciona a situação em um campo de relativa especificidade. A inexistência do CAPS, por exemplo, faz com que a demanda apresentada seja direcionada a uma equipe de saúde mental, a qual encaminha as providências julgadas pertinentes a cada caso. Destacamos um trecho da fala do Entrevistado 2, que apresenta aspectos do acesso aos serviços de saúde mental:

Pela UPA ou pela própria UBS, ou ele vem pelo HGuT, que também é uma das outras portas, ou por via judicial [...] o usuário que entra pela Atenção Básica. Ele é assistido lá e encaminhado para a equipe saúde mental, realizado encaminhamento e dado a contrapartida que através do cronograma de atividades que se coloca dentro de toda a UBS de atividade saúde mental.

Dessa forma, após o ingresso do usuário no sistema, seja por meio de encaminhamento de urgência e emergência (UPA), pela UBS, Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT) ou determinação judicial, é realizado o encaminhamento para equipe de saúde mental e esta faz o atendimento na UBS de referência. A Figura 4 espelha essa dinâmica de funcionamento.

Figura 4 - Funcionamento da Equipe de Saúde Mental no Município de Tabatinga/AM



Fonte: O Autor (2024)

Pode-se afirmar que o CER, no que concerne à saúde mental, desenvolve atividade meio, consistindo em um espaço físico onde são também encaminhadas as providências de natureza administrativa. Isso porque os atendimentos efetivos são realizados, como já mencionado na UBS mais próxima do endereço do usuário, realizado por profissionais que atuam de modo itinerante, com agendamento prévio.

Faz-se oportuno ressaltar que a inexistência de CAPS na cidade de Tabatinga não é uma medida que contraria a Política Nacional de Saúde Mental. Na verdade, essa ausência, ainda que divergente, é consequência da escolha local para responder às demandas de saúde mental.

Até porque, consoante dados levantados com os entrevistados, como se observa adiante, há um receio de que, na eventualidade da criação de um espaço específico para avaliação e atendimento da demanda de cuidados de pessoas com transtornos mentais, não se tenha condições adequadas para a assistência. Em vista que, para o CAPS, acredita-se, seria encaminhado um número significativo de casos, incompatível com a estrutura física e contingente de profissionais. Sob essa perspectiva, reforça-se o entendimento de que a configuração local de atenção à saúde mental tem-se mostrado relativamente eficaz.

Originam-se daí questões acerca da possibilidade de o modelo praticado em Tabatinga ser copiado em outros lugares, com similaridade de condições. No entanto, é possível considerar que a resistência na implantação do CAPS, no município de

Tabatinga, guarde a preocupação com a inexistência e/ou insuficiência de profissionais, equipamentos e dispositivos de cuidado em saúde mental na região. Um trecho da fala da Entrevistado 3 demonstra essa preocupação:

Isso, isso que a gente quer muito, que a rede funcione e a nosso medo é esse, de implantar o CAPS e como eu te falei, virar um depósito do Alto Solimões, já que não pode ir pra outros municípios já com só tem Manaus, né? Acho que não tem Coari, não tem Tefé. Então lá já não consigo mais falar tanto né? Mas do Alto Solimões de Judaí pra cá como a gente costuma dizer né? Que é sempre do município de Judaí até Tabatinga não existe CAPS.

Do mesmo modo, essa preocupação também é justificada pelo Entrevistado 1, conforme sua manifestação:

a gente não quer que aconteça com o município de Tabatinga, que nem aconteceu com muitos municípios aqui, de que o CAPS e veio pra virar um depósito humano, entendeu? A gente quer matriciar primeiro a atenção básica estruturada pra quando o CAPS vier, vier só pra somar, entendeu? Nesses pacientes com que a atenção básica ela saiba tratar pacientes de saúde mental.

Um estudo realizado por Domingues (2018), na fronteira entre Brasil e Paraguai, mostrou que os processos de assistência à saúde mental, nesse contexto, guardam similaridades. Ademais, o município de Foz do Iguaçu apresenta estrutura de CAPS, o qual, nos dizeres da autora, atua em desconformidade com o que orientam os documentos oficiais, especificamente, no que diz respeito ao perfil dos usuários atendidos.

Nesse contexto, válida é a lição de Rodrigues (2015), quando pontua ser necessário examinar a fronteira sob a percepção local, com base em sua construção social, econômica e política. Os moradores desses locais veem na fronteira a sua morada, o seu lugar. É, pois, um conceito complexo, porém fundamental para entender as relações existentes e a assistência em saúde, necessária neste contexto.

Em relação às políticas públicas voltadas à saúde mental, Vieira (2023) assevera que os profissionais da área com atuação em regiões fronteiriças apoiam-se em Estratégias de Redução de Danos (ERD) para atuação com a população em situação de rua, de passagem pelo local.

É relevante apontar que os instrumentos normativos, ao estabelecerem a classificação dos CAPS, utilizam-se de critérios bem objetivos, relacionados a contingente populacional. Evidencia-se que o município tem um cuidado real com a

saúde mental de sua população, encontrando-se as ações necessárias sendo realizadas sem o suporte adequado. Vê-se, entre os profissionais, que a vontade para não deixar a população desassistida é o vetor que move os profissionais a buscarem atender minimamente às orientações estabelecidas pela Política.

4.1.2 Categoria temática 2: desafios da equipe de saúde mental

Em Tabatinga, os profissionais que se envolvem com o atendimento das demandas de saúde mental são representados por profissionais de Clínica Geral, Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social. Esses profissionais, como mencionado, atuam junto ao CER, avaliando e encaminhando todas as situações que lhes são endereçadas.

É necessário mencionar que o arranjo existente em Tabatinga, com um grupo de profissionais que se assemelha à eMulti, tem suprido a demanda que se apresenta no município, não sendo exagerado questionar se para locais com população inferior a 70.000 (setenta mil) habitantes, esse formato de atendimento não seria o mais adequado? A observação realizada é cristalina no sentido de revelar um trabalho inovador, com respostas satisfatórias ao que se propõe a fazer.

A organização de atendimentos nas UBS, preferencialmente, constitui-se no ideário de que ela é a principal porta de entrada. Portanto, a identificação dos transtornos mentais comuns ou outras demandas de saúde mental, já neste primeiro momento, poderia reduzir as demandas para a rede especializada. No entanto, é preciso melhorar a estrutura, tanto física, quanto de pessoal. A estratégia criada pela equipe de saúde mental em atuar de maneira itinerante ou de concentrar dias e horários e UBS de maior facilidade de acesso, também otimiza os espaços e pessoal no atendimento.

Essa estratégia pode ser observada no trecho da manifestação do Entrevistado 1:

Primeiro necessita, a gente tem um fluxo, necessita do médico, primeira avaliação médica para que ele possa dar esse encaminhamento, ou psicólogo, com médico referência a saúde mental, e aí, depois da avaliação médica e do encaminhamento, aí a gente vai até lá ofertar esse serviço até na unidade básica de saúde.

Fragmento das declarações do Entrevistado 3 evidencia como a UBS se consolida enquanto contrarreferência para o prosseguimento do acompanhamento ao usuário de saúde mental. Veja:

A gente tem algumas portas de entrada, uma é aquele paciente em surto que vai para UPA, que é medicado e tratado emergencialmente ali e retorna para UBS, a UBS toma ciência desse paciente que corresponde a área de cobertura dessa UBS,

Outro trecho da fala do Entrevistado 1 demonstra uma articulação interprofissional na construção do fluxo de atendimento e a decisão de atender nas UBS com foco a estabelecer o matriciamento como um procedimento no cotidiano do serviço. Assim ele declara: *“a gente faz reuniões para reforçar o fluxo, né? O fluxo é um fluxo que foi desenhado por mim, pelo clínico geral e pelo psiquiatra. Nosso fluxo, o intuito dele, é o matriciamento”*.

Essa perspectiva demonstra duas decisões importantes. A primeira no investimento em promover um compromisso da AB com o cuidado em saúde mental, envidando esforços na formação da equipe, como observado em trecho citado no início desse tópico. A segunda, quando é demonstrada a existência de uma intencionalidade na criação de um fluxo, o matriciamento, considerado por Iglesias e Avellar (2019), uma via de encontro entre as equipes e uma potente estratégia de formação.

Portanto, vê-se possibilidades de produzir efeito direto na redução dos agravamentos dos transtornos mentais e estimular ações de promoção de saúde mental, por meio da educação em saúde. Nessa linha de intelecção, entende-se pertinentes as declarações do Entrevistado 2, quando diz: *“o que tem sido feito em educação em saúde, de saúde mental é... a educação em saúde mais é tentar reforçar como é que é o nosso serviço. Numa linha de cuidado, de acolhimento deles”*.

Em relação à qualificação da equipe de profissionais ligados à atenção em saúde mental, o município não apresenta uma política efetiva de educação permanente em saúde. As estratégias de formação são pontuais e, quando realizadas, ocorrem pela própria equipe de saúde mental, como se depreende da afirmação do Entrevistado 1, abaixo transcrita:

Olha acontecia quando existia o psicólogo NASF, né? Que a gente trabalhava com matriciamento dos profissionais de saúde de cada UBS que a gente atendia, né? Que Tabatinga a gente tem nove UBS contando com a UBS pluvial. Então assim, cada semana a equipe multidisciplinar do NASF estava na UBS trabalhando com os ACS, fiz AC né? Com os enfermeiros com a equipe que existe dentro de uma UBS a gente trabalhar pra essas questões de saúde mental. Hoje até onde eu sei o psicólogo não está mais dentro do NASF. E aí eu não sei como é que está funcionando. Olha só quando o psiquiatra vem que ele monta e monta algum tipo de estratégia, mas de te falar não existe um programa e ele funciona assim, assim, assim, não.

Em relação a esse particular aspecto, é importante que se estabeleça uma política de qualificação, com implantação da Educação Permanente em Saúde. Isso porque fortalecer o potencial humano da RAPS, indispensável para garantir um serviço com possibilidades de responder às necessidades da população local, por meio da promoção de condições de saúde mental de modo abrangente e inclusivo. A formação de potencial humano é, na concepção de Lavras (2011), fator preponderante no âmbito de formatação das redes, objetivando a efetivação de sistemas de saúde integrados capazes de assegurar o acesso universal, contínuo e integral.

4.1.3 Categoria temática 3: o fluxo dos usuários na Rede de Atenção Psicossocial

Embora exposta em diversas entrevistas, pelos participantes da pesquisa, a inexistência de uma RAPS, a realidade aponta para a existência de um fluxo de atendimentos aos usuários com demandas em saúde mental.

Ficou demonstrado, nos tópicos anteriores, a criação de um fluxo por onde os usuários se movimentam na busca por assistência em saúde mental. Com portas de entrada que consideram a AB e a rede de urgência e emergência, o fluxo estabeleceu uma dinâmica intencional de referência e contrarreferência, para as UBS.

Independente da porta de entrada, o acompanhamento, a assistência e os encaminhamentos partem da AB. Nos trechos abaixo, pode ser observado como os profissionais, participantes desta pesquisa, se referem a este fluxo.

O Entrevistado 2 faz o seguinte apontamento:

A maior intenção hoje é fazer o profissional dar atenção básica atender e fazer o segmento desse paciente e a gente fazer o monitoramento das dificuldades que eles têm e se possível a fazer esse atendimento e encaminhar aqueles casos mais específico pra essa rede do CAPS.

O Entrevistado 4 menciona que

são nove UBSs aqui no município contando com a UBS fluvial. Geralmente os pacientes eles são referenciados ou não, como eu disse, pelo médico, antes até pelo enfermeiro e aí é encaminhado, o médico encaminha para o psiquiatra. O psiquiatra faz o atendimento. Muitas vezes, muitas vezes não, na maioria das vezes o psiquiatra ele não referência pra mais ninguém. Ele dá contrarreferência para a unidade do que ele fez e do que precisa ser feito, entendeu? Agora quando o psiquiatra atende ele encontra a referência para o clínico geral, que é o médico responsável pela saúde mental. Mas assim, nós não temos um CAPS nós não temos eh uma rede de atenção psicossocial, nós temos essa questão da saúde mental que a psicóloga juntamente com o clínico geral estão respondendo enquanto o psiquiatra não está na cidade.

O fluxo criado pela equipe de saúde mental, na ótica dos profissionais de saúde de Tabatinga reafirma a potência do trabalho em equipe, compartilhado e colaborativo. Estratégias para otimizar a circulação dos usuários na rede de atenção à saúde mostram-se inovadoras e com inúmeras contribuições sobre atenção integral. Estabelecer a AB como principal porta de acesso à assistência em saúde mental cumpre uma das prerrogativas estabelecidas na criação do SUS (Brasil, 2013; Brasil, 1990).

No tópico seguinte será possível observar como tem se constituído a articulação da RAPS com os demais níveis da assistência em saúde. Nele estão apresentadas as possibilidades de diálogo que favorecem ou dificultam uma assistência integral à saúde dos usuários, incluindo as demandas de saúde mental.

4.2 Articulação da RAPS com os demais níveis de assistência

A articulação da RAPS com os outros níveis de assistência em saúde não pode ser interpretada como um processo linear e simplista, vez que se trata de uma dinâmica com múltiplas faces. Ao tomarmos como referência a teoria da complexidade, proposta por Morin (2015), este ressalta a necessidade de uma abordagem que identifique interconexões e interdependências entre os componentes do sistema de saúde.

As interações existentes entre esses elementos são materializadas pelos fluxos de informações, coordenação de cuidados e sinergias entre os diferentes níveis de

assistência. O exame das relações de articulação estabelecidas com outras instâncias do sistema de saúde deve considerar a complexidade das relações institucionais, as dificuldades e facilidades percebidas na integração dos serviços e suas respectivas consequências para a qualidade do cuidado prestado (Franco e Hubner, 2020).

Importa registrar que a RAPS apresenta uma articulação integrada e coordenada com outras redes e instâncias de assistência para assegurar um cuidado abrangente e contínuo aos usuários. Para tal, são envolvidas a AB, os serviços de Urgência e Emergência, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, entre outros.

Outrossim, com o escopo de assegurar inclusão social e proteção dos direitos dos usuários, a RAPS apresenta um trabalho conexo à atuação de pastas oficiais como Saúde, Educação, Assistência Social e Justiça, além do Conselho Tutelar. Este exerce uma função importante nessa articulação, na medida em que promove a defesa dos direitos, conferindo-lhes o atendimento necessário e adequado.

A coordenação e o fluxo de usuários entre os diferentes níveis de assistência na RAPS constituem elementos relevantes para a garantia da continuidade do cuidado, bem como para a eficácia da assistência prestada. Os serviços e dispositivos vinculados à RAPS necessitam estar articulados, a fim de que o usuário receba o atendimento adequado em todos os níveis de sua necessidade.

A cidade de Tabatinga apresenta peculiaridades geográficas, sociais e culturais, o que a coloca numa condição de atenção particular, em vista da demanda de uma gestão cuidadosa e adaptativa dos fluxos de usuários para garantir o atendimento eficaz das demandas locais de saúde mental.

Conforme descrito, as situações de atendimento à saúde mental em Tabatinga são sistematizadas pelo CER e, em relação à interlocução com a rede especializada, sua forma de consecução e frequência, é cabível perceber o que menciona o Entrevistado 2, que assim se posiciona:

Sim, um diálogo. No entanto, te falo que hoje, eu como psicóloga, e o doutor como médico, somos a referência em saúde mental; a gente atende dentro das unidades. Então, o diálogo já é muito aberto. A gente também faz atividades de educação em saúde. A gente faz reuniões para reforçar o fluxo né? O fluxo foi desenhado por mim, pelo doutor e pelo psiquiatra [...]. Nosso fluxo, o intuito dele é o matriciamento. Não é que a gente não queira que aconteça com o município de Tabatinga, que nem aconteceu com muitos municípios aqui: de que o CAPS veio para virar um depósito humano, entendeu? A gente quer matricular primeiro a atenção básica.

Por seu turno, o Entrevistado 3 discorre sobre o diálogo estabelecido com a rede especializada, nos termos seguintes:

Através do encaminhamento. Da médica, que tem uma equipe multidisciplinar. Então a gente tem médico, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga e enfermeiro. Essa equipe toda atua lá. A gente tá de segunda a sexta e aí a médica encaminha. Ela encaminha pra mim, a gente fica fazendo acompanhamento desse paciente. Como a gente tem lá agora o doutor, este vai avaliar ele. Porque a doutora ficou meio assim: “será que não tem um médico que possa me auxiliar?”. Tem; a senhora quer? Tem o doutor! Então a gente vai marcar uma hora pra ir avaliar esse paciente em conjunto que é importante também pra ela dar segmento depois.

De acordo com Morin (2015), a complexidade abrange a interdependência dos elementos e dinâmicas que surgem dessas interações. Nas manifestações, percebe-se que em Tabatinga, o diálogo contínuo entre os profissionais de saúde e a operacionalização de fluxos de atendimento personalizados constituem medidas que se adaptam às características do território usado. Os fluxos estabelecidos com a finalidade de atenuar a fragmentação do cuidado e promover um atendimento integral, exemplificam a capacidade do sistema de se reorganizar e evoluir em resposta às necessidades emergentes dos usuários.

As atividades de matriciamento e as reuniões intersetoriais ilustram a importância de mecanismos de *feedback* e aprendizagem contínua, essenciais para a gestão eficaz em contextos complexos (Athié; Fontes; Delgado, 2013). Assim, a coordenação e o fluxo de usuários em Tabatinga refletem e concretizam a recursão organizacional, mostrando como uma abordagem integradora e adaptativa pode melhorar, significativamente, a prestação de serviços de saúde mental.

Por oportuno, acrescenta-se que, apesar da definição estabelecida pelo Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas, é comum que os usuários procurem atendimento nos locais onde conseguem. É o caso, por exemplo, dos municípios de Jutai e Fonte Boa que, não obstante integrarem a Região do Alto Solimões, buscam atendimento, especialmente, na cidade de Tefé.

A condição de Tabatinga como município polo da Região do Alto Solimões caracteriza certa robustez na demanda apresentada, sem falar da procura que é feita por usuários oriundos do Peru e da Colômbia que, com o Brasil, formam a tríplice fronteira amazônica.

A infraestrutura de saúde em Tabatinga inclui uma UBS fluvial, que facilita o acesso aos serviços de saúde para comunidades ribeirinhas e áreas de difícil acesso.

As UBSs em terra, como Ibirapuera, Nova Esperança, Vila Verde, Santa Rosa, Doutor Cleubi, Tancredo Neves, Didimo Pires, entre outras, funcionam como pontos de referência para a população local e regional. Além disso, a presença de agentes comunitários de saúde é fundamental para levar demandas das comunidades até os serviços saúde, garantindo que os usuários sejam transportados e atendidos conforme necessário.

Nesse sentido, é a ponderação feita pelo Entrevistado 1, ao falar da presença, em Tabatinga, de usuários de outros municípios:

São do Alto Rio Solimões, mas os que eu conheço bem é Benjamin, Amaturá; tem também muita gente de Atalaia, que vem para cá. A gente tem a UBS fluvial. Temos também a Ibirapuera, Nova Esperança, Vila Verde, Santa Rosa, Doutor Cleubi, Tancredo Neves, Didimo Pires. Existe um agente comunitário de saúde que tá lá, ele fica lá na comunidade. Então, traz as demandas para agendamento na fluvial, no município, e eles vão buscar os pacientes. É a referência para tudo, até pra uma cirurgia.

Os serviços especializados em saúde mental em Tabatinga incluem atendimento psiquiátrico remoto e presencial, psicoterapia e triagem periódica dos usuários. O psiquiatra comparece à Tabatinga a cada três meses, ficando uma semana para atender casos que a equipe local recebe e direciona para o manejar adequadamente. Esse modelo de atendimento híbrido, combinando consultas remotas e presenciais, permite que a demanda por serviços de saúde mental seja atendida, embora a contratação de mais profissionais, como psicólogos, seja necessária para lidar com a alta demanda.

O Entrevistado 2 declarou o que segue:

Então, aqui a gente tem o suporte com o psiquiatra, via remoto ou presencial, a cada três meses; quando ele vem, nós temos as psicoterapias. A gente está disponibilizando ainda uma psicóloga, mas já foi batido o martelo para contratar uma outra. Porque a demanda é grande para uma só, apesar da gente ter um controle mais enxuto hoje, no sentido da quantidade de paciente. Por exemplo, a cada três meses, a gente já começa a triagem com pacientes que a equipe não conseguiu manejar adequadamente. Esse paciente a gente coloca ele para o atendimento presencial com o psiquiatra quando ele vem, ficando uma semana.

A discussão sobre o intercâmbio dos usuários e serviços especializados na RAPS de Tabatinga revela a necessidade de uma abordagem integrada, conforme proposto por Morin (2015). A interdependência dos serviços de saúde e a dinâmica decorrente das necessidades dos usuários exigem uma coordenação eficaz que

considere as especificidades locais para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado em saúde mental.

4.2.1 Centros religiosos de matrizes africanas e a Rede de Saúde Mental

Os centros religiosos de matrizes africanas em Tabatinga desempenham um papel importante no apoio à saúde mental da comunidade. Eles são frequentemente os primeiros a identificar e abordar demandas de saúde mental entre seus membros, muitas vezes relacionando problemas emocionais e psicológicos com questões espirituais.

No âmbito do *software* MAXQDA, o tratamento dos dados decorrentes das entrevistas com os líderes religiosos gerou a Figura 5, a seguir exposta, contendo palavras norteadoras, que descrevem o contexto do diálogo estabelecido entre o suporte espiritual e oficial.

Figura 5 - Nuvem de Palavras gerada a partir das Entrevistas com os Interlocutores da Rede



Fonte: Software MAXQDA (2024)

A nuvem de palavras gerada representa a interconexão entre aspectos espirituais, sociais e médicos no atendimento à saúde mental, conforme percebido por líderes de religiões de matrizes africanas com atuação em Tabatinga. Essa imagem ilustra a inseparabilidade entre as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais do ser humano.

Pode-se compreender a saúde mental de forma integral, sendo necessário adotar uma abordagem que reconheça a interdependência entre diferentes saberes e práticas, como as representadas na nuvem. Termos como "pessoa", "gente", "espiritual", "médico" e "medicação" destacam a necessidade de um diálogo transdisciplinar, que valorize tanto o conhecimento científico quanto as práticas culturais e espirituais no cuidado da saúde mental.

Conforme relatado pelos líderes religiosos, muitas pessoas buscam esses centros em momentos de crise, trazendo casos de depressão, problemas familiares, ansiedade, dependência química e, até mesmo, pensamentos suicidas, ocasião em que são realizadas práticas espirituais, como banhos, conversas e rituais, para oferecer alívio e orientação inicial. O Entrevistado 5, fez o seguinte esclarecimento:

Às vezes a gente leva muito para o lado da espiritualidade. Chegam pessoas aqui, às vezes, que estão até mesmo com depressão ou outras coisas mais. São problemas familiares que tentam resolver dentro do terreiro. E aí a gente tenta resolver, mas a minha parte da espiritualidade mesmo, fazer um banho, conversando, explicando as coisas pra ver como que acontece essa situação toda.

Importa ressaltar que os líderes religiosos, participantes da pesquisa, reconhecem que nem todas as questões de saúde mental podem ser resolvidas apenas com abordagens espirituais. Eles demonstram uma clara compreensão da necessidade de intervenção médica e, frequentemente, encaminham casos mais graves para profissionais de saúde. Há, portanto, um reconhecimento explícito de que problemas como alcoolismo, dependência de drogas e crises suicidas exigem a atenção de profissionais da psicologia e psiquiatria. Nesse sentido, é a verbalização do Entrevistado 6:

Graças a Deus eu sou um pouquinho conhecido aqui na fronteira. Então, eu tenho muitas amizades na parte da saúde. Geralmente, tenho clientes que, hoje em dia, são amigos que trabalham na Secretaria de Saúde, trabalham no hospital. Então você tem certo um patamar lá. Digo a eles: faça o favor de olhar essa pessoa, não tem condições. Faço minha Fernanda Montenegro para eles serem atendidos. Então, igualmente, você vai lá e vem aqui porque, realmente, é o mais difícil de contactar. Porque você se fratura, você se queima, você vê, está engessado, está com curativo, mas está bem. Mas a saúde mental não. Mesmo a pessoa estar morrendo de rir contigo, se for o caso, a gente tem que ter essa finura de dizer: você precisa de ajuda.

A cooperação entre os centros religiosos de matrizes africanas e os serviços de saúde mental em Tabatinga exemplifica a perspectiva complexa proposta por Morin

(2015). Isso porque a interação entre os diferentes sistemas de cuidado (espiritual e médico) destaca a interdependência e a necessidade de abordagens integradas para tratar problemas de saúde mental de forma eficaz.

A capacidade dos líderes religiosos de discernir quando uma intervenção espiritual é suficiente e quando é necessária a intervenção médica demonstra uma compreensão da complexidade e das dinâmicas emergentes no tratamento de saúde mental. Assim, a integração dos centros religiosos na rede de saúde mental em Tabatinga reforça a eficácia do tratamento, bem como promove uma abordagem holística e humanizada, respeitando as crenças culturais e espirituais da população local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa investigou a articulação e a integração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com os demais níveis de assistência na cidade de Tabatinga, situada em uma região amazônica que apresenta desafios singulares para a gestão e prestação de serviços de saúde mental. O estudo revelou que, apesar dos avanços na implementação da RAPS e da PNAB, persistem obstáculos significativos para a efetiva integração dos serviços, especialmente no contexto complexo e multifacetado local.

Um dos principais facilitadores identificados foi a criatividade dos profissionais de saúde e dos gestores em estabelecer fluxos de trabalho e coordenação entre os diversos níveis de atenção, visando à continuidade do cuidado, na perspectiva de produzir saúde na Amazônia e na fronteira. A existência de uma rede de serviços, ainda que incipiente em alguns aspectos, demonstra o esforço contínuo para oferecer assistência adequada à população, integrando práticas de cuidado em saúde mental com outras dimensões do SUS. A capacitação contínua dos recursos humanos e a adaptação das práticas de cuidado ao contexto sociocultural local emergiram como elementos fundamentais para o fortalecimento dessa articulação.

É importante ressaltar que o arranjo existente em Tabatinga, embora diferente do modelo tradicionalmente estabelecido nos instrumentos normativos, com a prestação de serviços nos CAPS, atende a demanda apresentada. O fato de não haver essa unidade de atendimento na cidade não significa uma falha na prestação dos serviços de saúde mental. Pelo contrário, a configuração alternativa implementada reflete uma resposta ousada e adaptativa às necessidades e especificidades da região amazônica.

Em relação aos obstáculos estruturais, a escassez de profissionais especializados e as dificuldades logísticas inerentes à região amazônica constituem barreiras persistentes que dificultam a plena integração da RAPS com os demais níveis de assistência. A falta de um diálogo mais efetivo entre os diferentes níveis de gestão e a fragmentação das políticas públicas de saúde mental também foram apontadas como desafios críticos que impactam a qualidade do atendimento.

Além disso, o que se observa em Tabatinga é uma rede comunitária de saúde mental que envolve a interação entre os serviços correspondentes e as práticas de

cuidado tradicionais, especialmente aquelas associadas às matrizes religiosas africanas. Nesse aspecto, tem-se uma dimensão complexa e frequentemente negligenciada pelas políticas de saúde que, para garantir um atendimento culturalmente sensível e eficaz, devem incluir tais práticas, em consonância com as especificidades da população de Tabatinga.

Em síntese, este estudo contribui para a compreensão das dinâmicas de articulação e integração da RAPS no contexto amazônico, evidenciando tanto os avanços quanto os desafios ainda presentes. As reflexões aqui apresentadas reforçam a necessidade de um olhar crítico e inovador sobre as políticas de saúde mental, que considere as particularidades regionais e culturais, além de promover a capacitação contínua e a valorização dos profissionais de saúde.

Para o futuro, é fundamental que as políticas de saúde mental em Tabatinga avancem no sentido de fortalecer a integração entre os níveis de assistência, superando as barreiras identificadas e garantindo um cuidado mais amplo, inclusivo e eficaz para toda a população.

Estudos futuros poderão explorar, em maior profundidade, as interações entre práticas de saúde mental e saberes tradicionais, além de investigar estratégias de gestão que possam otimizar a coordenação entre os diversos serviços da RAPS. A pesquisa também abre espaço para novas abordagens que examinem o impacto dessas políticas em outras regiões amazônicas, promovendo comparações que possam enriquecer o debate e contribuir para a formulação de políticas públicas mais adequadas e eficazes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Amanda Lima Macedo de; CUNHA, Marize Bastos da. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro/RJ, v. 45, n. 128, p. 105-117, jan./mar. 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jBsxdF55pPMWgTwFrRYRGKf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, v. 35, n. 11, nov. 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 dez. 2023.

AMARANTE, Paulo. (Coord). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro/RJ. Editora Fiocruz, 1995.

_____. Paulo. Apresentação à segunda edição. In: _____ (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro/RJ: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

AMAZONAS. Constituição do Estado do Amazonas. 1989. Disponível em <<https://www.aleam.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Constituicao-do-Estado-do-Amazonas.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

_____. Secretaria da Saúde. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. *Carta de Serviços*. 2021. Disponível em <<https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/3-CENTRO-PSIQUIATRICO-EDUARDO-RIBEIRO>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Gestão de Recursos Humanos. Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Grupo Técnico para Elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente do Amazonas. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas – Brasil – 2019-2020*. Disponível em <<https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-AM.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 64–

74, 2013. Disponível em <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/536>>. Acesso em: 10 set. 2024.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2020.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; ALMEIDA, Milena Dórea de. Desafios para uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: revisitando o Manifesto de Bauru. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis/SC, v. 13, n. 37, p. 23-41, 2021. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80469/47989>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 dez. 2023.

_____. *Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em: 26 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2022. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>>. Acesso em: 27 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Histórico – Linha do Tempo: Nasf a eMulti*, [s.d.]. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti/historico>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2012. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>>. Acesso em: 19 jan 2024.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 26 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

Acesso em: 20 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

>. Acesso em: 20 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.650, de 22 de dezembro de 2017*. Habilita Municípios dos Estados de Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco e São Paulo a receberem em parcela única, o incentivo de implantação – CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi e Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT. Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3650_22_2017.html>.

Acesso em: 03 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*.

Disponível em

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em:

26 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*.

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013*. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com 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). Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>.

Acesso em: 26 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.

Acesso em: 26 dez 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental – Caderno de Atenção Básica, n. 34*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 03 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2022. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2023.

CABRAL, Károl Veiga; SIMONI, Ana Carolina Rios, FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Saúde mental em campo: da Lei da Reforma Psiquiátrica ao cotidiano do cuidado. In: BELLOC, Márcio Mariath et al. (Org.). *Saúde mental em campo: da Lei da Reforma Psiquiátrica ao cotidiano do cuidado*. Porto Alegre/RS: Rede UNIDA, 2019. Disponível em <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE_MENTAL_EM_CAMPO-1.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2023.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmYtRqJtNYWfMjfmLMtmz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CÂNDIDO, Maria Rosilene et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, São Paulo/SP, v. 8, n. 3, p. 110-117, set./dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina, FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro/RJ: Editora Fiocruz, 2020.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemen tal.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2023.

DOMINGUES, Juliana. *A Implementação da Política de Saúde Mental nas Cidades Gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad Del Este (PY)*. 2018. 287 f. Tese (Doutorado em Política Social e Direitos Humanos) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas/RS, 2018. Disponível em <<http://tede.ucpel.edu.br:8080/jspui/handle/jspui/714>>. Acesso em: 07 jul. 2024.

EL KADRI, Michele Rocha de Araújo. *Da atenção básica à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas*. 2018. 97 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, 2022. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/52852/michele_rocha_ara%c3%baajo_el_kadri_ensp_dout_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FERNANDES, Joyce Sampaio Neves; MOSER, Liliane. Comunidades tradicionais: a formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. *Revista Katálysis*, Florianópolis/SC, v. 24, n. 3, p. 532-541, set./dez. 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rk/a/3jFxmCxy4FVJ4Cj8W3Grt9w/?format=pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise. *Psicologia Política*, Florianópolis/SC, v. 19, n. 44, p. 78-87, jan./abr. 2019. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v19n44/v19n44a09.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

FRANCO, Túlio Batista; HUBNER, Luiz Carlos. A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro/RJ, v. 44, n. 125, p. 516-526, abr./jun. 2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5YfRrwyvkXZYxbgjjPSjLfR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

GARCEZ, Jânderson Rocha *et al.* Reprodução induzida de peixes nativos para fortalecimento da piscicultura na mesorregião do Alto Solimões, Amazonas. In: CORDEIRO, Carlos Alberto Martins; SAMPAIO, Dionisio de Souza; HOLANDA, Francisco Carlos Alberto Fonteles (Org.). *Engenharia de Pesca: Aspectos Teóricos e Práticos*. São Paulo/SP: Editora Científica Digital, 2021. Disponível em <<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210203160.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2024.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché Avellar. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/>>. Acesso em: 10 out. 2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Panorama*, [s.d.]. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo/SP, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 jul. 2024.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 29, n. 3, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo/SP, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LYYFNqLDXfYpy9BrFqxs56M/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

MARTINS, Fabiana Mônica; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Vivências em educação permanente em saúde no interior do estado do Amazonas: percurso metodológico de um estudo de caso. In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar et al. (Org.). *Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado*. Porto Alegre/RS: Editora Rede UNIDA, 2016. Disponível em <<https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-e-praticas-de-saude-na-amazonia-tecendo-redes-de-cuidado-volume-2/>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MELO, Giane Zupellari dos Santos *et al.* A mobilidade humana e o atendimento de saúde a estrangeiros em um município de fronteira internacional da Amazônia legal brasileira. *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas/RS, v. 25, n. 1, Edição Especial, p. 158-169, 2019. Disponível em <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2503/1596>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

_____. Giane Zupellari dos Santos. *A atenção à saúde de estrangeiros no Brasil: estratégias governamentais em um município de tríplice fronteira internacional*. 2018. 266f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2018. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198974/PNFR1070-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MELO, Giane Zupellari dos Santos; ANDRADE, Selma Regina de; RUOFF, Andriela Backes. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo/SP, v. 31, n. 1, p. 102-107, 2018. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/ape/a/kRkZRQxsCKxJxJMSFFjrrrr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro/RJ, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez. 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, n. 40, 2018. Disponível em <<https://www.redalyc.org/journal/349/34958005002/34958005002.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2024.

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo/SP, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DxBCnNWKL5ZW6PrLV7JtFZF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 abr. 2024.

MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Território: lugar onde a vida acontece. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. (Org.). *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro/RJ: EPSJV, 2016. Disponível em <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cad_texto_edpopsus.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2024.

MORIN, Edgar. *Introdução ao Pensamento Complexo*. 5ª ed. Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre/RS: Sulina, 2015.

NAVARRO, Raquel Maria. A História da Política de Saúde Mental no Estado do Amazonas. In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar et al. *História e política pública de saúde na Amazônia*. Porto Alegre/RS: Rede UNIDA, 2017. Disponível em <<https://editora.redeunida.org.br/project/historia-e-politica-publica-de-saude-na-amazonia/>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

NINA, Socorro de Fátima Moraes. *Trabalho, ambiente e saúde: cotidiano dos fazeres da mulher rural na Amazônia*. 2014. 197f. Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, 2014. Disponível em <<https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4212/2/Tese%20-%20Socorro%20de%20F%c3%a1tima%20Moraes%20Nina.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2023.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Maria Geusina da. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade*

contemporânea, Rio de Janeiro/RJ, v. 6, n. 24, p. 83-98, dez. 2009. Disponível em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/521/581>>. Acesso em: 25 abr. 2024.

PANIZZI, Mirvaine. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro/RJ, v. 41, n. 112, p. 155–170, jan. 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/q8vPsB7MGY9CXtzW59wFwRt/#>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PINHEIRO, Rafael Morganti; CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa Machert da; WORCMAN, Nicola. Estratégias de cuidado no território e suas singularidades. In: CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa Machert da; FRANCO, Túlio Batista. *Cartografias na Saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado*. Porto Alegre/RS: Rede UNIDA, 2018. Disponível em <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/cartografias-na-saude-pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). *Dicionário da Educação do Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro/RJ: EPSJV, 2008. Disponível em <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PORTUGAL, Flávia Batista et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, v. 32, n. 12, dez. 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/8LJhHtzZkRT7TXYCnPfQjZb/?lang=en#>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PRADO, Marina Fernandes do; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro/RJ, v. 39, p. 320-337, dez. 2015. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/320-337/pt>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

RADKE, Mariane Brusque; CECCIM, Ricardo Burg. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre/RS, v. 4, n. 2, p. 19-36, 2018. Disponível em <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/845>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

RODRIGUES, Aline Lima. Fronteira e Território: considerações conceituais para a compreensão da dinâmica do espaço geográfico. *Revista Produção Acadêmica*, Palmas/TO, v. 1, n. 2, p. 139-157, dez. 2015. Disponível em <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/producaoacademica/article/view/2002/8646>>. Acesso: em 07 jul. 2024.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, 2013. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/XhFMXLKJchz7T6K4BqLkp3y/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

SANTOS, Milton. *O Espaço do Cidadão*. 7ª ed. São Paulo/SP: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SCHWEICKARDT, Júlio César; SOUZA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERLA, Alcindo. O programa Mais Médicos no território amazônico: acesso e qualidade na atenção básica, travessias de fronteiras e o direito à saúde das gentes. In: _____ (Org.). *Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes*. Porto Alegre/RS: Editora Rede UNIDA, 2021. Disponível em <<https://editora.redeunida.org.br/project/mais-medicos-na-amazonia-efeitos-no-territorio-liquido-e-suas-gentes/>>. Acesso em: 27 ago. 2023.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* *Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado*. Porto Alegre/RS: Editora Rede UNIDA, 2016. Disponível em <<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/3-Educacao-e-Praticas-de-Saude-na-Amazonia-OK.pdf>>. Acesso em: 04 de jan. 2023.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez, 2013.

SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. O mapa das redes de conexões existenciais: uma leitura micropolítica da ferramenta ecomapa. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre/RS, v. 8, 2022. Disponível em <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3489>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Urive. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília/DF, v. 4, n. 1, p. 121-132, dez. 2010. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53758/Inclus%c3%a3o.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

SOUZA, Antonio Jorge Ataíde. *O Sistema Oficial de Saúde na Tríplice Fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru*. 2018. 299f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) – Universidade Federal do Pará, Belém/PA, 2018. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392333/o-sistema-oficial-de-saude-na-triplice-fronteira-entre-brasil-_UoCZxWo.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

TEIXEIRA, Elizabeth. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro/RJ, v. 4, n. 2, p. 269-278, ago. 2000. Disponível em <<https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v4n2a15.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. *et al.* Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu/SP, v. 20, n. 57, p. 313–323, abr. 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/ngWyPTTHnnsj4hdVmxn8fqC/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

VIEIRA, Lenir Maschio. *Política Pública em Saúde Mental e Financiamento da Assistência Farmacêutica em Região de Fronteira*. 2023. Disponível em <<https://dspace.unila.edu.br/items/09516112-2c92-44ec-8507-76ccdc6a6950>>. Acesso em: 01 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health Concept*. 2014. Disponível em <<https://www.who.int/pt/home>>. Acesso em: 17 maio 2023.

_____. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO, 2005.

APÊNDICE – Roteiro das entrevistas

Saúde Mental na Atenção Básica

- a) Você pode falar um pouco sobre a demanda de saúde mental na atenção básica? (Quem procura? Como chega? Somente do município?)
- b) Como acontece em relação aos países vizinhos, há convênio/parcerias? Se sim, como é realizado?

Articulação com a Rede especializada e de Urgência e Emergência

- a) Quais são os encaminhamentos realizados quando é identificada a demanda de saúde mental? (Para onde? Como? Há contrarreferência?)
- b) Há diálogo com a rede especializada? Como ele acontece e com que frequência?
- c) Quais são os serviços especializados em saúde mental no município? Há outros municípios que recebem usuários de Tabatinga? Tabatinga recebe usuários de outros municípios? E de outros países? Quais municípios e países? Com que frequência? Quais são os encaminhamentos realizados?

Saúde Mental do trabalhador

- a) Existem ações/programas que inserem a Saúde Mental do trabalhador? Se tem, como funciona? Se não, tem a intenção?
- b) São realizados cursos de atualização em saúde mental, com os trabalhadores da saúde? Com que frequência? A quem são ofertados?

Qual a rede de apoio Psicossocial percebida.

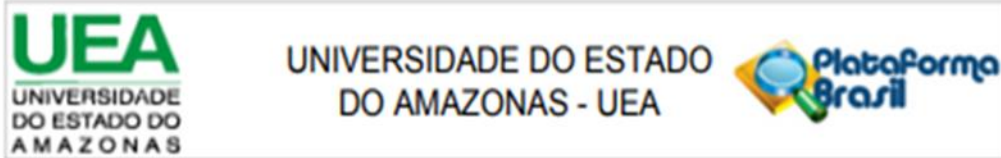
- a) Como a rede é construída a partir da entrada do usuário?
- b) Existem intenção de implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS? O que já foi feito? O que ainda falta?

Roteiro para outros pontos que não estão na Rede Oficial

- a) Vocês identificam demandas de saúde mental nas ações e trabalhos que realizam? Quais?
- b) O que vocês fazem quando identificam essas demandas?

- c) Há diálogo com o SUS? Como ele acontece? Com que frequência? Como são recebidas as demandas encaminhadas, decorrentes do trabalho que vocês realizam?

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Da Atenção Básica Municipal à Atenção Especializada e de Urgência Regional: O Acesso à Saúde na Calha do Solimões

Pesquisador: MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67592023.0.0000.5016

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.923.187

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Da Atenção Básica Municipal à Atenção Especializada e de Urgência Regional: O Acesso à Saúde na Calha do Solimões

Pesquisador Responsável: MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar de que maneira o território usado condiciona o acesso à rede assistencial do Sistema Único de Saúde nos municípios na calha do Rio Solimões-Amazonas.

Objetivo Secundário:

1) Descrever o uso do território nos três trechos da calha do principal rio (Alto Solimões, Médio Solimões e Baixo Amazonas);

2) Identificar quais os municípios fazem uso da rede de saúde dos municípios-polos (Tabatinga, Manacapuru e Parintins);



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 5.923.187

- 3) Descrever cada um dos três trechos do Solimões-Amazonas quanto a ocupação do território, situação de saúde e distribuição equipamentos rede sanitária dos municípios;
- 4) Mapear os trajetos da população de cada trecho no uso da rede assistencial;
- 5) Investigar a articulação da Atenção Básica com demais níveis de assistência à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa tem risco mínimo, uma vez que o método não prevê qualquer intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos sujeitos do estudo. Aos sujeitos será assegurada total liberdade de não responder a qualquer pergunta do roteiro que por ventura seja considerada por ele constrangedora ou ainda retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, inclusive após conclusão da pesquisa. A análise dos dados será feita de forma a não identificá-los individualmente, apenas como representante de uma categoria para análise (gestor, trabalhador ou usuário). A pesquisa resguarda o sigilo das informações prestadas. Os áudios das entrevistas ficarão sob a guarda do pesquisador principal, sendo garantida a preservação das identidades individuais, se comprometendo o pesquisador principal, a não utilizar as informações para qualquer outro fim que não seja para objetivos descritos nesta pesquisa. Ainda assim, caso venha a ocorrer qualquer constrangimento, o pesquisador fica comprometido a dar todo o apoio e encaminhamento para os serviços de saúde especializados do município, sem que haja qualquer despesas para os participantes. Eventuais despesas serão ressarcidas pelos responsáveis da pesquisa, estando assegurado o direito a indenizações e cobertura material para a reparação a dano, causado pela pesquisa aos sujeitos.

Benefícios:

Coletivamente, a pesquisa poderá apontar nós críticos que interferem na organização do sistema local de saúde e na integralidade da assistência. Individualmente, o momento da entrevista proporciona criação de um espaço para reflexão dos sujeitos acerca de seus processos de trabalho quanto encaminhamento de pacientes (referência-contrareferência) da atenção básica demais níveis de assistência, o que poderá contribuir para a melhoria do fluxo dos pacientes e impactando na qualidade de saúde para o conjunto da população



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 5.923.187

Esta pesquisa tem como área do estudo os municípios na calha do Rio Solimões-Amazonas com objetivo geral de analisar de que maneira o território usado condiciona o acesso à rede assistencial do SUS. Em pesquisa anterior na região de Tefé na calha do mesmo rio, apontamos como a sazonalidade de cheia-seca dos rios impacta em como a população ocupa o território para moradia, atividades agrícolas e acesso aos serviços públicos incluindo à saúde. Utilizando a mesma metodologia, o objeto dessa pesquisa é ampliado para contemplar também as peculiaridades em outras regiões na calha do mesmo rio como situação de tríplice fronteira (Alto Solimões), situação região metropolitana de Manaus (Médio Solimões- Amazonas) e de fronteira interestadual (Baixo Amazonas). A partir do referencial conceitual da geografia crítica de Milton Santos, em especial ao conceito de território usado, adotaremos uma combinação de estratégias quantitativas e qualitativas para coleta e análise de dados. Para compreender a dinâmica do território será feita uma matriz de funcionalidade identificando infraestruturas (telecomunicação, porto e aeroporto, rede bancária) e de instituições (do judiciário, controle e comando, educação e saúde) para determinar quais os municípios utilizam a rede de serviços das cidades-polos em cada trecho do rio (Tabatinga, Manacapuru e Parintins). Quanto às questões sanitárias será feita Análise de Situação de Saúde (ASIS) em todos os municípios do entorno desses polos, a partir do banco de dados de acesso público do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Internação Hospitalar (AIH) e Atendimento Ambulatorial (SIA). Além disso, a pesquisa qualitativa através de entrevistas com roteiro semi-estruturado com gestores (coordenação atenção básica, direção hospitalar, secretaria de saúde, vigilância epidemiológica, trabalhadores dos serviços e usuários da atenção básica). Isso é essencial para esclarecer os achados da fase quantitativa. Espera-se que essa investigação amplie o entendimento sobre os elementos do território amazônico da calha do Rio Solimões-Amazonas condicionam acesso à saúde e tome possível elaborar estratégias, procedimentos, protocolos e políticas ajustadas às características geográficas, culturais, simbólicas, epidemiológicas dessa população, promovendo equidade e consolidação do SUS na região amazônica.

Metodologia Proposta:



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 5.923.187

Para cada objetivo específico propõe-se uma estratégia para coleta e análise dos dados. 1) Pesquisa bibliográfica sobre saúde nos três trechos do rio-->Levantamento a ser realizado na base de teses e dissertações da Instituições de Ensino Superior.2) Elaboração de matriz de funcionalidade com identificação de instituições e infraestrutura que gera fluxo em cada região --> Essa estratégia visa identificar quais municípios tem os municípios-polos como município de referência, utilizando sua rede de serviços. Os dados serão obtidos através de consulta de banco de dados do IBGE, ANAC, ANATEL, ANTAQ, Banco Central, INSS, Justiça do trabalho, TRE, MP-AM, UEA, CETAM, PM-AM, Forças armadas, Correios.3) Análise de situação de saúde (ASIS) dos municípios que compõe cada região --> Investigação dos agravos recorrentes e identificação da procedência de usuários a partir do Sistemas de Informação SIA, SIH, SIM. Georreferenciamento da rede de saúde de cada região. Mapa com fixos de saúde a partir do CNES, PMAQ, aplicativos GIS Coordinate e Google Earth4) Mapeamento do trajeto intermunicipais --> O mapeamento será feito com uso do aplicativo Wikiloc nas viagens entre as sedes dos municípios para aferir tempo de deslocamento, velocidade média e distância percorrida pelos usuários da atenção básica municipal até atenção especializada no município de referência.5) Análise dos gastos em saúde --> Planilha com gastos em saúde (função investida e fonte pagadora) a partir dos dados registrados no SIOPS para identificar situação de financiamento de cada município da regional.6) Entrevistas trabalhadores e gestores coordenador atenção básica, vigilância em saúde, secretário de saúde e diretor hospitalar, trabalhadores da Atenção Básica e Hospitalar com uso de roteiro semi-estruturado.7) Grupo focal com usuários --> Grupos de 4 a 6 usuários dos serviços de atenção básica ou especializada com uso de roteiro semi-estruturado.

Critério de Inclusão:

* Ser trabalhador ou gestor dos SUS do município pesquisado * Ser usuário do SUS do município pesquisado

* Consentir participação com assinatura do documento TCLE Critério de Exclusão:

* Indígena

* Menor de 18 anos

Continuação do Parecer: 5.923.187

Metodologia de Análise de Dados:

Para a compreensão do território usado, conceito teórico que sustenta a pesquisa, é necessária uma combinação de estratégias para revelar as interações interdependentes e indissociáveis entre fixos e fluxos que ocorrem nos territórios, reconhecendo que essa dinâmica impacta também em como a população acessa o serviço de saúde. No projeto em anexo apresento quadro metodológico com o desenho da pesquisa (integrando coleta, tratamento e análise dos dados). O quadro apresenta como as estratégias propostas (matriz de funcionalidade, entrevistas, análise de situação de saúde, georreferenciamento da rede, mapa de trajetos) contribuem para entendimento da dinâmica do território usado, respondendo às questões norteadoras da pesquisa. Para análise espacial será utilizado o programa QGIS versão 3.4.9. A análise dos dados qualitativos será através da transcrição da gravação das entrevistas na íntegra aplicando-se a técnica de análise temática seguindo as etapas propostas por Bardin (1995): transcrição, leitura de profundidade, interpretação, categorização dos temas, considerando repetição e relevância trabalhadas com auxílio do software MAXQDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - ok

21 cartas de anuência - ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

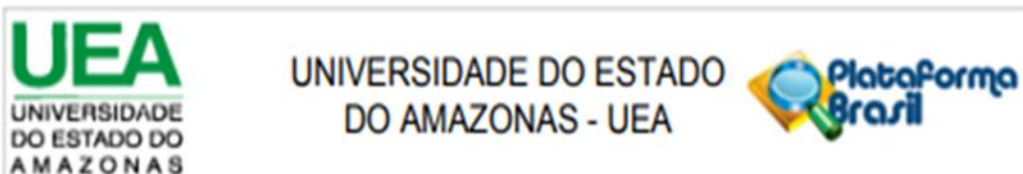
Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Pelo exposto somos pela aprovação

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2089399.pdf	17/02/2023 15:49:30		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinadas.pdf	17/02/2023 15:48:45	MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Acesso_Saude_SolimoesAmazonas.pdf	14/02/2023 12:32:50	MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI	Aceito
Outros	InstrumentoUsuarios.pdf	14/02/2023 12:31:37	MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL	Aceito
Outros	InstrumentoGestoresTrabalhadores.	14/02/2023	MICHELE ROCHA	Aceito



Continuação do Parecer: 5.923.187

Outros	pdf	12:31:15	ARAUJO EL KADRI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos_anuencias_municipios.pdf	14/02/2023 12:30:26	MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/02/2023 12:29:02	MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 03 de Março de 2023

Assinado por:
ELIELZA GUERREIRO MENEZES
 (Coordenador(a))

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa: Cuidados em saúde mental de trabalhadores na fronteira dos pesquisadores, Marcos Vinícius Santos Batista Silva (pesquisador e aluno do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas) e Sônia Maria Lemos (docente da Universidade do Estado do Amazonas). A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo tem como objetivo geral analisar as ações de cuidado em saúde mental dos trabalhadores da saúde nos municípios da fronteira amazônica brasileira
2. A pesquisa é um recorte do projeto guarda-chuva intitulado “Da Atenção Básica Municipal à Atenção Especializada e de Urgência Regional: O Acesso à Saúde na Calha do Solimões-Amazonas”, sob coordenação geral da Dra. Michele Rocha de Araújo El Kadri (Pesquisadora do ILMD-Fiocruz Amazônia) e coordenação adjunta da professora Dra. Sônia Maria Lemos (docente da Universidade do Estado do Amazonas). A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UEA sob o CAAE de nº 67592023.0.0000.5016.
3. A pesquisa será feita através de entrevistas. Só participarão da pesquisa as pessoas que quiserem. Nenhuma pessoa será obrigada a participar. As entrevistas serão gravadas, apenas se as pessoas autorizarem.
4. Os riscos desta pesquisa envolvem possibilidade de desconforto no decorrer das gravações dos áudios nas entrevistas. Caso ocorra, os pesquisadores comprometem-se a, imediatamente, suspender a pesquisa, sem prejuízo de eventual encaminhamento para atendimento psicológico na Universidade do Estado do Amazonas.
5. Os benefícios esperados com a sua participação oferecem, por ocasião da realização das entrevistas, a escuta psicológica, ocasião em que eles terão a oportunidade de ressignificar os momentos vivenciados. Além disso, caso seja observada qualquer necessidade de acompanhamento psicológico especializado, os entrevistados serão prontamente orientados e acompanhados por psicólogos indicados pelos pesquisadores.
6. O senhor(a) pode deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento, de acordo com a sua vontade, mesmo após ter assinado este documento. Isso não

terá nenhuma consequência na sua relação com o pesquisador, com a Universidade do Estado do Amazonas-UEA, ou com a Fundação Oswaldo Cruz.

7. As informações obtidas pelo pesquisador não serão divulgadas de forma que se possa reconhecer quem deu as informações.
8. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em relatórios técnicos e em textos acadêmicos, bem como poderão ser divulgados em congressos e artigos científicos.

Eu _____, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Autorizo a gravação da entrevista () SIM () NÃO

Contatos:

MARCOS VINÍCIUS SANTOS BATISTA SILVA

Telefone: (92) 98482-2316 / E-mail: mvsbs.msc22@uea.edu.br

SÔNIA MARIA LEMOS

Telefone: (92) 99602-8502 / E-mail: sonleamos@hotmail.com

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do participante

Marcos Vinícius Santos Batista Silva
Pesquisador

Sônia Maria Lemos
Pesquisadora Responsável