



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

AMANDA BARBETTA FRANÇA

Quem mora aqui?

Reflexões sobre a compreensão das equipes de Atenção Primária à Saúde sobre os
Residenciais Terapêuticos.

Florianópolis
2023

Amanda Barbetta França

Quem mora aqui?

Reflexões sobre a compreensão das equipes de Atenção Primária à Saúde sobre os Residenciais Terapêuticos.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Orientador(a): Prof^a Dr^a Aline Megumi Arakawa Belaunde.

Florianópolis

2023

França, Amanda Barbeta

Quem mora aqui? :Reflexões sobre a compreensão das equipes de Atenção Primária à saúde sobre os Residenciais

Terapêuticos. Amanda Barbeta França ; orientadora, Aline Megumi Arakawa Belaunde, 2023.

70 p.

2. Serviço Residencial Terapêutico. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Desinstitucionalização . I. Belaunde, Aline Megumi Arakawa .
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Amanda Barbeta França

Quem mora aqui?

Reflexões sobre a compreensão das equipes de Atenção Primária à saúde sobre os Residenciais Terapêuticos.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Aline Megumi Arakawa Belaunde, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

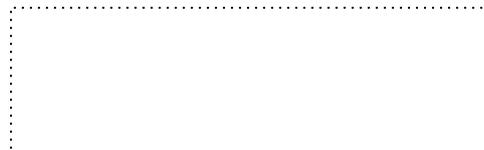
Prof.(a) Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof.(a) Aline Megumi Arakawa Belaunde, Dra.
Orientador(a)

Florianópolis, 2023.

Dedico este trabalho a pessoa que me faz querer ser melhor todos os dias,
Lorenzo.

AGRADECIMENTOS

Tantas coisas aconteceram no decorrer desses anos que chega ser difícil escrever essas últimas palavras. Foram tantos obstáculos, tantos desafios, tantas lágrimas relacionadas com minha vida pessoal, que achei que não iria conseguir terminar esse sonho. Agradeço ao grande Deus pai por me trazer até aqui, ao grande pai Oxalá, as grandes mães Iemanjá, Oxum e Iansã, e o grande pai Ogum pela força e proteção. Aos meus guias que estão comigo sempre e não me deixam cair nunca, obrigada! Ao meu filho, por ser sempre meu raio de sol mesmo nos dias mais escuros. A minha orientadora Aline, sem ela, eu não teria conseguido, obrigada por sua paciência, carinho e dedicação. Agradeço ao apoio da minha família e dos meus amigos, eu sei que não foi fácil aguentar minha ansiedade, as mudanças de humor repentina e a irritabilidade, mas chegamos até aqui, conseguimos!

Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam (FREIRE, 1987, p.15).

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o processo de desinstitucionalização de muitas pessoas portadoras de transtorno mental sem vínculo familiar e sem ter onde morar foram alocadas em casas chamadas em Serviços Residenciais Terapêuticos. Diante desse novo contexto e população circulando pelo território, o presente estudo objetivou investigar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o dispositivo Serviços Residencial Terapêutico. Para tal, foi realizada uma pesquisa-ação-participante, de abordagem qualitativa, utilizando-se como referencial teórico-metodológico o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, composto por três etapas, sendo elas: investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico, suscitando momentos de diálogo nos encontros denominados Círculos de Cultura. Foram realizados três Círculos, no mês de maio de 2022, com duração de 60 minutos cada, os registros de fala foram obtidos por meio de gravação de áudio de nove participantes. Os temas que mais emergiram durante a investigação temática com a pergunta disparadora “Qual sua compreensão sobre o SRT?” foram: Cuidado, Acolhimento, Antimanicômio e Terapia. Já os temas emergentes na pergunta disparadora “Qual sua percepção sobre o papel da APS para com os moradores do SRT?” foram: Assistência, Humanismo, Acompanhamento, Atendimento Igualitário/Intermediação, Atendimento Prioritário, Cuidado Integral, Equidade. Os temas eleitos pelo grupo para serem dialogados nos demais encontros foram o “Cuidado” e “Assistência”. Após análise dos resultados dos Círculos de Cultura, foi constatado que os profissionais da APS carecem de preparo para lidar com demandas de saúde mental, com pouco conhecimento sobre o dispositivo de desinstitucionalização dos Serviços Residencial Terapêutico. Além disso, foi observada a falta de empoderamento dos profissionais e a ausência de conhecimento sobre o potencial da APS como promotora da saúde e preventiva de agravos, bem como sua participação no sistema de desinstitucionalização em saúde mental. Os profissionais não se percebem como agentes de cuidados em saúde mental, centralizando o atendimento no médico e encaminhando para atenção especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial. A fragilidade identificada também está relacionada à gestão do município onde a pesquisa foi conduzida, que apresentava dificuldades em receber os Serviços Residencial Terapêutico em seu território, além da carência quanto a educação continuada, resultando em lacunas na compreensão das potencialidades do dispositivo. Após os Círculos de Cultura, houve um maior entendimento por parte dos profissionais sobre o Serviços Residencial Terapêutico., mobilizando a equipe para suas funções para os moradores e a comunidade, desmistificando o cuidado e estimulando a reflexão sobre saúde mental e o cuidado em território na área da saúde mental.

Palavras-chave: Serviço Residencial Terapêutico; Atenção Primária à Saúde; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

Brazilian Psychiatric Reform and the process of deinstitutionalization of many individuals with mental disorders without family ties and nowhere to live were placed in houses called Therapeutic Residential Services. In light of this new context and population circulating in the territory, the present study aimed to investigate the understanding of Primary Health Care professionals regarding the Therapeutic Residential Services device. To do so, a participatory action research with a qualitative approach was conducted, using Paulo Freire's Research Itinerary as a theoretical-methodological reference, consisting of three stages: thematic investigation, coding/decoding, and critical unveiling, prompting moments of dialogue in meetings called Culture Circles. Three Circles were held in March 2022, each lasting 60 minutes, and speech records were obtained through audio recordings of nine participants. The themes that emerged most during the thematic investigation with the guiding question "What is your understanding of TRS?" were: Care, Reception, Anti-asylum, and Therapy. On the other hand, the emerging themes in the guiding question "What is your perception of the role of PHC towards TRS residents?" were: Assistance, Humanism, Monitoring, Equal Treatment/Intermediation, Priority Care, Comprehensive Care, Equity. The themes chosen by the group for further dialogue in subsequent meetings were "Care" and "Assistance." After analyzing the results of the Culture Circles, it was found that PHC professionals lack preparation to deal with mental health demands and have limited knowledge about the deinstitutionalization device of Therapeutic Residential Services. Furthermore, a lack of empowerment among professionals was observed, as well as a lack of awareness of PHC's potential as a promoter of health and prevention of illnesses, as well as its role in the mental health deinstitutionalization system. Professionals do not perceive themselves as mental health care agents, centralizing care on doctors and referring to specialized care, such as Psychosocial Care Centers. The identified fragility is also related to the municipality's management where the research was conducted, which faced difficulties in receiving Therapeutic Residential Services in its territory, in addition to a lack of continuing education, resulting in gaps in understanding the device's potential. After the Culture Circles, professionals gained a better understanding of Therapeutic Residential Services, mobilizing the team for their roles with residents and the community, demystifying care, and stimulating reflection on mental health and care in the mental health field.

Keywords: Therapeutic Residential Service; Primary Health Care; Deinstitutionalizatio

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de artigos encontrados (PRISMA, 2020).....	28
Figura 2 – Vista frontal da Unidade Básica de Saúde Pinheirinho	40
Figura 3 – Cartaz produzido durante Círculo de Cultura sobre a temática SRT.....	44
Figura 4 – Cartaz produzido durante Círculo de Cultura sobre a temática SRT.....	44
Figura 5 – Atividade de articulação de rede elaborada pelos participantes	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de publicações encontradas por banco de dados	26
Quadro 2 – Publicações que compuseram o presente estudo de acordo com autoria, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo, metodo e principais resultados.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA	18
3.2	O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO E SUA FUNÇÃO SOCIAL	20
3.3	SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
3.3.1	Manuscrito: A desinstitucionalização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: uma revisão literária.....	23
4.	METODOLOGIA.....	37
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	37
4.2	ITINERÁRIO DE PESQUISA DE PAULO FREIRE	38
4.3	LOCAL DO ESTUDO	39
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
4.5	DELINEAMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA.....	40
4.6	INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA.....	41
4.7	CODIFICAÇÃO E DECODIFICAÇÃO.....	42
4.8	DESVELAMENTO CRÍTICO	42
4.9	ASPECTOS ÉTICOS	42
5.	RESULTADOS	43
6.	DISCUSSÃO	47
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
2.	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	58
3.	APÊNDICE B – DINÂMICA QUEBRA GELO.....	60
4.	APÊNDICE C - CASOS CLÍNICOS PARA ATIVIDADE DE ARTICULAÇÃO DE REDE	66
5.	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	69

1. INTRODUÇÃO

No século XVII houve um grande enclausuramento da população marginalizada, como pobres e alienados, em hospitais idealizados para alojar e alimentar todos que se apresentavam espontaneamente ou que eram encaminhados pelas autoridades reais ou judiciárias. Esses hospitais possuíam médicos que trabalhavam em meio a uma organização monárquica e burguesa, contemporânea e de ordem absolutista, que ajudava os mais necessitados, mas também reprimia e punia, isolando essas pessoas da sociedade (FOUCAULT, 1972 p. 56-57).

O modelo manicomial, como o conhecemos atualmente, iniciou-se no final do século XVIII, momento em que Philippe Pinel fundou a primeira instituição asilar para alienados mentais, iniciando um novo ramo da medicina: o alienismo. Este, por sua vez, tinha por objetivo a cura da alienação mental por meio do “isolamento terapêutico”, a retirada do louco do convívio social, do lazer, do trabalho e da família, na busca de conhecimento e da cura (AMARANTE; TORRES, 2018).

Dentro dessas instituições asilares eram aplicados métodos físicos de tratamento, já que os psicofármacos ainda eram desconhecidos. Por meio da eletroconvulsoterapia, hidroterapia, castigos físicos, camisas-de-força, cadeiras giratórias, amarras e lobotomias, tentava-se inibir e desencorajar comportamentos inapropriados dos alienados, assim era constituído o tratamento por métodos morais. Através da história, os hospitais psiquiátricos carregaram as marcas da repressão e a da violência contra aqueles que se julgavam incapazes de se responsabilizar pela própria vida (BRITO; DIMENSTEIN, 2008).

No Brasil, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do país, o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, que era fortemente influenciado pela psiquiatria francesa, com tratamento moral, e posteriormente outros hospícios foram criados, principalmente em grandes centros urbanos (BRITO; DIMENSTEIN, 2008).

O manicômio então ganhou um lugar central no tratamento da loucura no Brasil. Porém, as práticas de violência, maus tratos, os aglomerados de óbitos, as superlotações e outras problemáticas começaram a ser questionadas. Essas críticas, somadas às mudanças de modelos de assistência em países como a Itália, Estados Unidos e França foram a alavanca inicial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciou junto à Reforma Sanitária. Ambas tiveram início na década de 70, porém mesmo com caminhos distintos, carregavam os mesmos ideais, sendo eles a mudança do modelo de atenção e a gestão, na prática em saúde, defesa da

saúde coletiva, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e na produção de inovações em cuidado (BRASIL, 2005).

A RPB tem como pilar principal a desinstitucionalização, que se trata da desconstrução dos antigos saberes e práticas psiquiátricas, indo além dos muros institucionais, mudando políticas públicas, construindo novas realidades, mudando a base cultural que propiciava a violência, segregação e preconceito da loucura. Para que a desinstitucionalização aconteça é necessária uma rede de atenção à saúde mental territorial, que atenda a demanda da população, constituída pela atenção primária a saúde, prontos atendimentos, ambulatorios de saúde mental, centros de atenção psicossocial e serviços residenciais terapêuticos (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Nesse contexto da RPB o surgimento do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é uma alternativa para as pessoas sem familiares, com vínculos rompidos ou comprometidos, e que estavam nas instituições psiquiátricas asilares em interações de longa permanência. Há uma grande demanda de pessoas com transtorno mental grave institucionalizadas e com plenas condições de retomar suas vidas na sociedade, sendo (re) inseridas na comunidade. O SRT tem o papel, enquanto parte da rede de saúde mental, de proporcionar a reinserção social dessas pessoas na vida da cidade, compondo o cenário da desinstitucionalização desencadeado pela RPB (ARGILES *et al.*, 2013).

Os SRTs são casas inseridas em perímetro urbano e desvinculadas de instituições psiquiátricas onde indivíduos com transtorno mental grave, proveniente de internações de mais de dois anos ininterruptos, serão alocados para habitação (BRASIL, 2000). Logo, temos um novo público inserido nos territórios, pessoas com transtorno mental grave habitando, transitando e usufruindo do espaço territorial ao qual por direito pertencem.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o dispositivo Serviços Residencial Terapêutico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o entendimento das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre a estrutura dos residenciais terapêuticos;
- b) Compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para com os moradores dos serviços residenciais terapêuticos;
- c) Analisar as potencialidades e fragilidades no cuidado a portadores de transtornos mentais crônicos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

Desde o início da psiquiatria enquanto matéria de estudo se fala e se pensa sobre “reforma psiquiátrica”, usando-se outros termos, outras formas de conceber esse processo. Porém, é após a Segunda Guerra Mundial que esse discurso de mudança se torna mais nítido, melhor delineado, intervindo diretamente no campo da psiquiatria, com arranjos e propostas administrativas passando a ser denominado explicitamente como reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1996, p.11).

No Brasil, o ano de 1978 é sinalizado como o ano que se iniciou o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), por ser o ano de surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o qual contava com profissionais, estudantes, familiares, usuários e sindicatos que realizavam denúncias sobre violência e maus tratos que aconteciam dentro dos manicômios brasileiros (BRASIL, 2005). O principal objetivo do movimento era desconstruir a lógica manicomial vigente e a RPB, ao propor a desinstitucionalização, traz uma nova relação entre a loucura, território e instituição, de modo a ofertar à pessoa portadora de transtorno mental um lugar social, aumentando suas potências de vida. Soma-se a tais aspectos outro objetivo relacionado à estruturação de uma rede de cuidados substitutivos, integrais, e pautados no território (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Na década de 80 o governo federal lançou uma proposta para a saúde mental, com diversos pontos defendidos pelo movimento da reforma psiquiátrica, como o estabelecimento de serviços substitutivos aos serviços hospitalares, a promoção, prevenção e ressocialização, limitação do tempo de internação, entre outras, porém foram poucas as mudanças efetivamente realizadas e a situação precária dos hospitais psiquiátricos permaneceram as mesmas. Em 1985 o Brasil voltou a ter um regime democrático e a valorização da cidadania, e em 1986 é realizada

a 8.º Conferência Nacional de Saúde, momento em que, pela primeira vez, se fez ouvir sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sobre o atendimento à crise em saúde mental em hospitais gerais. Mas foi em 1987 que o movimento de desinstitucionalização ganhou destaque com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Tais eventos trouxeram maior amplitude ao movimento e maior participação de usuários e familiares, sendo criado o lema “por uma sociedade sem manicômios”, e nesse contexto, tem-se o dia 18 de maio como marco do Dia Nacional da Luta Antimanicomial (BARROSO; SILVA, 2011).

Com a implementação do Sistema Único de Saúde em 1990, a assistência psiquiátrica começou a se estabelecer enquanto política pública, conduzida pelo Ministério da Saúde. A assistência hospitalar passou a ter fiscalizações intensificadas, impactando em um grande descredenciamento de leitos do sistema que não havia condições mínimas de qualidade e de garantia aos direitos humanos, sem comprometer a assistência, já que os dispositivos substitutivos, como os CAPS, foram estimulados e implementados por todo o território nacional (BRASIL, 2001).

Os anos 2000 foram de avanços para a reforma psiquiátrica e nesse mesmo ano foi instituído os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), uma nova moradia para egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Cada usuário transferido para o SRT era um leito descredenciado do sistema, alocando esses recursos para o dispositivo. Em 2001 é promulgada a lei 10.216, proposta por Paulo Delgado, e popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A lei 10.216 é um marco na temática relacionada à atenção psicossocial, pois dispõe dos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais. A lei versa sobre dar preferência ao tratamento no território em dispositivos comunitários, oferecer ao usuário o maior número de informações sobre seu tratamento, inclusive se houver a necessidade de internações involuntárias, além de proporcionar tratamento ao usuário da forma menos invasiva e mais humanizada possível; outrossim, dispõe sobre os deveres do estado para com os usuários e o fim de internação em instituições asilares (BRASIL, 2001).

Neste contexto histórico, em dezembro de 2011, entrou em vigor a portaria no. 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo da rede é ampliar o acesso do usuário aos dispositivos de cuidado em saúde mental, promover a articulação intra e intersetorial, realizar a reabilitação e reinserção do usuário, organizar as demandas de saúde mental, prevenir e reduzir danos decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas, dentre outras atribuições. A rede é composta pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial,

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais gerais, Hospitais dia, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), SRT e cooperativas (BRASIL, 2011)

O processo da RPB vinha caminhando de forma linear durante esse período de 30 anos, porém no ano de 2016, devido a importantes arranjos políticos, essa realidade mudou radicalmente e vivenciamos hoje uma série de retrocessos. Um modelo construído sobre os pilares da liberdade, dos direitos humanos, do tratamento comunitário, respeito e autonomia, está sendo ruído por uma série de portarias, editais, resoluções que formam a nova nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, chamada de “Nova Política de Saúde Mental”, que vão à contramão as leis do SUS, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, uma vez que incentiva as internações em hospitais psiquiátricos, e apoia as comunidades de terapêuticas, tratando de uma forma punitiva o uso nocivo de substâncias psicoativas, entre outras situações agravantes (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A RPB é um processo social complexo que não se resume apenas a reforma dos serviços e tecnologias de cuidado, foi elaborada para se referir às estratégias de desinstitucionalização, delinear um novo lugar social para a loucura, com uma forte participação social na criação das políticas públicas, além do protagonismo e empoderamento do próprio usuário de saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018)

3.2 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO E SUA FUNÇÃO SOCIAL

Com a mudança do modelo de assistência em saúde mental, houve uma crescente demanda de moradia de pessoas com transtornos mentais graves. Com o foco do tratamento sendo territorial, retirando o hospital do centro dos cuidados, pode-se verificar a necessidade de habitação tanto dos usuários que saíram das internações de longa permanência quanto daqueles acompanhados pelos CAPS que prescindiram da mesma situação. Para dar conta de parte desta demanda foi oficializada a portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, onde foi criado o Serviço Residencial Terapêutico, que dá moradia a pacientes “moradores” de instituições psiquiátricas ou provenientes de internação de longa permanência (FURTADO *et al.*, 2013).

O SRT ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" são casas para tais usuários, que não possuem vínculos familiares ou suporte social que propicie a inserção social. Essas casas devem estar inseridas em espaços urbanos e servir apenas como moradia, sendo

vinculados aos serviços públicos de saúde, preferencialmente, serviços especializados em saúde mental (BRASIL, 2000).

Esses serviços são classificados em Tipo I e Tipo II e se diferem pelo grau de dependência nas atividades diárias dos moradores, sendo as moradias de Tipo I, com moradores mais autônomos, onde os próprios moradores fazem os seus cuidados, podendo ter um cuidador de referência, nesse módulo é permitido o máximo de oito moradores por casa. As moradias do Tipo II, são destinadas para moradores com maior grau de dependência em suas atividades diárias, sendo necessário neste módulo uma equipe contendo um técnico de enfermagem e um cuidador diariamente, assim como cuidadores no período noturno. Nessas casas é permitido um número máximo de dez moradores. Todos os módulos de residência devem estar vinculados a um serviço de saúde mental que presta suporte técnico profissional sempre que necessário (BRASIL, 2000).

A instituição hospitalar domina e invade o espaço pessoal e territorial das pessoas que ali se encontram internadas, retirando delas a privacidade primordial para manutenção da individualidade. Nesse modelo se normaliza a perda de direitos, retiram-se as capacidades individuais de escolhas e oportunidades ao se impor regras e obrigações (NÓBREGA; VEIGA, 2017).

A moradia é um fator decisivo para a saúde de modo geral e em específico para a saúde mental, e a necessidade de moradia não deve ser subestimada sob nenhuma hipótese. Para as pessoas com Transtorno Mental Grave ela é efetiva na inserção, integração e manutenção no cotidiano social. É nela que convergem os principais aspectos do indivíduo, as vivências íntimas, relacionamentos e convivências sociais, compreende não só a estrutura física, mas como essas pessoas se integram com esses espaços e os modos de habitá-lo. A habitação se torna ponto de partida para essas pessoas, para algo além do morar, mas que com os laços sociais e o trabalho se tornam o tripé da reabilitação psicossocial (FURTADO *et al.*, 2013).

É necessária a diferenciação entre o morar em seus dois aspectos: o estar e o habitar. O estar significa ocupar um espaço, mas sem que o indivíduo se sinta apropriado do mesmo, de maneira material, emocional ou simbólica. Já o habitar é a ocupação do espaço onde se vive com apropriação simbólica, sentimental e material, bem como dos outros integrantes que ali estão vivendo (MÂNGIA; RICCI, 2011).

Os SRTs facilitaram a desospitalização e funcionam como um substitutivo asilar, já que realoca os recursos dos hospitais para o dispositivo assim que acontece a transferência do usuário. Porém, há uma grande diferença entre desospitalização e desinstitucionalização, sendo

que o segundo gera uma grande mudança de paradigma, visto que se trabalha para uma mudança do sistema de segregação para um sistema de reinserção social (MASSA; MOREIRA, 2019).

É muito comum a utilização errônea do termo desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização, sendo que o primeiro se fortaleceu quando a RAPS foi criada pela portaria nº 3.088 de 2011, que situa em um dos seus componentes as estratégias de desinstitucionalização. Porém, a desinstitucionalização diz respeito ao processo de desmontagem dos saberes e práticas que transformam a experiência da loucura em sinônimo de doença mental, o questionamento da instituição, não como estrutura física, mas como ferramentas médicas, jurídicas e morais, que faz com que o louco seja considerado alguém incapaz, incurável e perigoso (NASCIMENTO; SILVA, 2021).

Os SRTs não pretendem se restringir à resolução da questão relacionada à moradia dos usuários provenientes de internações de longa permanência, porém vão além ao buscar a reabilitação psicossocial, resgatar a autonomia, empoderar, aumentar o poder de contratualidades e o resgate dos direitos. Esses serviços atendem à demanda de um novo lugar social para a loucura (MATOS; MOREIRA, 2013).

A contratualidade tem poder central nas ações de reabilitação e pode ser compreendida como as trocas sociais que o indivíduo faz a partir das relações que firma com outros indivíduos, grupos ou instituições, assim como a elaboração de projetos que possam modificar suas condições de vida. O aumento da contratualidade social amplia a autonomia do indivíduo. Já a autonomia é entendida como a capacidade do indivíduo de gerenciar sua própria vida, ela pode ser identificada nas atividades cotidianas que realiza, como a liberdade de circular nos espaços para passeios, compras, frequentar escolas, serviços de saúde. Envolve também a gestão da vida pessoal, o horário em que vai comer, dormir, trabalhar, preparar as próprias refeições, comprar alimentos, sem ter a ajuda de cuidadores ou técnicos (MÂNGIA; RICCI, 2011).

É fundamental ressaltar a importância de outro tipo de intervenção realizada pelos profissionais que trabalham nas Residências Terapêuticas: a conscientização da comunidade. Essa intervenção se configura como uma abordagem que engloba práticas educativas e informativas sobre o trabalho desempenhado pelos SRT, enfatizando a relevância desse programa de reabilitação psicossocial no desenvolvimento das pessoas com transtornos mentais. A conscientização da comunidade também deve ser considerada como um processo voltado para as pessoas que convivem e fazem parte do cotidiano dos residentes, como os vizinhos, os funcionários do comércio local, a equipe do programa de saúde da família, os policiais, entre outros (ALMEIDA; CEZAR, 2016).

Para que a reabilitação psicossocial tenha sucesso é necessária a construção da cidadania, a qual depende de diversas variáveis. Nesse sentido, é de extrema importância reafirmar modos de cuidado que valorizem os projetos de vida da pessoa portadora de transtorno mental a fim de incentivar ações transformadoras não só em sua vida, mas também dos profissionais envolvidos na área e da comunidade em que vive (MASSA; MOREIRA, 2019).

No processo de reintegração social das pessoas com transtorno mental, não é suficiente que apenas a equipe de saúde mental do município compreenda os objetivos e princípios orientadores da assistência em saúde mental oferecida pelos SRT. É essencial que indivíduos de outros setores da sociedade, como educação, assistência social, igrejas, universidades, associações de bairro e poder judiciário, também compreendam a importância desse serviço e reconheçam seu papel como agentes sociais no processo de inclusão dos portadores de transtornos mentais na comunidade (ALMEIDA; CEZAR, 2016).

3.3 SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este capítulo será apresentado em formato de artigo cuja metodologia teve base na revisão integrativa da literatura e terá por objetivo integrar os principais conceitos desta dissertação, aprofundando a temática da saúde mental quanto à desinstitucionalização relacionada à APS.

3.3.1 Manuscrito: A desinstitucionalização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: uma revisão literária.

INTRODUÇÃO

As reformas psiquiátricas visavam, mundialmente, o processo de desinstitucionalização e consolidação dos cuidados de saúde mental em território. A ênfase nesse cuidado é atribuída à Atenção Primária à Saúde (APS), que parte da premissa da resolutividade das demandas dos problemas de saúde como àquelas relacionadas à saúde mental sem necessidade que referenciá-los para a atenção especializada, além de ter papel de prevenção e promoção à saúde como local preferencial de desenvolvimento (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve eclosão em conjunto com o movimento da reforma sanitária nos anos 70. Esses movimentos eram a favor

de mudanças nos modelos de gestão, atenção e práticas à saúde, equidade na oferta dos serviços de saúde e a participação ativa dos profissionais e usuários na gestão e produção de inovações de cuidado. A RPB, teve uma história própria, inserida em um contexto internacional, lutando pelo fim da violência asilar e do modelo hospitalocêntrico, alternativas para o modelo manicomial em território, além de esforços de movimentos sociais que lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A RPB alcançou grandes conquistas, dentre as quais, a drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, assim como o fechamento de instituições que não possuíam estrutura que oferecesse atendimento humanizado aos pacientes. Tais aspectos fortaleceram-se diante da promulgação da Lei 10.216, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, que garante os direitos dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001; ALMEIDA, 2019).

Uma das premissas da RPB é a implantação de uma política de desinstitucionalização. Entende-se por desinstitucionalização o desfazer dos saberes e das práticas psiquiátricas, a desconstrução de uma realidade manicomial que propicia a violência, a discriminação e a segregação. Desse modo, o território se torna peça fundamental para o cuidado em saúde mental no âmbito da RPB, pois é uma massa viva de onde emana todas as interações sociais do indivíduo. Baseado nesses conceitos foi criado o modelo atual de atenção extra-hospitalar. Essa rede é constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pronto atendimentos, ambulatórios e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (AMORIM; DIMENSTEIN; 2009).

Apesar de todos os avanços, a Reforma não é totalmente exitosa, pois ainda existem muitas fragilidades no processo de implementação de políticas de saúde mental, como, por exemplo, o financiamento dos dispositivos de território, que por muitas vezes é insuficiente, a produção de informações de pouca qualidade desses serviços, as associações de usuários, com pouco impacto e a difícil integração da saúde mental na APS (ALMEIDA, 2019).

O cuidado em saúde mental advindos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica direciona as ações em prol da desconstrução de um modelo de atenção à saúde reducionista e busca a consolidação de um modelo de atenção mais integrado e dinâmico. O movimento sanitário, segundo Paim (2008), trouxe consigo a organização do Sistema Único de Saúde que descentraliza atribuições para União, Estados e municípios, o reconhecimento de que a saúde é direito de todos e dever do estado e a garantia da participação popular na criação e avaliação de políticas públicas em saúde, tornando a saúde democrática.

O surgimento do SUS fortaleceu a implementação da APS, considerada o primeiro nível de atenção à saúde da população por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). É muito

comum os profissionais de saúde atuantes na APS se depararem com usuários, com algum tipo de sofrimento psíquico. E por estarem inseridas nesses espaços geográficos conhecidos, os profissionais constroem vínculos mais fortalecidos com o indivíduo em sofrimento, por conhecerem seu histórico e contexto de vida e pela facilidade de acesso entre usuários e profissionais. Assim, pode-se atribuir a terminologia da estratégia ao cuidado ofertado na APS (BRASIL, 2013).

Porém, estudos apontam que os profissionais que se encontram na APS demonstram falta de conhecimento teórico para o manejo de situações relacionadas à saúde mental, sentindo-se pouco instrumentalizados e não compreendendo a real dimensão de suas atribuições frente ao sofrimento mental do indivíduo (ROTOLI *et al.*, 2019)

Diante o contexto apresentado, o presente estudo tem por objetivo identificar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a relação da Atenção Primária à Saúde no processo de desinstitucionalização em saúde mental.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que segundo Mendes (2008) possibilita o resumo de um determinado assunto, mediante diversos estudos, apontando falhas do conhecimento que podem ser sanadas com novas pesquisas, além de dar suporte técnico para uma melhor prática clínica. A revisão integrativa, conforme o referido autor, será conduzida pelas seguintes etapas: identificação do tema e estabelecimento de hipótese ou pergunta norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos que permaneceram aos critérios de exclusão, interpretação dos resultados e por fim, a apresentação da revisão (MENDES, 2008).

Esse estudo busca responder a seguinte questão: Qual a relação entre a Atenção Primária à Saúde no processo de desinstitucionalização em saúde mental? Para tal, foram realizadas buscas nas bases de dado: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *SciVerse Scopus* (Scopus), *National Library of Medicine* (PubMed), *Base de dados em Enfermagem* (Bdenf), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Embase*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), e *Web of Science*. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2021. Foram utilizados os descritores Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Atenção Primária à saúde/ Atenção Básica”, “Saúde Mental”, “Assistência à Saúde Mental” e

“Desinstitucionalização”, além de seus sinônimos. Os descritores foram combinados com os operadores booleanos AND e OR.

A equação de busca se apresentou da seguinte maneira para bases de dados em inglês: ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Health" OR "Mental Hygiene" OR "mental care" OR "mental help" OR "mental service" OR "mental services") AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND ("Deinstitutionalization"[Mesh] OR Deinstitutionalization OR Deinstitutionaliz*); e se apresentou da seguinte forma para base de dados em português, espanhol e inglês: ("Saúde Mental" OR "Higiene Mental" OR "cuidado mental" OR "cuidados mentais" OR "ajuda mental" OR "serviço mental" OR "serviços mentais" OR "Salud Mental" OR "ayuda mental" OR "servicio mental" OR "servicios mentales" OR "Mental Health" OR "Mental Hygiene" OR "mental care" OR "mental help" OR "mental service" OR "mental services") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica" OR "Cuidado de la Salud Primarios" OR "Cuidados Primarios" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service") AND (Desinstitucionalização OR Desinstitucionaliz* OR Desinstitucionalización OR Deinstitutionalization OR Deinstitutionaliz*).

Os critérios de inclusão foram artigos que fossem encontrados na íntegra, nos idiomas em inglês, espanhol e português, contemplados entre os anos 2011 e 2021, apresentando relação com os descritores. Foram excluídos artigos duplicados, teses, dissertações, artigos de revisão e cartas ao editor. O quadro 1 apresenta a quantidade de artigos encontrados em cada base de dados após utilizar os critérios de exclusão.

Quadro 1- Quantidade de publicações encontradas por banco de dados.

Base de dados	Quantidade de publicações encontradas (N=108)
---------------	--

BDENF	5
CINAHL	8
EMBASE	6
LILACS	23
PUBMED/MEDLINE	25
SCIELO	19
SCOPUS	10
WEB OF SCIENCE	12

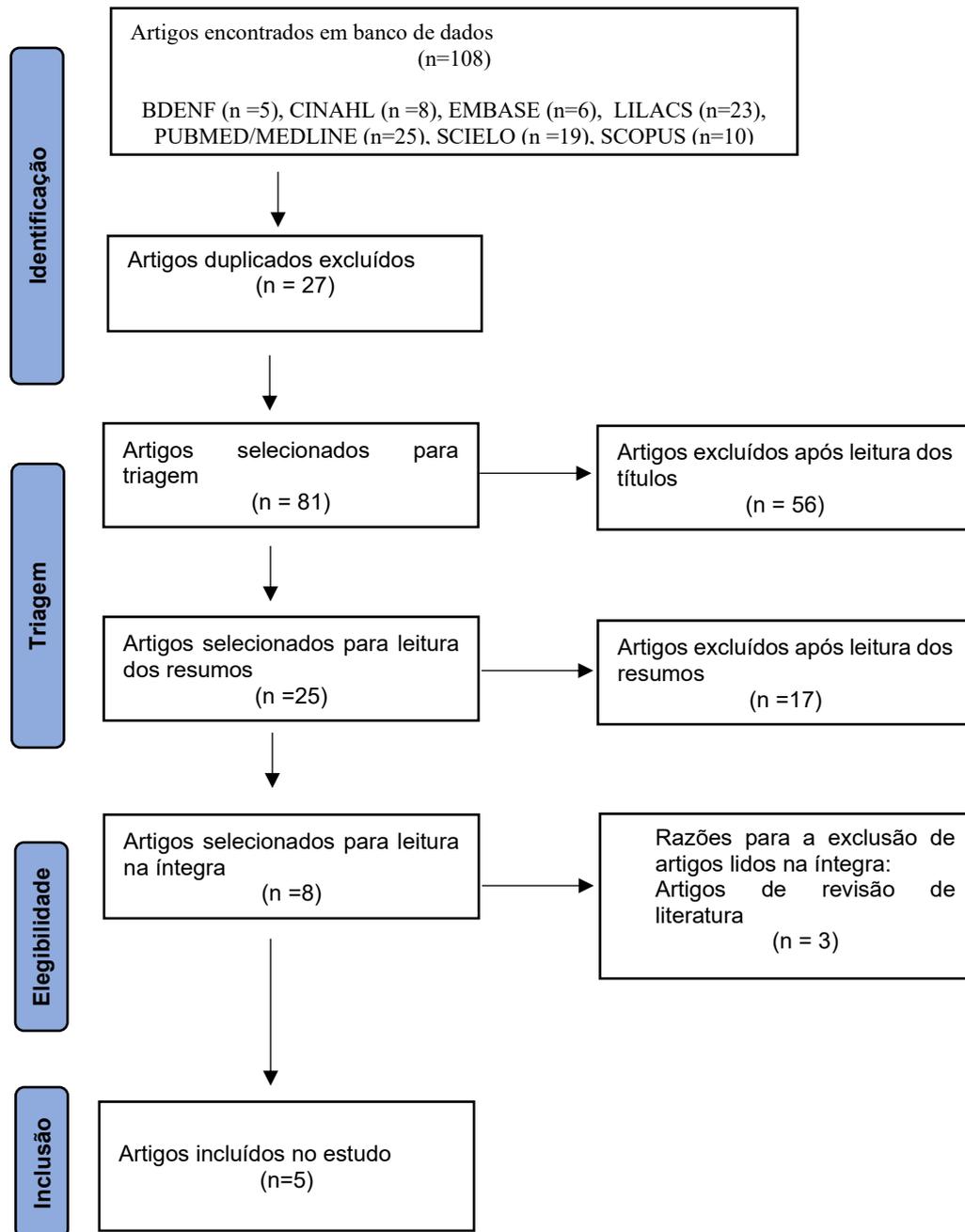
Para organização dos materiais segundo as bases de dados foi utilizado o aplicativo gratuito Rayyan, desenvolvido por Ouzzani *et al.* (2016). Em sua interface, o aplicativo Rayyan traz grande variedade de recursos, incluindo a criação de uma revisão, a navegação e exploração das citações, rotulagem de citações incluídas/excluídas, a identificação de citações duplicadas, entre outras filtragens.

RESULTADOS

A busca bibliográfica resultou em 108 artigos, sendo que a maior quantidade desses artigos foi encontrada na base de dados LILACS (N=23). Do total de artigos encontrados, 27 foram excluídos por duplicidade e 56 por não atenderem à questão norteadora da pesquisa. Foram selecionados 25 artigos após leitura dos títulos, e oito após leitura dos resumos.

A amostra final é constituída por cinco artigos, conforme representado no organograma (Figura 1), utilizando-se do Prisma (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), *checklist* composto por 27 itens e fluxograma de quatro etapas (GALVÃO, 2015). Para uma melhor visualização, os artigos foram organizados em um quadro com informações relacionadas à autoria e delineamento do estudo e desdobramentos (Quadro 2).

Figura 1. Fluxograma de artigos encontrados (PRISMA; 2020).



Quadro 2: Publicações que compuseram o presente estudo de acordo com autoria, ano da publicação, tipo de estudo, objetivo, método e principais resultados.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Método	Principais Resultados
Minozzo <i>et al.</i> (2012)	Grupos de saúde mental na atenção	Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas nos grupos de saúde	Pesquisa qualitativa, estruturada na modalidade da	Os grupos de saúde mental na atenção básica se tornaram dispositivo

	primária à saúde	mental ocorridos na APS e a sua correspondência com os processos de desinstitucionalização da loucura, inscritos na reforma psiquiátrica brasileira.	Pesquisa - Intervenção. A pesquisa utilizou diferentes métodos de investigação: intervenção nos grupos de saúde mental, entrevistas semiestruturadas e oficinas com os profissionais das equipes e registro em diário de campo.	da RPB quando promovem rupturas nas formas de cuidado, trazendo de benefícios a ressocialização, o resgate da singularidade do indivíduo, a integração com o território, a corresponsabilização pelo tratamento. Foram apontados como dificuldades pelos profissionais da APS a falta de educação permanente, falta de matriciamento e falta de um projeto terapêutico singular que vá além de medicações e internações.
Silva <i>et al.</i> (2017)	Entre nós da rede de saúde mental: as práticas de agentes comunitários de saúde	Analisar as práticas de cuidado do ACS junto às pessoas com transtornos psíquicos na perspectiva da integralidade	Pesquisa com abordagem qualitativa e natureza exploratória realizada no ano de 2012 em uma ESF de um bairro periférico do município de Feira de Santana (BA) A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de entrevista semiestruturada.	O ACS cria vínculos com a comunidade por fazer parte dela, reconhece as vulnerabilidades e potencialidades do seu território, se torna uma referência de confiança entre as pessoas e a unidade de saúde consegue contato com o portador de transtorno mental e seus familiares, favorecendo a inserção desse indivíduo nos serviços oferecidos pela ESF, conseguem reconhecer quando é necessário ser acionado outros serviços, contribuem para as práticas de cuidado ao portador de transtorno mental. Apontado como dificuldade a falta de educação permanente.
Prata <i>et al.</i> (2017)	Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais	Analisar as diretrizes da política, os impasses e os desafios para a inclusão e a implementação de ações de saúde mental e atenção psicossocial no contexto da ESF.	Pesquisa qualitativa e colaborativa realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores do nível central, da área programática e das cinco unidades de saúde da família,	Aponta a violência e as vulnerabilidades como o principal fator de adoecimento em saúde mental que dificultam as práticas de cuidado nas ESF. Grande demanda de uso nocivo de substâncias psicoativas. Pouca

			que constituíram o campo da pesquisa e entrevistas em grupo com as equipes de trabalhadores das unidades de saúde da família, que constituíram o campo da pesquisa.	percepção das equipes sobre seu potencial e suas abordagens. Rede intersetorial precária, matriciamento centrado nos CAPS, falta de referência ambulatorial, falta de NSF, além de encaminhamentos para psicólogos e psiquiatras como únicas alternativas para cuidado em saúde mental
Vasconcelo <i>et al.</i> (2019)	Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental	Identificar o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde de um município do sertão pernambucano sobre o apoio matricial em saúde mental.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Foram incluídos no estudo gestores e profissionais de saúde de nível superior que atuavam nos pontos de atenção da RAPS de Arcoverde, PE, no período de outubro de 2017 a janeiro de 2018. Foi adotado um roteiro de entrevista semiestruturado.	Falta de conhecimento de todas as ferramentas do matriciamento por parte dos profissionais, despreparo acadêmico para a prática no SUS, dificuldades na instrumentalização da prática do matriciamento, falta de comprometimento da equipe.
Souza; Amarante; Abrahão, (2019)	Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território	Analisar as estratégias, desafios e possibilidades da articulação entre a saúde mental e a atenção básica à saúde a partir da perspectiva de gestores de saúde.	Pesquisa exploratória, transversal, de abordagem qualitativa. Foi utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas disparadoras sobre o histórico da articulação entre a saúde mental e a atenção básica à saúde (ABS),	O acolhimento como ferramenta para criação de vínculo com o usuário e como ferramenta para a integralidade e a equidade, dificuldade de acesso aos usuários que não necessitam da atenção especializada em saúde mental, uso do território para atuação da saúde mental na atenção básica, ações de articulação de rede para as adoções de práticas em saúde mental.

Quanto ao ano de publicação da amostra, observa-se que um artigo foi publicado em 2012, dois artigos em 2017 e dois artigos em 2019. O idioma de toda a amostra é o português. Quanto à metodologia, todos os artigos são pesquisas qualitativas, com predomínio do tipo exploratório. Neles todos foram realizadas entrevistas semiestruturadas no público alvo. Todos os estudos trabalham com um público-alvo em comum, profissionais da APS.

Os estudos foram feitos com profissionais de categorias variadas dentro da APS, e alguns estudos usaram como público-alvo apenas os gestores dos serviços. Um dos estudos foi realizado apenas com Agentes Comunitários de Saúde, onde foi constatado que esses profissionais têm grande capacidade de capilaridade no território, além de conhecimento territorial, pois são residentes do local onde trabalham.

Todos os artigos mostram que os profissionais da APS encontram dificuldades no manejo de situações relacionadas à saúde mental, relatos de despreparo para essa atuação, necessidade de educação continuada por parte dos gestores, matriciamento e até mesmo currículo acadêmico deficitário.

A questão do matriciamento em saúde mental na APS é uma grande problemática, pois segundo os artigos, os profissionais pouco conhecem essa ferramenta, não sabendo como utilizá-la, dificultando a melhoria do atendimento aos indivíduos portadores de transtorno mental na APS.

Apontou-se o uso nocivo de substâncias psicoativas, uma grande demanda, porém sem suporte para tratamento na APS, e a violência urbana como uma das causas do adoecimento em saúde mental da população dos grandes centros urbanos, principalmente de locais periféricos, onde há muitas vulnerabilidades.

Os grupos com foco em saúde mental foram apontados como uma boa ferramenta para desinstitucionalização na atenção básica, quando bem conduzidos e com foco nesse objetivo.

O acolhimento foi mencionado em um dos artigos como uma das grandes potencialidades da APS, pois ajuda na criação e manutenção dos vínculos, identificação de demandas, possibilitando um atendimento integral e com equidade.

DISCUSSÃO

Haja visto que os estudos abordados na presente revisão trouxeram a metodologia qualitativa em vigência, tem-se que esse tipo de pesquisa responde a questões da realidade que não podem ser quantificadas, trabalhando com um universo de significados, motivações, crenças, ações e relações humanas, um mundo que não é perceptível e captável em medidas, equações e estatísticas. Os pesquisadores que optam por essa abordagem não se preocupam em quantificar, mas sim em compreender as relações sociais, e para isso trabalham com as vivências, a experiência, com a cotidianidade e com o entendimento que as estruturas institucionais são resultados de ação humana (MINAYO, 2014).

Outra característica marcante dos estudos é as dificuldades da atuação dos profissionais de saúde, marcada por vários fatores que interferem na qualidade da assistência, como a sobrecarga, a desvalorização, a desmotivação, o relacionamento difícil com usuários e a infraestrutura precária (MILANEZ *et al.*, 2018). Esses profissionais sentem-se frustrados por não conseguirem desenvolver todas as atividades que lhes são designadas, e as dificuldades encontradas no SUS impactam diretamente no cotidiano do serviço de saúde, pois comprometem as diretrizes do SUS, impossibilitando uma assistência integral à população (MOREIRA, *et al.*, 2019). Nesse sentido, a gestão do trabalho no SUS é um ponto importante para que o sistema seja efetivo, sendo um agente transformador, possibilitando a criação de vínculos que favorecem a cooperação e participação dos profissionais (GONTIJO, 2020).

No que tange aos profissionais contemplados na presente revisão, tem-se destaque o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esses são os profissionais que auxiliam na implementação do SUS e na organização dos sistemas de saúde locais (FARIA; PAIVA, 2020). Além das ações comunitárias, os ACS desenvolvem uma diversidade de atribuições, como o agendamento de consulta, organização de almoxarifado, trabalho na recepção, controle de materiais, serviço de limpeza, dentre outros, sinalizando um ponto nevrálgico em que esse profissional é um trabalhador genérico de função complexa e não claramente definida (MARINHO; BISPO JÚNIOR, 2020).

Os ACS são profissionais que contribuem de forma positiva para as políticas públicas e auxiliam na saúde e bem-estar social (SOUSA *et al.*, 2020), conhecedores das realidades e das práticas de saúde do bairro onde residem e trabalham, sendo o elo da equipe de saúde com a comunidade assistida (FARIA; PAIVA, 2020). Os ACS têm grande importância na articulação das políticas de Saúde Mental na APS, pois eles realizam ações nesse âmbito no território e na vida das pessoas, e com o fim dos manicômios os profissionais da APS são demandados a atender o público com transtorno mental ou uso nocivo de substâncias, estabelecendo um cuidado territorial, visto que muitos territórios não possuem dispositivos como o CAPS (LEMKE; SILVA, 2013).

A falta de capacidade técnica também foi citada como desafio nos artigos. Os profissionais da APS queixam-se de não ter aporte técnico para atender demandas psiquiátricas, ou reconhecer algumas situações, como efeitos adversos de medicações (ROTOLI *et al.*, 2019). O que reforça a necessidade de capacitação e educação continuada das equipes de APS, com foco em saúde mental, para haver superação das práticas excludentes e centradas no modelo biomédico (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018).

Um estudo realizado com enfermeiros da APS mostra que a falta de conhecimento sobre o movimento da RPB somada à falta de educação continuada impacta significativamente e na dificuldade no manejo dos usuários com transtorno mental, haja visto que a RPB desfez o modelo psiquiátrico tradicional e ocasionou uma crise de identidade nos profissionais de enfermagem que se veem perdidos nas práticas psicossociais (NUNES *et al.*, 2019).

Neste contexto o matriciamento em Saúde Mental é um processo essencial na APS para a efetivação da integralidade do cuidado, e como mencionado nos artigos encontrados, é uma ferramenta de grande importância, possibilita a construção de novas habilidades profissionais, ampliação de acesso às informações, desenvolvimento de estratégias de intervenção, corresponsabilização e fortalecimento do trabalho interdisciplinar (SANTOS; CUNHA; CERQUEIRA, 2020)

O matriciamento então é um recurso de construções de novas práticas de cuidado em Saúde Mental, em meio territorial, por meio de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes de saúde mental e APS (IGLESIAS; AVELLAR, 2019), qualificando o cuidado fornecido pela APS diminuindo os encaminhamentos para a atenção especializada, organizando processos de trabalho e parcerias, e fornece aos profissionais um espaço privilegiado de troca experiência para ampliar concepções sobre adoecimento e formas de cuidado (FAGUNDES; CAMPOS; FORTES, 2021).

Ao se tratar da APS, pode-se verificar a dificuldade dos profissionais de se reconhecerem protagonistas no cuidado ao dependente químico, contribuindo para a sobrecarga de encaminhamentos desnecessários e inadequados para a atenção especializada como ambulatorios e CAPS AD, existindo a crença de que o cuidado às pessoas em uso nocivo de substâncias psicoativas deve ser restritas a esses espaços, equivocadamente, pois muitas vezes existem condições clínicas e psíquicas para atendimentos na APS (LIMA; ALVES, 2019).

O uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas é um problema complexo que impacta fortemente na vida e saúde do indivíduo, assim como na vida de suas famílias e na da comunidade em que é inserido, assim é apontado com relevância no âmbito da saúde pública (FARIAS *et al.*, 2019). Para que o dependente químico seja tratado com os princípios da cidadania, solidariedade e inclusão, o mesmo deve ser acolhido pela ESF, que irá integrá-lo à rede de atenção psicossocial que irá propiciar um atendimento integral, intersetorial e com equidade (TONHOM *et al.*, 2016).

Em conjunto com a crescente demanda do uso nocivo de substâncias psicoativas, foi levantada, nos artigos, a questão do adoecimento devido à violência urbana em grandes centros urbanos. O sistema de saúde do Brasil está organizado para perceber o impacto da violência no

perfil da morbimortalidade da população. A violência afeta de forma coletiva e individual, diminui a qualidade de vida da população, causa traumas, lesões, mortes, desafia os serviços de saúde a trabalhar de maneira interdisciplinar, intersetorial e com participação popular (SILVA *et al.*, 2019).

A APS tem diversos pontos de potencialidades como a execução de práticas grupais, essas práticas são importantes ferramentas de promoção à saúde ampliando o entendimento do indivíduo sobre seus problemas e favorecendo reflexões sobre mudanças de hábitos prejudiciais. Serve também para monitoramento da situação de saúde da população que ocupa o território em que está localizada a Unidade de Saúde, racionaliza recursos financeiros e profissionais, além de desenvolver características como a cooperação, vínculos, comunicação, adaptação, crítica, reflexão, e desenvolvimento de uma comunidade mais sustentável (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo, que objetivou identificar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a relação da Atenção Primária à Saúde no processo de desinstitucionalização em saúde mental, alcançou sua finalidade, uma vez que foi possível identificar pelos artigos encontrados que a APS possui um papel preponderante no processo de desinstitucionalização em saúde mental, pois proporciona ao usuário o direito ao tratamento em seu território, perto de sua casa, de seus familiares, perto de tudo que conhece e lhe traz afeto, com integralidade e equidade.

Verificou-se que há ainda algumas lacunas a serem preenchidas quando se trata do empoderamento dos profissionais da APS para ocuparem seus lugares enquanto geradores do cuidado integral em saúde mental. O tema da desinstitucionalização na atenção básica é pouco explorado, sendo necessário mais estudos nessa área. Essa constatação pode ser feita pelo número de artigos finais que compunham a amostra.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

BRASIL. 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. 2005.

DA SILVA, Maria Angélica Carneiro; AGUIAR, Maria Geralda Gomes; MOREIRA, Thais Diniz Santos. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, 2016.

DE LIMA, Thamilys Lopes; DOS SANTOS ALVES, Edvânia. Reflexões sobre o cuidado com as pessoas que fazem uso abusivo de drogas na atenção básica. **REVISTA HUM@NAE**, v. 13, n. 2, 2019.

DE VASCONCELOS, Marilena Silva; BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 4, 2019.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

FAGUNDES, Giselle Soares; CAMPOS, Monica Rodrigues; FORTES, Sandra Lúcia Correia Lima. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2311-2322, 2021.

FARIA, Cintya Cristine Martins da Veiga; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

FARIAS, Lunna et al. Atitudes e práticas de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto à abordagem aos usuários de drogas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3867-3878, 2019.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, p. 904-914, 2018.

GIL, Antonio Carlos et al. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: **Atlas**, 2002.

GONTIJO, Mariana Delfino et al. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1247-1254, 2019.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, p. 9-20, 2013.

MARINHO, Cristiane da Silva; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300328, 2020.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDONÇA MOREIRA, Jéssica et al. FACTORES DESENCADENANTES DE (IN) SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD. **Ciencia y enfermería**, v. 25, p. 0-0, 2019.

MILANEZ, Tamara Candido Mezari et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, p. 184-190, 2018.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014

MINOZZO, F. *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 323-340, 2012. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4898>. Acesso em: 21 mai. 2021.

MOURAD Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 964-971, 2016.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2375-2384, 2007.

NUNES, Vanessa Veloso et al. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 33-53, 2017.

ROTOLI, Adriana et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019.

SANTOS, Angela Maria; CUNHA, Antonio Ledo Alves; CERQUEIRA, Paula. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

SILVA, Mayalu Matos et al. “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2109-2118, 2021.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; AMARANTE, Paulo Duarte; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1677-1682, 2019.

SOUZA, Maria Fátima de et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 82-93, 2020.

TONHOM, Sílvia et al. Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no cenário da Atenção Básica. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

WACHS, Felipe et al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 895-912, 2010.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa-ação-participante, de cunho qualitativo e caráter investigativo. Para THOLLENT (1986) a pesquisa-ação é um tipo de metodologia de pesquisa social realizada através da interação entre pesquisador e participante para resolução de um problema, ou esclarecimento de situações problemáticas observadas, de forma cooperativa e participativa que traga conhecimento ao pesquisador e beneficiando ambas as partes.

A pesquisa-ação é aplicada em diversos domínios do conhecimento, com objetivos e métodos variados. O uso do termo "pesquisa-ação participativa" pode parecer redundante, uma vez que a pesquisa-ação é inerentemente participativa. No entanto, essa designação possibilita a distinção da natureza específica da ação envolvida na pesquisa-ação em comparação com outras abordagens de pesquisa participante. Em outras palavras, nem todas as ações realizadas na pesquisa participante são as mesmas que as necessárias na pesquisa-ação (PERUZZO, 2016).

A pesquisa-ação leva em consideração a voz do indivíduo, sua perspectiva, seu sentido, mas não apenas para que o pesquisador realize a interpretação posterior, todas essas nuances farão parte do tecer metodológico da investigação. Nessa metodologia o indivíduo deve tomar consciência das transformações que vão ocorrer em si e no processo, assim assumindo um caráter de empoderamento, pois a partir da participação ativa pode-se libertar de mitos e preconceitos, possibilitando um processo de mudança (FRANCO, 2005).

A abordagem da pesquisa-ação implica que os participantes realizem investigações sistemáticas com o propósito de aprimorar suas próprias práticas, o que, por sua vez, pode resultar na melhoria de seus ambientes de trabalho, bem como dos ambientes de trabalho das

pessoas que fazem parte desses contextos. Portanto, o uso da pesquisa-ação visa promover mudanças em contextos específicos. A pesquisa-ação pode ser considerada uma modalidade de investigação-ação que faz uso de técnicas de pesquisa bem estabelecidas para orientar as ações planejadas visando aprimorar a prática (CASSANDRE; THIOLENT; PICHETH, 2016).

Para coleta de dados utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Itinerário de Pesquisa por meio de Círculos de Cultura, de Paulo Freire. O Círculo de Cultura é construído a partir de um grupo de pessoas que possuam um interesse em comum que se reúnem, de tempos em tempos, para refletir sobre situações e problemas cotidianos, construindo uma percepção mais profunda da realidade e então desenvolver intervenções e estratégias efetivas coletivamente (FERRAZ *et al.*, 2014).

Por meio da utilização dessa metodologia é possível a caracterização de conflitos, contradições, diversidades ou positivities da vida e saúde de uma realidade em que vivem homens e mulheres. Esse diálogo amplia a atuação profissional em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, fazendo com que as ações de saúde tenham maior resolutividade, bem como os indicadores da população assistida (HEIDEMANN *et al.*, 2017)

4.2 ITINERÁRIO DE PESQUISA DE PAULO FREIRE

Para que se pudesse compartilhar saberes, Paulo Freire elaborou esse Itinerário, que tem como ponto de partida situações presentes e concretas, para que assim haja reflexão sobre as situações que circundam os indivíduos, organizando o conteúdo programático da ação, propondo a situação de vida como problema central que demanda pensamento crítico e ações práticas. O Itinerário é composto por momentos específicos, consecutivos e inter-relacionais, ou seja, a identificação dos temas e a análise destes ocorrem simultaneamente. Tais momentos são denominados de Investigação Temática; Codificação e Decodificação e Desvelamento Crítico (HEIDEMANN *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2021).

A Investigação Temática é a fase que dá início ao processo educativo libertador, a tomada de consciência e autoconsciência. O pesquisador não está em busca de estudar o homem, mas sim seus pensamentos, a expressão da realidade, a concepção do mundo, onde estão seus temas geradores, identificados na existência e na reflexão crítica da relação entre o homem e o mundo (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

Por sua vez, a Codificação e Decodificação acontece quando há o diálogo envolvendo os temas geradores, dando significado, problematizando, contextualizando e refletindo sobre eles. Assim, os participantes se concentram em analisar criticamente suas ações e percepções,

realizando uma nova leitura reflexiva dos temas, transformando e ressignificando seus saberes antigos, criando então novos saberes. A Codificação e Decodificação pode ocorrer de forma distinta ou simultânea às outras etapas (HEIDEMANN *et al.*, 2017; TONIN, 2019).

Por fim, o Desvelamento Crítico, o qual é o último momento do Itinerário em que se busca a redução dos temas para serem explorados com maior profundidade. Acontece então o processo de ação-reflexão-ação em que as pessoas são capacitadas a entender a importância de ações concretas tendo em vista situações limites e o confronto das contradições. A etapa do Desvelamento Crítico oportuniza a socialização interligada no processo dialógico, dando a oportunidade a cada participante de retirar o véu que encobre a verdade. Ao final do Itinerário Freireano pode ser realizada uma avaliação conjunta entre mediador e participantes da experiência vivenciada (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Criciúma, Santa Catarina, onde estão localizados dois Serviços Residenciais Terapêuticos, do tipo II, com um total de 20 moradores. Uma casa está localizada no bairro Pinheirinho e a outra no bairro Centro. A casa Pinheirinho é composta por 10 moradores, sendo duas mulheres e oito homens, faixa etária entre 47 e 60 anos; já na casa Centro é composta por 10 homens com faixa etária entre 37 e 65 anos.

Os SRTs de Criciúma têm como referência técnica em saúde mental o CAPS II¹ e o CAPS III², onde o CAPS II é referência técnica da casa Pinheirinho e o CAPS III da casa Centro. E cada casa é atendida pela unidade de saúde do seu bairro, onde é prestado atendimentos clínicos, visitas domiciliares das Agentes Comunitárias de Saúde, realização de curativos, encaminhamentos para profissionais especialistas, entre outros.

A Unidade de Saúde do Pinheirinho é composta por duas equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo uma unidade de saúde de grande porte, uma unidade de grande porte. A equipe é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, dentista, auxiliar de higiene bucal, recepcionistas, higienizadoras, residentes de saúde

¹ CAPS II- Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL; 2002).

² CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atenção ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo acolhimento noturno nos feriados e finais de semana com no máximo 05 leitos, para eventual repouso e/ou observação (BRASIL; 2002).

coletiva, estagiários, psicólogo. Seu horário de funcionamento é das 8:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00.

Figura 2 – Vista frontal Unidade Básica de Saúde Pinheirinho



Fonte: Bairros Criciúma (2018)

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Após esclarecimentos sobre a proposta da pesquisa e pactuação com o gestor local, todos os profissionais foram convidados para participar voluntariamente dos Círculos de Cultura. Foram excluídos aqueles que estavam em afastados em período de férias, licença ou atestados.

Participaram do estudo todos os profissionais, sem distinção de classe profissional ou nível de instrução educacional, que comparecem no dia dos encontros previamente agendados.

4.5 DELINEAMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA

Inicialmente foi pactuado com o gestor da UBS Pinheirinho que os Círculos de Cultura seriam realizados em três dias consecutivos, de forma presencial, em formato de círculos (em grupo) e duração aproximada de 60 minutos cada. Os encontros foram gravados em áudio para análise posterior.

No primeiro encontro foi realizada a apresentação da pesquisa e obter a autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a realização de um questionário sociodemográfico (Apêndice A) para caracterização do perfil do grupo, contendo

as seguintes lacunas a serem preenchidas: codinome (temática em comum acordo com os participantes) idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de atuação na Unidade de Saúde.

Assim sendo, a etapa da Investigação Temática foi iniciada com o auxílio das perguntas disparadoras, sendo elas: “Qual sua percepção sobre o papel da APS para com os moradores do SRT?” e “Qual sua compreensão sobre o SRT?”. A partir de então, será dado seguimento ao processo de Codificação e Descodificação, bem como o Desvelamento Crítico, podendo ser nesse ou em encontros subsequentes.

4.6 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

Antes de iniciar os Círculos de Cultura foi realizada uma dinâmica quebra-gelo, em que foi entregue aos participantes o nome e descrição de cristais e suas características terapêuticas. A proposta da dinâmica era escolher um cristal para cada colega de grupo, consoante as características apresentadas no material entregue, que melhor os representassem. Ao final da atividade, uma pessoa do grupo apresentava qual cristal escolheram para ela. O diálogo seguiu com reflexões acerca dos cristais escolhidos para seus colegas e após consenso, o codinome do participante era delineado.

Após a dinâmica, os Círculos de Cultura foram conduzidos, de maneira dialógica, norteados pelas questões disparadoras. Foram entregues aos participantes papéis em formato de casa onde foram escritas palavras relacionadas às perguntas norteadoras a fim de ser iniciada a etapa da investigação temática do Itinerário de Pesquisa de Freire.

Após a primeira questão disparadora “Qual sua compreensão sobre o SRT?” os temas que mais emergiram foram relacionados ao “cuidado” (4), “acolhimento” (3), “terapia” (1) e “antimanicômio” (1). Já a segunda questão disparadora “Qual sua percepção sobre o papel da APS para com os moradores do SRT?” gerou um breve diálogo antes da manifestação dos temas que direcionaram a reflexão de alguns participantes sobre os temas como "assistência" (2), “humanismo” (1), “acompanhamento” (1), “atendimento igualitário/ intermediação” (1), “acompanhamento e assistência” (1), “atendimento prioritário” (1), “equidade” (1), e “cuidado integral” (1).

Ao final do primeiro encontro houve um momento de reflexão sobre os temas apresentados, sobre a casa e seus moradores. Os participantes exprimiram o desejo de obter mais conhecimento sobre o SRT como as funções, funcionamento, quem é elegível para entrar no serviço, entre outras informações. Ficou pactuado com o grande grupo para o segundo

Círculo de Cultura aprofundarmos os significados e percepções levantados pelo grupo no encontro anterior, sendo temas selecionados pelos participantes quanto à função, funcionamento e estrutura física do SRT, optando-se por enfatizar e compreender a legislação que rege a política da saúde mental, em especial o SRT.

4.7 CODIFICAÇÃO E DECODIFICAÇÃO

No segundo Círculo de Cultura, realizou-se a etapa de Codificação e Decodificação, por meio da leitura e discussão, a pedido do grupo, da portaria n.º 106 de 2000 que institui os SRT e suas funções. Antes de iniciar a leitura e discussão da portaria foi contextualizada a reforma psiquiátrica até o surgimento dos serviços substitutivos. Após a contextualização optou-se por sortear, entre os participantes, trechos para leitura da portaria e, à medida que a leitura e análise avançavam, algumas temáticas foram retomadas sendo elucidadas.

Durante a finalização da leitura da portaria, os integrantes revelaram o desejo de visitar o Residencial Terapêutico Pinheirinho, pois a maioria do grupo não conhecia a residência nem os moradores. Ficou acordado para o último encontro uma atividade lúdica entre os participantes e a visita ao SRT.

4.8 DESVELAMENTO CRÍTICO

Para o terceiro encontro foi organizado uma atividade lúdica sobre “articulação de rede”, com casos clínicos fictícios e um quadro onde os participantes puderam ver com mais clareza alguns dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e ligar os casos clínicos com seus respectivos dispositivos.

Após a atividade, os participantes do grupo foram levados até a casa do SRT Pinheirinho para a visita técnica, conforme solicitado no encontro anterior. Durante a visita os participantes foram levados por toda a casa para conhecer as acomodações, foram apresentados a equipe que trabalha na casa, puderam observar e checar todos os cômodos para compreender a aplicabilidade da portaria 106 de 2000, e interagiram com os moradores.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi realizado o contato com a Secretaria Municipal da Saúde do município de Criciúma, Estado de Santa Catarina, para obtenção da aquiescência em desenvolver o projeto

ao esclarecer o objetivo da pesquisa e procedimentos que serão realizados. Posteriormente, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob número de CAAE: 53381721.0.0000.0121, e número de parecer: 5.256.166. Salienta-se que foram respeitados os critérios éticos e seguidas as recomendações da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes, que aceitaram participar de forma voluntária, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

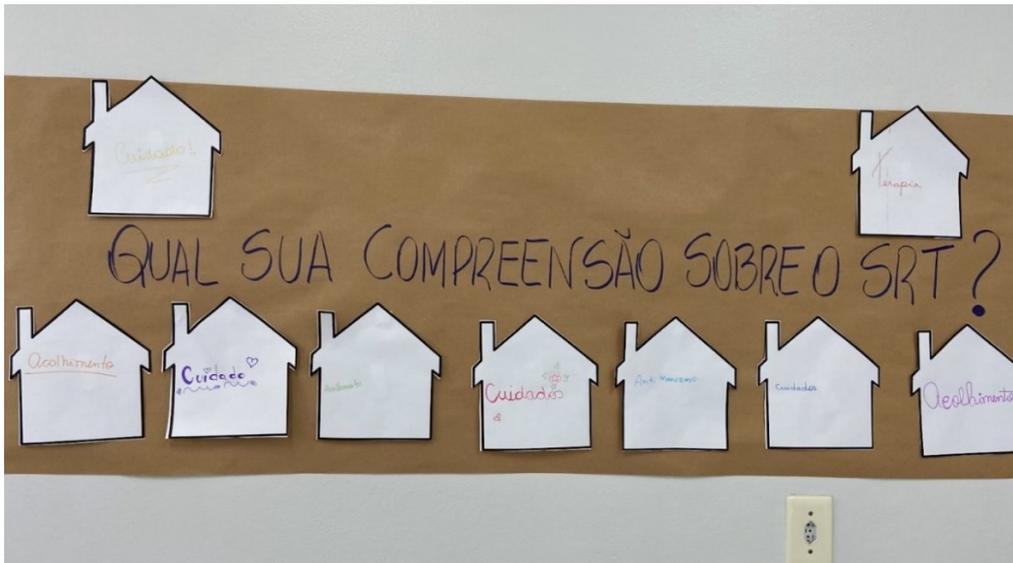
5. RESULTADOS

Os Círculos de Cultura foram realizados na unidade de saúde do Pinheirinho, a qual atende uma vasta extensão territorial e, portanto, possui duas equipes de Estratégia Saúde da Família. Os encontros foram realizados em três dias consecutivos, pactuados em conjunto com a gestão da unidade de saúde para não prejudicar a dinâmica da unidade.

Participaram dos encontros nove profissionais da Unidade de Saúde Pinheirinho, dentre os quais um era do sexo masculino e oito do feminino, entre 22 e 55 anos (média de 40,5 anos) e com média de quatro anos de trabalho na unidade de saúde. Dentre a ocupação dos profissionais presentes nos encontros estava enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e higienizador.

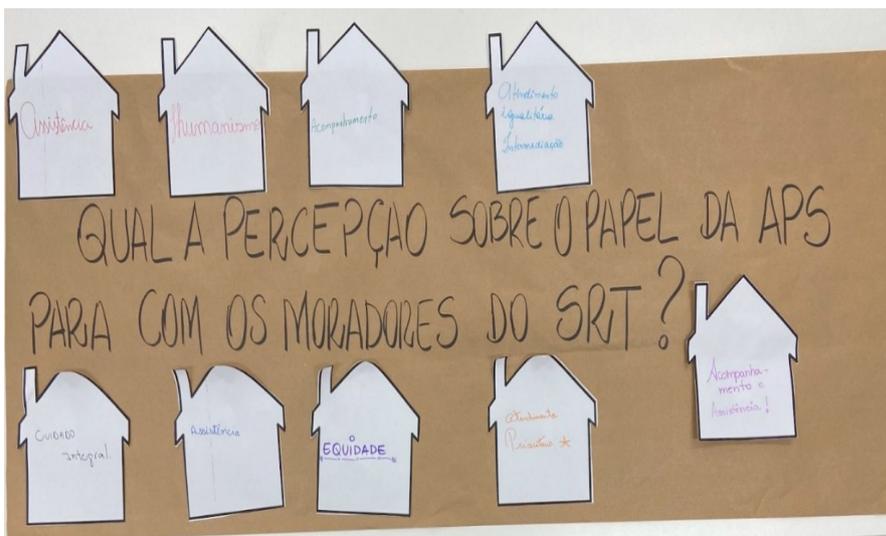
Após a dinâmica, os Círculos de Cultura foram conduzidos, de maneira dialógica, norteados pelas questões disparadoras. A primeira questão disparadora “Qual sua compreensão sobre o SRT?” os temas que emergiram foram relacionados ao “cuidado”, “acolhimento”, “terapia” e “antimanicômio”. Já a segunda questão disparadora “Qual sua percepção sobre o papel da APS para com os moradores do SRT?” emergiram temas como "assistência", “humanismo”, “acompanhamento”, “atendimento igualitário/ intermediação”, “acompanhamento e assistência”, “atendimento prioritário”, “equidade”, e “cuidado integral”.

Figura 3: Cartaz produzido durante Círculo de Cultura sobre a temática SRT



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Figura 4: Cartaz produzido durante Círculo de Cultura sobre a temática SRT



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Ao final do primeiro encontro houve um momento de reflexão sobre os temas apresentados, sobre a casa e seus moradores. Pode-se verificar pela fala dos participantes o desconhecimento sobre o funcionamento do serviço.

“Eu não tenho acesso nenhum a esse tipo de informação, eu sempre morei aqui né, [...] Então assim ó por exemplo se chegasse algum paciente meu, da minha área que tivesse algum familiar que necessitasse eu não teria informação de como ter esse acesso. [...] é mas a gente não sabe meio que as funções, como é que funciona

[...] minha mãe acha um absurdo ter isso assim aqui, quer dizer assim, cadê as famílias? e eu que trabalho na saúde eu não soube dizer pra minha mãe isso! Cadê a família. Então tipo assim, são coisas que até pra gente ter respostas pra nós pessoais e para futuramente pra algum paciente alguma coisa” (Apatita, 39a, ACS)

No segundo encontro, onde aconteceu o momento de codificação e decodificação, foi feita a leitura ativa da portaria que regulamenta os SRT, e uma das falas trazidas pela integrante Apatita sobre o seguinte artigo da portaria: [Art. 2º-A] os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

“Penso assim ó, que colocar alguém de um manicômio judiciário junto com os do residencial terapêutico não apresenta risco tanto pra quem trabalha, tanto pra quem? Por que tipo assim quem tá no judiciário é comprovado o transtorno mental mas que cometeu crime, mas é uma violência um pouquinho maior, é complicado...[...] Não sei se eu acho normal misturar uma pessoa que... quem tá no judiciário é pq cometeu um crime...” (Apatita, 39a, ACS)

Outros participantes trouxeram dúvidas sobre os manicômios judiciários, o que demonstrou o desconhecimento sobre esse dispositivo e as pessoas (pacientes) lá atendidas, incidindo na estigmatização desses usuários.

Os participantes perguntavam sobre o destino dos moradores da Casa de Saúde Rio Maina (hospital psiquiátrico da cidade que se encontra fechado), sobre a capacidade máxima dos residenciais de Criciúma, a presença de lista de espera para as casas, e os critérios de elegibilidade para frequentar a casa na presença de uma vaga.

Uma fala das integrantes do grupo trouxe uma grande reflexão aos demais:

“Tu sabe que quando o Rio Maina fechou eu trabalhava na prefeitura, [...] Tinha uma família que deixava lá - no hospital psiquiátrico - porque ia viajar, porque ia receber visita, porque tinha muita politicagem. Mas eu me incomodava com uma família porque deram alta do hospital, se não me engano de Morro da Fumaça, e a família já tinha se programado para viajar, e o que iam fazer com a pessoa? Porque tipo assim ó botar um familiar tratado como “louco”, pra eles é “louco”, lá na casa de saúde do Rio Maina e ficar 10 anos vamos dizer, aí depois ter alta e a família ter que levar pra casa, já não é mais alguém da família, eles iam visitar quando queriam, tipo sabiam que tava lá e se tornava mais prático, mas tinha família que já tinha esquecido do familiar [...]” (Azurita, 32a, Enfermeira)

Além de trazerem situações atuais dos hospitais gerais com leitos de saúde mental.

“Eu trabalhei 1 ano no hospital de “X” e inclusive lá tem uma clínica psiquiátrica e é horrível, é manicômio, tipo no meu pensamento assim tu internar um paciente lá pra tomar medicamento pra não levantar, não falar não ter uma atividade diária, um artesanato, uma atividade física, alguma coisa que ele tenha expectativa de sair dali e ser uma pessoa melhores pacientes ficavam babando, tipo ficavam o dia todo jogado. O psicólogo ficava numa salinha fora, a assistente social também, não tinha um professor nem nada. Ficava 30, 40 dias, lá, dopado.” (Azurita, 32a, Enfermeira)

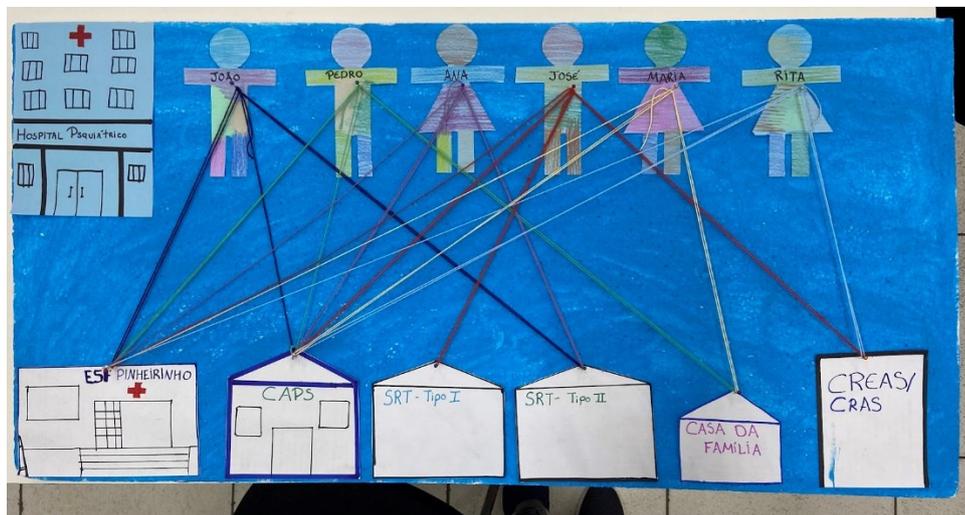
Houve um momento de grande comoção quando uma das integrantes compartilhou uma história pessoal de grande peso emocional envolvendo o Hospital Psiquiátrico Rio Maina.

“Meu irmão ficou uma época no Rio Maina. Foi colocado porque a gente corria risco de vida com ele né, ele ameaçava matar mesmo. Então pra pegar ele tinha que ser dormindo e com 4 policiais do lado e já algemado pra eles conseguirem pegar ele. E ele faleceu lá dentro. Na época que ele faleceu lá dentro, que ele cometeu suicídio, ele tava meio que preso, tava numa grade mesmo, numa grade só ele, com aquele beirado do cobertor, ele se enforcou, e ele era nossa, grande, foi bem dizer ajoelhado, pq ele conseguia fugir, e na última vez o pai foi, e ia levar e depois ia tirar ele. Faz uns 32 anos.” (Calcita Laranja, 49a, ACS)

Ao fim do segundo encontro os participantes solicitaram uma visita técnica a casa do SRT, pois muitos deles ainda não conheciam a casa.

No terceiro encontro foi realizado o Desvelamento Crítico, os participantes desenvolveram uma atividade sobre articulação de rede e logo após foi realizada a visita técnica

Figura 5: Atividade de articulação de rede elaborada pelos participantes.



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Ao voltar para a unidade de saúde foi realizado um diálogo reflexivo para encerramento da pesquisa. Uma participante trouxe em sua fala aspectos que motivaram os demais a concordarem positivamente.

“Pra mim desmistificou muita coisa, quebrou uma barreira de preconceito, o aprendizado sobre o psiquiátrico judicial que era uma visão diferente que eu tinha até ver o documentário (A casa dos mortos)... acendeu alguma coisa dentro de mim, igual quando visitei o asilo final do ano. Algo tem que ser feito. O bom de ter sido a visita no terceiro dia é que eu já entrei com um olhar diferente ali dentro, eu já olhei a roupa de cama, pensei nuns cobertores novos, aquela coisa de tu olhar né, eu já olhei se tinha ventilador e aquela barreira de preconceito se quebrou dentro de mim, de verdade. Agora quando eles disserem “aí um hospício no meio do bairro” eu vou dizer que é um residencial terapêutico!” (Apatita, 39a, ACS)

“Tu fala ali do residencial, mas eu vou puxar pro meu trabalho da residência que foi sobre o atendimento do usuário de saúde mental na atenção básica, tu pode ver ali na moldura que todos eles passam pela atenção básica, e eu nunca observei isso, e nas

outras unidades que eu fui “ah eu já fui paciente do CAPS”, as pessoas não ouvem as outras, não há necessidade de ser caso pro CAPS e acabam agendando acolhimento. Então se for observar ali todos pacientes necessitam da atenção primária.” (Azurita, 32a, Enfermeira)

Durante o diálogo os participantes mencionaram pontos referentes ao que levariam para a vida profissional baseado nos três encontros vivenciados e a fala da participante se destacou:

“No trabalho? A visão, tipo assim dos que vem pra nós, porque geralmente os que vêm pra nós vem do CAPS,[...] não tinha essa visão do CAPS também, achei que era um lugar que era pra ter atendimento de qualquer jeito e depois pegar receita aqui também, pra mim mudou isso também sabe, pro meu dia a dia vai mudar.” (Apatita, 39a, ACS)

Quando mencionadas possibilidades sobre as ações futuras que poderiam ser implementadas diante o que foi discutido, destacou-se a intenção dos profissionais em estarem mais presentes e participarem com maior envolvimento das atividades da casa, não tendo, no entanto, nenhuma ação concreta em mente, conforme mostra a fala da seguinte participante:

“Ações acho que dá pra montar estratégias para unidade participar mais dos serviços ali, não sei de qual forma, nem que seja ação mensal, uma coisa assim, não sei qual o contato deles com a unidade, direto né, mas dá de pensar em alguma coisa assim, mensal ou a cada 7/8 meses de ações com o pessoal ali da casa, mas o que daí teria que ter um monte de cabeça pra pensar.” (Azurita, 32a, Emfermeira)

6. DISCUSSÃO

Após análise dos resultados dos encontros nos Círculos de Cultura, foi possível detectar nos profissionais um desconhecimento sobre o dispositivo SRT e seus moradores, assim como um desconhecimento sobre o tema de saúde mental, em geral e o papel da APS na RAPS. Tal desconhecimento abrange a potencialidade da APS no território na produção e prevenção de agravos em saúde mental, usando do vínculo da comunidade e da territorialização.

A RPB propôs a construção de uma rede de cuidados substitutivos aos hospitais psiquiátricos, visando eliminar gradualmente a internação manicomial e a exclusão social, além de promover a reinserção social dos pacientes e é nesse contexto que os SRT, foco desta pesquisa, fazem presentes (MASSA; MOREIRA, 2019). Embora tenha havido avanços significativos nessa direção, com a reorganização da rede de saúde mental e a implementação de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e ambulatórios e unidades de urgência psiquiátrica, ainda existem obstáculos a serem superados no contexto das práticas de saúde mental, especialmente no que se refere à assistência na APS (AZEVEDO *et al.*, 2014), conforme dados analisados na presente pesquisa.

A importância dos serviços residenciais no contexto da transição para a comunidade de pessoas que passaram muito tempo internadas em hospitais psiquiátricos é evidente quando consideramos que essa população enfrenta um isolamento social brutal e frequentemente a perda do contato com familiares, além de não possuir mais redes sociais de nenhum tipo, resultando na falta de vínculos com seu território de origem (MÂNGIA; ROSA, 2002). Esses serviços surgem como uma resposta à demanda decorrente do processo contínuo de desinstitucionalização e pelas legislações que garantem o cuidado em liberdade. As redes sociais se estruturam por meio da construção de vínculos e nos processos de sociabilidade experimentados pelos indivíduos em seu cotidiano (ARGILES, 2013).

No entanto, ao analisar a realidade da saúde mental no Brasil, percebe-se a existência de uma série de obstáculos que dificultam a desinstitucionalização. Um desses obstáculos é a redução da Reforma a um simples processo de desospitalização. Portanto, a desinstitucionalização, como um processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomial, ainda se apresenta como um projeto cujas bases precisam ser mais bem desenvolvidas (AMORIN; DIMENSTEIN, 2009).

A fragilidade de uma rede de cuidados em saúde mental se apresenta na falta de articulação estável entre os serviços de saúde e os setores sociais, a implementação efetiva da Reabilitação Psicossocial (RP) nas práticas dos profissionais e serviços, as dificuldades enfrentadas por alguns serviços para atender as demandas de saúde mental, a integração da saúde mental na APS e a distância em relação a atividades inclusivas. Isso resulta em uma rede que não se estabelece, uma vez que características essenciais, como descentralização e conectividade, não são efetivamente implementadas (NÓBREGA *et al.*, 2017). Tem-se um conjunto de pontos conectados de forma frágil e burocrática. Essa falta de articulação da rede é especialmente prejudicial na relação entre o SRT e outros serviços de saúde, como os ESF, resultando em diversos problemas na atenção aos usuários (AMORIN; DIMENSTEIN, 2009).

Para alcançar o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico, é essencial a estruturação da rede de apoio para promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, levando em conta seu território e subjetividade. Assim a APS desempenha um papel fundamental no cuidado e é importante que os profissionais que atuam nesse nível de atenção participem ativamente do processo de reabilitação em saúde mental (SANTOS SCHNEIDER, 2009)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado para intervenções em saúde mental, desempenhando um papel importante na assistência aos portadores de transtornos mentais e suas famílias, em virtude de suas características, como a territorialidade, o

estabelecimento de vínculos e outros princípios e diretrizes que se assemelham à atenção psicossocial proposta pela RPB; convergindo à superação de um cuidado excludente e curativista frente a um modelo dinâmico e direcionado às singularidades das pessoas e territórios (TONIN *et al.*, 2021). Além disso, a ESF tem o potencial de contribuir para a desmistificação da loucura no cotidiano dos sujeitos, permitindo sua inserção na comunidade e o compartilhamento do mesmo espaço social que as demais pessoas. Embora a RPB tenha promovido uma ruptura com o modelo asilar/manicomial, ainda há entraves na APS quando a temática abarca a saúde mental (AZEVEDO *et al.*, 2014).

É necessário ter um olhar mais atento quando se trata do cuidado em saúde mental na APS, pois os profissionais de saúde devem ser sensíveis para conseguirem identificar o problema e fazer o acompanhamento no território. Essa demanda traz insegurança aos profissionais, que por vezes acabam recorrendo aos serviços especializados em saúde mental como os CAPS. Porém, essas ações devem considerar o vínculo e a proximidade com a pessoa, assim como a potencialidade do território, criando estratégias e ferramentas entre usuário e profissional, para construir o cuidado em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Infelizmente, a saúde mental na APS ainda enfrenta muitas outras dificuldades e barreiras, que podem afetar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Algumas das principais questões incluem a dificuldade no desenvolvimento do trabalho em equipe, resistência e preconceito na discussão de casos, frágil qualificação técnica ou da ética do acolhimento, reduzido poder de influência na interlocução entre os serviços de saúde pertencentes à RAPS (BEZERRA *et al.*, 2014; TONIN *et al.*, 2021). Em um contexto de ataques à saúde mental, subfinanciamento e retrocesso nas políticas de proteção e defesa da cidadania e diversidade, a oferta de um cuidado integral e longitudinal torna-se ainda mais desafiadora. É importante que os profissionais de saúde da APS estejam atentos a esses desafios e trabalhem juntos para superá-los, visando oferecer um atendimento de qualidade e humanizado aos pacientes (RÉZIO *et al.*, 2022).

Há ainda um desafio maior a ser superado na saúde mental dentro da APS que é a visão biomédica e a medicalização. Neste ponto de vista o médico se torna único detentor de saber sobre a saúde e doença, e o uso das medicações a única saída para o cuidado do indivíduo e de seu sofrimento. Nessa ótica, os demais profissionais de saúde dentro das unidades de saúde não se veem capazes de manejar uma situação envolvendo sofrimento mental, referenciando para outros profissionais (BEZERRA *et al.*, 2014).

Deste modo, situações comuns da vida cotidiana relacionadas à subjetividade e existência humana têm sido transformadas em queixas médico-psiquiátricas, sintomas de

supostos transtornos e categorias diagnósticas que sustentam a prescrição psicofarmacológica. Esse fenômeno é frequentemente associado a uma trama de interesses corporativos que envolvem a medicina e a indústria de medicamentos (FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013).

O diagnóstico de transtornos psiquiátricos está intrinsecamente ligado à medicação, uma vez que os efeitos dos medicamentos validam determinado diagnóstico. Na psiquiatria contemporânea, a história, subjetividade e causa do transtorno são frequentemente ignoradas e conseqüentemente, sentimentos de angústia, desconforto ou dificuldades, que antes eram compreendidos como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser considerados como doenças ou transtornos passíveis de diagnóstico (BEZERRA *et al.*, 2014).

O médico se torna o responsável por determinar a legitimidade do sofrimento do paciente, classificando-o como uma doença autêntica, imaginária ou simulada. E em meio a sua dor, o paciente muitas vezes aceita o tratamento e o(s) medicamento(s) prescrito(s), sentindo-se impotente e dependente do médico para aliviá-lo. Esse comportamento pode deixar o paciente desamparado e colocar a responsabilidade sobre o sofrimento nas mãos do médico, que muitas vezes não compreende a natureza ou a sua condição (ZANELLA; LUZ, 2016).

Torna-se clara a importância da problematização das situações de vulnerabilidade, voltando-se para a compreensão dos processos de exclusão, risco social, pobreza, desigualdade de acesso e distribuição de renda que exacerbam as vulnerabilidades experimentadas diariamente por diversos indivíduos e grupos específicos. Isso implica na elaboração de um entendimento sobre as interações sociais, com um impacto direto na saúde mental das pessoas, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade. A saúde mental não pode ser entendida apenas como uma questão biológica ou limitada a diagnósticos patológicos. Ela pode ser compreendida a partir da forma como somos afetados e vivenciamos as situações do dia a dia (LIMA; DE MELO; PERPETUO, 2021).

A complexa prática da medicalização destaca os interesses de uma política econômica, tanto das indústrias farmacêuticas quanto do complexo médico-industrial em geral. A indústria farmacêutica exerce um grande poder econômico e influência significativamente o conhecimento médico. Através do financiamento de programas de pesquisa, ela produz conhecimento científico com interesses próprios, tornando a produção de conhecimento médico dependente dessas pesquisas, que muitas vezes têm objetivos comerciais privados em vez do bem-estar da população. Conseqüentemente, a divulgação desses resultados também pode variar segundo o interesse dessas empresas (SANCHES; AMARANTE, 2014).

É importante destacar que a grande maioria dos usuários encaminhados aos serviços de atendimento em saúde mental não apresentam uma demanda imediata que exija atenção

especializada. Sendo assim, é necessário aproximar os profissionais que atuam em serviços especializados de saúde mental das equipes da APS, visando qualificar esses profissionais para o cuidado integral, considerando a complexidade dos sujeitos e suas relações sociais (SANTOS SCHNEIDER, 2009).

Uma ferramenta importante para adquirir autonomia e reconhecimento das fragilidades e vulnerabilidades dos indivíduos é a educação em saúde. Quando se oferece uma visão mais ampla sobre dificuldades de cuidado, fatores de riscos e agravos, os profissionais de saúde podem focar em um atendimento com mecanismos sensibilizadores que diminuam as barreiras de cuidado e esclareçam dúvidas (SANTOS *et al.*, 2019).

O processo educativo em saúde envolve uma abordagem participativa e democrática, em que a população é convidada a se envolver ativamente em todo o processo, desde a identificação das necessidades de saúde até a implementação de ações de promoção, prevenção e cuidado. A educação em saúde é fundamental para a construção de uma sociedade mais saudável e consciente, onde cada indivíduo é responsável pela sua própria saúde e pela saúde coletiva (MACHADO *et al.*, 2021)

O princípio pedagógico básico da EPS é a valorização do conhecimento construído no cotidiano de trabalho, reconhecendo que esse conhecimento não precisa de autorização para ser produzido. Assim, é fundamental que os atores do Sistema Único de Saúde estejam atentos a essas práticas que surgem no encontro com o outro, pois elas podem produzir um sentido ético e político importante para a atuação no campo da saúde. Ao reconhecer esses acontecimentos e torná-los visíveis, é possível mudar a perspectiva dos processos de formação e capacitação no campo da saúde, colocando em foco a valorização da experiência prática e a construção de conhecimentos de forma dialógica e colaborativa (SOUZA *et al.*, 2019).

A aprendizagem significativa ocorre quando o indivíduo é capaz de estabelecer relações entre o novo conhecimento e suas experiências de vida e práticas profissionais anteriores. Por isso, é importante que as propostas pedagógicas estejam alinhadas com as necessidades e realidades dos aprendizes, permitindo que eles sejam os protagonistas do próprio processo de aprendizagem. Métodos como a aprendizagem baseada em projetos, a resolução de problemas, a gamificação e a aprendizagem colaborativa são algumas das técnicas que podem ser utilizadas para promover a aprendizagem significativa e engajamento dos aprendizes (PASSOS; FIRMINO; ARRAIS, 2020).

O matriciamento em saúde mental surge como uma estratégia significativa para fortalecer essa conexão, proporcionando um cuidado abrangente à saúde por meio de uma interação dialógica entre diferentes áreas de conhecimento essenciais para a produção de saúde

(IGLESIAS; AVELLAR, 2019). Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), o matriciamento é um arranjo organizacional que busca fornecer suporte técnico-pedagógico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde à população. Dessa forma, o matriciamento se estabelece como um recurso para construir novas práticas em saúde mental, também em colaboração com as comunidades, dentro do território onde as pessoas vivem e interagem. Essa abordagem é fundamentada em encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre as equipes da Atenção Básica e as equipes de saúde mental.

O Apoio Matricial às equipes da APS é fundamentado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que esses serviços desempenham um papel central na proposta da reforma psiquiátrica e seus dispositivos principais. Os CAPS são considerados os organizadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo de pacientes e servindo como retaguarda tanto para as residências terapêuticas quanto para a APS (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Mesmo considerando os progressos inegáveis, é necessário abordar as fragilidades (novas ou outras persistentes) da RPB após a criação da RAPS. Entre as questões problemáticas, podemos citar a falta de estrutura de serviços comunitários, a precarização dos vínculos profissionais, a falta de mecanismos de monitoramento e avaliação tanto da RAPS quanto da política pública de saúde mental, a disparidade na eficácia dos serviços em diferentes contextos nacionais, critérios pouco claros de cobertura territorial, baixa densidade de articulação das ações intersetoriais, ausência de estratégias claras para lidar com a vulnerabilidade social dos indivíduos, cuidados com crises e a centralização do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como organizador do cuidado no território (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

O presente estudo apresentou algumas limitações para sua realização, como a falta de acesso a uma das unidades de saúde em que a pesquisa seria realizada, pois no período proposto para realização dos encontros, a gestão da unidade de saúde foi terceirizada para a universidade local. Além disso, pode-se pontuar a ausência e contemplação da categoria médica da unidade de saúde do Pinheirinho foi justificada pela gestão, pois o mesmo se encontrava com alta demanda de atendimentos, impedindo sua participação nos encontros. Por fim, um dos complicadores para a condução da escrita deste trabalho é a escassez de trabalhos científicos sobre desinstitucionalização na APS, sobre saúde mental na APS associada ao SRT.

Sugere-se a partir dos dados encontrados que novos estudos englobando a desinstitucionalização na APS, com ênfase nos SRT e a articulação da RAPS com sugestões inovadoras de cuidado possam ser contemplados para enriquecer o conhecimento referente aos SRT e temáticas relacionadas à saúde mental.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou investigar, por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos e seus moradores. Foi possível observar a falta de preparo dos profissionais que atuam na APS para atender as demandas de saúde mental, assim como o desconhecimento dos mesmos sobre o dispositivo de desinstitucionalização SRT.

Verificou-se a falta de empoderamentos dos profissionais e o desconhecimento das potencialidades da APS quanto promotora e preventora de agravos, assim como parte do sistema de desinstitucionalização em saúde mental. Os profissionais não conseguem ter a autopercepção como atores de cuidados em saúde mental, centralizando os cuidados ao médico e encaminhando a atenção especializada como o CAPS.

A fragilidade evidenciada está relacionada também à gestão do município em que a pesquisa fora desenvolvida para receber o SRT em seu território, falta de educação continuada, por conseguinte, uma lacuna no que de fato é o dispositivo e suas funções. Após os encontros dos Círculos de Cultura, observou-se maior entendimento dos profissionais sobre o SRT, suas funções para com os moradores e comunidade, desmistificação do cuidado, além de incitar um movimento reflexivo sobre saúde mental e o cuidado em território em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. 2018.

AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria (p. 11). SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle. 1996.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 195-204, 2009.

ARGILES, Carmen Terezinha Leal et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2049-2058, 2013.

BAIROS CRICIÚMA. Foto da unidade de saúde do bairro Pinheirinho. 2018. 1024x576 pixels. Disponível em: [Unidade Básica de Saúde do Bairro Pinheirinho | Bairros Criciúma \(bairroscriciuma.com.br\)](http://unidade.bairroscriciuma.com.br) Acesso em: 24 de março de 2022.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. " Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 61-74, 2014

BRASIL, (06 de abril de 2001). LEI Nº 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001. Acesso em 10 de agosto de 2021, disponível em Planalto: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

BRASIL, (23 de dezembro de 2011), PORTARIA Nº 3.088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Acesso em 13 de agosto de 2021, disponível em Ministério da Saúde: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. 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. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: Brasil. MS. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS; 2003. p. 77-84

CASSANDRE, Marcio Pascoal; THIOLENT, Michel Jean Marie; PICHETH, Sara Fernandes. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. *Educação*, v. 39, n. esp, p. 3-13, 2016.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

DE AZEVEDO, Dulcian Medeiros et al. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2014.

DE AZEVEDO MACHADO, Flávia Christiane et al. Educação em saúde para sensibilizar adolescentes escolares para a vacinação contra o papiloma vírus humanos. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 2, p. 177-195, 2021.

DE MEDEIROS BRITO, Monique Araújo; DIMENSTEIN, Magda. Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total. **Aletheia**, n. 28, p. 188-203, 2008.

DOS SANTOS SCHNEIDER, Alessandra Ritzel. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009.

FERRAZ, Lucimare Ferraz et al. O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadoras rurais. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. ág. 195-210, 2014.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luís Carlos da; LUZIO, Cristina Amélia. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, p. 255-65, 2013.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. *Pedagogia da Pesquisa-Ação*. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005

FURTADO, Juarez Pereira et al. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3683-3693, 2013.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 1ª edição. 1972.

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.2., p.335-342, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>. Acesso em: 14 nov 2021.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-304, 2014.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, 2017.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1247-1254, 2019

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

LIMA, Jeniffer Leite; DE MELO, Angela Buffetti; PERPETUO, Claudia Lopes. Pandemia e a exacerbação das vulnerabilidades sociais: impactos na saúde mental. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 29, n. 1, 2021.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; RICCI, Ellen Cristina. " Pensando o Habitar" Trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 182-190, 2011.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; DE ROSA, Caroline Aparecida. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2002.

MASSA, Paula Andréa; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Vivências de cuidado em saúde de moradores de serviços residenciais terapêuticos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170950, 2019.

MATOS, Bruna Gusmão de; MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. *Escola Anna Nery*, v. 17, p. 668-676, 2013.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 462-474, 2017.

NASCIMENTO, Milene Santiago; SILVA, Martinho Braga Batista. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 33-44, 2021.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro Sousa; DE MELO VEIGA, Thiago Fernandez. O Significado de morar em um serviço residencial terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa et al. Tecendo a rede de atenção psicossocial oeste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 965-972, 2017.

OLIVEIRA, Isaac Linhares de et al. Repetir, repetir até ficar diferente: cartografia de um cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 34, 2022.

PASSOS, Juliana de Andrade; FIRMINO, Vitor Hugo Nascimento; ARRAIS, Alessandra da Rocha. Oficina de sensibilização e instrumentalização para Atenção Primária à Saúde Mental na gestação e puerpério. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2020.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00042620, 2021.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2020.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 506-514, 2014.

SANTOS, Daniel Batista Conceição dos et al. Sensibilização das mães de crianças com microcefalia na promoção da saúde de seus filhos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

SOUZA, Caroline Zamboni de; ANTON, Leandro Artur; OLIVEIRA, Maria Claudia Santos Lopes de. Educação permanente em saúde e desenvolvimento adulto: a experiência das oficinas fotográficas de sensibilização do olhar. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 338-355, 2019.

SOUZA, Jeane Barros de et al. Círculo de cultura de Paulo Freire: contribuições para pesquisa, ensino e prática profissional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação (Coleção temas básicos de pesquisa-ação). 1986.

TONIN, C.F. COMO VAI A SAÚDE MENTAL? Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

ZANELLA, Michele et al. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 15, p. 53-62, 2016.

2. APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Por favor, sinalize um codinome para você: _____

2. Qual sua idade atual? _____

3. Qual sexo? () Feminino () Masculino () Outro

4. Qual seu estado civil?

() Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Viúvo

() união estável

5. Qual sua escolaridade?

() até 3a Série Fundamental

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Médio incompleto

() Médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Curso técnico

6. Qual a sua profissão? _____

7. Quanto tempo você tem de atuação nessa Unidade de Saúde? _____

3. APÊNDICE B – DINÂMICA QUEBRA GELO

Água Marinha: Harmonioso, intuitivo, sensível e emocional o famoso “good vibes”



Amazonita: Traz paz ao ambiente, apaziguador.



Ametista: Protetor e com bom senso.



Azurita: Decidido e Sábio.



Apatita: Criativo, animado.



Calcita Laranja: Animado e amiga.



Citrino: Enfrenta bem todos seus problemas, com muita concentração.



Cianita: Comunicativo



Esmeralda: Fiel e confiável



Fluorita: Confiante, autoestima elevada



Fuxita: Tolerante, gosta de viver em paz



Granada: Ousadia, criativo, corajoso



Hematita: Confiança, autoestima, força



Howlita: Serenidade



Jade: Pessoa amorosa, calma e tranquila, que consegue amenizar as emoções alheias.



Jaspe: Pessoa protetora, “mãezona”/”paizão”



Lapis-Lazuli: Focado, concentrado em suas metas e sonhos



Obsidiana: Pessoa muito verdadeira, que não gosta de confusão



Ônix: Positivo e cooperativo.



Opala: Responsável, decidido e estável



Pedra-do-sol: Feliz, animada, otimista.



Quartzo Rosa: O Amorzinho em forma de pessoa



Rubi: Sinceridade



Sodalita: Inteligência



Turmalina: Pessoa positiva que traz tranquilidade para o local.



4. APÊNDICE C - CASOS CLÍNICOS PARA ATIVIDADE DE ARTICULAÇÃO DE REDE

Maria – Maria tem 52 anos, tem história de transtorno mental desde a juventude, tendo diversas internações em hospital psiquiátrico. Ela é cuidada pela irmã Bete de 56 anos. Maria tem sua própria casa que fica em frente a casa da irmã. Maria, devido a cronificação de sua doença precisa de auxílio em suas atividades diárias, não pode cozinhar sozinha, precisa de auxílio para limpar sua casa e para tomar suas medicações no horário. Quando fica sem suas medicações Maria fica muito agressiva com os familiares e fica com comportamentos sexualizados, uma certa vez, em um dos seus surtos, Maria engravidou. Seu filho foi criado por sua mãe, já falecida. Agora o filho mora sozinho, já é casado, mas não presta suporte para sua mãe. A irmã de Maria a leva para sua casa durante o dia para lhe dar comida e os remédios, e a noite a leva para casa. Maria é acompanhada pelo CAPS há muitos anos, e também pela sua unidade de saúde de referência, pois é hipertensa.

José- José tem 45 anos destes, 20 anos foram vivendo em um hospital psiquiátrico. Quando tinha 25 anos, José teve um surto psicótico, ficou muito agressivo, agrediu fisicamente sua então companheira. Os vizinhos chamaram a polícia e José foi internado em um hospital psiquiátrico. A companheira o abandonou, José já não tinha mais seus pais vivos e só tinha um irmão o qual ele não sabia a localização do mesmo, pois era morador de rua e usuário de substâncias. O hospital em que José estava internado foi descredenciado do SUS e agora é preciso achar um destino para José. O mesmo possui sua autonomia preservada, sempre ajudava os profissionais da instituição com o cuidado dos outros internos, ajudava na limpeza, na hora de servir a comida, ajudava com os internos novos. José tinha alguns privilégios, pois era um bom paciente, calmo, tranquilo, colaborativo e inteligente. Seu quarto era em uma ala separada para os moradores, onde havia mais privacidade e segurança, dividia o quarto com apenas mais um interno, enquanto no resto do hospital os quartos eram divididos em 6 pessoas. Gosta de ler, escreve poesias e sonha em fazer um curso de técnico de enfermagem ou cuidador de idosos.

João- João é companheiro de internação de José. João tem 51 anos, tem diagnóstico de esquizofrenia desde os 23 anos, teve muitas internações em hospital psiquiátrico, mas a última foi a há 10 anos, no seu último surto. João morava com sua mãe, seu pai já era falecido, João sempre foi muito resistente em tomar as medicações, ficou um mês sem suas medicações de

horário, pois como sua mãe já era mais idosa, não conseguia administrar as medicações, João surtou e foi internado. Durante sua internação sua mãe faleceu, os irmãos de João não o retiraram do hospital, não querem saber do irmão. João não tem sua autonomia preservada, precisa de auxílio para suas atividades diárias. Necessita que alguém o mande tomar banho, comer, e que lhe deem suas medicações no horário. João é fumante há 30 anos, tem uma tosse crônica e sente muitas dores de cabeça na região da nuca que nunca foi averiguado no seu tempo de internação no hospital. Agora o hospital foi descredenciado do SUS, e é preciso dar um destino para João, e os contatos com a família e fortalecimento de vínculos não estão dando resultado.

Rita- Rita tem 59 anos, mora sozinha em uma casinha alugada, a qual tem muita dificuldade de pagar o aluguel, passa muita necessidade. Recebe BPC, é atendida pelo CAPS, pela unidade de saúde do bairro onde mora e pelo CRAS. Rita foi diagnosticada com Transtorno Esquizo afetivo com 25 anos, ela sempre soube que era diferente das outras pessoas. Quando seus pais eram vivos, Rita passou por muitos anos internada em hospital psiquiátrico, ficou por 2 anos uma vez, 4 anos em outra, certa vez ficou 8 anos. Rita está muito feliz agora, pois não é internada faz 15 anos! Ela comemora muito sua liberdade, apesar de todas suas dificuldades, ela sempre odiou as internações e o hospital. Rita perdeu sua mãe, sua única parente viva há 3 anos. Rita tem sua autonomia preservada, limpa sua casa, faz sua comida, pega ônibus sozinha para ir ao CAPS, e faz suas consultas regularmente em sua unidade de saúde. Seu único problema hoje? MORADIA.

Pedro- Pedro tem 53 anos, é Esquizofrênico, mora sozinho na casa que era de seus pais. Pedro possui mais 4 irmãos que lhe dão suporte, sendo 1 delas sua curadora. São de uma família com razoáveis condições financeiras. Pedro recebe BPC, e consegue gerenciar as despesas da casa. Pedro possui alguns sintomas residuais (que não desaparecem mesmo com o uso da medicação), um deles é a paranoia com relação ao vizinho, e o gasto excessivo no mercadinho do bairro para ajudar as pessoas mais carentes. O que gera transtornos para os irmãos. Pedro teve muitas internações em hospital psiquiátrico, mas todas elas de curto prazo, nunca levando mais de 30 dias, e sempre fica em observação em acolhimento noturno no CAPS III quando seu quadro descompensa e a família solicita ajuda. Pedro não gosta de participar das atividades do CAPS, mas é assistido pelo serviço. A família de Pedro acha que o mesmo deve ir para um residencial terapêutico, pois ouviu falar a respeito e foi solicitar uma vaga na secretaria de saúde.

Ana- Ana tem 47 anos, tem retardo mental grave e esquizofrenia, está internada em um hospital psiquiátrico há 6 anos. A mãe de Ana já é falecida, Ana tem mais 2 irmãs, e a mesma era cuidada pelo pai. O pai de Ana teve um AVE e ficou acamado e as duas irmãs de Ana se revezam nos cuidados, porém Ana começou a ficar muito agitada e precisou ser internada. Com a dificuldade das irmãs de lidar com o pai acamado e da irmã com transtorno, Ana foi ficando na internação. Porém, agora o hospital foi descredenciado do SUS e Ana precisa de um destino. Suas irmãs alegam que não conseguem lidar com ela e com o pai acamado no momento, mas que quando o pai falecer as duas irão se revezar para cuidar da irmã.

5. ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Catarina

Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Quem mora aqui? Reflexões sobre a compreensão das equipes de Atenção Primária à Saúde sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos”**, vinculada ao Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo dessa pesquisa é investigar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o dispositivo Serviços Residencial Terapêutico. Caso concorde em participar, você irá contribuir para o conhecimento das percepções e das práticas de cuidado relacionadas aos residenciais e seus moradores. Os resultados deste estudo podem contribuir para que os profissionais envolvidos reflitam sobre seu papel de cuidado para com os moradores dos residenciais, incorporando este conhecimento nas práticas de saúde e em suas ações educativas, permitindo a integração entre os diferentes saberes.

As informações serão investigadas junto a você por meio da aplicação de um questionário, que tem algumas perguntas de assinalar e outras para preencher, que verificará os aspectos sociodemográficos (como sua idade, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de atuação na Unidade de Saúde) bem como a realização de três encontros do grupo para debate que são chamados de Círculos de Cultura. Assim, para realizarmos tais procedimentos a sua participação é fundamental. É importante ressaltar que nenhum dos procedimentos é considerado invasivo e não trará prejuízos para você. Todas as informações serão confidenciais, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem a sua identificação.

Os riscos para você serão mínimos, mas a pesquisadora se compromete a minimizar qualquer situação de desconforto, constrangimento ou dano que possa a vir acontecer. Além disso, a qualquer momento você poderá requerer mais informações ou até mesmo negar-se a continuar participando da pesquisa sem qualquer penalidade. Eventuais despesas decorrentes

desta serão ressarcidas pela pesquisadora, bem como a indenização por eventuais danos que possam ocorrer. Esse documento está escrito em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra com o pesquisador.

Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários. Se restar dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Aline Megumi Arakawa no Centro de Ciências da Saúde – CCS, Campus Universitário - Trindade, pelo telefone (48) 3721-6116 ou e-mail arakawaaline@gmail.com, ou com a acadêmica responsável Amanda Barbeta França pelo telefone (48) 99674-1899 ou e-mail: amandabfranca@gmail.com. Ou ainda, caso queira apresentar alguma reclamação, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, Universidade Federal de Santa Catarina, endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R:Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Salientamos que a pesquisa está submetida às exigências da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012 e suas complementares.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____,
 após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Criciúma, _____ de _____ de 202_.

Pesquisador _____

Participante _____