



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES
CLÍNICAS, ÉTICAS E SÓCIO-POLÍTICAS**

SOBRAL – CE

2019

GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES
CLÍNICAS, ÉTICAS E SÓCIO-POLÍTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

SOBRAL – CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P347c Paula, George Luiz Costa de.
Classificação de risco em saúde mental : implicações clínicas, éticas e sócio-políticas / George Luiz Costa de Paula. – 2019.
159 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

1. Risco. 2. Saúde mental. 3. Saúde da família. 4. Sistemas de apoio psicossocial. I. Título.

CDD 610

GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES
CLÍNICAS, ÉTICAS E SÓCIO-POLÍTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dra. Maria Suely Alves Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

À minha esposa, Anna.

Aos meus pais, Jorge e Selma.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, sentido da minha existência e sustento na caminhada. Sem Ele, certamente nenhuma realização pessoal e profissional seria possível.

À minha esposa, Anna Virgínia. Sua presença, companheirismo e amor me fazem a cada dia uma pessoa melhor. Gratidão por tamanha dádiva que é partilhar a vida com você.

Aos meus pais, Jorge e Selma, pelo amor incondicional e por todo cuidado e carinho, pelos sacrifícios e renúncias para que eu chegasse até aqui. Minhas referências de vida, certamente são deles também os méritos dessa conquista.

Aos familiares e amigos que sempre torceram por mim. Carrego uma parte de cada um na pessoa que me tornei hoje.

Aos colegas e professores do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), pela aprendizagem e ajuda mútua ao longo dessa jornada.

À Universidade Federal do Ceará (UFC) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo à pesquisa e investimento financeiro e humano na minha formação acadêmica.

A meu orientador, Prof. Dr. Luis Achilles, pela solicitude, atenção, incentivo e amizade ao longo desses tempos de aprendizagem.

Aos professores convidados para a banca, Suely Alves e Paulo Quinderé, pela disponibilidade e pelas contribuições na qualificação do trabalho, bem como em meu amadurecimento profissional e pessoal.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê” (Arthur Schopenhauer).

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar criticamente os processos de classificação de risco em saúde mental e suas implicações clínicas, éticas e sócio-políticas. Pretende igualmente compreender a evolução do conceito de risco e suas aplicações nas diferentes áreas do conhecimento, analisando o cotidiano dos serviços de saúde mental no que tange a utilização de protocolos de cuidado aos usuários. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de cunho exploratório-documental. O campo de estudo foi a cidade de Sobral - CE e o cenário de estudo a Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral (RAISM) em seus dois principais serviços: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e AD). O cenário contemplou igualmente dois dispositivos pertencentes à Atenção Primária à Saúde (APS): o Centro de Saúde da Família Professora Norma Soares (CSF Alto da Brasília) e a Coordenação de APS do município de Sobral. Os participantes do estudo foram 7 sujeitos, divididos entre gestores, profissionais e usuários das instituições contempladas. Utilizamos como técnicas para a coleta de dados a pesquisa documental e observação participante, bem como entrevista semiestruturada, composta de questionário elaborado pelos pesquisadores, sendo as mesmas gravadas e realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tratamento dos dados foi realizado por meio da categorização e análise temática após transcrição das entrevistas. Os resultados da pesquisa apontaram para a divisão do risco em quatro categorias temáticas: conceito, processos de trabalho, aplicabilidade e relação profissional-usuário. Areladas a cada uma destas, evidenciou-se também a existência de diferentes subcategorias temáticas. No quesito conceito, o risco mostrou-se como critério para decisões, recurso de trabalho e disparador do cuidado, características fundamentais para as demandas de profissionais e serviços de saúde. Em processos de trabalho, a assistência e o trabalho intersetorial figuraram como dois campos possíveis, dentro dos quais os principais desdobramentos de cuidado acontecem. Acerca da aplicabilidade, o Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM) mostrou-se como instrumento principal. Este caracterizou-se por possibilitar amplo acesso multiprofissional à sua aplicação, necessitando continuamente de um processo de avaliação e monitoramento dos efeitos gerados por sua utilização. Por fim, no quesito relação, observou-se que a adoção de questionários não interfere na relação subjetiva entre profissionais e usuários, sendo os mesmos benéficos aos serviços sujeitos que deles

fazem uso. Por meio desta pesquisa, conclui-se que a classificação de risco possui diversos desdobramentos, sendo utilizada muito mais como recurso auxiliar no processo de trabalho do que na rotulação dos sujeitos. Observou-se a existência de um necessário esforço para aproximar os profissionais do instrumento de estratificação e fomentar o diálogo entre as atenções primária e secundária. Concluiu-se também que a subjetividade das relações na saúde não acontece por meio da aplicação única de questionários e instrumentos afins. Finalmente, o estudo possibilitou o acesso à realidade concreta dos serviços de saúde mental, representando um retrato crítico de um contexto local, trazendo igualmente importantes elementos de responsabilidade social.

Palavras-chave: Risco. Saúde Mental. Saúde da Família. Sistemas de Apoio Psicossocial.

ABSTRACT

The present study aims to critically analyze the processes of risk classification in mental health and its clinical, ethical and socio-political implications. It also intends to understand the evolution of the concept of risk and its applications in different areas of knowledge, analyzing the daily routine of mental health services regarding the use of care protocols to users. This is a study of qualitative and exploratory-documental approach. The field of study was the city of Sobral-CE and the scenario of study the network of Integral attention to Mental Health of Sobral (RAISM) in its two main services: the Psychosocial Care centers (CAPS II and AD). The scenario also included two devices belonging to the primary health care (PHC): The Family Health Center Professor Norma Soares (CSF Alto da Brasília) and the coordination of APS in the municipality of Sobral. The study participants were 7 subjects, divided among managers, professionals and users of the institutions contemed. We used as techniques for data collection The Documental research and participant observation, as well as semi-structured interview, composed of a questionnaire elaborated by the researchers, being the same recorded and performed by signing the term of Free and informed consent. Data were treated through categorization and thematic analysis after transcription of the interviews. The results of the study pointed to the division of risk into four thematic categories: concept, work processes, applicability and professional-user relationship. Linked to each of these, the existence of different thematic subcategories was also evidenced. In the concept, the risk was shown as criterion for decisions, work resource and trigger of care, fundamental characteristics for the demands of professionals and health services. In work processes, assistance and intersectoral work were considered as two possible fields, within which the main consequences of care happen. Regarding the applicability, the Mental Health Risk Stratification Questionnaire (QERSM) proved to be the main instrument. This was characterized by allowing ample multiprofessional access to its application, continually needing a process of evaluation and monitoring of the effects generated by its use. Finally, in the relation, it was observed that the adoption of questionnaires does not interfere in the subjective relationship between professionals and users, being the same beneficial to the services they use. Through this research, it is concluded that the risk classification has several developments, being used much more as an auxiliary resource in the work process than in the labeling of the subjects. It was observed the existence of a necessary effort to

approximate the professionals of the stratification instrument and to foster the dialogue between primary and secondary attentions. It was also concluded that the subjectivity of relations in health does not happen through the unique application of questionnaires and related instruments. Finally, the study allowed access to the concrete reality of mental health services, representing a critical picture of a local context, bringing equally important elements of social responsibility.

Keywords: Risk. Mental Health. Family Health. Psychosocial Support Systems.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 1 – Tipologias teóricas do conceito de risco	30
Quadro 2 – Resumo das práticas de saúde mental por artigos pesquisados	47

TABELAS

Tabela 1 – Tamanho amostral dos participantes do estudo	53
---	----

FIGURAS

Figura 1 – Subcategorias do conceito de classificação de risco em saúde mental segundo a percepção dos participantes da pesquisa	79
Figura 2 – Subcategorias das práticas/processos de trabalho em saúde mental segundo a percepção dos participantes da pesquisa	92
Figura 3 – Fluxograma de acolhimento com avaliação e classificação de risco	96
Figura 4 – Subcategorias de aplicabilidade da classificação de risco em saúde mental segundo a percepção dos participantes da pesquisa	110
Figura 5 – Representação esquematizada dos achados referentes à Classificação de Risco em Saúde Mental	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

APS – Atenção Primária à Saúde.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

CSF – Centro de Saúde da Família.

CR – Classificação de Risco.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

ESPVS – Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

PNH – Política Nacional de Humanização.

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental.

PS – Promoção da Saúde.

PSF – Programa Saúde da Família.

QERSM – Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental.

RAISM – Rede de Atenção Integral a Saúde Mental.

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SM – Saúde Mental.

SRT – Serviço Residencial Terapêutico.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UIPHG – Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	JUSTIFICATIVA	22
3.	OBJETIVOS	24
3.1	Geral	24
3.2	Específicos	24
4.	MARCO TEÓRICO	25
4.1	Considerações sobre o conceito de risco: uma perspectiva epistemológica	25
4.2	A clínica do risco: implicações e desdobramentos possíveis	31
4.3	Perspectivas políticas do risco: o discurso preventivista	37
4.4	Promoção e Prevenção da Saúde: discursos e práticas em saúde mental	42
5.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	51
5.1	Tipo de estudo	51
5.2	Campo de estudo	52
5.3	Participantes do estudo	52
5.4	Instrumentos para coleta de dados	53
5.5	Procedimentos para coleta de dados	54
5.6	Análise dos dados	54
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6.1	Classificação de risco: categorias temáticas	57
6.1.1	Conceito	62
6.1.1.1	Critério para a tomada de decisões	67
6.1.1.2	Disparador do cuidado	71
6.1.1.3	Recurso de trabalho	75
6.1.2	Práticas/processos de trabalho	80
6.1.2.1	Assistência	81
6.1.2.2	Trabalho intersetorial	85
6.1.3	Aplicabilidade	93
6.1.3.1	Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM)	94
6.1.3.2	Acesso e aplicação multiprofissional	100
6.1.3.3	Diálogo APS e Atenção Secundária	103
6.1.3.4	Monitoramento e avaliação	107

6.1.4	Relação profissional-usuário	111
6.1.4.1	O QERSM não interfere na relação profissional-usuário	113
6.1.4.2	O QERSM é benéfico aos profissionais e aos serviços	117
6.1.4.3	A relação profissional-usuário se dá por outras vias	120
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICES	148
	ANEXO	151

1. INTRODUÇÃO

O advento da saúde enquanto direito de todos, dever do Estado e resultante de uma complexa produção social, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080 de 1990, trouxe novos arranjos aos cenários de discussões e práticas. Ao propor a inserção de diferentes atores na efetivação de seus princípios, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado a criação de espaços de diálogo que estejam para além dos pedaços fragmentados do sujeito (BRASIL, 2007).

Os cuidados em saúde pressupõem um reconhecimento do outro na sua liberdade, dignidade e singularidade (BRASIL, 2007; BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). Compreendida como conceito multifacetado, a categoria saúde recebe contribuições de diferentes áreas do conhecimento que, a seu modo, expressam percepções específicas. Muitos autores abriram espaço à densa reflexão epistemológica, histórica e sociológica daqueles conceitos, evidenciando mudanças nas dimensões e na dinâmica dos processos de adoecimento e intervenções terapêuticas. A saúde torna-se, então, um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Vistos sob uma perspectiva crítica, os referidos conceitos dispararam um constante movimento de problematização do fazer cotidiano em saúde, implicando na construção de um novo processo de trabalho que abarque a mudança de atitude dos profissionais e a gestão participativa da comunidade. Com isso, observa-se que, mais do que recursos técnicos, os trabalhadores em saúde necessitam produzir formas de subjetivação junto e com os usuários (SUNDFELD, 2010).

A constituição dos sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos. No contexto da saúde, esta se desenvolve inserida num processo singular e subjetivo de negociação permanente de sentidos em um campo social, apontando para a construção e desconstrução de normas para o enfrentamento da realidade (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; CAMPOS *et al.*, 2014).

Alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, o SUS lança bases para a superação de um modelo eminentemente curativo e médico-centrado. Nesse contexto, a análise da aplicabilidade daqueles princípios nos leva ao contato com diferentes formas de se fazer saúde, principalmente a partir do reconhecimento dos atores sociais que a produzem.

O cotidiano profissional toca muito concretamente nas práticas, modelos, padrões e conceitos relacionados à produção de saúde-doença. Dentre esse universo de possibilidades, algumas subcategorias se destacam ao apontar modos próprios de atuação, direcionando procedimentos e estipulando a forma de compreendê-los. São palavras, posturas, protocolos, agendas, técnicas que, conjuntamente, dizem do teor das políticas sanitárias e de suas particularidades (GOULART; CHIARI, 2010).

A imersão naquele cotidiano de práticas nos levou ao contato com uma dessas subcategorias, objeto do nosso trabalho: o risco. O mesmo tem assumido caráter de importância fundamental no debate acerca da saúde, com alcances possíveis em campos como diagnóstico, estratégias de cuidado, processos de trabalho, formação, gestão, entre outros.

O interesse pelo estudo do risco na sua interface com a saúde surgiu no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)¹, na assistência a usuários e equipes de dois Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral – CE. Nesse período, observamos algumas deficiências no desenvolvimento de um fluxo consolidado de acolhimento e atenção especialmente frente às demandas de saúde mental. Assim, notamos a necessidade de desenvolver momentos teórico-práticos junto aos profissionais acerca da temática.

Para tanto, mergulhamos em alguns pressupostos básicos das políticas de saúde mental no Brasil que, de modo geral, enfatizam a qualificação do cuidado por meio da adoção progressiva de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Os mesmos devem possuir uma forte base comunitária, bem como efetivar a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011; 2012; 2013).

No campo dos serviços de emergência, que representa significativa parcela da porta de entrada ao sistema de saúde, observa-se que parte da população busca essas unidades para a resolução de problemas de menor complexidade, ocasionando superlotação (SILVA *et al.*, 2014). Como resposta a essa demanda, por vezes criada a partir da própria oferta dos serviços, tem sido recomendada a utilização de

¹ A RMSF trata-se de uma Especialização *latu sensu* com caráter de residência. É realizada pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS) na cidade de Sobral – CE, em parceria com o Ministério da Saúde, a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Prefeitura Municipal de Sobral. Possui a duração de dois anos e os estudantes são inseridos em Centros de Saúde da Família do município, concomitante às atividades pedagógicas. Trata-se, por assim ser, de uma formação pelo trabalho em saúde. Na ocasião, essa formação foi realizada entre os anos de 2015 e 2017.

escalas/protocolos que indiquem a prioridade de atendimento por meio de uma classificação de risco baseada nos sintomas. Procedimentos como esse estratificam a sintomatologia em níveis de complexidade, sendo que, para cada nível, são recomendados manejos específicos como forma de resposta imediata às demandas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) formaliza essa estratégia ao adotar o acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACR). Compreendido como dispositivo técnico-assistencial, aquele permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde. A classificação de risco, segundo a política, é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

A tecnologia de ACR pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Ademais, contempla habilidades relacionais, comunicativas e técnicas dos profissionais (BRASIL, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O risco está, assim, relacionado à identificação da presença de características – sejam na família, no indivíduo ou em grupos – que os coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social (NAKATA *et al.*, 2013). O conceito ganha amplitude quando citamos, por exemplo, a noção de percepção de risco, entendida como o processamento de informações sobre eventos ou atividades potencialmente perigosas, formando julgamentos sobre a seriedade, probabilidade e aceitabilidade desses eventos.

Considera-se, aqui, que fatores sociais e culturais influenciam direta e indiretamente as percepções que os indivíduos têm sobre diferentes riscos, como, por exemplo, variáveis estéticas, contextuais, semânticas, valores, efeitos da comunicação, confiança nas organizações e instituições, protótipos culturais, arenas políticas, entre outros (DI GIULIO *et al.*, 2015).

Desse modo, compreendemos que a abordagem do risco tem a sua importância, no entanto, temos de contextualizá-la dentro da realidade estrutural e política do SUS. O trabalho com o risco e o uso dos protocolos representam vantagens no que se refere a adoção de recursos que favorecem o processo de acolhimento e cuidado aos usuários. Do mesmo modo, suas possíveis desvantagens alocam-se na ideia de instrumentalização excessiva desse mesmo cuidado, distanciando usuários de profissionais.

Ou seja, a adoção de protocolos de risco também tem seu outro lado, apontando para impossibilidades e limitações dos serviços que, por vezes, já não conseguem dar conta suficiente da excessiva demanda. Para além de sua importância, os protocolos também são uma forma de contornar os entraves burocráticos do sistema, o que pode representar perigosas ameaças ao cuidado singular para com os sujeitos cerceados pelo uso indiscriminado destes mesmos protocolos.

A utilização de protocolos “engessados”, marcados pelo mero preenchimento de informações que recolocam os sujeitos numa posição passiva do processo terapêutico, possivelmente contribui para a desresponsabilização do profissional que os aplica, uma vez que, agindo assim, aquele pede demissão de sua implicação subjetiva no cuidado. Em termos políticos e éticos, as escalas de risco são confortavelmente aceitas porque dessubjetivizam e objetificam o usuário. As potencialidades da relação com o outro se apagam em detrimento de uma abordagem crua e claramente utilitarista para fins econômicos e estruturais (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011).

Dentre as áreas de saber fundamentais ao paradigma do risco, a Epidemiologia destaca-se ao estudar o processo saúde-doença em populações humanas com o objetivo de prevenção e controle, identificação dos determinantes e etiologia das doenças, fornecendo indicadores para o planejamento, administração e avaliação das ações em saúde (LUIZ; STRUCHINER, 2002; ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

No rol conceitual dessa disciplina, encontramos o conceito de risco epidemiológico, definido como a probabilidade de grupos populacionais de adoecer ou morrer por algum agravo de saúde (AYRES, 2002). O referido conceito se apresenta como um marco para o estudo da dinâmica do processo de adoecimento à medida que considera a ação dos fatores de risco nas populações. A investigação desses fatores lança mão de procedimentos probabilísticos, ou seja, ao caracterizar um fenômeno de saúde e doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características cuja associação probabilística com o agravo em estudo pareçam relevantes (AYRES et. al., 2014).

Analogamente, o risco nos remete tanto para probabilidades como possibilidades da ocorrência de eventos futuros, decorrentes da dinâmica do mundo social. Este aspecto nos permite considerar o conceito sob duas óticas distintas: quantificável, fundada em probabilidades de ocorrência; e não quantificável, admitindo um elevado nível de incerteza (AREOSA, 2010 apud BOSI, 2015).

O enfoque nos riscos estima a necessidade de assistência – promotora e preventiva –, que, ao conhecer a situação antes do evento previsto, proporciona o tempo necessário para uma resposta adequada. Portanto, o objetivo desse enfoque é corrigir desigualdades em saúde, possibilitando que os recursos – humanos, financeiros e tecnológicos – sejam direcionados adequadamente para onde há de fato necessidade, esta dimensionada a partir da avaliação da situação de saúde na qual os riscos devem estar contextualizados (CESAR, 1998; GONDIM, 2008).

Consideramos que, nos dias de hoje, o risco alcança praticamente todas as dimensões da vida e passa a ter uma conotação moral como um exercício de opção entre uma forma de vida e outra, como processo dinâmico do viver humano. Não se trata aqui de esgotar seus sentidos, mas uma tentativa de distanciamento do conceito para a compreensão de sua complexidade inerente (SANTOS *et. al.*, 2012; BOSI, 2015).

O risco também contribuiu para a produção de determinadas racionalidades, estratégias e subjetividades, sendo central na regulação e monitoração de indivíduos, grupos sociais e instituições (LUPTON, 1999). Desse modo, os discursos da saúde traduzidos em expressões como enfoque, epidemiologia, prevenção, fatores e classificação de risco, dentre outros (BRASIL, 2009; 2004; CESAR, 1998; MALTA *et al.*, 2015), nos apontam maiores perspectivas se analisados sob uma ótica reflexiva.

No quadro mais recente do cenário nacional, acompanhamos a sanção da Lei 13.438, de 26 de abril de 2017, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para tornar obrigatória a adoção, pelo SUS, de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças de zero a dezoito meses de vida (BRASIL, 2017).

Os efeitos gerados por esse fato são diversos, principalmente quando consideramos o trabalho desenvolvido na clínica com crianças em sintonia com o acompanhamento dos familiares. Há autores como Kupfer *et al.* (2009) que acreditam no benefício da Lei para o direito das crianças de serem bem assistidas no decurso de seu desenvolvimento. Aqueles se utilizam do argumento de que, segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais são comuns na infância e adolescência, mas a atenção dada a eles é considerada insuficiente, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento.

Naturalmente, ratificamos essa perspectiva. No entanto, levantamos questionamentos acerca dos perigos que o uso inadvertido de protocolos representa para a singularidade da atenção dada aos sujeitos. Especialmente quando falamos de clínica

ampliada², na qual pomos em relevo a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a articulação de diferentes saberes, acreditamos que a acolhida do sujeito em suas demandas passa por uma dimensão intersubjetiva, mais que uma aplicação engessada de procedimentos. Assim, a clínica é sempre interação complexa entre sujeitos, com uma dimensão política e subjetiva muito forte (BRASIL, 2009; CUNHA, 2005).

Considerar a clínica com crianças é considerar uma clínica do caso a caso, do não decidido. Principalmente pelo fato de que, na dimensão do desenvolvimento infantil existem especificidades tanto na condição orgânica como subjetiva, exigindo dos profissionais uma postura inventiva no manejo clínico. São estes exemplos que, ao exceder os enquadramentos sociais, impingem vivacidade e criatividade à rede que, de outra forma, cairia no império dos protocolos prévios, onde poucos cabem e muitos trabalhadores e gestores descansam (COUTO; DELGADO, 2010).

O risco se tornou um dispositivo de convencimento da agenda oficial utilizado para justificar publicamente algumas formas de intervenção do/no setor saúde, bem como de destinação prioritária de fomentos e recursos para certas linhas de investigação científica (em detrimento da contemplação de outras). Sendo assim, os discursos sobre a ideia de risco podem tanto ser largamente utilizados para legitimar políticas quanto para desacreditá-las (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2012). Sendo assim, o percurso realizado neste trabalho lança bases para uma compreensão que abarque as dimensões epistemológica, clínica e política do uso do risco em saúde mental.

Observando as ressonâncias advindas da epistemologia, buscamos adentrar na origem do conceito e no modo como este se tornou conhecimento válido nos discursos. Por sua vez, ressaltamos os efeitos que este saber gerou para os aportes teórico-práticos dos cuidados clínicos, possibilitando igualmente reverberações políticas que se traduzem em posturas e modos de trabalho. Para tanto, o trabalho pretende igualmente acessar os desdobramentos que a lógica da prevenção e promoção da saúde proporciona, de modo especial em relação às práticas de saúde mental.

² Mais que uma técnica, a Clínica Ampliada é definida como uma postura, um compromisso com o sujeito, que passa a ser visto de forma singular. É também uma estratégia de co-responsabilização entre usuários e serviços de saúde, incentivando a proposta da intersectorialidade e da autonomia (BRASIL, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

A pertinência deste estudo aloca-se em diferentes dimensões. Para cada uma delas, a investigação dos alcances do conceito de risco sinaliza relevantes contribuições. Por ser próprio do termo essa multidimensionalidade, buscamos contemplar diversas perspectivas que justifiquem a importância do trabalho.

Primeiramente, a pesquisa contribui para a produção de novos conhecimentos na área. Uma análise acerca das principais publicações referentes à temática do risco nos aponta para o fato de que grande parte dos autores concentra as discussões sob a ótica da epidemiologia. Para algumas abordagens, o risco passa a ser sinônimo de algo somente mensurável e objetivo, o que naturalmente limita a compreensão da temática. Compreendemos que o conceito possui suas funcionalidades (como, por exemplo, a compreensão das probabilidades de doenças e agravos, a criação de estratégias de trabalho frente a contextos adversos para a saúde das populações, entre outras), mas também precisamos notar seus devidos cuidados.

A dimensão do risco enquanto categoria que também é subjetiva carece de um maior volume de estudos, pois os já existentes trazem a temática de forma ainda não aprofundada. Esperamos aqui contribuir com a literatura realizando interlocuções com os atuais desafios teórico-práticos das pesquisas em saúde, propondo um olhar para além dos conceitos já consolidados historicamente. Assim, sua importância reside em disparar reflexões acerca de outros sentidos que o risco constrói, principalmente nos discursos sanitários contemporâneos.

Além disso, estas reflexões não seriam completas sem o devido diálogo com o cotidiano dos processos de trabalho em saúde. Frente aos efeitos e impactos dos saberes, técnicas e intervenções da Medicina sobre a normalização das vidas e das sociedades, é expressamente necessário discutir políticas e referenciais que subsidiem a prática profissional (CAPONI *et al.*, 2013). Nosso trabalho se justifica pela possibilidade de auxiliar os profissionais a repensarem suas práticas.

O presente estudo deseja ser um retorno de conhecimentos a estas pessoas e à comunidade a partir das reflexões acerca da problemática em questão. Trata-se, até mesmo, de um dos primeiros passos para transformar os entraves existentes no cotidiano de trabalho. Para isso, apresentamos 3 justificativas: clínica, ética e sócio-política.

Do ponto de vista clínico, o trabalho justifica-se por pensar intervenções que levem em consideração a posição subjetiva dos usuários nas suas escolhas e na elaboração

do próprio sofrimento. Acreditamos que a dimensão do vínculo e das relações resgata a longitudinalidade e a co-responsabilização do cuidado. Por isso, um procedimento que desimplique a subjetividade do profissional é fundamentalmente nocivo.

Como justificativa ética, entendemos que o risco instaura uma dimensão normativa e, por isso mesmo, segregativa às linhas de cuidado ao estabelecer critérios de bem, mal, saúde e doença. Sendo assim, a pesquisa auxilia na reflexão e problematização dessas dimensões, contribuindo para a construção de saberes e práticas que rompam com a segregação simbólica que os protocolos podem expressar.

Por fim, em termos sócio-políticos, reflexões como estas se justificam quando compreendemos que as escalas de risco viabilizam a diminuição de gastos financeiros, sendo por tanto mais rentáveis do ponto de vista da aplicabilidade. Em outras palavras, diante do número elevado de usuários em busca de atendimento, teoricamente seria mais cômoda a utilização de protocolos clínicos para triagem, facilitando o trabalho de estratificação da demanda³. No entanto, nos perguntamos: a que preço isso se dá? A preço do apagamento dos sujeitos⁴, profissionais e usuários? Assim, problematizar os aspectos econômicos dessas práticas será fundamental também para analisá-las.

³ Cabe ressaltar que grande parte dos documentos e produções científicas acerca da temática utiliza a expressão “estratificação de risco” (ROCHA *et al.*, 2018; CONSOLIN-COLOMBO *et al.*, 2010; STORTI, 2005). Nosso próprio trabalho de conclusão da pós-graduação *latu sensu* explicitada anteriormente teve como objetivo realizar uma “estratificação de risco em saúde mental” de um Centro de Saúde da Família.

⁴ O conceito de sujeito passou por diferentes transformações históricas, sempre em íntima relação com o conceito de autonomia. Para fins de esclarecimento, entendemos “sujeitos” como toda e qualquer pessoa dotada de subjetividade construída socialmente, e que atribui sentidos singulares às suas vivências e percepções da realidade (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2002)..

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar criticamente os processos de classificação de risco em saúde mental e suas implicações clínicas, éticas e sócio-políticas.

3.2 Específicos

- Compreender a evolução do conceito de risco em saúde mental e suas aplicações nas diferentes áreas do conhecimento;
- Analisar a utilização dos protocolos de classificação de risco a partir do cotidiano dos serviços de saúde mental da cidade de Sobral – CE.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Considerações sobre o conceito de risco: uma perspectiva epistemológica.

Pensar a saúde como um fenômeno eminentemente biopolítico⁵ implica reconhecer seus diferentes impactos políticos e sociais, bem como as influências que as estruturas de poder e os modelos culturais exercem sobre as concepções modernas de saúde, do corpo e da subjetividade. O conceito de risco está diretamente atrelado a essa perspectiva, uma vez que seu caráter multidimensional se dá por sua inserção num contexto exatamente político-econômico-social. Assim, existem diferentes interesses que perpassam a utilização do controle de riscos em saúde (CAPONI *et al.*, 2013; NAVARRO, 2009).

É fato que o risco está presente na História desde o início da sua existência. No entanto, o termo “risco” tem sua origem sob diferentes explicações. Em primeiro lugar, há consenso entre autores que a palavra é derivada do italiano *risco*, *rischio* ou *risicare*, ambas do século XVI, significando “aquilo que corta”. As mesmas eram empregadas no contexto das grandes navegações comerciais para se referir aos recifes marítimos que representavam grandes perigos para as embarcações. As palavras referem-se às possibilidades de perdas nas viagens marítimas, e tinham o significado original de navegar entre rochedos (EWALD, 1991; CÉSAR, 1998). Assim como hoje, o termo também pode significar o traço de uma linha, como a fenda que se abria no casco do navio.

Para Lieber e Romano-Lieber (2002), a palavra é ainda mais antiga, remetendo ao antigo oriente. Risco possuía um significado no contexto militar advindo do árabe *rizq*, cujo significado era “ração diária”, referindo-se ao pagamento dado às tropas árabes na ocupação do Egito. Essa situação resultou na origem da palavra grega *rizikoû* (soldados da fortuna), desdobrando-se, mais tarde em uma outra expressão: *rhizikon*, cujo significado se associa a fortuna.

Desse modo, o risco surge já carregado semanticamente, tornando-se sinônimo de *perigo*. Partindo da premissa de que navegar entre rochedos poderia resultar na destruição

⁵ Segundo Michel Foucault (2008), biopolítica é o termo utilizado para designar a forma como o poder se distribui em meio à sociedade. As práticas disciplinares, antes, se destinavam ao governo dos indivíduos. Hoje, estas práticas e dispositivos se destinam ao controle e governo das populações. Trata-se de um governo sobre as condutas e modos de ser.

dos navios e, conseqüentemente, na ameaça aos empreendimentos marítimos-comerciais, pensar o risco equivaleria a compreendê-lo como ameaça aos ditames capitalistas.

Nos séculos XVII e XVIII, após o surgimento dos estudos sobre probabilidade especialmente encabeçados por autores como Blaise Pascal e Simon Laplace, surge igualmente a oportunidade de quantificar essas possibilidades de perigo. Aqui, observamos os primeiros domínios sobre o risco, tornando algo que antes era da ordem do imensurável para a ordem do mensurável.

Todavia, embora se note uma significativa importância do advento do cálculo das probabilidades, a dimensão de quantificação do risco sofre uma mudança em sua lógica compreensiva. A partir da criação do Teorema da Bayes – do matemático britânico Thomas Bayes (1702-1761) – emerge o conceito de probabilidades condicionais ou a priori. O referido teorema parte da premissa de que os conhecimentos adquiridos previamente pelo matemático e a quantidade de informações que ele detém sobre determinado evento influi consideravelmente nos cálculos.

Em síntese, Bayes atribui à probabilidade um grau de crença subjetivo, ou seja, uma medida pessoal de incerteza baseada nas evidências disponíveis, pois implica a posição simbólica do sujeito e sua relação com o saber e o Outro. Assim, para quem sabe que há uma cobra dentro de um cesto, tirar uma bola de dentro deste é muito arriscado, mas para quem não sabe, o risco é mínimo. Sendo assim, a quantificação do risco só se justificaria sob pressupostos pautados na suposição de um saber do sujeito sobre uma dada realidade (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2002; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; CARVALHO, CHIANN, 2013). Enfim, a noção de risco para Bayes é subjetiva e implica a relação de significação derivada de um saber suposto e articulável a partir dos elementos colocados em jogo numa dada situação.

Em outras palavras, não é possível dar conta do risco apenas sob uma perspectiva quantitativa, considerando que, diferente das características dessa noção, é próprio dos eventos da natureza a complexidade e o dinamismo, englobando uma medida expressiva de incertezas. O risco então, em suas primeiras roupagens, combina elementos de previsibilidade com incerteza (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2002).

A modernidade disparada pelos séculos XVII e XVIII inaugurou a hegemonia do futuro e de seu controle. A tentativa de mensurar o risco representava uma colonização do futuro, este último como um território a ser conquistado em detrimento do passado. O risco então se infiltra nas ações de cada um e a normalidade é manejada nos finos detalhes da tessitura social. Em suma, a temporalidade do risco é, por excelência, paradoxal, pois,

de um lado, é contingência cuja possibilidade de experiência se esfumaça no instante; de outro, perenidade que coloca o instante do risco no sem-tempo da história (ARMANI, 2012; GIDDENS, 2002).

Segundo Spink (2001), uma visão panorâmica dos sentidos históricos do risco nos permite tocar em três dimensões: 1) na forma de se relacionar com o futuro; 2) na forma de conceituação do termo e 3) na forma de gerir os riscos. Ao lembrar que a origem do termo provém da pré-modernidade, a autora ressalta que, antes dessa época, os eventos próprios das vicissitudes da vida cotidiana não eram denominados riscos, mas eram referidos como fatalidades, perigos ou dificuldades. Até mesmo por conta da inexistência do vocábulo.

Em grande parte, o surgimento tardio da palavra se deu face à adaptação ao sistema capitalista, pressupondo a habilidade de controlar e prever o futuro. Interessante notar, por exemplo, como a transição de palavras acompanhou a transição histórica. Os repertórios linguísticos ao longo desse período passaram de palavras como “fatalidade” para “sorte”, “chance”, “fortuna”, até chegar no próprio “risco”, tornando-se este um conceito fundamental na modernidade clássica (SPINK, 2001).

Ainda no século XVIII, o advento da Medicina foi significativo para o desdobramento do risco. Diante do surgimento de estudos sobre o conceito de população, as bases científicas da época focavam seus interesses na identificação de regularidades entre os fenômenos que acometiam os indivíduos. A ciência médica, ao nascer paralela aos discursos de *risco sanitário*, concede um caráter científico a um conceito eminentemente político (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2002).

Nesse contexto, importa notar que a origem da Medicina moderna como uma prática social gerou todo um processo de medicalização da sociedade, principalmente se considerarmos o fato de que essa prática surge exatamente no mesmo período do desenvolvimento da economia capitalista. Transformando as relações sociais a partir das relações de mercado, o risco se torna elemento fundamental para a operacionalização desse fenômeno. Práticas como essas transformaram o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade (FOUCAULT, 2015; GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

A busca pelo controle do futuro adquire importância considerável, refletindo-se em diferentes áreas do conhecimento. Dentre elas, a dimensão do adoecimento também reclama para si essa habilidade de antever e dominar os fenômenos. Vemos então o surgimento da Epidemiologia, fruto do interesse pelo reconhecimento em escala

populacional das desigualdades do adoecer humano. No contexto dos séculos XVIII e XIX, em conformidade com todo o amplo movimento iluminista, passou-se a buscar as “leis” sacionaturais do adoecimento, objetivando conhecer e dominar, por meios racionais, as condições de vida e saúde das populações humanas e construir o ideal utópico da sociedade plenamente saudável (AYRES, 2011).

O estudo das relações causais entre os fenômenos do organismo humano e as condições do meio possibilitou à Epidemiologia identificar os determinantes externos do adoecimento. Aqui, o risco começa a adentrar no campo da saúde enquanto um dos elementos centrais para a análise probabilística das populações. Fato este que, ao longo do século XX, fará surgir e se desenvolver o conceito de *risco epidemiológico*. A roupagem científica abre caminhos para uma espécie de institucionalização do risco: são criados possíveis mundos futuros pela mobilização do risco, no qual a normalidade (ou sanidade) é manejada nos finos detalhes da tessitura social. O corpo está, em certo sentido, permanentemente em risco (AYRES, 2011; GIDDENS, 2002).

Assumindo um caráter epidemiológico, o risco passa a integrar reducionismos postos pela equação preventivo-curativista, expressa claramente nas receitas disciplinadoras de mudança de comportamento que o setor saúde assumirá como importante veículo de consolidação. Enquanto ação sobre o vir-a-ser, a prevenção se associará diretamente ao risco em uma lógica de reversibilidade do tempo, forma de controle deste. Então, todos os fenômenos da realidade definidos em termos de expectativa de prevenção, de premeditação e de antecipação, desde um prognóstico médico até a criação de outros mecanismos passaram por aquela lógica moderna (SOARES, 2015; ARMANI, 2012).

Sendo assim, o risco está diretamente ligado à chance de um acontecimento ocorrer em função de uma situação de exposição. No Dicionário Houaiss da língua portuguesa, o conceito encontra-se ligado à probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem e/ou meio ambiente. É probabilidade de insucesso em função de algum eventual acontecimento de natureza incerta, cuja ocorrência não depende exclusivamente da vontade dos interessados (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Sendo assim, a ideia preponderante de cálculo e previsibilidade adentra à saúde coletiva. E não somente a esse campo, mas o conceito obteve legitimidade também em outras áreas, justamente porque se reveste de cientificidade segundo os cânones da racionalidade científica moderna, garantida pela pretensão de “verdade” sustentada por

cálculos precisos, cada vez mais sofisticados, visando a não apenas conhecer, mas intervir/controlar os fenômenos a que se associa (BOSI, 2015).

Bosi (2015) também nos auxilia na compreensão do porquê o conceito de risco é problemático para a área da saúde, fazendo isso a partir da análise de alguns autores do ramo. Em um primeiro momento, a autora cita Almeida Filho (1992) para ressaltar que a epidemiologia dos fatores de risco não dá conta da complexidade que cerca o objeto saúde/doença, sendo necessária a adoção de outros paradigmas que abarquem esse processo.

Em seguida, cita Castiel (1994) que, por sua vez, aponta para uma crise epistemológica da Epidemiologia. Esta não se resumiria na necessidade de substituição de paradigmas, mas na própria visão de mundo que o saber epidemiológico encerra. Haveria, assim, uma necessidade do estabelecimento de uma nova relação entre objeto e sujeito, de modo a tornar o primeiro menos fugidio e o segundo menos obsessivo no seu infrutífero afã de controlar o primeiro (BOSI, 2015).

Por fim, Bosi (2015) propõe uma nova terminologia em contraposição aos efeitos que a palavra risco sugere. A nova nomenclatura a ser utilizada em substituição seria “nocividade potencial” em lugar de “potencial de risco”. As palavras se explicariam pelo fato do *risco* possuir um significado consagrado que remete sempre a um idioma quantitativo, ao passo em que *nocividade* designa qualidade, importante característica na compreensão das Ciências Humanas e Sociais (CHS). Empregar expressões como nocividade potencial em lugar de potencial ou nível de risco, termo que atualmente figura nas publicações, traduziria este último conceito para o idioma qualitativo, sem perda semântica.

Como vantagem adicional, conforme já aludido, vislumbra-se o potencial “pedagógico”, por possibilitar um estranhamento favorável a novas sínteses, sobretudo considerando a audiência fortemente biomédica no ambiente das regulamentações éticas, ao ilustrar, com mais um exemplo conceitual, a distância e as rupturas epistemológicas entre os paradigmas biomédico e das CHS (BOSI, 2015).

Almeida Filho, Castiel e Ayres (2013) afirmam que a proposição do risco epidemiológico repousa sobre três pressupostos epistemológicos básicos. O primeiro é a identidade entre o possível e o provável, na qual a possibilidade de um evento é medida pela sua probabilidade de ocorrência. O segundo se refere a um princípio de homogeneidade na natureza da morbidade, ou seja, as singularidades desaparecem na propriedade unidimensional do risco. Em terceiro, ressalta-se a ocorrência de eventos em

série, implicando a expectativa de padronização e estabilidade nos fenômenos. Tais pressupostos revelam significativamente o caráter indutivista da Epidemiologia.

No discurso epidemiológico, o risco é localizado para além e para fora do sujeito, uma vez que é apresentado no âmbito da população, reproduzido na dimensão das coletividades. Aqui, observamos que o paradigma do risco é uma referência intrínsecamente coletiva. Esse aspecto será primordial para o advento, na lógica biomédica do discurso acerca do *estado de saúde sob risco*, que traz implicações como: 1) geração de preceitos comportamentais voltados à promoção e prevenção à saúde; 2) ampliação de tarefas da clínica biomédica; 3) criação de demanda por novos produtos e serviços voltados à prevenção de riscos e 4) aumento das demandas por programas/técnicas de controle dos riscos (ALMEIDA FILHO; CASTIEL, AYRES, 2013)

Nessa perspectiva, Lieber e Romano-Lieber (2002) traçam uma tipologia geral acerca do conceito de risco e suas implicações teóricas. Observamos que, em sua evolução histórica e epistemológica, esse conceito realiza um percurso que parte de uma dimensão eminentemente objetiva/probabilística para uma dimensão mais construtivista/subjectiva. Os efeitos gerados por esse percurso se refletem diretamente na forma de compreensão da categoria e na própria relação que os sujeitos têm com ela. Para mais detalhes, o quadro 1 apresenta uma adaptação do estudo feito pelos autores.

Quadro 1 – Tipologias teóricas do conceito de risco.

Referencial	Pressuposto	Conceito	Questões
Realista Objetivista	O mundo é uma realidade dada segundo leis científicas.	Risco é um perigo objetivo, que existe e pode ser medido à margem do processo social e cultural.	Qual é o risco existente? Qual a lei que pode ser deduzida?
Realista Condicionado	Idem.	Idem, mas cuja interpretação pode ser condicionada conforme o contexto cultural e social	Como o risco é racionalizado pelas pessoas?
Construcionismo Fraco	Idem, mas com possibilidade de mudança nas leis.	Risco é um perigo objetivo necessariamente mediado por processo social e cultural.	Qual a relação do risco com a estrutura e o processo da modernidade atual?
Construcionismo Forte	Idem, mas as leis são necessariamente mutáveis	Não existe risco por si mesmo. O que existe é um produto construído, sócio historicamente.	Como os discursos e práticas do risco operam na construção da vida subjetiva e social?
Relativista Subjetivista	O mundo percebido decorre de um processo social de criação.	Risco e perigo são apenas formas de linguagem.	Qual é a realidade construída com o uso do termo risco?

Fonte: adaptado de Lieber e Romano-Lieber (2002).

Para fins de discussão neste trabalho, destacamos os dois últimos referenciais (construcionismo forte e o relativista) como expressões fundamentais para compreender os alcances do risco hoje nos discursos sanitários, e o modo como estes operam diretamente na construção subjetiva dos sujeitos. A subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social, e o indivíduo se encontra na encruzilhada de múltiplos componentes dessa subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Ademais, a construção da realidade a partir da perspectiva da linguagem nos coloca diante de um importante aspecto: o de como a visão de mundo elaborada por um saber sanitário marca profundamente modos de ser e agir no mundo. Como os processos de desejo são mediados pela linguagem, trata-se de elaborar uma outra concepção do que seja efetivamente a produção de subjetividade, na qual pudéssemos falar de uma produção de enunciados em relação à referida subjetividade. São esses enunciados que permitirão a consolidação dos discursos preventivistas alocados em prescrições de comportamentos (ALMEIDA FILHO; CASTIEL; AYRES, 2013; GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Os efeitos colaterais de uma epistemologia neo-higienista se apresentam na sociedade pós-moderna como uma pandemia moralizante. Formas de enfrentar os problemas, balizadas predominantemente em recomendações científicas, podem resultar da incapacidade dos atores sociais em interpretar as aporias labirínticas da ciência que, muitas vezes, estabelece as prerrogativas de entendimento apenas aos seus iniciados (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2012).

A riqueza das interpretações dos sentidos possíveis do risco repousa na inclusão dos processos de subjetivação no rol de análise. Para além dos conceitos meramente objetivos fundados no cálculo e na probabilidade, convém ressaltar o papel ativo dos sujeitos na construção do termo, bem como a produção subjetiva a que estes se encontram submetidos na trama do contexto social.

4.2 A Clínica do Risco: implicações e desdobramentos possíveis.

Proveniente do termo grego *klínikós*, referente a inclinar-se ou, em outras traduções, ao próprio leito, a clínica se apresenta como dimensão potente para a compreensão das relações que o sujeito constrói com seu sintoma. E mais que isso: a prática clínica toca não apenas na perspectiva da doença, mas se trata de uma significativa inclinação sobre a própria singularidade (SUNDFELD, 2010).

Ao estudar o surgimento do saber biomédico atrelado à Medicina social no século XIX, Foucault (2011) atribui a esse período a consolidação da clínica enquanto saber. O conhecimento da ciência médica passa por uma transformação em aspectos como objeto, conceito e métodos. A modernidade imprime na ciência o caráter empírico, pelo qual o discurso racional mudou a semântica médica.

Assim, a institucionalização do saber clínico nasce em um contexto no qual o olhar e a percepção se mostram como dispositivos de verdade. A percepção constante sobre o doente o introduz numa lógica disciplinar que, não necessariamente se preocupa com o restabelecimento de sua saúde. Mesmo que, ancorada na ciência moderna, a clínica tenha se mostrado eficaz para responder a vários desafios, por outro lado, ela se revela frágil para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011).

De modo geral, grande parte dos estudos sobre a clínica enfatizam-na como encontro entre dois sujeitos singulares, entre modos de subjetivação fabricados no coletivo. Compreendida também como cuidado interdisciplinar, implica igualmente em um arranjo organizacional por parte dos serviços de saúde, exercitando o reconhecimento da dimensão subjetiva do cuidado. Trata-se de equilibrar o combate à doença com a produção de vida (DETTMAN; ARAGÃO; MARGOTTO, 2016; JORGE *et al.*, 2015; SUNDFELD, 2010; BRASIL, 2009; CUNHA, 2005).

Como todo território, um conceito contém extensão, fronteiras e relevos. Enquanto metáfora, é construção histórico-social resultante de diferentes forças que o tornaram possível. Um conceito só existe graças aos sentidos que lhe emprestamos, o qual colocamos em palavras. Desse modo, não há como pensar a clínica sem considerar as visões de mundo que a mesma traz em sua constituição. Noções de corpo, doença, sujeito, cura, normalidade e outras andam intimamente ligadas ao discurso clínico, por sua vez imbricado a um saber sanitário que reduz a saúde a máximas como ter, fazer e estar. São os chamados efeitos discursivos oriundos de determinadas opções conceituais (GAUDÊNCIO, 2011; SPINK, 2011).

Em termos de nomenclatura, os conceitos mais comuns relacionados à clínica afirmam o necessário desenvolvimento de uma clínica do sujeito em detrimento de uma prática descontextualizada da história individual. Atrelado a essa perspectiva, encontramos o conceito de atenção psicossocial, termo largamente utilizado nas políticas de saúde mental e que enfatiza aspectos como busca pela autonomia e o restabelecimento de relações (VASCONCELOS *et al.*, 2016; RINALDI, 2015; BRASIL, 2001).

Além disso, a compreensão da clínica envolve o privilégio do sujeito em sua singularidade, uma vez que, em sua totalidade, requer demandas de trabalho, lazer, cuidados e afetos. Propõe-se aqui uma superação da visão nosológica e a reflexão de papéis, bem como a implicação do sujeito em suas questões, ainda que isso resulte em tensões com os ideais de cidadania. Então, nos colocamos diante de alguns desafios próprios da clínica, como a capacidade de lidar com a imprevisibilidade e o exercício de uma visão que supere a dimensão da tutela sobre os sujeitos (NUNES; GUIMARAES; SAMPAIO, 2016; GRIGOLO, 2015; LANCETTI; AMARANTE, 2012; COSTA-ROSA, 2011).

Destacamos como premissa que a gestão em saúde e, especificamente, a gestão da clínica, tem trazido para o seu campo as tensões produzidas no diálogo entre: controle-autonomia e normalização-singularização na atenção. Assim, o desafio de ampliar o acesso e a disponibilização de ações e serviços de saúde mais qualificados permanece atual e continua demandando a produção de inovações nas práticas de gestão e de cuidado (GOMES *et al.*, 2015).

Ao analisar a conjuntura sócio histórica dos dispositivos de saúde mental, muitos estudos enfatizam o paradigma da reinserção social como estratégia de consolidação do cuidado (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013; BÜRKE; BIANCHETTI, 2013; PACHECO *et al.*, 2016; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015; AMARANTE, 2007). No entanto, embora consideremos sua devida importância, são feitas algumas ressalvas a respeito dos efeitos desse paradigma na prática clínica.

Observar a reinserção social apenas como um mecanismo vazio de cumprimento das leis e portarias é reduzir as pessoas ao simples rótulo de “sujeitos de direitos”. O imperativo da inclusão por vezes incentiva indiretamente a ideia de que não se cura com subjetividade, mas com o retorno aos círculos produtivos de trabalho. Por outro lado, a clínica sob uma perspectiva crítica foge da possibilidade de se tornar mais um dispositivo de controle dos sujeitos, uma vez que estes não podem se perder em meros reducionismos enquanto objetos de inclusão. Mais que reinserção, acreditamos na implicação como estratégia potente (RINALDI, 2015; DUNKER; NETO 2004).

É nessa seara que a perspectiva do risco entra. Em outras palavras, observamos hoje a complexa relação entre o paradigma clínico e a consolidação de escalas e protocolos como *modus operandi* do campo saúde. Com essa constatação, não pretendemos incentivar o descrédito à aplicação desse tipo de abordagem, uma vez que seus efeitos podem representar sim grandes avanços em cuidados terapêuticos. No

entanto, chamamos atenção para a forma como a categoria risco vem se inserindo na lógica estrutural da atenção à saúde, podendo se tornar sinônimo de cerceamento da singularidade em detrimento da padronização de procedimentos. Para fins de análise, investigaremos neste trabalho se o uso acrítico dos protocolos de risco contribui para o engessamento da escuta singular dos sujeitos. Assim, nos perguntamos: para quê classificar? Apenas para atuar sobre o sintoma? Para otimizar a atenção sobre as condutas e identificar uma melhor assistência? Ou outras razões mais complexas?

Foucault (2005), ao discorrer sobre o poder e seus efeitos, afirma que este não é uma propriedade, tampouco uma potência; mas é sempre uma relação. Historicamente, o controle do Estado que antes se dava pela conquista e o governo de territórios, agora passa a se materializar no próprio controle das populações. Segundo o autor, uma das estratégias utilizadas para viabilizar essa governança é a adoção de discursos e práticas que imprimem modos de subjetivação, ou seja, que produzem sujeitos.

O século XVIII se apresenta como o século do disciplinamento dos saberes e de suas organizações internas. Esse processo se desenvolveu a partir de quatro operações principais: seleção, normalização, hierarquização e centralização. Critérios de seleção para distinguir saberes de não-saberes; normalização para homogeneizar seus conteúdos; hierarquia para a consolidação do conjunto teórico e centralização desses saberes em torno de um axioma específico (FOUCAULT, 2005).

Sob essa ótica, a clínica é passível de se tornar uma “clínica do risco”. Observamos a realidade dessa premissa em diferentes estudos, a partir de diferentes enfoques (CAVALCANTE *et al.*, 2015; MANCOPES *et al.*, 2014; GAUY; ROCHA, 2014; PINTO *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2011; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Assim, a relação entre os conceitos de clínica e risco – que pelas categorias semânticas que trazem deveria ser, no mínimo, tensa – vem se tornando hoje uma relação de complementariedade.

Os processos de trabalho têm nos mostrado que o paradigma clínico (na sua dimensão que lhe é própria: singularidade da atenção), à medida que incorpora elementos do paradigma do risco (enquanto controle dos sujeitos), contribui com o reforço dessa visão cerceadora da subjetividade. Pensar/fazer clínica em meio a políticas de saúde que, cada vez mais preconizam a adoção de protocolos, tornou-se uma prática do previsível. E o que é previsível, é facilmente controlável. Aqui, os moldes da prática clínica enquanto saber podem perfeitamente seguir aquelas quatro operações citadas pela perspectiva foucaultiana.

O saber clínico obedece a critérios de seleção quando legitima saberes científicos em detrimento dos populares. Por saber popular entendemos todos os conhecimentos teórico-práticos que ocorrem independentemente do domínio da ciência institucionalizada. Mediados por processos socioculturais, o saber popular oferece também um modo de entender os fenômenos, fornecendo elementos para que os eventos do cotidiano, inclusive os relativos à saúde, sejam compreendidos e aceitos (BARBOSA *et al.*, 2004; JUNGES *et al.*, 2011).

A proposta da clínica ampliada reconhece a imersão dos sujeitos em teias de forças que os constituem, valorizando práticas que integram elementos socioculturais e se distanciam de purismos das racionalidades médicas, dos modelos teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas (JUNGES *et al.*, 2011). Há que se observar, portanto, as referidas racionalidades exclusivistas viabilizadas pela lógica do risco na clínica.

Esta última se consolida também em meio a critérios de normalidade. A homogeneização ou a padronização de conteúdos e práticas nos remete a uma lógica de mercado, base para a produtividade capitalista. No setor saúde, essa lógica imprimiu algumas características, como por exemplo: trabalho, insumos e tecnologias que tendem a se ajustar a essa produtividade; condutas terapêuticas que atribuem um custo à doença e ao doente, priorizando práticas rentáveis e lucrativas; hipertecnificação da profissão em detrimento do contato humano com os usuários e suas famílias (SOUZA, 2011).

Canguilhem (2009) já havia apontado para essa discussão ao apresentar a distinção entre as ciências do normal e as ciências do patológico. Nesse contexto, palavras como ‘norma’ e ‘média’ ganham destaque enquanto referenciais de ação. A noção de cura ou sanidade se expressa em fazer voltar a norma um organismo que dela tinha se afastado. A saúde aparece aqui sob a perspectiva da adaptação a determinada situação.

Tamanha diversidade de demandas e intervenções, entretanto, não necessariamente significa correspondente superação das clausuras do desejo. Uma mudança paradigmática no plano da lei ou, mesmo, dos dispositivos de cuidado é necessária, mas não suficiente para erradicar os desejos de dominar e controlar os “sujeitos do risco”. São desejos que expressam as marcas, linhas duras constitutivas de nossa subjetividade calcadas em mecanismos disciplinares que atrelam a fuga da norma a saberes especializados e classificações psicopatológicas (ROMAGNOLI *et al.*, 2009).

Com uma clínica do risco, as políticas higienistas e saneadoras levam a população a louvar o espírito humanitário das intervenções políticas que visam a incentivá-la, protegê-la, estimular e administrar a sua vida, e a não perceber a contrapartida brutal dessa

obsessão do poder estatal pelo cuidado purificador da vida. Hoje, a política de vida de nosso século parece bem diferente. Não está delimitada nem pelos polos de doença e saúde, nem focalizada em eliminar patologias para proteger o destino da nação. Ao contrário, está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes (GADELHA, 2015; SOUSA, 2012).

Nesse contexto, no que diz respeito às práticas prevalecentes na atualidade, os sinais e sintomas parecem servir exclusivamente como índice para identificação de algum dos transtornos mentais catalogados no cardápio classificatório dos diagnósticos, desconsiderando o sintoma como manifestação subjetiva e particular. Do universal ao singular, a clínica na qual acreditamos prioriza o sintoma em sua dimensão singular, sem, no entanto, descartar a referência aos diagnósticos. E, além disso, sem sobrepujá-los aos próprios elementos que os compõem e que, mesmo em seu universal, são particularizados em cada sujeito, se guardarmos a perspectiva de ser o sintoma uma marca expressiva de cada um (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Como escapar então da imprevisibilidade? É possível escapar? Seria essa uma questão necessária? Provavelmente, o paradigma clínico do risco nos ensinou a compreender os imprevistos do percurso como algo nocivo e – por que não – notoriamente oneroso aos sistemas de saúde. Constatamos referenciais de atuação baseados na noção do “controlar para cuidar”, pois somos tomados por uma ânsia de demarcar o saber e de sítiar a singularidade do outro a nossa frente.

Não se trata de incentivo à inoperância, em uma espécie de anarquia ou niilismo sanitário, longe de quaisquer referências de trabalho. Pelo contrário, buscamos refletir acerca da expressividade do objeto da clínica em saúde mental, que, por excelência, é de natureza imprevisível; que tem sua maior significância justamente na inexatidão dos caminhos adotados. Assim, é no mínimo delicado desdobrar toda uma política em torno do controle daquilo que não se deixa deter. E, em relação ao risco, essa postura termina por reproduzir lógicas nem sempre frutíferas para os contextos de cuidado.

No momento em que lançamos uma *práxis* nesse plano de problematização e questionamento, temos a chance de compor uma espécie de método delirante, que não busca verdades prontas, mas se enreda nas perguntas que acionam um emaranhado de operadores conceituais e nos instrumentalizam para novas lógicas de ação. Ao pensar a clínica, não buscamos um caminho único, mas podemos nos tornar mais sensíveis a

criação de estratégias e ações, para ir ao encontro das novas demandas de subjetivação e de uma escuta ampliada (FONSECA *et al.*, 2010).

4.3 Perspectivas políticas do risco: o discurso preventivista.

Para compreender os sentidos políticos do risco, convém primeiramente uma breve discussão acerca do que estamos denominando de política e o porquê de suas relações com as práticas de saúde. Esse movimento é importante para chegarmos a uma noção mais concreta das ressonâncias teórico-práticas que o risco tem produzido ultimamente.

Os autores definem política como o processo pelo qual indivíduos organizam suas ações em relação às ações de outros, com o objetivo de esforçar-se para melhor viver de forma coletiva. Trata-se do cimento da própria vida social, consolidado por uma reflexão crítica da realidade que nos levaria à compreensão dos papéis e espaços de cada sujeito. Surgida para garantir a estabilidade social, a política lança mão de conceitos como Estado e cidadania (WEFFORT, 2011; SILVA, 2008; ARENDT, 2007).

Desde a Grécia antiga, o conhecimento é base importante para o exercício da política. Não é casual, por exemplo, a proposta de Platão em seu livro *A República* acerca da necessidade de um rei filósofo. Nesse contexto, quem conhece a verdade pode melhor conduzir o interesse público e o que consegue "ver" através da aparência deve dirigir a Pólis (CROCHIK; MASSOLA; SVARTMAN, 2016). Há aqui, uma relação com um saber sobre a verdade pressuposta.

Sendo assim, compreendemos que a política se expressa sob duas perspectivas: 1) visão ou visões de mundo que regulamentam relações sociais; 2) formas de apropriação e controle de um saber (tomando em consideração a noção platônica acima explicitada). Partindo dessa lógica, uma ação política tanto pode ser revolucionária ao traçar linhas de fuga, como pode ser cerceadora de subjetividades ao disciplinar modos de ser.

Analisando os referenciais de Michel Foucault, compreendemos o percurso realizado pelos caracteres políticos especialmente nos dispositivos de cuidado. Em *Vigiar e Punir* (2008b), encontramos um panorama dos processos de repressão do Estado sobre os sujeitos. Mudando ao longo dos séculos, os dispositivos de punição – que até o século XVII eram extremamente cruéis – assumiram outras formas com a criação das prisões no século XVIII. Essa mesma evolução culminou com o advento de novos modelos de

correção, deslocados, em seus motivos, da vingança ao soberano para a defesa da sociedade.

Com a lógica neoliberal, os processos de adestramento desenvolvidos no cárcere se estendem ao cotidiano da sociedade enquanto para a sujeição da vontade e controle da produção de energia individual, sempre com vistas a manutenção do sistema capitalista. Essas práticas suplantaram a dimensão prisional, alcançando muito além das barreiras físicas impostas pelas instituições de correção.

Em *Os Anormais* (2010), observamos análises à questão do saber e do poder disciplinar no século XIX, especialmente sobre os indivíduos considerados “perigosos e incorrigíveis”. Aqui, adentramos em noções acerca de uma política do governo sobre os outros: grupos que, por escaparem às condições da norma, deveriam ser objeto de controle e intervenções. Trata-se de uma das expressões do conceito de governamentalidade, trabalhado também em obras como *Microfísica do Poder* (1997).

O referido governo dos outros se dissemina de forma micropolítica, alcançando projeções significativas. No terceiro volume de *História da Sexualidade* (1985), Foucault nos apresenta a discussão de um importante aspecto de manutenção dessa ordem. As práticas repressivas se tornaram mais “refinadas” a ponto de resultarem em uma “ética do cuidado de si”, por meio da qual os próprios sujeitos assumiriam uma postura autocontroladora.

A partir de então, migramos de uma política “da vida” para uma política “sobre” a vida, controlada e submetida ao biopoder. Faz parte deste último o controle sobre a natalidade e a mortalidade, as condições de vida; um poder que atua a nível da espécie, da população, com o objetivo de gerir a vida do corpo social. Enquanto a disciplina é centrada no corpo, produzindo individualidades, o biopoder foca a vida, na tentativa de controlar, prevenir e remediar eventos aleatórios que possam surgir (LACHI; NAVARRO, 2012).

Nesse sentido, Candiotta (2010, p. 161-162) afirma:

Governar é agir sobre si mesmo, em vistas de se posicionar criticamente diante de quaisquer ações de condução. Inexistem relações de governo que não sejam aquelas exercidas sobre sujeitos livres, que dispõem de um campo plural de possibilidades e alternativas. Essas alternativas se estendem, desde a aceitação de uma determinada condução até a constituição de contra condutas ao modo como ela é exercida. As contra condutas são elevadas a novo ponto de partida, diante das diferentes relações de governo; elas designam um cuidado político de si, porque o sujeito é constituído como tal em virtude da relação política do governo de si mesmo em face do governo dos outros.

Na sua dimensão ética, o cuidado de si implica outro jogo de forças, do eu para consigo. Trata-se de um embate no próprio indivíduo, na distância entre a condescendência aos seus desejos e a sua limitação pelas práticas de liberdade. Estamos no centro daquele âmbito da maneira pela qual é necessário conduzir-se em vistas de uma “relação consigo” ou de uma ética, como quer Foucault.

É perfeitamente possível observarmos esse jogo de forças hoje em discursos baseados nas temáticas relacionadas ao “autocuidado e responsabilização”. Na saúde, essa premissa surge também após um processo histórico de transformação das práticas, dentro do qual o risco encontra-se fortemente imbricado. Politicamente, falar de risco perpassa pela compreensão das novas formas de gerir o imprevisível.

Para alguns críticos na atualidade, como Bauman (2001) a metáfora do panóptico de Bentham⁶ - que alcançou enorme influência na problematização do campo da saúde – não é mais adequada para lidar com os elementos tecnológicos-comunicacionais presentes na produção da subjetividade nas sociedades contemporâneas. Para representar a forma como o controle é exercido nos dias de hoje, Bauman utiliza o termo *sinóptico*, cunhado já anteriormente por Thomas Mathiesen em 1997⁷.

Enquanto no panóptico muitos eram observados e controlados por poucos, através de postos privilegiados de observação supostamente ativa, no sinóptico o controle se dá pela autovigilância. Em contraposição ao panóptico – de dimensões locais – o sinóptico adquire feições globais, sem limites de domínio, uma vez que os próprios sujeitos exercem os dispositivos de vigilância sobre si mesmos. As formas de controle via autogoverno passam a ser denominadas “tecnologias de si mesmo”, por meio das quais o autocuidado se apresenta como estratégia de tornar indivíduos pessoalmente responsáveis pela gestão de riscos socialmente gerados (ALMEIDA FILHO; CASTIEL; AYRES, 2013; PINHEIRO, 2014).

Os mesmos autores ressaltam que, se antes o risco se apresentava por uma visão unidimensional e mecanicista, alimentado pelas novas tecnologias de vigilância epidemiológica, seus sensores e monitores, agora observamos uma política do risco como fomento de práticas de promoção com base em processos geridos pelos próprios sujeitos.

⁶ Termo utilizado pelo jurista inglês Jeremy Bentham em 1875 para designar uma penitenciária ideal. Trata-se de uma disposição arquitetônica que permite a um único vigilante observar todos os prisioneiros, sem que estes saibam se estão ou não sendo vistos. O medo e o receio de não saberem se estão a ser observados leva-os a adotar o comportamento desejado pelo vigilante. Foucault fala do panóptico em *Vigiar e Punir* (2008b), referindo-se a sociedade disciplinar.

⁷ Ver MATHIESSEN, T. **The Viewer Society**: Michel Foucault’s panopticon revisited. *Theoretical Criminology*, v. 1, n. 2, p. 215-234, 1997.

Como consequência, observamos uma lógica compensatória que auxilia os dispositivos de governamentalidade em sua missão de colonização subjetiva. A vida então fica restrita às prescrições sobre o que parece estar ao alcance e controle de todos: o corpo perfeito, a saúde plena, a ausência de sofrimento e dor, a negação da morte (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Fatos como esses são significativas amostras da biopolítica no contexto pós-moderno. Trata-se de um controle micropolítico instaurado pela ordem dos discursos. Para que a biopolítica exerça uma relação positiva com a vida, de modo a aumentar a força das populações, a sociedade aceita vivenciar explícita ou implicitamente processos de exclusão de tudo o que lhes pareça uma ameaça (WANDEKOKEN; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAÚJO, 2015; FOUCAULT, 2005).

Se antes da época moderna o perigo implicava fatalidade, agora ele é ressignificado em controle possível. Tais alcances produzem modos de ser, disciplinando comportamentos por meio da regulação dos estilos de vida e prescrevendo modos de gerir a saúde. Observa-se essa característica no fato de que a abordagem dos riscos por vezes minimiza as singularidades quando comportamentos não aceitáveis socialmente são tomados como anormais e patológicos. O que se toma como risco, pode ser uma expressão da subjetividade de cada sujeito (FURTADO; SZAPIRO, 2012; SANTOS *et al.*, 2012).

A patologização das singularidades contribui para a domesticação de corpos potencialmente insanos com seus impulsos nocivos diante das possibilidades do existir. Em outras palavras, uma forma de lidar com esses efeitos indesejáveis se dá através do que os autores chamam de patologização do mal-estar, pela qual se responsabilizam os indivíduos que não sabem se pautar de maneira adequada às dinâmicas da vida estabelecidas socialmente e que não assumem de modo explícito sua feição moralista no âmbito da saúde (CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014).

Existencialmente, o relevante não é a norma estatística, mas os desdobramentos e desencontros impostos à vida da pessoa e as consequências biopsicossociais que as intervenções focadas estritamente na dimensão biológica podem gerar. Certamente, a subjetividade humana não cabe em protocolos de classificação e não há como reduzi-la a um discurso de previsibilidade, principalmente no campo da saúde (CANGUILHEM, 2009 apud FERREIRA *et al.*, 2014).

Parafrazeando Guattari e Rolnik (2005), assim como o capital ocupa-se da sujeição econômica, a cultura ocupa-se da sujeição subjetiva. Essa cultura produz exatamente indivíduos normalizados segundo sistemas hierárquicos, de valores e de

submissão. Sistemas como esses, implícitos e dissimulados, devem grande parte de sua credibilidade a um contexto político traduzido em discursos. É possível então tomarmos o discurso dos riscos como parte dessa cultura de produção de subjetividades.

No plano individual, reverberam efeitos subjetivos que materializam espectros nosológicos monitoradores de nosso imaginário corpóreo. Trata-se de uma espécie de estado de (auto) vigilância permanente para prevenir a condição de periculosidade da qual hoje somos portadores, conforme enuncia a lógica dos fatores de risco' – que espreita com olhos ameaçadores nossas posturas habituais de vida, delatando suas supostas vicissitudes (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2012).

Os mesmos autores complementam ressaltando que o risco se tornou também um dispositivo de convencimento da agenda oficial utilizado para justificar publicamente algumas formas de intervenção do/no setor saúde e de destinação prioritária de fomentos e recursos para certas linhas de investigação científica (em detrimento da contemplação de outras).

Em termos práticos, a análise dessas questões implica na construção de relações horizontais no trabalho em saúde. Desse modo, a reorganização dos fluxos na assistência, visando à melhoria no acesso e na qualidade na atenção aos usuários encontra-se, entre os maiores desafios do sistema. A integralidade deve ser buscada como potencialização das formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais (BRASIL, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Sendo o processo saúde-doença decorrente de múltiplos aspectos e pertinente a todos os setores da sociedade, implica paralelamente, por parte do Estado, a formulação de políticas sociais e econômicas que extrapolem o enfoque de risco e atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida. Esse processo de negociação passa necessariamente pelas dimensões culturais, especialmente quando consideramos que saúde se produz mediante a inserção de diferentes atores sociais na sua liberdade e singularidade (BRASIL, 2007).

Além disso, as noções de doença, cuidado, hábitos saudáveis e não saudáveis, terapias, atribuições profissionais, participação, cura, promoção e educação em saúde, dentre outros termos relacionados ao campo, inserem-se numa lógica eminentemente cultural. Por isso, são conceitos que não podem naturalizar-se e devem estar em um constante movimento de problematização, pois correspondem a uma realidade dinâmica e passível de mudança.

4.4 Promoção e Prevenção da Saúde: discursos e práticas em saúde mental.

Com as novas diretrizes propostas pela reforma sanitária na década de 1970 e, especialmente, a partir da criação do SUS em 1988 e do então Programa Saúde da Família em 1993, observa-se que um novo modelo assistencial vem se delineando. Esse mesmo modelo traz como característica principal a atenção à família e aos sujeitos, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos cuidados com a Saúde Mental (SM) da população neste nível de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se então fundamental para a atenção às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento emocional e seus familiares. Com base no trabalho organizado por meio de ações comunitárias que favorecem a participação no território e a reinserção social, as práticas de SM fomentam o exercício da cidadania (CORREIA; BARROS; COLVEIRO, 2011)

Assim, resultante de significativos esforços originados desde o início dos movimentos sanitaristas e de direitos dos usuários, a Reforma Psiquiátrica surge como importante movimento que incorpora a militância do Movimento da Luta Antimanicomial e de suas dissidências. A incorporação de setores contra hegemônicos de governos, sociedade civil, corporações da área, usuários, familiares, universidades, aparelhos formadores e outros, foi igualmente importante e decisiva para a consolidação de um projeto de saúde com pretensões de acessibilidade universal, de reorientação da SM no Brasil e a aprovação da sua Lei Federal nº 10.216/2001 (PITTA, 2011).

A respectiva reforma traz como proposta pensar a substituição do modelo hospitalocêntrico em SM pela instituição progressiva de redes extra hospitalares. Desse modo, põe em evidência a denúncia contra a violência dos manicômios e a hegemonia de uma rede assistencial privada, construindo coletivamente uma crítica ao chamado modelo médico-centrado na atenção às pessoas com transtornos mentais.

Este movimento se deu de um extremo a outro, saindo de uma atenção fundada no âmbito asilar para a criação de um tipo de cuidado apoiado em modelo psicossocial, descentrado da dimensão exclusivamente patológica e da excludente. O referido modelo então suscita a importância da consideração da singularidade e da inclusão social e cultural das pessoas em sofrimento psíquico (FIORATI; SAEKI, 2012).

Frente aos desafios encontrados para a efetivação das propostas de cuidado que a reforma preconiza, nota-se a adoção de estratégias de atenção que identifiquem as demandas singulares dos usuários e estabeleçam a integração da rede de atenção em todos os níveis. De modo semelhante, enfatiza-se a relevância desse discurso alinhado ao projeto terapêutico dos mesmos usuários, englobando igualmente seus familiares e o acesso aos dispositivos ofertados pelo território (VALADARES, 2013).

Estratégias de desconstrução do referido modelo manicomial são experimentadas com a criação de equipamentos substitutivos para os cuidados em SM. Estes são serviços de saúde do próprio SUS disponibilizados a toda a população – tais como ambulatórios de saúde mental e outras unidades preparadas para essa nova abordagem de atendimento, pela qual cuidar já não é mais excluir, e cada usuário pode encontrar ajuda para construir sentidos e mudanças para sua própria vida (BRASIL, 2012).

Além dos serviços referentes à ESF, observamos importantes iniciativas que operacionalizam a atenção, dentre as quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o tratamento intensivo de pessoas com transtorno mental. Igualmente, os Serviços Residenciais Terapêuticos, ajudando na reinserção social das pessoas que viveram longo tempo institucionalizadas; os Centros de Convivência, como núcleos de produção de cultura e espaço de troca entre os usuários dos serviços da saúde mental e a sociedade em geral; são outros exemplos significativos (BRASIL, 2012)

Após os movimentos de crítica e reflexão acerca dos modelos de cuidado até então vigentes, observa-se a sanção da Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, denominada Lei Paulo Delgado. Instituinto a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a mesma contribui para redirecionar a assistência, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, bem como dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A legislação produziu uma série de ações mutativas no panorama assistencial em SM, como, por exemplo, a abertura de muitos serviços públicos de base comunitária, redução drástica do número de leitos psiquiátricos, inversão do financiamento prioritário dos hospitais para os serviços abertos, e uma maior atenção aos direitos dos usuários (BARROSO; SILVA, 2011).

Nesse contexto, nota-se que os profissionais de saúde têm geralmente focado seu trabalho em SM com enfoque predominante na doença e na remissão de sintomas. Desta forma, essa premissa tem gerado uma perigosa expectativa de cura que nem sempre se pode falar, uma vez que o cuidado para com usuários em sofrimento mental implica numa

ressignificação desse sofrimento e na potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo. Ressaltamos igualmente o papel que os familiares têm exercido nesse processo. Os sujeitos institucionalizados passaram e/ou voltaram a viver com suas famílias, tornando, assim, estas responsáveis em parte pelo percurso de reabilitação (COLLETI *et al.*, 2014; BRASIL, 2013).

A análise histórica da relação entre o direito e o fenômeno da loucura permite a compreensão mais atenta dos obstáculos, possibilidades e alternativas no tratamento e reinserção social. Ressalta-se que não se pode pensar a reabilitação psicossocial se não se conhece o contexto no qual o usuário está inserido. Desse modo, é importante desconstruir as definições estigmatizantes e segregantes que ao longo dos séculos têm vitimado as pessoas em sofrimento psíquico, tendo como objetivo a busca de sua subjetividade, valorizando laços afetivos e sociais (CORREIA JÚNIOR; VENTURA, 2014).

Considerada como um significativo passo para a concretização da política de SM no cenário nacional, a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre seus objetivos gerais, destaca-se garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Sendo assim, uma vez que o cuidado em SM a partir da reforma psiquiátrica é partilhado entre sujeito, família e serviços de saúde, as teorias sobre a relação adoecimento psíquico e modos de cuidado precisam ser revisitadas (SANTIN; KLAFKE, 2011). Para tanto, se faz necessária a compreensão do conceito de prevenção e suas implicações para a própria noção de risco.

Enquanto autor clássico, Freud já fazia ressalvas à prevenção da psicose no texto *Neurose e Psicose*, de 1924. Ao explicar os mecanismos de gênese dos processos patológicos, ressalta que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução (FREUD, 1924). Desse modo, as supostas tentativas de cura reveladas nos discursos preventivistas se revelam inconsistentes.

Um dos primeiros trabalhos referentes à prevenção mais especificamente relacionada à SM refere-se ao livro do psiquiatra canadense Gerald Caplan. Publicado em 1964, *Princípios de Psiquiatria Preventiva* foi uma obra pioneira na reflexão acerca das noções de prevenção primária, secundária e terciária. De acordo com Caplan, a prevenção primária tem como objetivo principal realizar ações para a redução da ocorrência de novos

casos, sendo destinada à população exposta a fatores de risco, mas que ainda não apresentam diagnóstico de transtorno mental. A prevenção secundária direciona-se aos sujeitos que já apresentam sinais iniciais de alguma patologia. E, por fim, a prevenção terciária refere-se aos sujeitos que já possuem diagnóstico psiquiátrico, sendo que, aqui, o objetivo é diminuir os prejuízos e consequências da patologia (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

Observamos que o próprio conceito de doença mental traz em si uma noção paradoxal: como afirmar normativamente que algo é patológico sem considerar sua relação com a posição subjetiva assumida pelo sujeito? O que é, então, doença mental senão oposição aos modelos instituídos? Nesse sentido, como a prevenção caminha de maneira muito próxima ao conceito de promoção da saúde, convém observarmos o percurso histórico em direção à consolidação do moderno conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Uma influência importante para a formulação do conceito de Promoção da Saúde (PS) provém do relatório conhecido como Informe Lalonde, produzido pelo ministro canadense de mesmo nome em 1974. Esta publicação tornou o seu autor um dos primeiros responsáveis pela inauguração de uma nova era de interesse social e político pela PS. O referido informe, ao notar que os estilos de vida e o contexto do ambiente estavam diretamente implicados no processo saúde-doença, contribuiu para a elaboração de políticas acerca dos determinantes sociais de saúde. Ademais, denominou de proteção da saúde as intervenções no ambiente; de prevenção da saúde as direcionadas aos sistemas; e de promoção aquelas relacionadas aos estilos de vida (WESTPHAL, 2008).

Em seguida, a Conferência de Alma-Atá em 1978 foi outro marco importante, uma vez que propõe o conceito de saúde como um direito, vinculando sua construção também à cooperação com outros setores sociais. Seis anos depois, em 1984, dez anos após a publicação do Informe Lalonde, o Congresso Canadense de Saúde Pública define cinco princípios acerca da PS, a saber:

A Promoção da Saúde (1) envolve a população como um todo, no contexto de vida diário, em vez de focalizar as pessoas em risco de serem acometidas por uma doença específica; (2) é dirigida para a ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde; (3) combina métodos e abordagens diversas, porém complementares; (4) objetiva particularmente efetiva e concreta participação social; (5) é basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente serviço de saúde (WESTPHAL, 2008, p. 644).

Os efeitos dos trabalhos oriundos da perspectiva canadense culminaram na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa no ano de 1986. É da Carta de Ottawa o famoso conceito de saúde como o mais completo bem-estar físico, mental e social. No mesmo ano no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde lança bases para um futuro sistema de saúde como direito de todos e dever do Estado, fato que se consolida na promulgação da Constituição de 1988, criando o SUS.

Em 1992, o Programa Saúde da Família (PSF) surge propondo uma reorientação do modelo assistencial. Os profissionais do PSF se apresentam como importantes atores para a operacionalização da PS, especialmente com o desenvolvimento da ESF nos períodos subsequentes. Nessa dimensão, a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006 vem contribuir para reforçar a proposta da PS no cenário nacional, coordenando sua implantação e articulação com outros setores governamentais (BUSS; CARVALHO, 2009).

De modo geral, as ações de PS no Brasil podem ser dirigidas a indivíduos, grupos específicos ou a toda população, podendo também incluir um objeto de ação ou serem abrangentes. E quanto a suas estratégias de atuação, podem ocorrer em duas frentes: no espaço delimitado dos serviços de saúde ou no âmbito mais geral concernente às políticas públicas intersetoriais (BUSS; CARVALHO, 2009).

No que tange às estratégias de promoção e prevenção em saúde mental, é fundamental lançarmos um olhar sobre as produções científicas nacionais como forma de compreender quais as principais ações desenvolvidas nesse âmbito. Elas nos concedem um panorama acerca do nível de aplicabilidade da política de saúde mental e dos desafios vivenciados pelos profissionais no contexto dos processos de trabalho.

Como parte de nossa pesquisa bibliográfica para a presente pesquisa, uma revisão integrativa com os descritores “promoção da saúde” e “saúde mental” foi realizada, contemplando trabalhos no período de 2008 a 2015 sobre as temáticas, e resultando ao final do processo no número de quinze artigos a serem analisados. Da leitura dos trabalhos observamos que, de modo geral, as ações de promoção da saúde em sua relação com a saúde mental podem ser resumidas no quadro a seguir, que mostra a relação entre as temáticas apresentadas e a quantidade de artigos encontrados.

A compreensão dessas práticas é fundamental para a análise da perspectiva geral das ações de cuidado desenvolvidas nos serviços e através das políticas. Grande parte das intervenções do tipo não acontecem sem desafios estruturais e políticos, o que faz desse

campo por vezes um cenário de disputas e potencialidades. Cada uma das práticas a seguir também devem acontecer de forma coletiva.

Quadro 2: Resumo das práticas de saúde mental por artigos pesquisados.

Artigos (quantidade)	Práticas de Saúde Mental
2	Construção de vínculos, abertura ao outro.
2	Tratamento da doença. Ênfase nos transtornos mentais.
2	Encaminhamentos.
1	Matriciamento, clínica descentralizada, co-responsabilização.
3	Modelos substitutivos, trabalho com equipes multiprofissionais.
5	Integração comunitária, articulação com atenção primária.
Total: 15	

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Assim, observamos que as práticas que valorizam a integração comunitária, ou seja, a inserção do sujeito nos dispositivos sócio assistenciais de seu território – preconizadas pela própria política nacional de saúde mental (BRASIL, 2001) – são as mais recorrentes.

Quesitos como construção de vínculos e abertura ao outro expressam uma característica essencial da clínica enquanto efeito de um encontro, lugar significativo da fala enquanto autorização da singularidade. Do contrário, a ênfase da assistência nas tecnologias duras⁸ reduz esse encontro entre os sujeitos nas instituições e gera uma obsessão pelo suposto objeto de intervenção: o órgão doente ou a patologia (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008).

Há que se notar, igualmente, a prática dos encaminhamentos como recursos que podem, ao mesmo tempo, serem positivos ou negativos para o bom andamento do processo de trabalho. Considerando a perspectiva da noção de redes de atenção, o ato de encaminhar assume um lugar de destaque dentre as práticas comuns nos serviços de saúde mental. No entanto, espera-se que os profissionais compreendam esse exercício como um procedimento que requer cuidados.

Para além do sentido positivo de compartilhar casos, o encaminhamento pode se traduzir em um mecanismo de desresponsabilização da equipe; um “passar adiante” para que outros cuidem. Esses intermináveis procedimentos evidenciam desarticulação das

⁸ Segundo Silva, Alvim e Figueiredo (2008), as tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização

ações, bem como uma relação fragmentada entre equipamentos, o que inviabiliza um atendimento integral e transdisciplinar. Perde-se, também, a ampliação das possibilidades de cuidado do usuário, que faz uso apenas de serviços isolados que tratam de problemas pontuais (DELFINI; REIS, 2012).

O matriciamento⁹ e a adoção de atividades em substituição ao modelo hospitalocêntrico figura também entre as atividades pesquisadas. Dessa forma, há um crescente reconhecimento de que os programas mais eficazes na prevenção e promoção da saúde são aqueles que adotam abordagens abrangentes, como a proposta pelo modelo ecológico, que inclui várias estratégias de intervenção, visando não só os determinantes individuais de saúde (comportamento, conhecimentos, habilidades), mas também determinantes sociais como rede de apoio, comunidade, organizações e políticas públicas (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

Na realidade do município de Sobral – CE, por décadas, os serviços estiveram sempre ligados ao modelo asilar e manicomial, cujo tratamento oferecido limitava-se a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do seu âmbito familiar e social. O município apresenta um percurso histórico que o tornou marco e referência para a saúde mental no Brasil, especialmente após a morte de um usuário dentro de uma casa de repouso, em 1999.

O fato suscitou sentimento de revolta e denúncias públicas, que culminaram com a condenação do município na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Com isso, Sobral deu início a um processo de reforma psiquiátrica em âmbito local, sendo uma das pioneiras nessa realização. Esse mesmo processo resultou na criação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), que atualmente conta com diversos serviços além do CAPS II, como Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG), bem como um CAPS Álcool e Drogas (SÁ; BARROS; COSTA, 2007).

Assim, os espaços contextuais das ações de saúde mental no município são provenientes da articulação entre ESF e RAISM, tendo os CAPS como referências. No que se refere a estes últimos, a organização do serviço está transversalizada pelo acesso referenciado e o acolhimento. Consoante visto em todo o processo assistencial, os

⁹ Segundo Chiaverini (2011), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica diante de uma demanda que requer maiores cuidados. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências desenvolvidas.

dispositivos potencializadores da prática integral em saúde configuram-se no cotidiano diverso e múltiplo dos serviços nos CAPS e na lógica de funcionamento, no fluxo e no cuidado prestado aos usuários (SÁ; BARROS, COSTA, 2007).

Em Sobral, os serviços de saúde mental possuem diferentes “portas de entrada”, uma vez que os usuários tanto podem ser referenciados pelas unidades de saúde do município, como pelos diversos setores sociais; e ainda, por empresas privadas. Cada serviço de saúde mental se adapta com vistas a propiciar maior acesso às pessoas que dele necessitem (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

No CAPS II há uma demanda organizada, com os encaminhamentos feitos a partir do apoio matricial ocorrido nas unidades de saúde da família. Entretanto, essa forma de encaminhamento não tem somente a função organizacional, mas também uma finalidade de promover apoio especializado aos serviços de atenção primária, possibilitando a ampliação de conhecimentos (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Sendo assim, um dos objetivos principais do CAPS em Sobral é realizar o acompanhamento clínico e a habilitação social dos usuários mediante ações intersetoriais, visando o acesso ao trabalho, lazer, esporte, cultura, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, construindo estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Dentre as atividades desenvolvidas, se destacam: atendimentos individuais e grupais; atenção domiciliar; monitoramento farmacológico; visita institucional; oficinas terapêuticas e atividades educativas e comunitárias (SOBRAL, 2018).

A efetividade de um trabalho baseado nesse contexto passa, dentre muitos fatores, pela implicação dos sujeitos que produzem saúde. Uma produção que se dá não apenas do ponto de vista técnico-assistencial, mas das potencialidades dos encontros e dos embates. E falar de implicação nos leva a observar que, no processo saúde-doença, todos são sujeitos de cuidado, ou seja, responsáveis por parcelas de contribuição na evolução terapêutica. Uma função que não se restringe apenas aos trabalhadores da saúde, mas é resultante de um esforço dialógico e conjunto entre esses e os usuários.

Dessa forma, a desconsideração dos alcances nocivos do conceito e da utilização do risco pode se refletir em uma prática descontextualizada? Sob pretextos de viabilidade econômica e estrutural, como forma de diminuir a excessiva demanda por meio de sua estratificação, a adoção dos protocolos e escalas de risco esconde-se claramente.

A subjetividade se perde frente à burocracia, e as implicações clínicas, éticas e sócio-políticas já não mais figuram como potenciais de mudança? A que se analisar a

importância dos protocolos, mas é igualmente notável pensar formas de flexibilizá-los frente as subjetividades dos diferentes atores que compõem o processo saúde-doença.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.

5.1 Tipo de estudo

O presente trabalho consiste num estudo de abordagem qualitativa e de cunho exploratório-documental. A abordagem qualitativa é definida como a que se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, histórias, percepções e interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, como pensam e sentem (MYNAYO, 2010). A referida abordagem é costumeiramente utilizada em investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (MINAYO, 2010).

Na abordagem qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas, sendo estas capazes de produzir reflexões significativas. Esta perspectiva preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Por sua vez, a pesquisa exploratória tem como objetivo esclarecer e/ou modificar conceitos e ideias em vista da formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Buscam proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo sobre determinada temática. Quanto aos procedimentos, o estudo contempla igualmente os referenciais da pesquisa bibliográfica, compreendida como aquela desenvolvida a partir de material já elaborado, como livros, artigos e outros (GIL, 2014).

Segundo o mesmo autor, a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, sendo que a única diferença entre ambas se aloca na natureza de suas fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a documental lança mão de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Aspectos como estes são ainda mais expressivos em se tratando do campo da saúde. As pesquisas qualitativas nesse campo se apresentam como um conjunto de vertentes teórico-metodológicas que, por meio de uma superação dialética dos modelos

tradicionais, desejam escutar os pontos de vista dos diversos atores sociais. Essas análises estão para além dos pressupostos da mensuração objetivável, uma vez que valoriza a compreensão dos complexos processos subjetivos e simbólicos subjacentes aos mesmos (CAMARGO; BOSI, 2011).

5.2 Campo de estudo

O estudo utiliza como campo de pesquisa a cidade de Sobral – CE. Localizada a noroeste do estado e distante 231 km da capital Fortaleza, Sobral é o segundo município mais povoado do interior do Ceará e a quarta maior economia. Possui uma população estimada de 201.756 habitantes e é a maior cidade da zona norte do estado (BRASIL, 2015b).

O cenário de estudo é a Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral (RAISM), em seus dois principais serviços, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e AD). Além disso, o cenário contempla também 2 serviços pertencentes à Atenção Primária à Saúde (APS): O Centro de Saúde da Família Professora Norma Soares (CSF Alto da Brasília) e a Coordenação de APS do município, instituição gestora vinculadas à secretaria municipal de saúde.

A escolha dos referidos cenários se deu por conta de dois motivos principais: primeiro, pela representatividade e alcance que as instituições apresentam no campo da saúde mental municipal. Segundo, pela igual possibilidade de encontrarmos nelas informantes-chaves para o roteiro de entrevista que nos propomos a aplicar

5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 7 sujeitos, divididos entre gestores, profissionais e usuários das instituições supracitadas. Foram igualmente incluídos no estudo os profissionais de nível superior dos CAPS Geral, AD e Centro de Saúde da Família Alto da Brasília, diretamente responsáveis por atividades de acolhimento e atenção aos usuários; gestores e usuários desses mesmos serviços e gestores de órgãos vinculados a secretaria municipal de saúde, conforme acima referido. Foram excluídos do estudo os participantes que não atenderam a esse perfil ou os que se recusaram/desistiram da participação na pesquisa.

Optamos por essas categorias de participantes pelo fato das mesmas contemplarem diferentes perspectivas de discursos: profissionais, no que se refere às práticas de trabalho em saúde mental; gestores, relacionando a temática com as demandas estruturais e políticas de gestão; e, usuários, na busca por compreender a percepção destes acerca da classificação de risco.

A tabela a seguir ilustra a distribuição dos participantes do estudo por categorias e quantidade de entrevistados. Para tanto, utilizamos o recurso da saturação de informações. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Tabela 1 – Tamanho amostral dos participantes do estudo

Grupos	Gestor 1	Gestor 2	Profissionais	Usuários
Quantidade	2	2	2	1
Total				7

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

5.4 Instrumentos para coleta de dados

Utilizamos como ferramentas para a coleta de dados a observação participante e a entrevista semiestruturada. Segundo Gil (2014), a observação participante consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo.

Propomo-nos a observar o cotidiano dos serviços visitados, evidenciando aspectos como fluxos institucionais (acolhimento de usuários, encaminhamentos e visitas, etc.), participação em atendimentos, grupos e reuniões, bem como a dinâmica geral das instituições.

Por sua vez, a entrevista semiestruturada foi realizada mediante aplicação de roteiro produzido pelos pesquisadores (ver apêndice A). O referido tipo de entrevista tem

como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. A entrevista está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (GIL, 2014).

Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1991; TRIVIÑOS, 1987). As entrevistas foram gravadas e realizadas mediante consentimento do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ver apêndice C).

5.5 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados mediante aplicação de roteiro para entrevista semiestruturada, elaborado previamente pelos pesquisadores, bem como análise de documentos existentes nos serviços pesquisados, como: fichas de classificação de risco em saúde mental; protocolos padrões atendimento produzidos pelo serviço; critérios de classificação de risco em saúde mental; procedimentos sistematizados para encaminhamentos de usuários; documentos provenientes das atividades de matriciamento em saúde mental.

Foram igualmente analisados os itens que constam nos referidos documentos e o processo de construção dos mesmos, contextualizando a prática e suas interlocuções com a realidade do serviço. Para tanto, seguimos igualmente um roteiro para a coleta de dados documentais (ver apêndice B).

5.6 Análise dos dados

Para a realização do tratamento dos resultados obtidos na entrevista foi utilizada a técnica de categorização de dados a partir da transcrição de conteúdo, compreendida como um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões referentes à análise dos dados. Didático, na medida em que procura dar certo ordenamento a uma aparentemente "massa caótica" de sentidos, de modo a tornar sua apresentação mais palatável e plausível para os padrões de compreensão do fenômeno pretendido pelo pesquisador. É também científico pelo fato de, embasado por conhecimentos teóricos e

filosóficos, seguir regras que já são universalmente consagradas pela comunidade científica (CAMPOS; TURATO, 2009).

Ademais, para compreensão dos dados coletados, utilizou-se a técnica da análise temática. Caracterizada como uma análise das comunicações por meio de procedimentos sistemáticos na busca da compreensão das informações para dedução de conhecimentos referentes às condições de produção, a análise temática se enquadra em uma das técnicas da análise de conteúdo (BARDIN, 2014).

Segundo Oliveira (2008), a análise temática permite vantagens como: o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto ou uma fala; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto de estudo; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana seja ela verbal ou escrita, entre outros.

Uma análise temática trabalha com a noção de temas principais extraídos da coleta de dados, buscando assim apreender sentidos a partir do processo de categorização. Este método de análise possibilita descobrir os núcleos de sentido que compõem uma fala ou texto, sendo dividida em 3 fases: 1) fase de pré-análise, por meio da qual se realiza uma leitura geral do material explorado inicialmente; 2) fase da exploração propriamente dita do material, onde primeiro realiza-se um recorte do texto, definição das regras de classificação e, por último, divisão em categorias; 3) tratamento dos resultados, destacando as informações obtidas para apreciação (MINAYO, 2010).

Foram analisados igualmente normas e documentos produzidos pelos serviços para a realização dos procedimentos objetos de análise desse estudo, bem como técnicas, recursos e atitudes desenvolvidas pelos entrevistados na atenção aos usuários. Desse modo, o estudo contemplou não apenas os protocolos formalmente estabelecidos nesses serviços, mas igualmente os acordos, ideias, relações, modelos e demais perspectivas informais que caracterizem sua dinâmica interna.

Todas as etapas da realização desse estudo se enquadram na modalidade de pesquisa de risco mínimo, seguindo as normas e diretrizes da Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Igualmente, a pesquisa incorpora em seu contexto os quatro referenciais básicos da bioética, incluindo os princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio da beneficência consiste na ponderação entre riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A não-maleficência garante que danos previsíveis serão evitados. A autonomia implica no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de modo que sejam tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

E, por fim, a justiça fundamenta-se na relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos participantes e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, garantindo a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humana (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Durante a coleta de dados, alguns riscos inerentes ao processo surgem naturalmente em relação aos participantes, como, por exemplo: desconfortos, cansaços, constrangimentos ao se expor, alterações de visão de mundo em função das reflexões suscitadas, entre outros. Por ocasião desta etapa, o pesquisador sempre acompanhou os participantes e prestou toda assistência necessária ou acionou pessoal competente para isso, proporcionando um ambiente e uma postura propícios ao bom andamento da entrevista.

Foram sempre respeitadas as concepções e decisões dos participantes acerca do processo, bem como todas as devidas providências para a manutenção do sigilo. Frente a algum dano material ou imaterial em decorrência da pesquisa, os participantes podem, obviamente, solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

O protocolo de pesquisa foi submetido à Comissão Científica do Sistema de Saúde Escola de Sobral, bem como aos demais órgãos competentes no campo, como Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Plataforma Brasil sob protocolo de número 3.377.420.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Classificação de risco: categorias temáticas

Após a realização das entrevistas e análise do material coletado, para melhor visualização dos aspectos evidenciados ao longo desse processo, optamos por apresentar e discutir os conteúdos a partir da divisão dos mesmos em categorias temáticas com base nas quatro perguntas fundamentais constitutivas do roteiro de aplicação das entrevistas semiestruturadas.

Para tanto, nossa compreensão nos levou a organizar didaticamente as referidas temáticas em quatro áreas gerais acerca da classificação de risco, a saber:

- 1) Conceito de classificação de risco;
- 2) Práticas/processos de trabalho;
- 3) Aplicabilidade;
- 4) Relação profissional-usuário.

Por contemplarem significativamente as diversas nuances que a classificação de risco pode assumir ao longo do processo, acreditamos que os termos supracitados respondem melhor a nossos anseios acerca das percepções dos sujeitos da pesquisa sobre o tema do risco em saúde mental. Obviamente, essas categorias não esgotam a gama de outras possibilidades existentes enquanto ideias de análise e compreensão, pois, nosso intuito aqui é construir pequenos pontos de ancoragem que funcionem como fundamentos para nossas reflexões.

Em primeiro lugar, escolhemos analisar o *conceito* partindo dos pressupostos da arqueologia foucaultiana, que busca compreender o terreno no qual diferentes tipos de saberes tiveram origem e, ao mesmo tempo, a sustentação que esses saberes tiveram. Em *As palavras e as coisas*, Foucault (2000) ressalta o fato de que as palavras, os termos, não são apenas saberes, mas práticas e instituições.

A linguagem não é um sistema meramente arbitrário, pois está depositada no mundo e dele faz parte. Em outras palavras, a categoria conceito apresenta-se como importante na medida em que dispara reflexões acerca de saberes e práticas instituídos, bem como dos *modus operandi* produzidos por esse processo.

No contexto da aplicação das entrevistas, em saúde mental observamos que a produção de instrumentos, a escolha de terapêuticas, as visões de mundo construídas pela proposta dos grupos, os fluxos e outras questões eminentemente práticas têm sua razão de existir em consonância com uma lógica de subjetividade que perpassa todas essas dimensões do cuidado. Ou seja, antes de analisar as práticas concretas, é preciso notar as visões e bases subjetivas por meio das quais o trabalho em saúde mental acontece.

Guattari e Rolnik (2005, p. 31) afirmam que

a subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização - ou seja, toda a produção de sentido, de eficiência semiótica - não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instancias intrapsíquicas, egóicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extra pessoal, extra individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infra psíquica, infra pessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagens, de valor, modos de memorização e de produção idéica, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.). Toda a questão está em elucidar como os agenciamentos de enunciação reais podem colocar em conexão essas diferentes instancias.

Nesse sentido, discutir a compreensão do conceito de classificação de risco é também uma forma de elucidar esses referidos agenciamentos de enunciação produzidos pela política de saúde municipal, ressaltando especialmente a realidade do município de Sobral – CE.

Por sua vez, a categoria *práticas/processos de trabalho* nos põe dentro de um campo essencialmente rico. A reordenação dessa mesma lógica de trabalho e de organização da assistência em saúde é a que também orienta as transformações da assistência psiquiátrica em curso no país. Desse modo, a superação da lógica tradicional de cuidado em saúde mental (manicomial e médico-centrada) que orienta as práticas de trabalho, impõe a necessidade de discutir planejamento, organização, gestão, e outros processos fundamentais aos serviços (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Grande parte da consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica e da expansão da dimensão psicossocial nas práticas de assistência, passa pelo trabalho em ato desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde. E, além disso, vemos que a política se consolida também no mesmo compasso da lógica de intersetorialidade, pois a construção coletiva permanece como um dos pilares significativos do cuidado.

Segundo Silva e Fonseca (2005), o aspecto direcionador dos processos de trabalho em saúde é composto pelo conjunto de três determinantes, de ordem: 1) *estrutural* – os pressupostos legislativos do SUS (lei orgânica, princípios, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor; 2) *particular* - a função do serviço na rede local, bem como os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde, e, finalmente, 3) *singular* - a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais).

Dessa questão podemos depreender que a lógica de trabalho operada pela classificação de risco fundamenta-se também a partir desses três pontos citados acima. Não há como compreender o risco e suas interfaces sem considerar a concretude do SUS em suas diversas expressões. A observação do dia a dia dos serviços vem nos mostrando continuamente que a apropriação da ordem estrutural (legislativa) influi diretamente no nível de inserção do serviço no contexto territorial e na própria perspectiva do vínculo entre profissionais e usuários.

Por sua vez, a ordem singular depende também diretamente das duas anteriores para, dessa forma, efetivar uma atenção que considere de fato as necessidades únicas de cada sujeito. Em saúde mental, notamos que essa máxima é ainda mais verdadeira ao considerarmos seu caráter dinâmico e processual, no qual a perspectiva da coletividade se entrelaça com as expressões subjetivas de cada indivíduo e vice-versa.

O processo de trabalho em saúde nos remete a um conjunto de ações coordenadas e desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais também compõem o objeto de trabalho. Dessa forma, e os saberes e métodos diversos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Portanto, falar dos processos de trabalho implica na compreensão dos diferentes sujeitos envolvidos na construção teórico-prática do contexto de cuidado (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Na categoria *aplicabilidade*, evidenciamos os aspectos referentes à avaliação que os participantes da pesquisa fizeram acerca do uso de instrumentos de classificação de risco. Buscamos aqui captar as percepções e entendimentos expressados, além do modo como esses instrumentos são aplicados nos serviços da rede, discutindo igualmente sobre os diálogos estabelecidos entre os diferentes níveis de atenção.

Os desdobramentos dessa categoria nos permitem reconhecer posturas de trabalho consolidadas culturalmente acerca do cuidado em saúde mental. A saúde é um traço cultural, e os valores e concepções que temos sobre ela também são sempre um traço cultural. Quando consideramos o sistema de representações sociais em torno do objeto saúde, por exemplo, notamos que aquele é composto por elementos arcaicos enraizados na cultura de uma sociedade. Observa-se, também, que a abordagem desse objeto se faz presente tanto a partir do universo reificado quanto do consensual. Logo, apesar dos avanços na concepção do processo saúde-doença, é possível deparar-se com representações baseadas em modelos hegemônicos (MOURA; SHIMIZU, 2017; CAMPOS, 2002).

São justamente esses modelos hegemônicos de cuidado que surgem por ocasião da análise dos instrumentos de classificação de risco. Ao mesmo tempo, pudemos observar que a aplicabilidade dos mesmos não deve cristalizar-se em uma única forma possível de ser/fazer, uma vez que a saúde mental tem como uma de suas características fundamentais a dinamicidade dos processos.

Buscamos compreender o contexto de aplicação e desenvolvimento do instrumento de estratificação de risco criado pela rede de saúde mental, especialmente no que tange à sua interlocução com a Atenção Primária em Saúde (APS). Lugar extremamente rico de potenciais de trabalho, a APS precisa lidar com desafios cotidianos no que diz respeito à ordenação do cuidado. São esses desafios que a *aplicabilidade* também pretende contemplar nas discussões seguintes.

Por fim, ao analisar a *relação profissional-usuário*, entendemos que essa categoria se constitui como uma das mais importantes para a assistência em saúde mental. Para a integralidade da atenção, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras, no contexto desse encontro concreto. Portanto, aqui falamos de singularidade e vínculo enquanto expressões significativas para a relação (SCHIMITH *et al.*, 2011).

Sendo assim, a produção de cuidado em saúde se dá sempre na relação. E, sendo a relação produção em ato, será nesse contato vivo e inusitado com o outro que ocorrerão transformações significativas. O trabalho em saúde pressupõe, assim, lidar com o imprevisto, com o inusitado, requisitando inventividade e improviso por parte dos profissionais, num processo que não pode ser compreendido senão pela lógica do trabalho vivo (MERHY *et al.*, 2002).

A classificação de risco também é central nesse processo, uma vez que nossa investigação buscou responder à pergunta se a utilização mecânica de instrumentos do tipo interferia de modo positivo ou negativo no aspecto relacional do trabalho. Em saúde mental, compreende-se que a aproximação com o usuário e a consideração pela sua singularidade são ferramentas potentes de cuidado e atenção, pois não contribuem para a massificação do sujeito sob o pretexto da aplicação de protocolos descontextualizados de cada realidade.

Atribuímos igual importância à consideração dos fatores que dificultam o desenvolvimento dessa relação no campo da saúde. A partir do contato com os trabalhadores de saúde mental participantes da pesquisa, verificamos a existência de desafios estruturais e pessoais que, vistos sob uma ótica geral, engessam os propósitos benéficos da ideia de classificação do risco. São questões que muitas vezes escapam ao controle individual de cada trabalhador e interferem diretamente na evolução e incorporação do instrumento de estratificação.

Diante deste quadro, a inovação tecnológica, o surgimento de protocolos clínicos e outros dispositivos, especialmente sua incorporação à prática assistencial e aos sistemas de saúde, não podem se curvar a pressões corporativas, industriais ou mercantis, e sim ser subordinadas aos interesses da saúde pública, da sociedade e das pessoas (BRASIL, 2010). Em outras palavras, a lógica assistencial trazida pela estratificação de risco não pode se perder em meio a questões burocráticas e demais precariedades.

Ademais, para cada categoria acima apresentada, optamos igualmente por construir subdivisões de conteúdos como forma de enriquecer as evidências relacionadas às áreas gerais, bem como facilitar o diálogo com os referenciais teóricos e com o próprio contexto sócio-político-cultural do município. Assim, por exemplo, para a categoria Conceito, adicionamos subcategorias com os principais tipos conceituais que, em nosso entendimento, são passíveis de apresentação a partir das falas dos participantes entrevistados. Seguiremos igualmente essa lógica organizativa para as outras categorias.

Sendo assim, ressaltamos a importância de considerar esses resultados e discussão apenas enquanto um recorte da realidade encontrada, a qual possui suas particularidades e características que não se aplicam necessariamente a outros contextos. Essa compreensão é válida para observarmos motivos, explicações, questionamentos e respostas acerca da singularidade da rede municipal de atenção.

Assim, por mais que o sistema esteja ancorado em leis com status de políticas de Estado, a sua concretização também depende das relações estabelecidas entre os

trabalhadores e os usuários. Sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe, mas ao novo processo de trabalho marcado pela prática ética e humana que favorece a qualidade da relação interpessoal no âmbito do SUS (LIMA *et al.*, 2014).

Após essas considerações iniciais, vejamos agora em detalhes os resultados e discussões referentes a cada categoria e subcategoria, bem como suas unidades de sentido e interlocuções com os pressupostos teóricos desenvolvidos ao longo de toda a pesquisa.

6.1.1 Conceito

Conforme ressaltamos anteriormente, nossa primeira categoria de análise refere-se ao *conceito* de classificação de risco (CR). Com base nas respostas dos sujeitos participantes à pergunta “o que você compreende por classificação de risco em saúde mental?”, traçamos algumas unidades de sentido que contemplam o conteúdo geral das falas.

Antes da apresentação das referidas unidades principais de sentido, convém realizarmos uma breve contextualização acerca dos usos conceituais da CR, evidenciando os cenários discursivos nos quais as práticas se desenvolvem hoje. Estes são como que bases que possibilitam o surgimento daquelas referidas unidades semânticas, ou seja, sem esse contexto, é difícil compreender porque cada unidade está ali representada.

Em primeiro lugar, observamos que o conceito de *classificação* de risco confunde-se por vezes com o conceito de *estratificação* de risco. Para alguns participantes, os termos podem apresentar-se de forma equivalente; já para outros, são termos que possuem suas particularidades e diferenciações. Ademais, segundo a percepção dos participantes, ressalte-se que os termos são relativamente novos se considerarmos o contexto da saúde mental, pois a lógica de cuidado proveniente da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial inseriu-se recentemente nos cenários de práticas da rede de saúde.

Os discursos a seguir retratam essa noção:

Visto que a estratificação é um tipo de classificação, [ela] é um termo relativamente novo nesse campo da saúde mental, pelo menos nesse viés de sensibilizar os profissionais a se valer desse instrumental (Gestor 1).

Eu acho mesmo que a estratificação serve como uma classificação desse risco (Gestor 3).

Em seguida, quando observamos o quesito sensibilização dos profissionais de saúde mental para o envolvimento com essa dimensão da saúde, por exemplo, compreendemos a existência de um entrave histórico que marca de modo significativo a assistência em saúde mental, especialmente em serviços não especializados (sem a tradição e o “costume” de acolher usuários com essa demanda). Trata-se do não envolvimento dos profissionais com as questões de saúde mental (SM), o que torna a atenção a esses usuários reservada a categorias profissionais específicas, “próprias da saúde mental”. No entanto, é evidente que os cuidados em SM não são particulares e restritos a profissões, mas são resultantes de um jogo de forças que englobam usuários, profissionais, gestores e demais atores sociais.

A complexidade da SM, a intersetorialidade e a transversalidade de seus saberes, requerem a ampliação das fronteiras para comportar a saúde e a doença como um processo que transcende a dimensão biológica, porque se origina também no âmbito dos processos históricos, sociais e culturais (OLIVEIRA *et al.*, 2017). E, quando falamos em ampliar fronteiras, lançamos também uma reflexão acerca do próprio fazer dos trabalhadores da saúde: por que se faz necessária uma sensibilização (quase que diária) para o envolvimento com a SM, sendo que, pelo menos teoricamente, espera-se que o trabalho em saúde contemple a integralidade de cada sujeito, nela inclusa sua saúde mental?

Note-se que, em alguns cenários de práticas da APS, por exemplo, é comum observamos a hegemonia de determinadas áreas de cuidado no que se refere a programas, ações e serviços: gestação, hipertensão/diabetes, idosos, exames ginecológicos, etc. O cuidado para com essas áreas já se encontra incorporado de tal modo ao fluxo dos serviços, que é possível compreender a existência “natural” de uma cultura de manejo para cada uma daquelas demandas. No entanto, não observamos o mesmo para a saúde mental, salvo algumas exceções, evidentemente.

O fato da necessidade de sensibilização diz da importância e do modo de se fazer SM na APS. Acreditamos que a lógica de territorialização, corresponsabilização e integralidade do cuidado também passa pelo nível de envolvimento dos profissionais, e se constrói em contexto de macro e micropolítica das relações. Desse modo, na visão dos participantes da pesquisa, a classificação de risco é também uma forma de sensibilizar os trabalhadores da saúde quanto as questões de SM.

Perguntados também acerca dos motivos desse não envolvimento, os mesmos participantes ressaltaram acreditar em alguns fatores significativos, dentre eles o aspecto

histórico-cultural e deficiências na própria formação dos profissionais, as quais não contemplaram satisfatoriamente a SM em suas grades curriculares.

Alguns discursos ilustram bem essa perspectiva:

A gente ainda tem uma cultura muito forte de não se apropriar de situações da saúde mental. A força do encaminhamento, a força do delegar prum especialista da área, isso culturalmente é muito forte né? Tanto nas formações como na prática. Claro que além dessas tem outras. Tem gente que pode num querer mesmo. É uma questão muito mais pessoal do que de formação né? (Gestor 1).

Não é um atendimento [a saúde mental] que começou pela atenção primária e foi pra um outro canto. Por isso que a gente tem essa dificuldade desse entendimento, e até mesmo a preparação que é dada a nível de formação mesmo dos profissionais. Muitos poucos têm essa formação pra fazer esse atendimento. Então tem mesmo a questão histórica e essa questão de que a formação do profissional é muito deficitária pra esse tipo de atendimento (Gestor 2).

Por mais que já tenha sido conversado com elas [equipe de APS], mas não tem surtido efeito. A gente não tem tido apoio da equipe primária, tem sido muito resistente. Nosso apoio hoje junto ao matriciamento é a equipe do NASF [núcleo de apoio à saúde da família] (Profissional 1).

Compreendemos que a CR não contribui apenas para uma melhor assistência ao usuário, mas também para um movimento de provocação aos profissionais que o fazem. A cultura do encaminhamento, do delegar para outrem, surge também como um fator preponderante. Exatamente por isso faz-se necessária uma interrogação às práticas desenvolvidas, uma vez que essa referida lógica de encaminhar passa também pela ideia de que o cuidado em SM se atribui à ordem das especialidades, e não aos cuidados gerais e cotidianos do serviço.

Nesse sentido, o discurso de um dos participantes trouxe à tona outra interessante discussão, mostrando-nos outra expressão acerca do problema das especialidades.

Como é uma atenção que por muito tempo foi exclusivamente feita por aqueles profissionais, os especialistas¹⁰ em saúde mental... não tenho como dimensionar essa afirmação... de que também talvez os profissionais de saúde mental tenham resistência em capacitar a atenção primária, porque aí eu fico com aquele universo que é exclusivo meu e todo problema você tem que me chamar. Isso também é uma reserva de mercado que pode acontecer e que muitas vezes a gente não enxerga isso. Quando a gente percebe, por exemplo, que um profissional da saúde mental, dos especialistas, vai prum posto de saúde e ele atende sem forçar que a equipe participe, sem ensinar a equipe a fazer, ele também tá fazendo reserva daquele mercado (Gestor 2).

¹⁰ A expressão “especialistas” aqui não se trata necessariamente de profissionais com especialização (pós-graduação *lato sensu*), mas daqueles que historicamente têm uma ligação direta com a saúde mental – o caso de algumas categorias profissionais – ou que atualmente trabalham em serviços de atenção secundária.

Essa reserva de mercado pode sim gerar muitas dificuldades na articulação intersetorial, uma vez que auxilia na manutenção daquela condição cultural de que falávamos anteriormente. Enquanto reflexão, arriscamos dizer que parece ser mais cômodo lidar com o previsível e, por isso mesmo, controlável (se pensarmos por exemplo nas demandas crônicas de saúde que, de um modo geral, possivelmente não tragam tantas “surpresas” em seu manejo), do que lidar com outras questões essencialmente dinâmicas e mutáveis como a SM.

Sendo assim, depreendemos pelas falas que a SM parece ser “algo que não é meu”, no sentido de que não é preciso envolvimento e que isso seria melhor resolvido se delegado a quem mais entende do assunto. Por essa razão, a provocação das equipes é fundamental para o andamento satisfatório dos trabalhos.

De forma complementar, observamos também a discussão acerca da palavra *protocolo*, comumente utilizada nas reflexões, e sua relação com as demandas referentes à CR. Em seu lugar, foi sugerida a adoção da palavra *instrumento*, o que poderia oferecer uma compreensão mais ampla e singular quando falamos do risco e suas construções subjetivas, bem como em sua interface com a SM.

Essa questão da estratificação a rigor não é um protocolo. Protocolo é mais um nome utilizado porque na clínica médica se trabalha muito a questão do protocolo para algumas situações específicas: temos o protocolo da urgência e emergência, o protocolo do trauma... Nós ainda não temos uma definição clara nos termos de protocolo, porque na saúde mental é muito dinâmico... O protocolo tem uma perspectiva muito metódica, que engessa a programação. Por isso que a gente trabalha com a ideia de um instrumento de trabalho... a gente até não se vale muito desse termo “protocolo” (Gestor 1).

Aqui, consideramos uma tendência por vezes presente nas práticas de SM de apropriar-se de termos e posturas historicamente consolidadas pela Medicina, como é o caso do protocolo. Ainda mais no que se refere à CR em SM: o participante se refere à utilização de um conceito teoricamente estático – porque gera manejo estruturado e pré-estabelecido – em uma área instável e dinâmica.

Um instrumento nos põe diante da ideia de transitoriedade e movimento, pois vemos que, em SM as questões mudam continuamente, de modo que as equipes precisam se adaptar a essa realidade. Sabemos que alguns aspectos podem se repetir, como algumas condições crônicas de sofrimento, clinicamente falando, no entanto, enquanto expressão de sintoma e relação com o mundo, as demandas se diversificam significativamente.

Em termos práticos, na CR em saúde mental não podemos falar de mentalidades e percepções engessadas, que se naturalizam ao longo do tempo. A singularidade de cada

sujeito pressupõe uma abordagem que contemple suas múltiplas expressões e modos de ser. “A crise do sujeito, ou o conflito que não encontrou lugar na subjetividade e por isso tornou-se insuportável e transbordou, precisa ser escutada naquilo que esta produz de tensionamento, ruptura ou conexão com os laços sociais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 97).

É preciso então consolidar a busca por esse lugar devido à subjetividade no sofrimento psíquico. Classificar ou estratificar não pode ser linha de chegada, mas ponto de partida para um percurso de cuidado que sempre será alterado pelas nuances do caminho.

[...], mas eu vim progredindo né? Antes eu estava bastante ruim... hoje eu já estou bem (Usuário 1).

tem uma coisa no conceito ou no acompanhamento dos pacientes de saúde mental... é que se colocam essas situações como se elas fossem eternas na vida das pessoas: uma vez eu tenha tido o diagnóstico de depressão eu vou ser depressiva o resto da minha vida. E muitas pessoas ficam com isso e até profissionais mesmo de saúde... e ficam mantendo... mesmo o paciente não tendo mais nenhum sinal nem nada, eles mantem aquele medicamento, sem nenhum tipo de avaliação se aquilo ainda é necessário ou não. Manutenções de tratamento sem nenhum tipo de avaliação... (Gestor 2).

Estes discursos retratam igualmente a noção de que, por vezes, a cronificação do sofrimento mental é uma realidade presente em grande parte das demandas relacionadas à APS. Observamos esse fato nos trabalhos desenvolvidos ao longo de nossa formação na residência multiprofissional em saúde da família. Surgem então diversas explicações possíveis e válidas para esse fenômeno. No entanto – e de forma curiosa – uma delas nos chama a atenção: a possibilidade de que essa referida cronificação se dê também pela postura da equipe de saúde e pelas filosofias de cuidado adotadas pela mesma.

Este aspecto em SM seria a atitude de resumir o cuidado à prescrição medicamentosa e sem abertura a outras possibilidades terapêuticas, tendo na avaliação das condições de saúde uma importante ferramenta para gerar esse processo.

Como era antes da gente implantar esse projeto de saúde mental: paciente vinha e renovava a receita. Hoje não, já melhorou bastante por conta da escuta (Profissional 2).

Na APS, por exemplo, essa dimensão representa um importante desafio, muitas vezes relatado por profissionais de outros níveis de atenção. Desse modo, a noção de risco apresenta-se como um caminho significativo para um começo de mudança nesse ciclo

vicioso de manutenção do sofrimento. Felizmente, a abertura de grande parte das equipes de saúde à superação desse status já é uma realidade nos serviços.

Vejam agora as três subcategorias principais relacionadas ao conceito de classificação de risco em saúde mental, evidenciadas a partir de entrevista semiestruturada junto a profissionais das atenções primária e secundária, gestores e usuários.

6.1.1.1 Critério para a tomada de decisões

Após análise temática das falas dos participantes entrevistados, chegamos à compreensão de que a primeira subcategoria do conceito se trata da seguinte definição: a classificação de risco em saúde mental é um critério para a tomada de decisões. Estas se referem aos melhores e mais adequados procedimentos a serem adotados em relação ao manejo terapêutico frente às especificidades de cada sujeito.

Trata-se de uma forma de lançar um olhar sobre a organização do fluxo de trabalho a partir das principais demandas concernentes aos casos de SM. É o *checklist*, a escolha do que deve ser feito. Desse aspecto, podemos extrair o entendimento de que, segundo os sujeitos participantes, a CR em saúde mental – ao projetar num quadro teórico-prático as demandas em níveis crescentes de complexidade – coloca os profissionais em contato com um necessário leque de procedimentos desejáveis para cada nível.

Conforme ressaltamos, ao contrário de outras formas de atenção programática, como a atenção ao pré-natal e a doenças transmissíveis, que dispõem de protocolos clínicos e indicadores que definem padrões mínimos de qualidade do cuidado e nível de resolutividade, geralmente não são encontrados parâmetros equivalentes para atenção à saúde mental na APS (GERBALDO *et al.*, 2018). Sendo assim, hoje notamos certa escassez de referências práticas acerca do fazer em saúde mental especialmente na mesma APS.

Exatamente por isso observamos um movimento reflexivo e prático na tentativa de pensar critérios de ação que possam dar, minimamente, um direcionamento para a efetivação do cuidado. Uma vez que a atenção em SM deve ser singular; os manejos clínicos e relacionais também devem assim o ser.

Segundo Sampaio *et al.* (2011), o trabalho em equipe, em saúde mental, no serviço público, diante da demanda da população, exige três ordens de atitudes/valores: a competência, a humildade e a democracia. Na competência, temos o desenvolvimento de

habilidades técnicas, relacionais, comunicacionais e políticas; na humildade, o reconhecimento de que desvios, carências materiais, marginalidades, anormalidades, imoralidades e sofrimentos não devem ser reduzidos ao fenômeno doença, portanto não são passíveis de tratamento; e, por fim, na democracia, temos a necessidade de desburocratizar e des-hierarquizar as relações, desarmando enviesamentos dados pelas relações de poder.

Assim, embora na saúde mental não tenhamos um protocolo engessado por conta de sua dinamicidade, alguns manejos e atitudes se mostram como necessários ao cuidado dos sujeitos. Sem esses cuidados, a atenção pode entrar justamente em um efeito contrário ao desejado, a saber: desorganização, perda de vínculos e demais dificuldades. A esse respeito, observamos o seguinte discurso:

Até então, as questões de avaliação ou de critério de tomada de decisão nesse campo da saúde mental, muitas vezes ficava a cargo de um aspecto muito subjetivo de quem estava lá envolvido né? Então o instrumento de classificação acaba colaborando bastante nessa compreensão do fazer da saúde mental por esse viés do que pode contribuir para as tomadas de decisão, pras discussões acerca do que deva ser feito no caso de um usuário (Gestor 1).

Esse critério subjetivo do qual nos fala o participante se refere a ausência de um referencial técnico objetivo que auxilie o profissional no discernimento acerca de sua prática. Deixar o cuidado em SM à mercê da subjetividade de quem o faz poderia representar um risco tanto para profissionais quanto para usuários. Para estes, na medida em que não teriam acesso a um projeto terapêutico de qualidade que realmente fosse ao encontro de suas necessidades. Para aqueles, porque não teriam “ferramentas” de trabalho adequadas para a avaliação de cada sujeito.

Além disso, observamos também pela fala que a CR é uma tecnologia que instrumentaliza de forma prática o fazer em SM, dando opções e orientações ao trabalho. Notamos que a responsabilização do trabalhador com o cuidado e a especificidade do lidar com o processo saúde-doença mental também tem impactado na dinâmica prazer-sofrimento no trabalho.

De um lado, os aspectos relacionais estabelecidos entre os diferentes atores nos serviços, os resultados positivos alcançados junto aos usuários, a possibilidade de inovar e construir projetos capazes de implementar e de consolidar o modelo de atenção psicossocial são fontes de prazer. Por outro lado, a sobrecarga de trabalho, as

particularidades da função de terapeuta de referência e os casos clínicos de difícil manejo podem se constituir fonte de sofrimento (SAMPAIO *et al.*, 2011).

A existência de um critério objetivo para as decisões coloca os profissionais em uma posição mais confortável não porque os desimprime do processo de avaliação e cuidado, mas porque melhor explicita os caminhos a serem percorridos. Nesses termos, poderíamos até mesmo considerar a CR como uma estratégia para a consolidação da equidade, entendida como redução das desigualdades sanitárias para atender de forma desigual os desiguais, ou uma discriminação positiva (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

A CR seria uma melhor forma de auxiliar as equipes também na compreensão dos tipos de demandas comuns a cada nível de atenção (primário, secundário e terciário). Essa compreensão se reflete diretamente no diálogo entre os serviços, viabilizando uma maior qualidade em encaminhamentos, contra referências, construções de projetos terapêuticos e outros. É isso o que nos expressa os seguintes discursos:

[Classificação de risco é] uma forma de melhor nortear as equipes quanto ao nível de risco pra que possam compreender o que deve ser tratado na atenção básica, o que deve ir pra CAPS e o que deve ir pro matriciamento né? De que forma isso deve se organizar melhor né? Classificar o risco é importante pra entender né... que nível ele está e de que forma deve ser esse cuidado (Gestor 3).

Mas o fato é que os profissionais quando aprendem a manusear o instrumento, eles veem que realmente o instrumento ajuda numa hora de tomar uma decisão, se é um caso pra encaminhar pro serviço especializado ou se é um caso que dá pra segurar mais tempo na unidade básica, ajuda a rever alguns pontos do caso (Gestor 1).

Pra gente foi ótimo, porque a gente consegue identificar o que é mais de alto risco, o que é de menor risco, pra gente ter esse cuidado mais intensificado com esses usuários. Então tem sido uma coisa positiva (Profissional 1).

Nesse sentido, alguns discursos expressam a existência ainda de uma certa incompreensão – até mesmo por parte dos profissionais – acerca das demandas próprias de cada nível de atenção. Evidente que o trabalho deve ser feito na perspectiva da rede sócio assistencial, mas há o consenso, a grosso modo, de que os casos classificados como baixo risco devem ser cuidados prioritariamente na APS, enquanto os de médio e alto risco devem ser direcionados à atenção secundária e, por vezes, terciária.

Mesmo com essa noção geral, o relato dos participantes mostra que nem todos sabem discriminar adequadamente os fluxos, o que pode resultar em práticas

descontextualizadas e sem o conhecimento necessário da realidade territorial e subjetiva dos sujeitos usuários do sistema de saúde.

Outra fala nos retrata bem essa falta de contato e conhecimento do usuário. Ao citar, por exemplo, a atenção a usuários de drogas ilícitas na APS, o participante afirma:

Um exemplo muito típico é usuários de drogas ilícitas numa condição de gravidade média que não tem registro no posto de saúde. E aí só em ler o instrumento você pode lembrar dos usuários né... (Gestor 1).

A tomada de decisão frente à melhor abordagem terapêutica depende, inicialmente, da identificação e reconhecimento da demanda. Sem esses aspectos não é possível formular as estratégias de cuidado. Nesse sentido, um problema significativo e comum refere-se a usuários com demandas de SM que não são conhecidos pelas equipes de saúde e que chegam diretamente à atenção secundária. Ou ainda, a lógica do encaminhamento automático sem a mínima tentativa de avaliação e acolhida.

Como dito anteriormente, o tratamento de base territorial e comunitária ainda encontra resistências por conta da política do encaminhar (de forma desnecessária).

Esse instrumento é pra identificar quem é pra estar aqui e quem não deve, que deveria estar na atenção básica. Aí a gente barra em outro desafio, que é o paciente querer ir pra atenção básica. As vezes ele sai do território dele pra vir pra cá pra pegar um encaminhamento pra AB (Gestor 3).

Mas a nossa dificuldade com a estratificação de risco é na atenção básica, porque a gente ainda recebe muita referência [escrito] só assim: “ao CAPS” ou só “paciente necessita de avaliação psiquiátrica ou avaliação psicológica”. Então a gente tem muito mais essa dificuldade da utilização da estratificação de risco e do plano de cuidado lá na atenção primária do que aqui mesmo. Porque ainda existe essa compreensão que o paciente uma vez estratificado como médio risco, ele vai ser sempre médio risco na atenção básica né... Porque eles [profissionais da APS] não utilizam o instrumento pra fazer a referência, que é algo que poderia ser bem potente (Gestor 4).

Analogamente, a CR é vista também como um modo de qualificar a referência, facilitando a interlocução entre os serviços e incentivando a perspectiva da integralidade do cuidado. Ademais, observamos que essa qualificação permite o empoderamento das equipes, que se sentiriam mais autônomas e seguras na escolha do método terapêutico.

Tendo à disposição o instrumento de CR, a ideia é que os profissionais lancem mão do mesmo para fundamentar suas ações, sempre contemplando também a dimensão da inventividade. Em outras palavras, a CR existe enquanto estrutura, mas em nenhum momento deve ser rígida e fechada a linhas de fuga, a processos de singularização. É

preciso, sobretudo, ir além do instrumento, tendo neste apenas um ponto de partida para o cuidado. É o que veremos mais adiante.

6.1.1.2 Disparador do cuidado

A segunda subcategoria apresenta a CR como um disparador do cuidado. Na compreensão dos participantes, o processo de cuidar, dentre outros fatores, começa também a partir da aplicação de tecnologias e instrumentos que permitem aproximar-se da realidade dos usuários e, assim, traçar junto aos mesmos as metas de acompanhamento.

O cuidado em saúde mental deve ser entendido dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica enquanto processo ético, político e social que ressignifica a assistência. Para tanto, é necessário considerar as conexões relacionais que envolvem o sujeito que é cuidado e entendê-las como produtoras de vida. Porém, a produção destas redes de cuidado – que potencializam a atenção às pessoas com transtornos mentais ao ampliarem seus espaços de circulação – se configura como grande desafio dentro da rede de saúde mental (FERREIRA *et al.*, 2017).

Desse modo, segundo os participantes, a utilização da CR objetiva ampliar o olhar sobre as demandas de saúde e não cercear as subjetividades. Não se trata de um ponto de chegada, ou seja, sua característica principal não é a busca por um desfecho diagnóstico – e, por isso mesmo – um retrato estático do sujeito. Trata-se de um início de percurso, uma porta de entrada, um disparador de um caminho que continuamente será modelado e remodelado.

[uma forma de entender] como que a gente vai fazer esse acompanhamento dele [do usuário] pra evitar né... mais problemas e agravos a saúde mental deles. E também outra forma da gente tá vendo estratégias pra evitar esses agravos a esse paciente (Profissional 1).

Vou estratificar o risco daquela pessoa e com isso é mais fácil você tratá-la (Profissional 2).

[a classificação de risco] possibilita o profissional ter informações que ele pode checar, que muitas vezes acabava não sendo checada ou passava despercebida, e que muitas vezes poderia não dar o devido cuidado que emergisse ali na situação (Gestor 1).

Havia uma inquietação nossa enquanto pesquisadores se a CR implicava no apagamento da subjetividade de profissionais e usuários por conta do uso de um instrumento pré-estabelecido. No entanto, as primeiras percepções que tivemos nos

revelaram uma concepção dos profissionais de saúde: a de que a CR é um potente gerador de material para discussão, avaliação e acompanhamento. Sem ela, os casos se perderiam na pobreza de informações e de possibilidades outras na terapêutica.

Sendo assim, notamos que ao invés de fechar, limitar o processo, a CR pode abri-lo, ampliando modos de ver e pensar o cuidado

E aí o instrumento vem muito mais nessa linha ajudar a construção do PTS¹¹, a linha de cuidado, do que a intenção de classificar no sentido cartesiano¹². A proposta do instrumento é essa. A ideia é que a partir do instrumento ele seja um disparador do cuidado. Que ele facilite a garantia do cuidado para o usuário (Gestor I).

Embora o ato de classificar possa, por vezes, trazer consigo uma carga valorativa de enquadramento e controle, aqui observamos seu efeito contrário de criar linhas de fuga e possibilitar lógicas de co-responsabilização entre os dispositivos da rede de cuidado. No entanto, esse movimento não é feito sem dificuldades, uma vez que em SM essa linha é muito tênue, na qual os diferentes atores do processo de cuidar precisam lidar constantemente com uma disputa de forças e saberes que, ora tendem à inclusão e autonomia dos sujeitos, ora tendem à exclusão e ao estigma.

A gente tem essa preocupação porque a gente sabe que, em saúde mental, a gente já vive nesse melindre; a gente usa muito esse termo do cartesianismo, da questão do enquadramento, do diagnóstico. A própria saúde mental se constrói nessa diferença do normal pro patológico, e aí a gente se depara com a criação de um instrumento que vai ser mais um elemento normatizador... é delicado (Gestor I).

Nessa perspectiva, se vista e utilizada enquanto enquadramento diagnóstico, a CR pode sim ser uma ferramenta de operacionalização dessa lógica excludente, que a cada dia descobre tecnicamente novas formas de desvios. A patologização daquilo que escapa aos modos instituídos de viver cria novas categorias diagnósticas, sempre mais flexíveis, mais permeáveis, com poder de capturar as mais tênues diferenças com relação à norma (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

¹¹ Projeto Terapêutico Singular (PTS). Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Objetiva traçar estratégias de intervenção a partir dos recursos existentes, dos próprios sujeitos e da pactuação entre esses mesmos atores (HORI; NASCIMENTO, 2014).

¹² O cartesianismo foi um movimento filosófico suscitado por René Descartes (séc. XVII e XVIII). No trecho em questão, a expressão faz alusão a algo inflexível e sistemático em excesso, ou seja, uma classificação que enquadraria os sujeitos em um rótulo definitivo.

Por essa razão, há um necessário cuidado a ser observado na aplicação da CR em saúde mental. Deprendemos das falas que, para não se tornar mais um elemento normatizador, a classificação exige de quem a aplica uma postura relacional capaz de acolher o sujeito na sua complexidade para além dos sintomas e comportamentos presentes no instrumento de classificação, saindo assim de um viés reducionista.

Dessa forma, a proposta da CR comporta exatamente um espaço para a subjetividade. Não o subjetivismo do qual falávamos anteriormente – quando os profissionais não tinham um critério de ação – mas a subjetividade enquanto expressão política e social de trabalhadores e usuários. A perspectiva da CR gera possibilidade de aproximação e quebra de paradigmas acerca do cuidado em SM.

Embora grande parte das demandas de SM surtem e se desenvolvem especialmente no contexto da APS, notamos que as terapêuticas para esse tipo de demanda ainda não se consolidaram totalmente. Sabemos que existem inúmeras iniciativas e trabalhos que estão contribuindo para a mudança dessa realidade, como os grupos terapêuticos, ações de promoção da saúde, práticas corporais, o próprio matriciamento, etc. No entanto, percebemos que as questões de SM permanecem no imaginário social de parte dos trabalhadores de saúde como algo ainda distante, sem importância e, por isso, sem pertença (WENCESLAU; ORTEGA

É também uma forma da gente aproximar o cuidado em saúde mental, que as vezes parece uma coisa muito distante da atenção primária; aproximar ele do entendimento que é uma condição crônica que tá presente na população e que, portanto, precisa ser tratado, assim como hipertensão, diabetes... (Gestor 2).

Um tratamento não apenas centrado na perspectiva biomédica, mas que alcance outras questões da vida do sujeito, sob a ótica do cuidado integral. Observamos esse fator na seguinte colocação:

Também um ponto interessante na estratificação é que ela não é somente centrada no aspecto medicamentoso ou no aspecto sintomático. Ela tem opções que contemplem ou pelo menos sugerem ficar mais atento às questões sociais né? As comorbidades clínicas que podem estar envolvidas (Gestor 1).

Sabemos da importância do diagnóstico e da prática clínico-medicamentosa como um dos eixos norteadores da conduta terapêutica, bem como sua significância para os usuários e suas famílias no que se refere à compreensão de sua situação de saúde. No entanto, ao longo de cada fala dos participantes, evidenciamos uma crítica à disseminação

de práticas fundadas na ideia de que primeiro se diagnostica e depois se trata (DAVOGLIO, 2011).

Aqui, é necessário ampliar o olhar, saindo do individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas para que, assim, se dê abertura para ações intersetoriais e formação de redes de atenção. Desse modo, ressaltamos a importância de reavaliar continuamente essas estratégias de classificação, viabilizando diferentes formas de problematização do cenário de práticas. Exercitando essa capacidade reflexiva, compreenderemos que o sofrimento mental se insere num determinado momento da vida dos sujeitos; uma espécie de fotografia de suas formas de lidar com o mundo. O sofrimento *faz parte* da pessoa. Ele não *é* a pessoa (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Compreendemos que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, implicando numa atitude de responsabilização frente ao sofrimento dos sujeitos. Assim, a prática do cuidado depende de como o profissional atua dentro do seu espaço de trabalho e de como este concebe o ato de cuidar inserido na relação com os usuários que estão à procura de um serviço (LIMA, 2013).

Responsabilizar-se não é oferecer respostas prontas. É, por vezes, construir meios para que surjam. E essa postura dos profissionais perpassa justamente pela apropriação dos espaços de trabalho como pergunta acerca dos papéis exercidos nesse processo de cuidar do outro. Uma apropriação feita não apenas de forma individual, mas por meio também de significativas práticas interdisciplinares.

Rosa *et al.* (2015) afirmam que a interdisciplinaridade se apresenta como abertura ao diálogo a partir de um contexto de não-saber, quando reconhecemos nossos limites disciplinares como oportunidade para a construção de novos saberes. Do contrário, a lógica do cuidar permanecerá sempre fundada no atendimento ambulatorial, fechada nos moldes de uma postura essencialmente prescritiva e não dialógica.

Aqui [na realidade de Sobral] a gente tem um contingente de pacientes que se consultam com alguma frequência em psiquiatras, pagam pela consulta, e como tem a questão das receitas, procuram a atenção primária pra isso. É uma visão completamente restritiva do tipo de atendimento que poderia ser feito (Gestor 2).

Essa percepção nos mostra o quanto a implicação dos profissionais encontra-se atrelada predominantemente ao contexto burocrático dos atendimentos. Pressuposto esse que se distancia da ideia de que SM se faz nos pormenores, na postura que se adota. A então demanda excessiva poderia ser mais bem trabalhada se houvesse incentivo a

prevenção e promoção da saúde, superando o modelo queixa-conduta e a referida visão restritiva do atendimento (PUCCINI *et. al.*, 2012). Sendo assim, o termo *disparador* pressupõe uma provocação a algo; um incentivo a pôr a engrenagem em movimento, um convite à ampliação do cuidado e à implicação dos atores que constroem a SM na tessitura dos percursos a serem trilhados.

6.1.1.3 Recurso de trabalho

Por fim, nossa análise nos levou a concentrar algumas percepções dos participantes na subcategoria recurso de trabalho. A CR enquanto ferramenta, instrumento para a prática. Aqui, os dados coletados apontam para a percepção de que a ação de classificar o risco se mostra como um meio para a efetividade da atenção, e não como finalidade da mesma. Em outras palavras, observar a lógica da CR pela ótica de recurso de trabalho significa dizer que a mesma é mais uma tecnologia; mais uma opção dentre as diferentes possibilidades terapêuticas existentes no trabalho em SM.

Ressaltamos que, após uma compreensão geral acerca do que se tem construído enquanto filosofia de cuidado em SM no município de Sobral, podemos dizer que, dentre as práticas mais recentes, a CR se apresenta como uma das principais. Mesmo assim, as falas dos participantes nos mostram que há uma percepção considerável que aponta para a ideia acima expressada: a CR como recurso incorporado à gama de fazeres da rede.

Interpretá-la dessa forma equivale à noção de que a classificação deve escapar da lógica normatizadora, numa ânsia implacável de controlar e encerrar os sujeitos em uma redoma ideológico-segregadora. Esse pensamento seria possível se tomássemos a CR enquanto finalidade, objetivo último, no qual todas as outras práticas em SM seriam atreladas estaticamente à mesma. No entanto, o entendimento dos alcances da palavra *recurso* nos leva à compreensão de que a CR é meio, ponte, caminho para.

Mas a ideia é que o instrumento seja um recurso auxiliar e não um recurso mecânico sobre o paciente em si que vai entrar nesse viés cartorial (Gestor 1).

Esses questionários são um instrumento de trabalho, só pra facilitar a organização daquele atendimento (Gestor 2).

Quando o participante se refere a “recurso mecânico”, chama a atenção para a possibilidade de utilizar a CR apenas enquanto preenchimento de questionário, o que por vezes é uma realidade nos serviços. Assim sendo, ações como essa passam longe da

finalidade principal dessa prática, que é auxiliar o profissional no diálogo e na avaliação ampliada dos processos de cuidado. Sem uma reflexão séria sobre os porquês dessa classificação e dos efeitos provenientes da mesma, há sim uma tendência de utilizá-la apenas enquanto “documento a ser preenchido” de modo artificial, como mais uma das intermináveis exigências burocráticas do sistema.

As entrevistas nos mostraram que, felizmente, essa percepção encontra-se presente nas discussões acerca do processo de trabalho. Por essa razão, há uma preocupação e um esforço reflexivo entre os profissionais para o rompimento com esse paradigma, conforme observamos nesse fragmento:

a gente teve muito essa preocupação: saber se o instrumento num seria apenas um questionário protocolar que qualquer um aplicaria ali friamente, mecanicamente, né... e a nossa intensão não era essa (Gestor 1).

Para tanto, o participante relata a importância de capacitar os profissionais que fazem uso dessa tecnologia, a fim de que os mesmos compreendam a CR como recurso a um trabalho que, essencialmente, partirá de suas próprias implicações na relação com o usuário. Um recurso, obviamente, incompleto, uma vez que não consegue abarcar toda a complexidade das demandas. Mas, exatamente por isso, trata-se de uma ferramenta potente ao cuidado, pois convida o profissional a uma reflexão.

Se você me perguntar se o instrumento é 100%... [se] ele dá cobertura de tudo... Não! A gente vê que tem situação que o instrumento não contempla, cabendo aí ao profissional que aplica fazer esse discernimento e ir além do instrumento. Isso faz parte do treinamento pra utilização do instrumento; a pessoa que vai utilizar tem que ter esse entendimento (Gestor 1).

Desse aspecto, extraímos que a CR somente tem sua razão de ser frente à subjetividade implicada do profissional que a utiliza. Em SM, essa é uma característica basilar, pois a proposta da atenção psicossocial exige o envolver-se ativamente na produção de micropolíticas emancipatórias. Nesse sentido, é preciso atenção para que – também a nível micropolítico – não se torne manutenção sutil de práticas asilares.

O cotidiano de trabalho adverte que, embora tenhamos alcançado inúmeros avanços no terreno macropolítico em SM, especialmente com a criação de políticas públicas e novos equipamentos, ainda enfrentamos os perigos da reprodução invisível da lógica manicomial. Por essa razão, observamos aqui a expressiva necessidade dessa

reflexão junto às equipes, uma vez que a crítica a práticas por vezes naturalizadas suscita novas posturas (COSTA; PAULON, 2012).

A possibilidade de pôr seu processo de trabalho em análise, e dar visibilidade a formas cristalizadas de operá-lo no cotidiano se apresentou como primeiro passo para a proposição de novas formas de cuidado. A CR, então, mostrou-se como operacionalização dessas formas, se atrelada ao território vivo enquanto produção de redes de cuidado. Ressaltamos que um dos objetivos fundamentais do trabalho em SM não é necessariamente criar vínculos do usuário com os serviços, mas com a comunidade (FERREIRA *et al.*, 2017).

Nesse campo, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizam pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Assim, tornar inteiro o sujeito é ampliar as possibilidades de intervenção diante de suas necessidades de saúde, evitando trabalhar a SM separada dos demais processos.

Além disso, compreender a integralidade mostra-se como uma potente tentativa de transformação das relações micropolíticas do serviço, contribuindo para a construção coletiva de sujeitos produtores de cuidado. Trata-se de um diálogo horizontal que reafirma a busca constante dos sujeitos no processo de refazer o mundo, de dizer o mundo, conhecer, ensinar o aprendido e aprender o ensinado, refazendo o aprendido, melhorando o ensinado (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

a gente usa a estratificação de risco aqui também, mas é nesse sentido de dar alta pro posto [CSF] ou ficar planejando, repensando o PTS do paciente. (...) se fosse utilizada a estratificação de risco lá na atenção básica, percebesse que fosse um caso de baixo risco né... a equipe da atenção primária ela teria instrumentos pra poder já pensar o plano de cuidado (Gestor 4).

Como saber tecnicamente o melhor momento para a alta do serviço e contra referência à APS? Como planejar o PTS e outras intervenções? Como dialogar mais produtivamente com os profissionais de outros serviços? Pela compreensão dos participantes, perguntas como essas podem ser respondidas pela CR como recurso.

Nota-se que a compreensão dos elementos do processo de trabalho pode facilitar a consciência de nossas ações enquanto profissionais. Quando reconhecido o cuidado terapêutico como finalidade do processo de produção de saúde, o prazer oriundo dessa

perspectiva pode vir a representar um alicerce à qualidade de vida dos trabalhadores da saúde (SHRADER *et al.*, 2012).

Na complexidade da APS, na qual vários saberes e práticas são requeridos para enfrentar problemas nem sempre típicos de saúde, torna-se um desafio agir com competência. Agir com competência implica em uma combinação dialética de diversos fatores integrando três aspectos: o saber agir (ter domínio das normas antecedentes), o querer agir (estar motivado ou aderir a um projeto coletivo) e o poder agir (capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio). Esses mesmos aspectos apontam para uma maior ou menor resolubilidade das ações em saúde, implicada diretamente no trabalho efetivo da equipe multiprofissional (COSTA *et. al.*, 2014; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

A partir da fala representativa de uma das participantes, compreendemos que a CR é um recurso organizador, especialmente frente à sobrecarga de trabalho, burocracias e precariedades presentes nos sistemas de saúde:

[A classificação de risco] só ajuda, porque ela facilita, organiza o trabalho. (...) quando é que ela fica enfraquecida? Quando as enfermeiras... a agenda [delas] super lota (Profissional 2).

Exatamente para escapar desses excessos – que por vezes se refletem em perda de qualidade – o recurso da CR se propõe a dar maior e melhor visibilidade às questões de SM no território. Um olhar mais refinado sobre a colocação do participante acima citado nos aponta para uma tendência real de pôr a assistência à SM em último plano, ou em uma dimensão menos prioritária. Sendo assim, corre-se o risco de utilizar a falta de tempo, a agenda lotada como justificativa para a atenção reduzida à SM.

Desse modo, o conceito de CR em saúde mental para os participantes da pesquisa se fundamenta nessa gama de aspectos. Estes não podem ser compreendidos separadamente, mas somente em uma articulação transversal que clarifique um aspecto a partir do outro. Do contrário, os achados aqui apresentados não farão sentido em um quadro de entendimento geral.

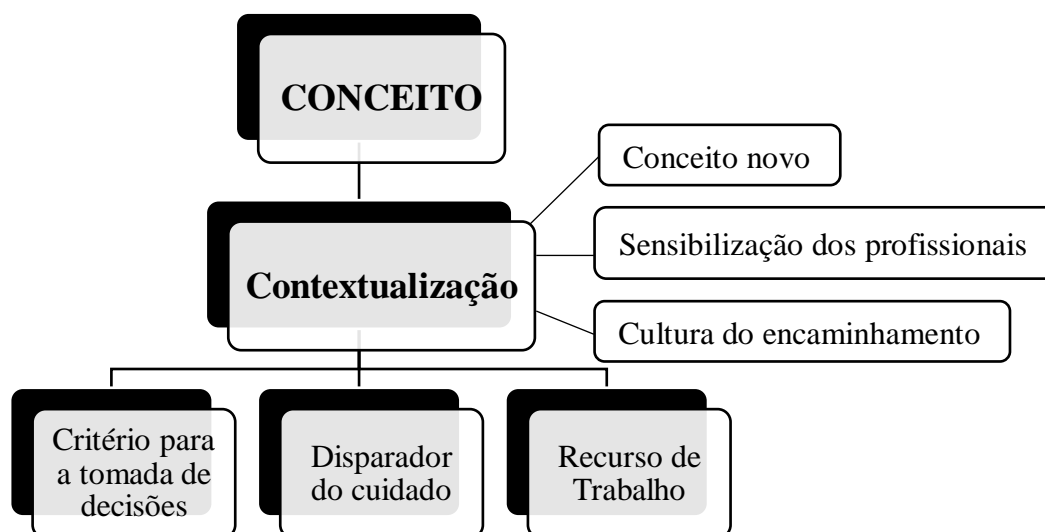
Em resumo, expressamos o conceito baseados em uma contextualização inicial que se mostrou necessária para melhor visualização do processo. Evidenciamos nesse contexto a existência de três aspectos significativos que expressam as características do cenário das práticas em SM hoje no município de Sobral, a saber: a CR enquanto conceito novo; enquanto modo de sensibilização dos profissionais e, por fim, a presença de uma

cultura do encaminhamento, que originou a prática de delegar automaticamente sem uma prévia avaliação e diálogo intersectorial.

Após essa contextualização, a categoria conceito foi dividida em três subcategorias temáticas que, em nosso entendimento, expressam a percepção geral dos participantes. Em primeiro lugar, a CR é um critério para a tomada de decisões, pois, a partir de sua utilização, os profissionais acessam elementos que permitem melhores escolhas e posturas a serem adotadas no percurso terapêutico. Em segundo lugar, temos a CR quanto disparador do cuidado, uma vez que é ponto de partida para intervenções junto aos usuários, sendo um importante meio para alcançar a singularidade e integralidade do atendimento. E, por fim, vimos que a CR é também recurso de trabalho incorporado às práticas de cuidado, ou seja, mais uma ferramenta disponível aos profissionais para a efetividade da atenção.

Para melhor visualizar e compreender os resultados referentes a essa categoria, apresentamos a figura a seguir com os principais aspectos evidenciados no processo.

Figura 1 – Subcategorias do conceito de classificação de risco em saúde mental segundo a percepção dos participantes da pesquisa



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.1.2 Práticas/processos de trabalho

Os grupos temáticos relacionados a essa categoria são provenientes das respostas à segunda pergunta do questionário semiestruturado, a saber: “quais as principais práticas de trabalho desenvolvidas no serviço?”. A partir das discussões acerca da CR em saúde mental, nosso intuito aqui foi lançar um olhar sobre as práticas desenvolvidas hoje nos serviços, tanto na APS quanto no âmbito da atenção especializada.

Compreendemos ser de importância fundamental relacionar o conceito de risco àquilo que se vem produzindo no município enquanto práticas e demais processos de trabalho. Notamos que a prática reflete posturas e saberes que nem sempre são observáveis diretamente, e que assim sustentam determinada visão de mundo sobre a saúde, doença, loucura, cuidado, etc. Dessa forma, veremos como a CR se inseriu nesse bojo e como a construção do Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM) gerou efeitos consideráveis no fazer da SM atualmente na realidade de Sobral.

As especificidades da rede de SM mostram o quanto o município tem se esforçado para singularizar o cuidado, e a criação do QERSM diz muito sobre nossas características e sobre o modo como lidamos com o risco. Além disso, essa reflexão nos leva à percepção também dos entraves e desafios inerentes ao processo de trabalho, considerando especialmente as três ordens já citadas em outro momento, segundo Silva e Fonseca (2005): a ordem estrutural (legislação e ordenamento jurídico do SUS), a ordem particular (função do serviço na rede local) e a ordem singular (a forma de organização do serviço, seu modelo de atenção).

O processo de trabalho na APS abrange diversas especialidades que muitas vezes não dialogam entre si e uma instrumentalização do cuidado que nem sempre está em consonância com a diretrizes da política nacional de atenção básica. Desse modo, os fatos apontam para a necessidade de construção de espaços coletivos de fala e reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde, pois estes ainda estão arraigados ao modelo biomédico de atenção que não prioriza o protagonismo do cuidado a partir do intercâmbio entre usuários e profissionais.

Assim, pensar as práticas implica também em pensar a proposta da atenção psicossocial enquanto divisor de águas para o cuidado em SM. Trata-se de um fazer ainda em vias de consolidação, uma vez que diariamente há a superação de desafios que, se não enfrentados, geram retrocessos na atenção e objetificam os sujeitos em uma clínica descontextualizada da realidade.

Para tanto, nossas análises apontaram para dois tipos principais de práticas: as relacionadas ao campo da assistência, entendida aqui como as atividades diretamente referentes ao acompanhamento terapêutico dos usuários e suas famílias; e as relacionadas ao trabalho intersetorial, essencial para a ampliação do cuidado e interlocução de saberes.

6.1.2.1 Assistência

A compreensão das especificidades da assistência em SM requer, para fins de análise, o igual entendimento da saída do modelo hospitalocêntrico e entrada no modelo de atenção psicossocial. Os fazeres e saberes desse campo hoje são resultantes de um intenso processo de construção coletiva, no qual a nada cômoda atitude de repensar suas práticas de trabalho é constantemente incentivada.

Na dimensão teórico-assistencial, tem-se trabalhado com a construção do conceito de existência-sofrimento em contraposição ao binômio doença-cura. Embora as práticas fomentem a qualidade de vida e a saúde dos sujeitos, há todo um movimento de escape à lógica extrema e inconsequente de curar para adequar. Ademais, as atividades propostas no campo sociocultural estão relacionadas a transformar o imaginário coletivo acerca da loucura. Neste contexto, as instituições passam a ser compreendidas como espaços de liberdade, não de vigilância e violência, e o louco, até então considerado perigoso e incapaz, passa à condição de cidadão (BORBA *et al.*, 2012).

Entretanto, a implementação e a consolidação deste modelo acontecem de forma lenta e, pode-se dizer incipiente, visto que implica no repensar de um fazer que orientou por muitos anos a tradicional assistência psiquiátrica, bem como em oferecer de fato uma rede de atenção em saúde mental na qual os serviços sejam complementares, integrados e resolutivos (BORBA *et al.*, 2012).

Enquanto conjunto articulado de diretrizes e ações clínico-sociais, a assistência à SM deve ser organizada segundo um modelo de rede de cuidados, do qual o CAPS não é o único dispositivo, somando-se a eles, entre outros, a APS. Sendo assim, as atividades no âmbito desses níveis de atenção devem ser planejadas considerando a “pertença” global do sujeito à rede de saúde, evitando condutas unidimensionais e reducionistas (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Garantir o acesso e a assistência aos usuários é condição primordial para a efetivação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Por essa razão, o uso da CR

nesse contexto centraliza a atenção no sujeito e em suas demandas singulares, e isso é possível apenas a partir de uma prática implicada.

Conforme ressaltamos, encontramos nos discursos dos participantes a divisão didática das práticas entre as atividades em si, próprias de cada serviço, e as atividades que extrapolam o âmbito institucional:

A questão da assistência é muito importante e é um ponto principal a garantia dessa assistência nos mais diversos campos profissionais. Segundo lugar, a questão do trabalho que vai além do CAPS né... essa articulação do serviço com outros serviços, isso é um ponto muito importante também (Gestor 1).

No primeiro aspecto (assistência), os participantes destacaram o trabalho com atividades individuais e coletivas, na qual os grupos alcançam expressivo reconhecimento. Dentre as atividades individuais, o atendimento em caráter de acolhimento/avaliação e por categorias profissionais figura como um dos principais:

A gente tem o acolhimento né, que é realizado diariamente no serviço e aí dentro desse acolhimento entra essa classificação porque acaba que, se a gente não consegue cuidar ele [o usuário] aqui na pré-consulta, muitas vezes ele não espera e aí precisa ter esse olhar tanto clínico como social; e temos os atendimentos individuais, aí tem o atendimento compartilhado muitas vezes, as interconsultas que são realizadas (Gestor 3).

No âmbito dos CAPS, o acolhimento se refere à porta de entrada no serviço; uma espécie de pré-consulta na qual o usuário é avaliado e, após a identificação e acolhida de suas demandas, é encaminhado aos demais acompanhamentos terapêuticos. Trata-se de uma das referências básicas do serviço no que se refere ao contato inicial com os usuários e aos posteriores planejamentos e discussões.

O acolhimento procura promover a mudança do processo de trabalho de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, buscando resolver as necessidades de saúde dos usuários. Propõe um redirecionamento das ações, tornando-as de responsabilidade de toda a equipe, promovendo a integração de saberes e práticas, ampliando sua resolubilidade (MINÓIA; MINOZZO, 2015).

Dentro da lógica de cuidar da atenção secundária, a CR também assume características importantes, pois apresenta-se como um modo de reconhecer quem é aquele sujeito que chega, quais suas particularidades e – por último, mas não menos importante – se ele deve realmente estar ali. Isso porque, de acordo com os participantes, muitos usuários podem perfeitamente ser acompanhados na APS, no entanto, por um mau

uso da CR, são enviados diretamente à atenção secundária. O acolhimento então “filtra” essas demandas, não deixando também de considerá-las.

O seguinte trecho ilustra a consideração acima:

Aqui, quando o paciente chega ao serviço ele passa por uma pré-consulta, que é uma classificação de risco também. Ali a gente identifica quais são os riscos que ele tem. Nos ajuda a entender a emergência de algumas situações. Dentro do serviço, que eu visualizo essa importância da classificação na perspectiva de cuidado desse sujeito, e não só no olhar clínico, mas também pra esse olhar social né... (Gestor 3).

Observamos, aqui, a necessidade de utilização da CR para além do viés médico-clínico, contemplando questões referentes ao contexto social dos sujeitos, aspecto já ressaltando anteriormente por outro participante. Assim, os atendimentos que marcam a assistência à saúde mental objetivam sempre escapar e/ou problematizar os extremismos da sintomatologia, concedendo produtiva abertura às individualidades.

A gente sempre pede que esse paciente tenha um suporte familiar (Profissional 1).

A gente faz a escuta daquele paciente e a gente faz uma anamnese (Profissional 2).

Fazer a escuta é instrumento potente de mobilização de desejos e recursos. Aquela pode ocorrer na abordagem individual e coletiva, de forma qualificada, com investimento nas pessoas e suas relações intra ou interpessoais. Quando não se consegue realizá-la, aumenta riscos e vulnerabilidade da pessoa em sofrimento mental. É uma ferramenta essencial para o atendimento integral e, por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (MAYNART *et al.*, 2014).

Outras atividades individuais dizem respeito ao trabalho desenvolvido pelas categorias profissionais. Estas, a partir de seus núcleos de saber, contribuem significativamente no acompanhamento dos usuários e até mesmo na discussão e reformulação dos processos de trabalho. Destacamos que, embora os referidos núcleos tenham suas atribuições e competências próprias, seus modos de fazer sempre se coadunam em uma prática interprofissional, que se entrelaça e se articula com as metas de cuidado.

Na saúde mental, a escuta, o acolhimento e o vínculo caracterizam-se como ações preponderantes para as intervenções, sendo tecnologias estratégicas para o cuidado no território. Permitem, assim, uma “intimidade terapêutica” no sentido de o trabalhador estar aberto à escuta das necessidades de saúde do usuário, em uma postura mais acolhedora (MAYNART *et al.*, 2014).

O atendimento terapêutico, que é a elaboração do PTS junto com o usuário ou com o técnico de referência, ou com a equipe de referência, porque o PTS não é traçado somente por um profissional; existe uma divisão entre as equipes, que são 3 equipes de referência aqui dentro do serviço. E tem as atividades de núcleo e de campo que vão tá inseridas também dentro dessa lógica da prática (Gestor 4).

Atendimento psicológico, as atividades de TO [terapia ocupacional], os grupos que a gente tem, os trabalhos de reabilitação psicossocial... tudo isso vai se contemplando numa sentença, pois eles vão interagindo entre si e se complementam na busca desse cuidado (Gestor 1).

Por sua vez, as atividades coletivas representam um seguimento considerável nos serviços. Uma vez avaliadas as condições de saúde do usuário – a partir dos desdobramentos da CR – os trabalhos grupais reforçam e ampliam o cuidado em SM. Por meio deles, os sujeitos reconstróem laços e exercitam seus direitos de cidadania, tendo na proposta do contexto territorial um importante fator.

No contexto da reforma psiquiátrica, os grupos contribuem para a elaboração de novas formas de abordagem que levem em consideração a subjetividade e a inclusão social. A referida prática potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e o debate acerca das alternativas de apoio e suporte emocional (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Os grupos evidenciam o caráter dinâmico da CR, pois possibilitam aos sujeitos, dependendo de seus perfis, transitar por diferentes terapêuticas e aprofundar suas relações autônomas frente a seu sofrimento. A ideia de classificar o risco referente a cada demanda já propõe intervenções grupais alternativas às condutas médico-centradas. Uma proposta que desafia não apenas os usuários, mas igualmente profissionais de saúde, que precisam manejar corretamente a avaliação proveniente da CR.

Os seguintes trechos revelam-nos a significância das práticas grupais nos serviços:

A gente potencializa também um que é muito importante que são os grupos. Aqui no CAPS a gente tem 19 grupos né... A gente tem grupos de diversos tipos

né... de práticas esportivas, natação, caminhada, práticas mais simples... (Gestor 3).

A gente trabalha muitos com os grupos... não só mais a questão medicamentosa, mas a gente trabalha muito com os grupos, que pra alguns tem sido muito terapêutico, muito bom... trabalha também a questão cognitiva... a gente percebe que eles [os usuários] se sentem muito bem com isso (Profissional 1).

A partir daquela anamnese a gente oferece alguns meios como massoterapia, apoio de grupos, a gente oferece diversas coisas pro paciente, se o paciente concordar (Profissional 2).

Tava participando de um grupo, até então era o grupo de música (Usuário 1).

Sendo assim, os grupos concretizam estratégias de co-responsabilização do cuidado entre os sujeitos que os fazem. Nesse sentido, as práticas, os procedimentos e as orientações da clínica oficial são insuficientes para abordar toda a variedade de dimensões que compõem as demandas e as necessidades de saúde das pessoas. Para ir além, por conseguinte, é essencial instrumentalizar-se de ações coletivas fortalecidas pela intersetorialidade e pela rede de referência e contra referência. A utilização das terapias grupais na abordagem aos usuários possibilita a atuação interdisciplinar condizente com a prática clínica humana, equânime e resolutiva, pois se trata de uma ação relevante no planejamento de intervenções clínicas (BENEVIDES *et al.*, 2010).

6.1.2.2 Trabalho intersetorial

Ainda no quesito práticas e processos de trabalho, a lógica da intersetorialidade surge enquanto segunda subcategoria. Recorrente nas falas dos entrevistados, o trabalho intersetorial figura como importante meio de ampliação e disseminação da proposta da CR, especialmente por promover o diálogo e a articulação entre serviços.

O trabalho intersetorial pode ser entendido como mobilização de recursos humanos, financeiros, territoriais e políticos, para a garantia da saúde e da cidadania. Em termos objetivos, aquele se afirma em práticas contextualizadas e é apoiado por diferentes atores sociais, sendo relativo a problemas reais. O conhecimento e o saber articulados são produzidos em arenas dialógicas, entendidas enquanto espaços de diálogo e elaboração de alternativas para as problemáticas elencadas a partir dos diferentes sujeitos envolvidos, nos quais distintos interesses, perspectivas e valores são colocados em jogo (TÂNOS; MATSUKURA, 2019).

Sendo assim, a efetiva compreensão da CR como disparadora do cuidado e recurso de trabalho – ressaltados anteriormente – somente será possível a partir de um propício cenário de integração conjunta dos atores que fazem a rede de saúde. Em cenários do tipo, a palavra circula e o cuidado é visto sob perspectiva coletiva, na qual todos contribuem.

Por sua vez, as respostas das entrevistas revelaram um aspecto equivalente a um primeiro passo para o trabalho intersetorial: a desconstrução do saber médico-centrado. Principalmente na dinâmica dos serviços, essa característica foi e continua sendo importante para a consolidação de uma política de saúde democrática e participativa, bem como ampliação na forma de compreensão da SM, conforme as seguintes falas:

se a gente a gente voltasse 10 anos atrás ou até mesmo 5 anos, nós tínhamos um serviço altamente médico-centrado. Você vinha pro acolhimento, tinha que passar no médico; se vinha pra consulta de enfermagem, precisava passar no médico... E hoje nós temos uma perspectiva intersetorial que essa influência médico-centrada tem diminuído... porque a gente vai na linha de uma formação constante dos profissionais, como a gente tá indo muito numa linha de trabalho intersetorial. E esse trabalho intersetorial tem sido muito positivo pra gente expandir a questão da saúde mental além do serviço CAPS (Gestor 1).

Aqui as coisas que eu faço é [com] a técnica de referência e o doutô (Usuário 1).

Nos serviços, observamos que a diminuição da valoração hierárquica acerca do saber médico, embora ainda persista em muitos contextos, já é uma realidade. A fala anterior de um dos entrevistados expressa a ideia em questão. Mesmo considerando a figura do médico em seu discurso, já existe uma compreensão da existência de outros saberes e outros profissionais como igualmente importantes. Neste contexto específico, surge a figura do profissional de referência, citado pelo usuário entrevistado.

A proposta do profissional de referência é um dos dispositivos clínicos do arranjo organizacional do trabalho em saúde mental. A constituição desse dispositivo tem como finalidade o estreitamento do vínculo entre os profissionais e usuários, a proposta da interdisciplinaridade e a interlocução com as redes familiares, sociais, culturais, socioeducacionais, entre outros. O propósito é um novo cuidado que será articulado pelo referente, garantindo a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivo, social, familiar e laboral (SILVA; COSTA, 2010).

Entender essa lógica de trabalho abre possibilidades para a entrada de outros saberes no processo de cuidar. A mesma compreensão aos poucos vem sendo também incorporada na realidade das intervenções em SM, especialmente no campo de atuação

da APS enquanto ordenadora do cuidado e ambiente propício para a construção de novas práticas fundadas em posturas inventivas. A CR de risco recebe então a contribuição de outro importante fator para seu desenvolvimento e disseminação: a multiprofissionalidade.

Aqui, um dos desafios é incorporar esse fator nas práticas diárias dos serviços. A participante a seguir relata os processos de trabalho em sua unidade de atuação (APS):

A gente trabalha a saúde mental de acordo com o mês inteiro. Aqui são duas equipes de saúde. Na primeira semana são agendados de 2 a 4 pacientes. Pode ter um de retorno e 3 de primeira vez. É o paciente com acompanhante e uma equipe multiprofissional, que é fisioterapeuta, psicólogo, são os residentes, o médico, a enfermeira e a agente de saúde (Profissional 2).

Com base nessa perspectiva, começamos a compreender dois aspectos significativos do trabalho intersetorial, evidenciados também a partir das entrevistas realizadas: o matriciamento em SM e o diálogo entre as equipes de APS e as da atenção secundária, mais especificamente dos CAPS. São duas expressões fundamentais pelas quais a perspectiva da CR se dissemina e se consolida. Vejamos cada uma de modo mais concreto.

Conforme já explicitamos anteriormente em nosso marco teórico (tópico 4.4), o matriciamento é um modelo de trabalho que objetiva produzir saúde em um processo de construção compartilhada. Trata-se de um eixo norteador da integração da SM à APS (CHIAVERINI, 2011). Mais que um atendimento ou prática assistencial, o apoio matricial é uma lógica, uma atitude, uma postura de trabalho frente às exigências do cuidado.

A gente tem feito um esforço de discutir constantemente com os profissionais, e que os profissionais possam expandir esse esforço nos matriciamentos sobre a importância do uso do instrumento [de CR]. (...) tem muitas situações que ele é utilizado já... alguns matriciamentos a gente vê: tem casos que já foram estratificados, tem casos que já não foi, tem casos que já tá demandando a segunda estratificação porque já foram feitas intervenções. (...) a gente tem conseguido inseri-lo nos matriciamentos. Muitas vezes as pessoas discutem o caso sem estratificar, mas em outros momentos estratifica (Gestor 1).

Observamos aqui o matriciamento como um contexto de inserção da CR nas práticas de trabalho. Aspecto esse que nos mostra o quanto a proposta deve ultrapassar os âmbitos individual e unilateral. Individual porque não é feita apenas por um indivíduo e sim por diferentes atores; unilateral porque não pode ater-se apenas a uma única visão de

trabalho. O matriciamento, por assim ser, exige a adoção de uma ótica de intervenção múltipla que consiga expressar os amplos domínios de inserção dos sujeitos.

Notamos igualmente pela fala acima a existência de um ritmo irregular de uso da CR por ocasião do apoio matricial. Compreendemos que há um esforço para viabilizar a aproximação entre essas duas tecnologias de cuidado, pois uma efetivaria o trabalho da outra. Ou seja, é importante matriciar a partir da utilização e discussão da CR, que, por sua vez, necessita também de um bom apoio matricial para se desenvolver.

Por outro lado, os serviços que já adotam concretamente a CR, o fazem como forma de fomentar a troca de experiências multiprofissionais e intersetoriais.

Dessa avaliação [a CR] é tirado três ou quatro pacientes que estão mais graves e é colocado pro matriciamento, que vem na quarta semana. Aí fica equipe multiprofissional, enfermeiro, médico e matriciador (Profissional 2).

Temos aqui um exemplo de possível efetividade na utilização da CR na divisão cotidiana de trabalho. Conforme o relato da participante, há, antes da ocorrência do matriciamento, uma avaliação dos usuários com base na CR. Hábitos como esse auxiliam a equipe na própria discussão dos casos e na construção de intervenções terapêuticas. No entanto, observamos também que essa realidade ainda não expressa o que acontece na totalidade dos serviços, o que faz surgir algumas dificuldades, como vemos nesse trecho:

Quando os meninos [profissionais matriciadores] iam pro matriciamento, as vezes chagavam lá [no CSF] e não tinha caso pra discutir. Pois vamos fazer o seguinte, vamos levar os nossos pra discutir lá... aí começou a provocar esse movimento contrário... provocar que o matriciador¹³ provoque a equipe quanto ao instrumento de estratificação (Gestor 3).

O “não ter casos para discutir” retrata por vezes as dificuldades que as equipes têm em compreender quem é o principal responsável pelo cuidado. No caso da APS, o trecho acima ressalta a ideia de que os casos de saúde mental seriam responsabilidade primordial do CAPS, e que por isso mesmo seus profissionais é que deveriam levar as discussões para o matriciamento. Em situações do tipo, observamos que a CR exerce

¹³ Os matriciadores são os profissionais que “executam” o matriciamento. São trabalhadores da rede de saúde mental do município, lotados na atenção secundária (CAPS). Embora estes sejam responsáveis diretos pelo apoio matricial – no que diz respeito ao suporte assistencial e pedagógico – o matriciamento é construído coletivamente com a participação de todos os profissionais que dele participam. Sobral está dividida em macrorregiões de saúde e, para cada uma delas, há profissionais matriciadores diferentes. Trata-se também de uma forma de criar vínculo e proximidade entre as equipes.

também um papel de questionadora das práticas desenvolvidas e do envolvimento dos profissionais.

Mesmo com esses desafios, o apoio matricial como perspectiva de trabalho intersetorial tem contribuído para um diálogo cada vez mais profícuo entre APS e Atenção Secundária. Os entrevistados expressaram diversas vezes a tentativa de desmistificar a “pertença” dos usuários de saúde mental: os sujeitos não “são do CAPS” ou de outro serviço específico, como objetos pertencentes a algo, para utilizar um linguajar mercadológico. Possivelmente, o mais correto seria dizer que eles “são NO CAPS”, ou “são NO CSF”, no sentido de que os sujeitos vivem e expressam os desejos de suas existências no terreno material e subjetivo desses serviços.

Quando não consideramos essa perspectiva, muitos casos ficam perdidos em um emaranhado institucional, favorecendo assim a fragmentação do cuidado. Essa realidade se agrava devido à fatores como a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, falta de investimento dos gestores, ausência de uma escuta qualificada na APS, dentre outros (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Desse modo, apesar do aumento da oferta de serviços na APS aos usuários de SM, a organização do processo de trabalho ainda está pautada na utilização e prevalência das tecnologias duras e leve-duras (instrumentos e saberes especializados) em detrimento das tecnologias relacionais (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018). Encontramos aqui também, segundo os entrevistados, entraves de ordem pessoal. A vontade de fazer, o envolvimento, são exatamente quesitos que fomentam as referidas tecnologias relacionais. O discurso abaixo ilustra essa questão:

a gente tem tentado potencializar que... aos matriciadores... quando chega um caso pra eles discutirem, eles peguem e [digam]: “vamos estratificar!”. A gente sabe que há uma dificuldade dos próprios profissionais de fazerem isso, mas a gente sabe que existem várias limitações dos profissionais... as vezes dos profissionais da equipe mínima¹⁴ de quererem fazer (Gestor 3).

Por fim, fazendo um pequeno recorte acerca da realidade da APS, identificamos duas críticas importantes através do discurso de um dos entrevistados. Optamos por compreender essas críticas como interferências que atravessam as principais

¹⁴ A APS, especialmente a ESF, funciona por meio de equipes de saúde da família, também chamadas de “equipes mínimas”, ou “equipes primárias”. Estas, desde 2004 são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. Cada equipe de saúde da família atua em áreas geográficas definidas e com população adstrita (MALTA *et al.*, 2016).

subcategorias de práticas em SM, dificultando sua consolidação pelos moldes da reforma psiquiátrica. Essas dificuldades ou barreiras são: a rotatividade dos profissionais e a lógica essencialmente ambulatorial dos processos de trabalho.

Muito comum em serviços públicos devido à fragilidade de vínculos e precarização do trabalho, a rotatividade marca consideravelmente as práticas de CR, comprometendo-as nas suas diferentes amplitudes. Uma vez que a CR é também uma filosofia de cuidado construída coletivamente, necessita de vínculos mais sólidos dos trabalhadores junto aos serviços, até mesmo como forma de conhecer detalhadamente as demandas do território e as necessidades dos sujeitos que nele residem.

Do contrário, a mudança contínua de profissionais gera perda de proximidade com a proposta da CR. Na concepção de um dos entrevistados, essa questão interfere diretamente no andamento das intervenções em SM, que necessitam de certa continuidade para que resultados positivos aconteçam.

O problema é a rotatividade dos profissionais né? Atrapalha um pouco esse processo de entender né? Quando tá começando... aí sai e entra outro profissional novato que vai ter que começar tudo de novo... (Gestor 3).

Quando você pega uma pessoa que já tem uma certa bagagem de experiência, isso até que não gera problemas. Mas quando você pega... assim... pessoas ainda principiantes na questão da saúde mental, ou as vezes quando você fica sabendo sem ter um critério do que priorizar na relação do cuidado... [isso pode gerar problemas] (Gestor 1).

Problematizar questões como essas dentro da atual política, implica, portanto, em garantir e reconhecer os direitos dos atores envolvidos na produção do cuidado, explicitando a centralidade do papel dos trabalhadores na encruzilhada entre técnica, ética e política, bem como as condições reais que sustentam o processo de trabalho. Sendo um elemento historicamente construído, o trabalho em saúde traz consigo uma importante dimensão: o significado. É ele que perpassa as relações e dá consistência ao que é produzido a partir delas, sempre a partir do exercício de dar voz aos sujeitos.

Enquanto o trabalho em saúde se configurar como um ato em si, uma técnica que, ao invés de produzir sentido de vida ao ato de produzir saúde, não traz nada além de um efeito colateral marcado pela eliminação da condição humana da palavra, a linguisticidade enquanto elemento fundante das relações intersubjetivas ficará prejudicada (SANTOS; SANTO, 2011).

A CR perde em qualidade por ocasião dessas interferências. E, mesmo se a rotatividade não ocorresse – com os profissionais permanecendo nos serviços – é possível

observar também trabalhadores insatisfeitos com seu trabalho, o que gera igualmente desimplicação e pouco interesse pelas ações. Nesse sentido, aplicar intervenções com base na CR seria mais um fardo burocrático que, quanto menos realizado, melhor.

Além dos desafios da rotatividade, o perfil de cuidado em SM hoje na APS se resumiria a uma atividade predominantemente ambulatorial, tendo os próprios usuários e profissionais como consideráveis mantenedores dessa filosofia. A lógica queixa-conduta, centrada em atendimentos pontuais, surge como *modus operandi* básico das práticas de SM nesse âmbito.

O seguinte discurso evidencia esse fato:

Minha visão hoje do atendimento de saúde mental na atenção primária é distribuição de medicamento, infelizmente. Não é o ideal, mas nesse momento, o que a atenção primária faz é distribuir medicamentos. (...) é o atendimento, a distribuição de medicamento e a burocracia que vem por trás desse medicamento (Gestor 2).

Nesse sentido, a função da CR seria apenas respaldar e manter essa prática medicamentosa e ambulatorial. As consequências clínicas são evidentes: a produção de um fluxo de trabalho estéril e apolítico, bem como a cronificação do sofrimento. As relações operadas pela tecnologia da CR, nesse contexto aqui descrito, podem conduzir a retrocessos e a manutenção de relações de dominação.

Carvalho *et al.* (2015), referindo-se ao pensamento de Foucault, afirma que o exercício do poder consiste, portanto, em conduzir condutas e em ordenar as probabilidades do outro. O poder remete à ordem do governo, referindo-se não apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados, mas ao governo micropolítico das relações.

A dominação proveniente desse tipo de cuidado em SM se materializa na maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos, recobrando não apenas formas instituídas e legítimas de sujeição política ou econômica; mas modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos outros indivíduos. Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros (FOUCAULT, 1995). Sendo assim, a CR, se vista enquanto “tecnologia de controle” e não “tecnologia de cuidado”, pode ser entendida como modo de ação sobre o outro, em detrimento de um trabalho com o outro.

Em tese, vimos que a categoria *práticas/processos de trabalho* desenvolve-se à luz de duas estratégias ou subcategorias fundamentais em SM. Em primeiro lugar, no campo da assistência encontramos as práticas de caráter individual, englobando os

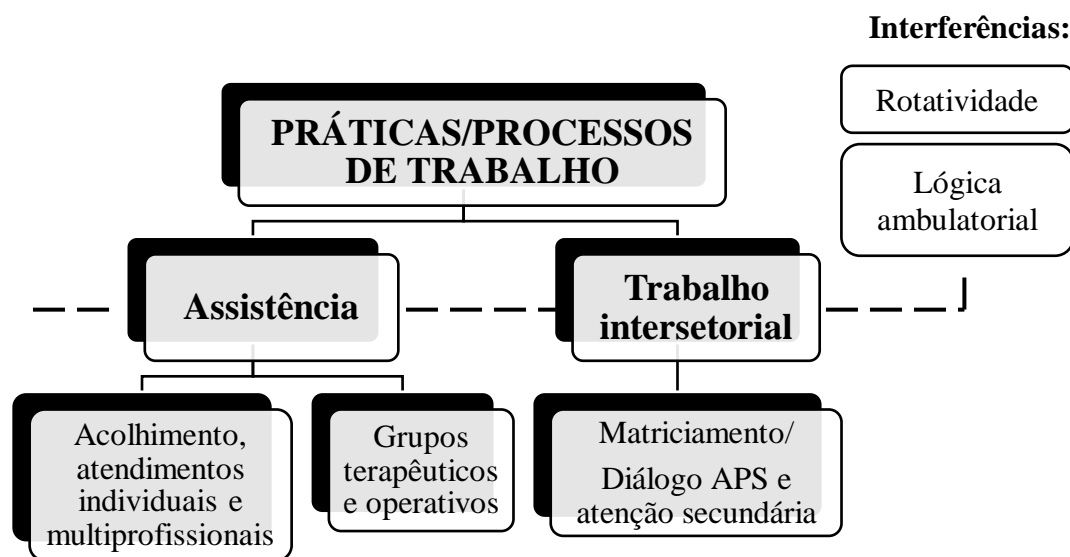
atendimentos, acolhimento, consultas, interconsultas e demais procedimentos multiprofissionais. E em segundo lugar, as atividades de âmbito coletivo, como os trabalhos grupais, tanto terapêuticos como operativos.

Por sua vez, a intersetorialidade figurou também enquanto outra subcategoria fundamental. Compreendida como trabalho para além da dimensão unilateral dos CAPS, a lógica intersetorial tem no matriciamento e nos diálogos entre APS e Atenção Secundária, seus maiores fundamentos. Através deles, a CR se capilariza entre os serviços e se incorpora à filosofia de cuidado.

No entanto, esse processo ocorre também em meios aos desafios originados pela rotatividade dos profissionais na área da saúde, o que desenvolve impactos diretos e indiretos na atenção; e, além disso, pela lógica de trabalho essencialmente ambulatorial. Os dois referidos aspectos atravessam as práticas de assistência e trabalho intersetorial, marcando-as significativamente.

Da mesma forma, apresentamos a figura a seguir para ilustrar nossos resultados.

Figura 2 – Subcategorias das práticas/processos de trabalho em saúde mental segundo a percepção dos participantes da pesquisa.



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.1.3 Aplicabilidade

Nesta seção, discutiremos os resultados referentes à avaliação que os participantes fizeram acerca do uso de instrumentos e questionários no atendimento aos usuários. A aplicação de recursos do tipo surge como importante estratégia para o manejo do cuidado em saúde mental. Especialmente na realidade do município de Sobral, esse modo de trabalho aponta para a implicação das equipes na construção dos fazeres e na busca por soluções inventivas frente a tradicionais desafios próprios do sistema de saúde.

Ao problematizar a coordenação do cuidado, deparamo-nos com aspectos práticos como padrões de alocação dos recursos, gestão da rede, tecnologias de informação integradas e outros. Desse modo, a busca por qualidade e continuidade do cuidado tem exposto diversas estratégias de avaliação por meio de programas e instrumentos.

No Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo Ministério da Saúde em 2011, apresenta-se como estratégia significativa para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS. Trata-se de um questionário avaliativo por meio do qual as equipes recebem uma certificação de acordo com o desempenho no monitoramento de indicadores (SOUZA *et al.*, 2017).

Como este, outros questionários e instrumentos surgem com o objetivo de avaliar e acompanhar não somente serviços, instituições e estratégias em uma perspectiva macro, mas igualmente práticas e intervenções relacionadas a frentes específicas de atuação. Conforme relatamos, ferramentas dessa natureza mostram-se como recursos de trabalho fundamentais para o cotidiano dos profissionais. Ao mesmo tempo, são benéficos também aos usuários na medida em que favorecem uma atenção e acolhimento singular.

É nesse contexto que buscamos compreender a partir dos participantes da pesquisa os diferentes aspectos relacionados à aplicação da CR nos cenários de práticas, incluindo dificuldades, facilidades, impressões gerais e efeitos gerados pelo uso. Assim, observamos melhor a dinâmica de trabalho das equipes e, também, seus dilemas enfrentados no cuidado para com os sujeitos.

Ademais, o contato com a realidade nos permitiu concluir que a CR, além de uma proposta de cuidado, é também um instrumento objetivo, um questionário desenvolvido pelos trabalhadores de SM. Por assim ser, iniciaremos a discussão acerca da aplicabilidade exatamente por este questionário, entendendo sua constituição e processo de construção coletiva.

6.1.3.1 Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM)

Como resultado do esforço e da reflexão de profissionais e gestores, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral desenvolveu um questionário que materializa a CR em termos práticos. Por meio dele, as ações de SM recebem um novo sentido em detrimento das práticas realizadas anteriormente. Avaliar o risco passa a ser, então, uma ação possível e ao alcance de qualquer profissional para melhor organizar a linha de cuidado aos usuários.

Considerando o percurso histórico da assistência à SM no município de Sobral, já apresentado anteriormente, é possível considerar que a adoção do QERSM acontece em um período relativamente recente. Estamos falando de uma prática de trabalho que, embora já aconteça em outros estados (ESPÍRITO SANTO, 2018; PARANÁ, 2014), tem dado um novo direcionamento técnico e subjetivo à assistência em saúde na realidade local.

O instrumento se propõe analisar dimensões essenciais à construção do cuidado, com a finalidade de traçar percursos e fundamentar intervenções pensadas a partir do PTS de cada usuário. Cada dimensão proposta contempla quesitos importantes do processo, elencados pelos profissionais com base em seus cotidianos de atuação, o que nos permite afirmar que o QERSM é um instrumento que brota da realidade assistencial do município.

A consolidação de um fluxo e uma *práxis* em saúde mental há tempos demanda investimentos subjetivos dos profissionais, além dos investimentos materiais próprios da administração pública dos serviços. Desse modo, construir um questionário que toque na amplitude da subjetividade requer posturas implicadas e abertas aos desafios inerentes ao cuidado. Por essa razão, nosso intuito de realizar essa análise mostra-se fundamental para a compreensão dos desdobramentos da categoria risco, especialmente nos caracteres de nossa rede de atenção integral à saúde mental.

São implicações clínicas, éticas e sócio-políticas que, juntas e articuladas, concedem roupagem teórica e prática às intervenções. O conteúdo dessas últimas, ao contrário do que por vezes é disseminado, não é prévio ou exclusivo do profissional, mas acontece na dialogicidade, nos encontros relacionais do trabalho, nas reflexões e interrogações às práticas naturalizadas.

Nesse sentido, a autonomia aparece enquanto construto presente nessas relações, como a possibilidade de que o sujeito protagonize a sua própria vida, exercitando o viver: reconhecendo seus limites e suas possibilidades. Mesmo com o transtorno mental e ou

sofrimento psíquico, as potencialidades do sujeito devem ser reconhecidas para suas atividades cotidianas. Portanto, o estudo aponta que a autonomia para alguns sujeitos é estimulada, para outros ela é mediada e em alguns sujeitos ela é negociada. O cuidar significa, nessa perspectiva, estar com; experimentar, provocar situações que possibilitem iluminar desejos e potenciais escondidos nas histórias de sofrimentos dos usuários. A partir do encontro, trilha-se o caminho por meio do conhecer, intervir, continuar, estimular e mediar à autonomia dos sujeitos (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017).

Um aspecto importante de se observar é que, antes da proposta e da utilização da estratificação de risco em saúde mental, a lógica adotada pelas equipes era a mesma da atenção hospitalar. Assim sendo, não havia uma singularização do cuidado em saúde mental, uma vez que os protocolos utilizados seguiam sempre um direcionamento padrão, o que começou a inquietar os profissionais frente às dúvidas surgidas por conta da dinamicidade desse campo. Vejamos nesse discurso de um dos entrevistados.

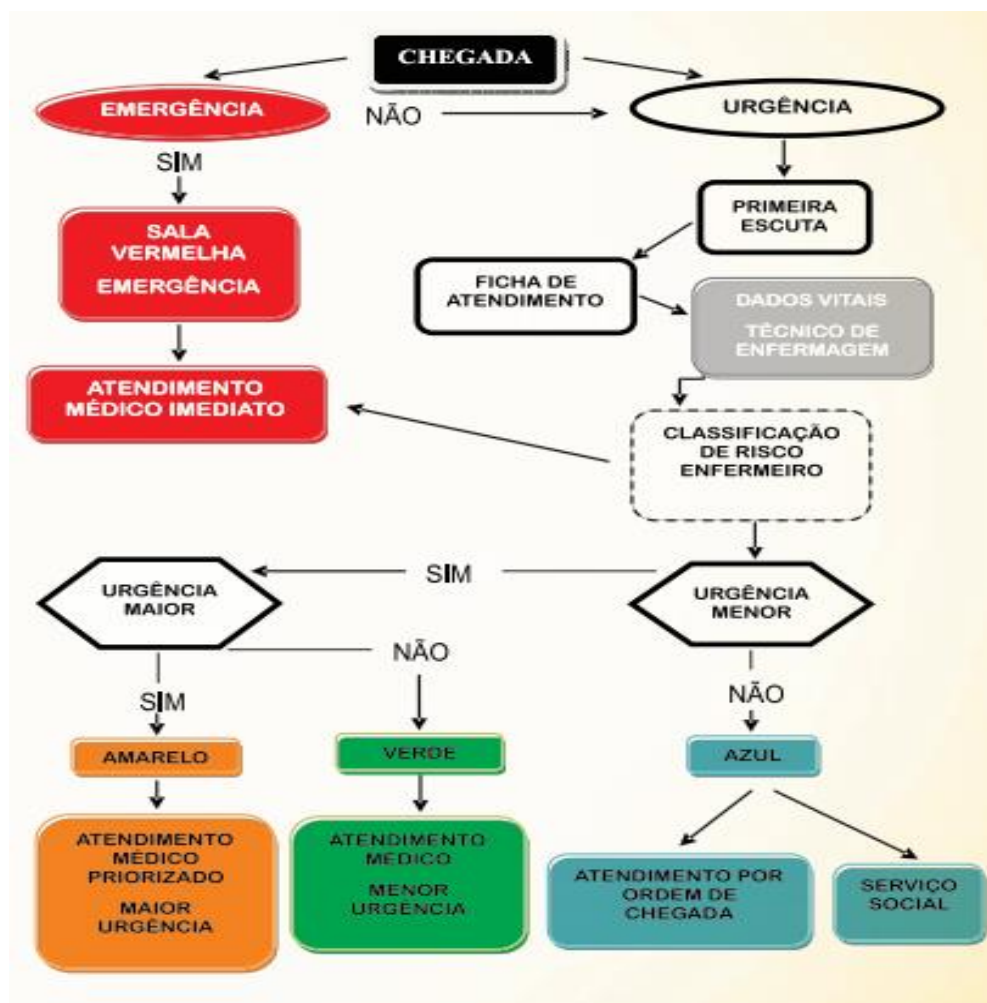
Quando a gente trabalhou na construção do instrumento de estratificação, foi algo novo pra nós e, obviamente, algo novo em praticamente todos os locais que a gente discutia sobre saúde mental também. Até então o que existia de estratificação de risco em saúde mental era a mesma estratificação de risco hospitalar, por exemplo, daquelas cores¹⁵. Aí foi um período que deu uma certa confusão... como o conceito de estratificação era novo pra nós, a gente se remetia a estratificação tradicional hospitalar e fazia essa experiência de utilizá-la no acolhimento (Gestor 1).

Observamos pelo referido trecho que, embora a estratificação de risco em âmbito hospitalar e ambulatorial seja uma estratégia já consolidada e tradicional nos serviços de saúde, era comum “transplantá-la” para outros nichos de cuidado. Possivelmente, as perspectivas burocráticas e estruturais dos serviços exigiam essa postura dos profissionais. No entanto, pensar essa proposta dentro da dimensão da saúde mental figurava, ao mesmo tempo, como algo extremamente novo e desafiador.

Até então, a forma de estratificar esse risco priorizava as figuras dos médicos e dos enfermeiros, uma vez que a preocupação fundamental era acolher o usuário e direcioná-lo o mais correta e rapidamente possível a partir de suas necessidades. Havia então uma possibilidade de objetificar o atendimento em saúde mental, pois não existiam exigências concretas de ampliação do olhar para aquelas demandas subjetivas dos usuários. A figura 3 a seguir ilustra o fluxograma aplicado a essa estrutura.

¹⁵ Trata-se do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco (já explicitado na página 8). Política de organização dos fluxos e prioridades de atendimento com base em cores representativas dos graus de urgência/emergência.

Figura 3 – Fluxograma de acolhimento com avaliação e classificação de risco.



Fonte: Adaptado de SÃO LUIS (200-).

A partir dessa realidade, mesmo considerando a importância dessa avaliação e CR, as equipes de saúde mental sentiram a necessidade de propor um instrumento próprio, que falasse realmente dos desdobramentos cotidianos do trabalho. Era preciso então aprofundar o conceito de estratificação a fim de que sua aplicação não fosse deslocada do contexto real de atuação.

Foi quando a equipe começou a se debruçar, a estudar o conceito de estratificação para, a partir daí, construir um instrumento inicial (porque até então não tinha nenhum). E começar a fazer algumas aplicações, ora aleatória, ora intencional, no sentido de testar o instrumento... que não foi dentro dos moldes acadêmicos, mas nos moldes práticos daquilo que poderia fluir como uma utilidade prática em saúde mental (Gestor 1).

Assim sendo, os profissionais começaram a notar que estratificar casos em saúde mental não era o mesmo que apenas diagnosticá-los. Ou ainda: não era o mesmo que identificar sintomas para prescrever condutas. Mas o trabalho seria o de construir caminhos e repensar práticas para além de rótulos e compreensões reducionistas.

Partindo da crítica à padronização e homogeneização dos procedimentos que caracterizavam o velho modelo manicomial e excludente, o tratamento dos chamados *doentes mentais*, sob o inquestionável domínio do saber médico resumia-se a *compensar o paciente*. Algo semelhante a – para usar uma expressão próxima – cuidar do sujeito “apesar de”; tendo no problema de saúde apresentado o principal foco de ação. Aspectos do tipo apontam para impossibilidades que atravessam todo trabalho clínico, no qual nos deparamos não raramente com pontos de impasse, pela própria institucionalização dos novos dispositivos, assentada em normas de caráter universalizante que podem engessar práticas (RINALDI, 2015).

Entender a estratificação de risco muito mais como um recurso terapêutico aproxima suas bases teórico-práticas dos pressupostos da clínica ampliada. Especialmente porque, na SM, esse trabalho suscita um exercício de pensar para além dos lugares comuns.

Porque uma coisa curiosa da estratificação é que você pode estratificar sem ter o paciente presente, através de uma discussão de caso, através de uma clínica ampliada, através das informações que você tem no prontuário... Então, você tem elementos aí pra fazer a estratificação que não necessariamente suscita do paciente presente (Gestor 1).

O fato do usuário nem sempre estar presente no momento da aplicação do QERSM expressa a ideia de que o mesmo não foi pensado para ser, predominantemente, um questionário a ser preenchido de modo artificial. Exatamente por não exigir a presença do usuário, essa tecnologia incentiva interrogações e reflexões que ultrapassem modos de cuidado cerceadores.

No entanto, nem sempre há garantias de que essa artificialidade não aconteça, uma vez que não é possível controlar e monitorar os alcances subjetivos de quem aplica questionários como esse. Sendo o QERSM um instrumento ainda novo, percebe-se a existência de certa insegurança em alguns profissionais no momento de utilizá-lo, o que contribui para transformar essa proposta exatamente em um *questionário*, na acepção própria da palavra.

Assim, compreendemos que, embora o QERSM seja de fato um questionário, sua ideia geral pede que o mesmo não seja aplicado predominantemente como tal. A noção de questionário aponta para um instrumento frio, sem nenhuma relação com o sujeito, conforme o seguinte discurso nos expressa:

Mas acredito que deva ter algum profissional que não se sinta seguro de preencher e acaba usando o instrumento no momento do atendimento como um questionário (Gestor 3).

O trecho em questão sugere também que, possivelmente, seja mais cômodo ao profissional utilizar o instrumento apenas como questionário a ser preenchido. Isso porque quanto mais objetivo o atendimento, menos tempo se demanda e menos burocracia se encontra. É por razões como essas que, em alguns serviços, a ideia do QERSM ainda não alavancou significativos resultados. Haveria limitações de compreensão do instrumento não em relação a quesitos técnicos (conceitos, ações, encaminhamentos), mas em relação a natureza do mesmo.

Vejamos um exemplo desse nosso pressuposto na seguinte fala:

Esse instrumento aqui tá meio esquecido. A gente tá usando 100 por cento? Não. Porque faltou xérox, aí ficou o instrumento sem funcionar... alguns tem outros não (Profissional 2).

Como é possível notar, a referida colocação clarifica um modo de compreensão da equipe acerca da natureza do QERSM, seus motivos e objetivos. O exemplo é significativo: a estratificação de risco é vista como documento que é usado apenas quando há disponibilidade deste material (xérox). Nesse sentido, a classificação ou estratificação de risco entraria no rol dos “materiais ou despesas de escritório” (papéis e afins), resumindo-se a essa lógica de trabalho.

Atitudes assim nos fazem refletir continuamente acerca da real proposta da classificação de risco. Esta refere-se a um engajamento sócio-político, um debruçar-se sobre a subjetividade do outro, uma escolha ética e profissional que compreende a saúde mental enquanto modo de ser e convite à cidadania.

As implicações da tecnologia classificação de risco devem fundamentar concepções que produzam uma desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. Acreditamos que as práticas clínicas apostam no “entre” como espaço de criação e invenção, de

irrupção de forças, em meio a tantos modelos e formas. É no “entre” profissionais e usuários, protocolos e normatização da rotina que podemos sustentar estados potentes que se abrem para a vida, criados a partir dos encontros, da dimensão que emerge nas relações que consideramos tecnologias em saúde (PENIDO; ROMAGNOLI, 2018).

Por sua vez, os desafios existentes em relação ao instrumento referem-se ao hábito de sua não-utilização, segundo o entendimento de um dos participantes do estudo. Para outro participante, acredita-se que será necessário um pouco mais de tempo para que as equipes assimilem e incorporem o referido instrumento com maior naturalidade em seus processos de trabalho.

Se você me perguntar: hoje é um padrão? Todo mundo utiliza? Não. O hábito de não utilizar ainda é forte, mas se você comparar até poucos anos atrás, hoje o instrumento já sai mais em pauta. Tem muitas situações que ele é utilizado já (Gestor 1).

mas daqui a alguns dias isso vai ser tão natural, o processo, que não vão precisar mais nem do instrumento pra entender em que nível esse paciente tá (Gestor 3).

Desse modo, o QERSM pretende conhecer e avaliar elementos gerais e importantes para a construção do cuidado. Em sua estrutura global, primeiramente há uma preocupação com a identificação da unidade básica de saúde do usuário, em uma forma clara de estabelecer diálogo com a APS e incentivá-la como ordenadora do cuidado. Sem a ideia do trabalho de base territorial e comunitária, a atenção psicossocial perde em resolutividade e qualidade. Por isso, a opção fundamental por explicitar e convocar a unidade básica de saúde ao trabalho intersetorial.

A interlocução com a APS também é contemplada por meio da identificação do(a) enfermeiro(a), agente comunitário de saúde, profissional de referência no território e equipe matricial, ambos relacionados ao cuidado para com o usuário. O respectivo modo de atenção é caracterizado pela valorização dos fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes do processo de adoecer e pela noção de singularidade de cada caso. A "cura" seria entendida aqui como um reposicionamento subjetivo (FROSI; TESSER, 2015).

Após a compreensão desse campo, o QERSM aborda igualmente o diagnóstico, não enquanto rotulação/moralização de condutas, mas ponto de partida para reflexões terapêuticas; o suporte familiar, englobando cuidadores; e condições crônicas de saúde associadas, evidenciando possíveis comorbidades.

Essa primeira parte expressa um apanhado geral acerca da situação de saúde dos sujeitos. Logo após, inicia-se o trabalho de estratificação de risco, feito com base na avaliação criteriosa de sintomas e demais condições apresentadas. Essa identificação é sempre feita a partir de um diálogo reflexivo entre os profissionais da equipe, permitindo, assim, alocar ou classificar as demandas em três estratos diferentes: baixo, médio e alto risco. Para cada um desses, há um conjunto de encaminhamentos e intervenções.

Ressaltamos também a incompletude do instrumento, uma vez que o mesmo não consegue contemplar todas as questões. Há uma tentativa de aproximação da subjetividade para que, minimamente compreendendo-a, seja possível pensar intervenções. Vejamos, por exemplo, o seguinte discurso que confirma essa interpretação:

mas até certo ponto, tem situações que é difícil da gente conseguir plenamente elaborar o que está dentro de uma categoria ou o que tá dentro de outra, porque é muito tênue... na saúde mental isso é muito instável. Daí a gente viu que o que nos foi proposto fazer é uma estratificação, e que estratificação era diferente da classificação inicial pensada (Gestor 1).

Estratificar seria então algo mais amplo e, ao mesmo tempo, menos engessado do que o ato de classificar os sintomas e comportamentos. Em saúde mental, há uma disputa de forças entre diagnóstico e expressão subjetiva, estando os sujeitos envolvidos por uma linha tênue que por vezes separa e por vezes une essas duas perspectivas.

6.1.3.2 Acesso e aplicação multiprofissional

Após a necessária contextualização acerca de um dos exemplos mais evidentes da categoria *aplicabilidade* da classificação de risco – o questionário de estratificação – continuaremos nossas discussões a partir de outras subcategorias surgidas ao longo desse caminho. Apresentamos aqui a primeira característica referente à utilização de questionários e instrumentos de CR, a saber: o acesso e a aplicação multiprofissional.

Os dados coletados nos permitiram concluir que o QERSM é um instrumento de amplo acesso dos profissionais que o aplicam, ou seja, não é uma tecnologia restritiva a algumas categorias profissionais específicas. Embora sua aplicação necessite de conhecimento técnico e demais afinidades com o trabalho em saúde mental – competências que, evidentemente, encontramos em profissionais mais experientes – o QERSM é aberto a outros trabalhadores que por ele se interessam.

Podemos falar então de uma democratização do acesso a esse instrumento, não apenas do ponto de vista material (estando ao alcance de todos), mas igualmente e, até mais importante, uma democratização de saberes. Segundo os entrevistados, há uma facilidade na compreensão do instrumento, pois o mesmo é capaz de contemplar conceitos de forma clara e objetiva, sem expressões dúbias ou procedimentos mais complexos.

A gente tentou construir um instrumento que fosse prático, de fácil compreensão, e que pudesse ser utilizado por qualquer profissional, sem distinção, se é de nível superior ou categoria profissional específica. Porque isso é uma forma de aproximar as pessoas do instrumento de saúde mental. Não entrar no estigma “porque é da saúde mental, só quem pode é o doutor fulano, ou fulano da outra categoria. Então, nós temos um instrumento que até um profissional de nível médio, treinando o manuseio, ele pode aplicar; um técnico de enfermagem, um ACS. Obviamente, é que a intenção é de que ele não aplique só por aplicar (Gestor 1).

Conforme ressaltamos anteriormente, a estratificação de risco em saúde mental é ainda uma realidade nova, considerando seu processo de desvencilhar-se das práticas de estratificação hospitalar. Isso explicaria em parte o distanciamento dos profissionais para com esse instrumento. A aproximação se daria, então, pelo rompimento com a atenção exclusivista, ou seja: todos são responsáveis pela saúde mental.

Ademais, o fato do QERSM ser de fácil aplicação a diferentes categorias profissionais, incentiva igualmente o exercício do cuidado compartilhado. Ao citar, por exemplo, os agentes comunitários de saúde (ACS), o participante aponta para outra realidade extremamente importante, que é o envolvimento desses profissionais com as questões de saúde mental do território.

Observando toda a significância dos ACS para a linha de cuidado, entendemos que os mesmos são fundamentais também para a efetivação da atenção psicossocial de base territorial e comunitária. E o QERSM contribui fortemente para aproximá-los mais ainda da assistência aos usuários. A própria possibilidade desses profissionais aplicarem o instrumento já nos expressa um divisor de águas quando pensamos a gestão do cuidado.

É possível compreender esse cuidado também a partir da relação entre o natural e o social, como produção de subjetividades aprisionadas, mas também como potencialidade de disrupção, de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas. Essa compreensão ampliada é essencial para que se produzam atos de cuidado para além dos serviços de saúde, constituindo outra lógica assistencial em saúde mental, que produzirá novos lugares sociais para a loucura (BARBOSA; CAPONI; VERDI, 2016).

Sendo assim, afirmamos que a classificação de risco objetiva produzir exatamente novos lugares sociais para a saúde mental, sobretudo para os sujeitos “objetos” de sua intervenção. Há um exercício de ressignificar também o papel dos profissionais nesse processo, dando-os autonomia e capacidade para construir os planos de cuidado sob os moldes da co-responsabilização.

Constatamos pelos discursos a facilidade e praticidade do QERSM, conforme os respectivos trechos seguintes:

É um instrumento que qualquer profissional consegue fazer (Gestor 2).

O instrumento é fácil. E outra coisa: é rápido (Profissional 2).

No entanto, observamos também alguns conflitos de informações em relação a essa premissa, que se devem possivelmente a experiências malsucedidas entre serviços e/ou profissionais específicos. Em outras palavras, há situações que deliberam também cuidados e atenções especiais. Vejamos, por exemplo, o seguinte trecho:

Tem gente que até aplica, mas aplica errado. Então, são situações que demandam treinamento. Tem pessoas que a gente já apresentou o instrumento, treinou e aí, quando chega 4 meses depois, diz que nunca viu... já teve também, curiosamente. E não foi só uma nem duas né? Dizer que não conhece o instrumento já tendo participado de reunião, de apresentação, dado uma cópia na mão da pessoa... (Gestor 1).

Por essa razão, a dimensão do treinamento também é essencial para a consolidação do instrumento, mesmo que este seja de fácil manuseio e compreensão. As capacitações se referem muito mais à sensibilização para o “querer fazer”, este último representando entraves consideráveis para a evolução da tecnologia classificação de risco.

Outro aspecto importante acerca do acesso e aplicação multiprofissional refere-se à postura de estratificar pontual e estaticamente as demandas, sendo esse fator uma característica contrária aos objetivos do QERSM. Exatamente por isso o trabalho com o instrumento tem suas exigências consideráveis. Vejamos:

O que eles trazem de devolutiva pra gente: (...) muitos relatam que acham fácil o instrumento, só que sempre bato que essa estratificação não é estática... [que] eu faço uma vez e anexo ao prontuário (Gestor 3).

Assim, a aplicabilidade da classificação de risco (CR) se dá em caráter processual e dinâmico, devendo dialogar constantemente com as evoluções do prontuário. Por isso, o risco em saúde mental representa um retrato singular do sujeito, captado pelos diversos desdobramentos de sua subjetividade. Para usar uma metáfora, tal como uma sessão de fotografias, na qual se mudam cenários e contextos para expressar um recorte daqueles momentos, assim é o trabalho com a CR.

Cada sujeito, mesmo os supostos “doentes mentais”, partilham de seus modos de ser e estar nos espaços, e compreender suas relações com a saúde é fundamental. Sendo assim, o amplo acesso e as facilidades na aplicação do QERSM não podem justificar uma intervenção profissional sem qualidade e feita de qualquer forma.

As práticas clínicas de cuidado relacionadas ao adoecimento psíquico ainda se expressam em uma tecnologia de biopolítica de gestão, entendida como medicalização social, que se mostra difundida e aceita na contemporaneidade. As ações priorizam o diagnóstico orgânico, as terapias medicalizantes e, principalmente, medicamentais, as quais perfazem caminhos unidirecionais em que, ao sujeito, não restam muitas escolhas além de adaptarem-se ao processo de cuidado oferecido (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

Desse modo, o acesso ampliado à estratégia de classificação de risco procura afastar-se da lógica de cuidado sob a perspectiva do controle e dominação biopolítica. A participação de outras vozes e outros braços na construção da assistência e da política mostrou-se como necessidade fundamental para o trabalho em saúde. A atenção verticalizada e o olhar unidimensional apenas reforçam o viés essencialmente tecnicista e excludente, cerceando subjetividades individuais e coletivas.

6.1.3.3 Diálogo APS e Atenção Secundária (CAPS)

A realidade pesquisada colocou-nos também diante de um aspecto considerável e fortemente expressivo, apresentado aqui em forma de subcategoria analítica: a relação existente entre as atenções primária e secundária. Esta, representada pelos serviços especializados ou, mais concretamente, os CAPS. Aquela, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com seus amplos desdobramentos.

As relações de trabalho construídas entre os profissionais desses dois níveis de atuação contribuem positiva ou negativamente para a consolidação da tecnologia classificação de risco. Dependendo do grau de envolvimento entre as equipes e – o que é

fundamental – do diálogo entre elas, a proposta da CR alcança êxitos em determinados serviços e em outros não. Por essa razão, os sujeitos entrevistados apontaram predominantemente para essa realidade como algo comumente vivenciado. O vínculo entre as equipes é condição prévia para um trabalho efetivo.

Acho também que, se a equipe [de APS] vincular com o profissional que faz o matriciamento né... ajuda também. Tô lá na dúvida... o que eu faço, entro em contato. Porque a ideia é essa né? Que esse vínculo do profissional da saúde mental com a atenção básica ele se estreite mais pra poder conduzir melhor esse processo (Gestor 3).

Aqui, uma das premissas da classificação de risco é que sua aplicação e desenvolvimento não se dê de forma isolada, com cada equipe fechada em suas competências de atuação. A dinâmica da rede de saúde não trabalha com a lógica de atribuições restritas, uma vez que vislumbra intervenções ampliadas e sob a perspectiva sistêmica.

O estreitamento dos vínculos é necessário para questionar a cultura do encaminhamento aos especialistas e da desresponsabilização do cuidado. Ao se considerar o encaminhamento ao CAPS estratégia ou ação de saúde realizada isoladamente para uma parcela da população, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade da ESF em resolver os problemas de saúde.

O cuidado em saúde mental é transversal à vida, e sua prática pode e deve ser efetivada em qualquer ponto da rede assistencial de saúde. Tal cuidado é entendido como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Dialogar é, muitas vezes, assumir a vulnerabilidade de submeter o saber à reflexão coletiva. É entender que, principalmente em saúde mental, os diferentes saberes não são concorrentes, e que o trabalho entre as equipes se entrelaça em meio aos encontros e relações. Desse modo, para uma categoria extremamente complexa como o risco, faz-se necessário captar a subjetividade por intermédio de olhares mais abrangentes.

A expressão “vincular com” pressupõe também uma dimensão afetiva nesse processo. Deixar afetar-se pelo trabalho, atribuindo sentido ao fazer cotidiano, abre portas consideráveis para a consolidação de qualquer modo de cuidado. Por essa razão, o QERSM deve ser entendido apenas neste contexto dialógico, no qual as ações em rede adquirem consistência e continuidade.

Afora os referidos argumentos positivos, a relação APS e Atenção Secundária mostrou-se como ponto nevrálgico para a evolução do trabalho com classificação de risco. Observamos diferentes relatos de dificuldades encontradas na lida com o processo de estratificar demandas e pensar encaminhamentos. O discurso a seguir nos faz notar que o instrumento para avaliar o risco é algo muito mais assimilado e incorporado pela atenção secundária do que pela APS. Aqui, um pequeno esforço analítico aponta para uma cultura de pensamento que acredita no QERSM enquanto instrumento vertical imposto de cima para baixo. Dito de outra forma, seria um instrumento DA atenção secundária disseminado paulatinamente na APS.

Infelizmente a gente ainda não tem conseguido um bom êxito em relação a alguns CSFs. Varia muito né. [...] a gente vê que não tem surtido efeito... Tanto que elas [equipes de APS] não conseguem identificar sozinhas... Precisa alguém tá sempre conversando com elas pra tá mostrando como é essa estratificação (Profissional 1).

Nossa compreensão nos mostra que o QERSM não é pertença de algum nível de atenção específico. Evidentemente que, por ser ordenadora do cuidado, espera-se que a APS exerça uma postura de vanguarda para com essa tecnologia, mas não podemos dizer que a mesma se restrinja aos especialistas, sendo apenas complementar aos cuidados primários.

O discurso acima também expressa a noção de que vínculos frágeis resultam em retrabalho. “Ter de mostrar sempre como é a estratificação de risco” sinaliza, possivelmente, resistência dos profissionais, o que nos fala da subjetividade dessa equipe. Ademais, entendemos que esses dados expressam uma realidade marcada por contrastes: a APS, enquanto por um lado é porta de entrada, ordenadora, por outro não conseguiu ainda apropriar-se plenamente dessa categoria de cuidado que é o risco em saúde mental.

Aqui dentro do CAPS é muito fácil. As pessoas compreendem e conseguem utilizar o instrumento de classificação de risco sim. Em relação a esse fluxo interno também; esse fluxo já é claro. Mas a nossa dificuldade com a estratificação de risco é na Atenção Básica (Gestor 4).

Essa realidade não é, certamente, generalizada, uma vez que existem boas experiências de trabalho nesse sentido. É preciso tomar nota sobre as relações micropolíticas que efetivam intervenções inventivas. Mesmo assim, ressaltamos o ainda movimento de consolidação do fluxo de cuidado em saúde mental na APS, no intuito de que essas práticas sejam cada vez mais habituais.

Junto aos profissionais, observamos que cada um apresenta um envolvimento diferente com a temática do risco em saúde mental e, por isso mesmo, singular. A aproximação entre APS e Atenção Secundária é também um modo de os instigar a transformar esse envolvimento pessoal em potência de trabalho coletivo, qualificando a atenção.

Por assim ser, é importante ressaltar que as demandas para a capacitação e suporte às equipes não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais. Definem-se, prioritariamente, desde a origem dos problemas do trabalho em saúde, o que permite entender que transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (JAEGER; CECCIM, 2004 apud BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Certamente, toda essa conjuntura diz respeito aos diferentes e múltiplos dispositivos de assistência de cada território, que estão para além do campo da saúde mental e mesmo da saúde, incluindo recursos do desenvolvimento social, trabalho, lazer, entre outros. Entrelaçados por suas complexas relações que convidam muito mais à co-responsabilização do que a transferência de responsabilidades, estes dispositivos trabalham numa lógica intersetorial caracterizada por uma rede de iniciativas múltiplas (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Desse modo, o QERSM convida à transversalidade de saberes, que se coadunam em direção a um objetivo comum: fomentar e consolidar a atenção singularizada em saúde mental. O cuidado especializado não pode de modo algum reduzir e fechar as demandas dos sujeitos em detrimento de uma atenção isolada e controlada. Por outro lado, a APS deve também suscitar a clínica ampliada, permitindo aos sujeitos transitarem material e subjetivamente pela dimensão sócio territorial.

As trocas dialógicas entre os níveis hierárquicos são benéficas tanto para usuários como para profissionais, bem como para a própria estrutura geral dos serviços. Ao construir coletivamente – postura essa muito comum no estudo do risco – entendemos como o sujeito é capaz de emergir mesmo em meio ao sofrimento psíquico. Assim, o suporte pedagógico-assistencial oferecido pela atenção secundária não faz desta um serviço melhor ou acima da APS, mas reforça a importância da construção intersetorial. Especialmente na dimensão do risco em saúde mental, a pactuação de ações e o estreitamento de vínculos será, de fato, fundamental.

6.1.3.4 Monitoramento e avaliação

Por fim, a seguinte subcategoria relacionada à dimensão da *aplicabilidade* nos traz a ideia do necessário exercício de monitoramento e avaliação das ações de classificação de risco, tendo em vista mais especialmente o QERSM. Este fator surgiu como ponto de discussão em apenas um dos sujeitos entrevistados. No entanto, considerando o contexto de inserção e desdobramento do risco em saúde mental, consideramos ser de importância fundamental apresentar o referido fator aqui, explicitando nossas compreensões e análises.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico, como a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Tão necessária quanto complexa, a tarefa de avaliar requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O processo de planejamento e implementação de uma avaliação de serviço é sempre uma questão delicada e exige um esforço importante para sensibilizar os gestores, profissionais e usuários do Sistema. Isso se deve a dois fatores: a necessidade de implementar as mudanças necessárias no serviço e a dificuldade de estabelecer um padrão de qualidade que fosse minimamente uniforme diante da diversidade social, econômica e demográfica do Brasil (RODRIGUES; SANTOS; PEREIRA, 2014).

Assim, as ações de classificação de risco devem gerar efeitos diretos na assistência aos usuários, de modo a observarmos mudanças – pequenas ou consideráveis – nos indicadores de saúde do território. É evidente que o avaliar riscos em saúde mental não tem sua razão de ser apenas em estatísticas e números burocráticos, mas os resultados através de indicadores são significativos para pensar estratégias e demais processos de trabalho.

É exatamente essa a concepção observada no seguinte discurso:

Eu acho a aplicação ótimo. O único entrave que eu vejo é que toda ação, ela precisa de monitoramento. Uma vez que eu não tenha a certeza de que todos os pacientes com agravo de saúde mental foi aplicado o questionário de saúde mental, e que essas respostas estão sendo utilizadas de forma a que essa pessoa tenha um atendimento adequado a condição que ela apresenta, não serviu pra nada. O que a gente precisa é estabelecer monitoramento; todo passo tem o passo seguinte. Estratificar por estratificar não serve se não tiver monitoramento (Gestor 2).

Como podemos observar, há aqui a sugestão de dois movimentos importantes. Primeiro, a aplicação do QERSM aos usuários de saúde mental, objetivando o total conhecimento e responsabilização pelos casos referentes no território. Intervenções como essa são necessárias para evitar “perdas” de demandas e perdas de vínculos com os sujeitos. Segundo, a ação consequente: uma resposta singular a uma demanda singular.

Ter um atendimento adequado à condição apresentada equivale a “particularizar” o cuidado. Ou seja, a classificação que aponta para baixo, médio e alto risco carrega consigo um rol de procedimentos cabíveis para cada um dos respectivos níveis. Um dos intuitos principais da gestão em saúde é gerenciar e aplicar os recursos da melhor forma possível, gerando qualidade na atenção. Esta premissa é válida também, sobretudo no processo avaliativo das demandas de saúde mental.

Por esse motivo, a classificação de risco identifica não apenas diagnósticos e sintomatologias, mas também ajuda a traçar caminhos terapêuticos a partir das necessidades de cada usuário. E segundo o que o participante acima afirma, o monitoramento das intervenções deve ser prática constante para que se chegue àquelas necessidades. Do contrário, não haveria motivos consideráveis para a adoção desse tipo de cuidado.

Sendo assim, as respostas provenientes da avaliação/monitoramento devem ser usadas de forma correta, pois a aplicação satisfatória de uma tecnologia prediz uma dada realidade, retratando-a em seus determinantes e modos de ser. Aqui também nos deparamos com uma constatação: a de que várias equipes até identificam as demandas, mas nem sempre sabem manejá-las corretamente. Dar esse passo a mais requer tempo, envolvimento, planejamento e avaliação, estes sempre articulados entre si e construídos a partir dos contextos locais de trabalho. Trata-se de um sistema que se retroalimenta, no qual a aprendizagem pelo trabalho reflete-se nas práticas de assistência e vice-versa, tendo sempre em vista a qualificação do cuidado.

Algumas experiências em diferentes serviços apontam para uma melhora considerável a nível de fluxos de acolhimento/encaminhamento. Estas mesmas não se referem apenas a mudanças físicas e estruturais nas instituições, mas, sobretudo, uma mudança qualitativa no perfil dos fluxos e demandas. Observamos que os profissionais estão amadurecendo uma prática de questionar valores institucionalizados, em um movimento de ir além do comum e do esperado.

Quando o usuário não se sente satisfeito e acolhido em suas queixas e demandas, essa concepção pode quebrar todo um ciclo terapêutico iniciado anteriormente. De forma prática, a classificação de risco viabiliza dois aspectos claros, necessariamente nessa ordem: conhecer e intervir. O conhecimento para a identificação e apropriação dos problemas e potencialidades de saúde, possibilitando a compreensão do objeto de trabalho, e de suas principais atitudes. A intervenção, por sua vez, partindo de uma boa classificação, para gerar qualidade de vida e/ou mudanças na própria relação com o processo saúde-doença.

A partir dessas questões, podemos afirmar que os resultados provenientes do monitoramento são perceptíveis no cotidiano de práticas. Embora (aos moldes dos grandes e tradicionais indicadores de saúde) os efeitos não sejam ainda visualizados em uma escala expressiva, acreditamos que os mesmos se concentram em, pelo menos, três âmbitos: efeitos para o serviço; efeitos para os profissionais e; efeitos para os usuários.

Em relação aos serviços, com o advento da classificação de risco, observa-se uma maior sensibilidade aos problemas e necessidades singulares dos usuários. Sabemos que essa premissa não é de toda uma novidade, uma vez que, já na própria constituição das políticas de saúde, há uma preocupação com essa aproximação dos sujeitos. No entanto, uma análise e observação mais minuciosa da realidade nos mostrou que, antes, a assistência caracterizava-se muito mais sob uma perspectiva de padronização de procedimentos, em uma lógica de massa e indiferenciação.

Hoje, mesmo com a permanência da dimensão coletivista, as equipes começam a se debruçar mais na singularidade dos sujeitos, na particularização dos modos de experimentar a saúde e a doença. É este o segundo efeito: a ideia trazida pela classificação de risco incutiu nos profissionais novos olhares acerca de seus trabalhos e formações.

Por fim, os usuários também foram e são contemplados com benefícios. Há também um maior acesso a opções diferenciadas de tratamento e acompanhamento, dentro da noção do trabalho e articulação em rede intersetorial. Os itinerários terapêuticos são mais amplos e próximos da realidade de cada sujeito.

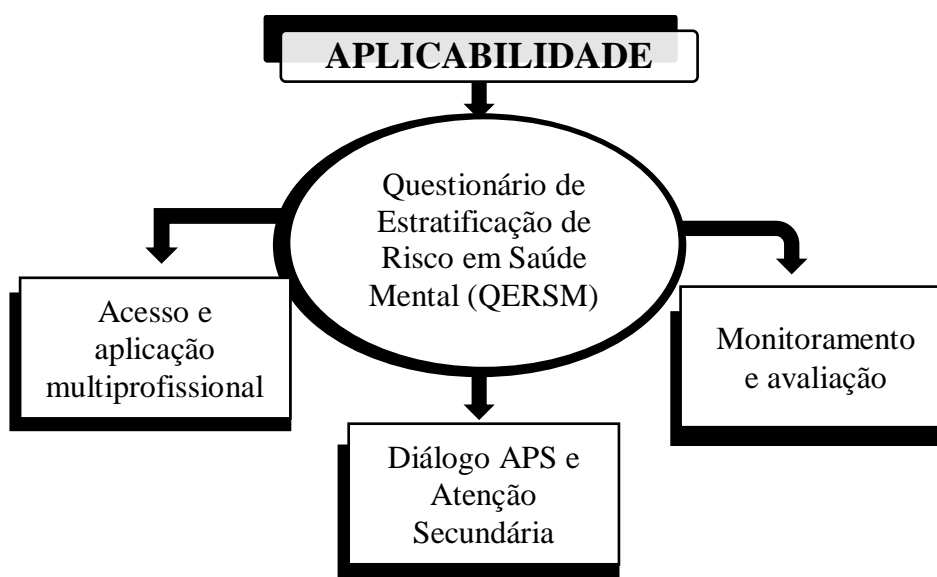
Desse modo, a categoria *aplicabilidade* trouxe-nos importantes considerações. Todas elas retratam a classificação de risco (CR) em sua dimensão prática, ou seja, os modos como profissionais e serviços têm se apropriado dessa tecnologia de cuidado, evidenciando desafios e demais possibilidades de trabalho.

Inicialmente, vimos que a CR não se resume apenas a uma proposta teórica e imaterial enquanto filosofia de atendimento. Sua proposta também se materializa em um instrumento objetivo de trabalho denominado de Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM). Este, é resultante de construções coletivas e reflexões técnico-políticas dos trabalhadores de saúde mental do município frente às exigências própria dessa área de cuidado.

Sendo o QERSM o expoente principal dessa aplicabilidade, notamos pelas entrevistas que o mesmo se desdobra em outros três aspectos. No primeiro – o acesso e a aplicação multiprofissional – compreendemos que o instrumento foi pensado para ser acessível a qualquer categoria profissional, bem como ser de fácil manuseio. No segundo – o diálogo APS e Atenção Secundária – vimos que seu contexto de aplicação se dá na troca de saberes entre esses dois níveis hierárquicos da rede de saúde. E, finalmente, no terceiro aspecto entendemos a importância do constante exercício de monitoramento e avaliação desse tipo de cuidado, como forma de responder bem às demandas.

A figura a seguir resume ilustrativamente nossos achados:

Figura 4 – Subcategorias de aplicabilidade da classificação de risco em saúde mental segundo a percepção dos participantes da pesquisa.



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.1.4 Relação profissional-usuário

A última categoria de análise refere-se aos aspectos relacionais/subjetivos existentes entre profissionais e usuários. No contexto das políticas de saúde coletiva, o quesito relação adquire importância fundamental, uma vez que expressa a capacidade dos sujeitos de construir propósitos e significados para suas vivências cotidianas.

Especialmente no processo saúde-doença, a compreensão da subjetividade e dos seus alcances reflete filosofias de cuidado e visões de mundo que se concretizam em práticas e intervenções. Por essa razão, os dois atores principais dessa trama – o profissional e o usuário – são indispensáveis para o entendimento e a construção de lógicas ampliadas de trabalho que contemplem a integralidade de cada ser humano.

Desse modo, uma relação pressupõe sempre que alguma coisa existe em função de outra. No entanto, não há aqui uma relação de subordinação por escala hierárquica de valores, pois cada aspecto tem sua credibilidade particular. Por isso, não há como estudar o risco e seus protocolos nos dispositivos de saúde mental sem antes pensar no modo como nos relacionamos com essa categoria. Naturalmente, isso implica em uma aproximação entre subjetividade e processo de trabalho.

Tratando-se de uma relação, acreditamos que nas práticas de cuidado e assistência – compreendendo aqui os atendimentos e demais recursos terapêuticos – os usuários contribuem para a ressignificação do trabalho dos profissionais. O contrário também é verdadeiro, uma vez que ambos são convidados, a partir de um profícuo diálogo e da troca de saberes, a ir além de seus papéis naturalizados culturalmente. Por vezes, é preciso pôr em suspensão esses papéis, especialmente os profissionais, para que o vínculo nasça dessa relação e produza encontros potentes de transformação.

Segundo Lima *et al.* (2014), no contexto da ESF a relação entre profissionais da equipe multidisciplinar e usuário não deve se restringir somente ao tratamento de doenças, mas se fundamentar na promoção da saúde e na percepção do indivíduo como ser biopsicossocial, que necessita ser escutado e compreendido nas necessidades físicas, emocionais e sociais. Polarizar os cuidados apenas à díade saúde-doença dificulta o acesso a outras formas de intervenção e, assim sendo, concede a toda e qualquer tecnologia e procedimentos, por mais leve que sejam, uma roupagem burocrática e artificial.

Saindo dessa lógica, o usuário dos serviços de saúde torna-se sujeito autônomo em suas escolhas e coparticipante da construção da assistência à saúde, possibilitando

uma relação interpessoal fundamentada no modelo contratualista. Nesse modelo, o profissional mantém a responsabilidade pelas decisões técnicas, embasando-se na competência profissional. Ao usuário cabe decidir conforme seu estilo de vida, valores morais e pessoais. A tomada de decisão ocorre em processo de troca de informações e negociação, possibilitando vantagens a todos os sujeitos envolvidos na relação interpessoal (LIMA *et al.*, 2014).

A relação de que falamos aqui refere-se também à valorização dos discursos e saberes, por vezes pouco reconhecidos frente a hegemonia de determinadas visões de mundo. Valorizar os sujeitos auxilia na compreensão dos mesmos de modo desfragmentado, ou seja, na compreensão do todo e não de partes isoladas. Uma visão fragmentada do sujeito reduz-se apenas a um objeto de especialistas, dificultando um olhar mais sistêmico e global (SCHIMITH *et al.*, 2011).

Em uma perspectiva semelhante, o conceito de vínculo também surge como importante aspecto para a consolidação de uma boa relação profissional-usuário. O termo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

A política de APS enquadra o vínculo como *condicionante* de sua efetivação, uma vez que o apresenta como viabilizador da continuidade e longitudinalidade do cuidado. No entanto, o mesmo vínculo não pode ser entendido apenas como simples contato entre sujeitos (BARBOSA; BOSI, 2017). No cuidado em saúde mental, vincular significa alargar horizontes de atuação, aproximando-se da realidade subjetiva dos usuários.

Considerando a classificação de risco, a existência dos vínculos potencializa o apoio matricial – conforme vimos anteriormente – e, ao mesmo tempo, permite aos profissionais caminharem além dos instrumentos e questionários. Nesse sentido, a pergunta ponto de partida que nos levou a formular a respectiva categoria estudada nessa seção, questionava-nos exatamente se aqueles instrumentos interferiam nas relações.

Nossa hipótese de estudo se referia ao fato de que, possivelmente, a aplicação fria e mecânica de questionários/instrumentos contribuiria para o distanciamento entre profissionais e usuários, no qual estes últimos seriam apenas objetos de intervenção. Após coleta e análise de dados, vejamos os resultados encontrados acerca desse campo. A apresentação dos achados segue o mesmo ordenamento lógico e a mesma divisão em subcategorias.

6.1.4.1 O QERSM não interfere na relação profissional-usuário.

O primeiro resultado referente à categoria *relação* nos coloca diante de uma consideração significativa: diferente do que havíamos lançado enquanto hipótese, o uso de questionários e instrumentos (especialmente o questionário de estratificação de risco – QERSM) não interfere na relação entre profissionais e usuários. Segundo os participantes entrevistados, os referidos instrumentos não representam ameaças ou alterações à dimensão subjetiva do processo de cuidado.

As respostas dos sujeitos entrevistados nos apontam para alguns fatores que explicariam a consideração acima apresentada. Inicialmente, essa não interferência se daria pelo fato do usuário não estar presente no momento da aplicação do questionário. Este, conforme compreendemos, foi pensado para ser aplicado não necessariamente junto ao usuário, podendo ser utilizado somente entre os profissionais.

Não sendo uma condição *sine qua non* para a estratificação de risco, a presença física do usuário seria apenas um aspecto complementar a esse processo. Obviamente, há casos em que essa participação acontece, não havendo nenhum impedimento formal para isso. No entanto, geralmente, a aplicação do QERSM não exige esse fator, uma vez que possui muito mais uma lógica avaliativa das demandas do que uma ideia de preenchimento de itens objetivos.

Aqui, poderíamos pensar que essa ausência física do usuário representaria um fator negativo para a relação de cuidado; o que não acontece. Há, no imaginário laboral¹⁶ dos profissionais entrevistados, um pensamento natural acerca disso, ou seja, um entendimento implícito e comum sobre a validade e a positividade dessa questão. Desse modo, o desenvolvimento de habilidades relacionais não seria competência direta de questionários objetivos, cabendo esse investimento aos próprios sujeitos que os aplicam.

Trata-se de um dado interessante e, ao mesmo tempo, curioso. No contexto da saúde, enquanto determinados conceitos são tidos como chaves de leitura – citando, por exemplo, o vínculo, a longitudinalidade do cuidado, integralidade, e outros – observamos que nem sempre essa realidade corresponde ao âmbito pessoal dos profissionais. Vemos aí um desafio estrutural, no qual visualizamos a necessidade de alinhar objetivos macro e micropolíticos.

¹⁶ Chamamos de imaginário laboral o conjunto de ideias, atitudes, procedimentos e compreensões gerais presentes no entendimento dos profissionais de saúde mental acerca das questões diretamente relacionadas a seu trabalho.

Segundo Santos, Romano e Engstrom (2018), pressupõe-se que para além da interação interpessoal, a construção do vínculo requer a responsabilização coletiva, de uma equipe, uma unidade de saúde, um sistema de saúde, organizações norteadas por políticas estruturantes e convergentes. A burocratização do acesso e a pulverização de outras tarefas agregadas ao trabalho impedem o usuário, os trabalhadores e os gerentes do sistema de saúde de visualizarem potencialidades assistenciais instaladas dentro do ambiente de cuidado.

Portanto, a não-presença física do usuário durante a classificação de risco apresenta-se como uma particularidade do processo de cuidado, fato este que exige proporcionalmente dos profissionais disposição e iniciativa para que o trabalho não seja “dessubjetivizado”.

O que eu acompanhei da aplicação do instrumento nos matriciamentos, muitas vezes não precisa nem tá na frente do paciente (Gestor 3).

Então, nesses casos em que o paciente não tá presente, eu não posso atribuir que o instrumento seja a barreira. Nós temos casos em que o paciente pode estar presente e que eu possa aplicar com ele (Gestor 1).

Por meio dos trechos acima, compreendemos que as relações de vínculo com os usuários já são pressupostas anteriormente. A segurança na aplicação do QERSM, já falada anteriormente, pode ser entendida como habilidades interpessoais fortemente consolidadas, e que auxiliam na desenvoltura e na preparação para enfrentar possíveis imprevistos. Assim, o que atrapalha a relação subjetiva com os usuários não é o questionário em si mesmo, mas seu modo de utilização.

A pesquisa nos evidenciou também que a ideia do instrumento é horizontalizar e não verticalizar as relações. Uma vez compreendida corretamente a proposta, espera-se que os usuários não sejam vistos pelos profissionais de forma assimétrica. O caráter dinâmico da CR permite exatamente o trabalho dialógico, que considera o sujeito desde seus simbolismos até a concretude de seus desejos e sofrimentos.

Desse modo, é possível argumentar que os questionários de risco em saúde mental, pelo menos na realidade do município de Sobral, exercem função de acesso à subjetividade. Um meio, um caminho encontrado para observar as conexões de sentido construídas pelos sujeitos frente à sua saúde/doença. Teríamos aqui uma gama de territórios semânticos a serem explorados a partir dos níveis de risco, ou estratos identificados.

Assim, notamos que a preocupação principal dos instrumentos de CR está muito mais em fundamentar decisões do que em classificar condutas e sintomas (e com isso interferir na relação/subjetividade). Em uma avaliação geral, os participantes classificaram o QERSM como satisfatório, não apresentando problemas significativos aos serviços ou à relação com os usuários.

Baseado na realidade que a gente tem, no que a gente conversa nas categorias de macrorregião do município e nas experiências que a gente vê com alguns profissionais que aplicam, a gente não tem tido informação que o instrumento tenha sido esse objeto que tenha impedido essa relação. Ao contrário, essa preocupação que a gente teve desde o começo, realmente ela não se evidenciou no nosso cotidiano. E se um dia aparecer pra mim um dia, vai ser uma informação nova (Gestor 1).

O discurso acima retrata a consideração que os idealizadores do instrumento tiveram desde o início acerca dos possíveis percalços no caminho. Sabiam da possibilidade daquele se tornar uma ferramenta exageradamente objetiva, fato este que os fazem refletir ainda hoje sobre melhores formas de aplica-lo. Nesse sentido, há uma linha tênue que separa potencialidades e desafios do instrumento de classificação de risco: sendo disparador do cuidado por um lado, por outro pode favorecer posturas acomodadas, dependendo, obviamente, da disposição e do envolvimento dos profissionais.

É comum no contexto da APS, especialmente nas práticas de saúde mental, por exemplo, ouvirmos discursos do tipo “hoje não tem paciente”, seja para o matriciamento, consultas gerais ou outras atividades. Compreendemos que existe sim a realidade das dificuldades de alguns usuários em vincular ao CSF, no entanto, observa-se ainda uma forte “lei da procura e da oferta”, disseminada na cultura de cuidado.

A referida lei explicaria a lógica unilateral de atendimento às demandas que chegam ao serviço. Certamente que essa lógica não é de todo errada, mas, uma filosofia de cuidado que tenha como ponto de partida apenas as demandas apresentadas, corre o risco de se fechar numa lógica ambulatorial estéril. Vejamos o trecho seguinte:

Ai quando chegou aqui a tutora¹⁷ da unidade, o que foi que ela exigiu: olha, embora não tenha o paciente, a gente vai discutir o caso, se necessário faz a visita domiciliar (Profissional 2).

¹⁷ Em Sobral, a tutoria é um dispositivo de apoio pedagógico e institucional ao sistema municipal de saúde. Trata-se de um profissional que realiza articulações e mediações entre diferentes setores do sistema, atuando com foco no território. Trabalha de forma orgânica nos processos de educação permanente, na (re)organização dos serviços e na gestão participativa (DIAS *et al.*, 2017).

Mesmo com a avaliação positiva do questionário e da proposta da classificação de risco, não podemos deixar de mencionar possíveis críticas trazidas pelos sujeitos entrevistados. Ainda em vias de consolidação, como todo e qualquer instrumento, o QERSM apresenta pontos a serem melhorados, tendo sempre em vista escapar da frieza existente nos protocolos.

A fala a seguir retrata uma ressalva acerca da aplicação do instrumento:

Mas acredito que sim né, que o instrumento muitas vezes é frio. Mas eu espero sinceramente que daqui uns dias isso seja muito mais tranquilo (Gestor 3).

O respectivo trecho encontra-se dentro do contexto de fala já apresentado anteriormente para o mesmo participante (Gestor 3 – página 87). Nele, é expressa a ideia de que há profissionais que, por conta da insegurança na aplicação, transformam o instrumento em um mero questionário. Assim, a frieza de que nos fala o discurso acima, é proveniente da insegurança do aplicador, contemplando aqui deficiências no processo de formação e desenvolvimento técnico-assistencial.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para a reorientação do modelo de práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re)significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Na formação tradicional em saúde, os currículos são mais fechados, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, conduzindo ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades e dificultando um eficiente trabalho em equipe. A formação é pouco reconhecida pelos profissionais como pertencente à atuação na atenção primária, vista como medicina de pobre para pobre, longe do galardão do hospital e da aura cientificista. Quanto ao enfoque pedagógico, frequentemente limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Por assim ser, o percurso profissional e a formação dos trabalhadores em saúde mental influem diretamente nos desdobramentos da classificação de risco. Dentre outros fatores, faz-se necessário compreender os entraves pessoais e estruturais para analisar as possíveis dificuldades na aplicação da tecnologia CR.

6.1.4.2 O QERSM é benéfico aos profissionais e aos serviços.

A segunda questão apontada pelos resultados da pesquisa revelou o QERSM como instrumento positivo e benéfico aos profissionais, bem como aos serviços que usufruem dessa proposta. Identificamos por meio das entrevistas que os instrumentos e questionários, desenvolvidos enquanto recursos de trabalho, trazem em si a ideia de contribuição e de soma às tecnologias de cuidado já existentes.

É possível compreender que, antes da existência dos instrumentos, havia uma lacuna considerável na atenção à saúde mental, especialmente no que se refere a critérios de cuidado. Aspectos como esse deixavam os profissionais a mercê de seus próprios subjetivismos, o que implicava igualmente em uma sobrecarga de trabalho. Então, a criação do QERSM, embora não desimplique o profissional de aprofundar a aplicação, representou significativo avanço nas políticas de atenção.

Alguns participantes relataram que o instrumento os aproxima dos usuários. No entanto, observamos que essa aproximação não se refere exatamente a um aspecto relacional, mas no sentido de apropriação e entendimento da realidade do usuário. Uma ideia de aproximação em contraposição a um distanciamento do profissional diante do processo de cuidado.

Notamos a veracidade desse discurso no trecho a seguir:

Na minha opinião e pela minha experiência ele tem aproximado, ele tem ajudado a questão da estratificação, assim como ajuda mesmo as equipes primárias. Acredito eu que tenha tido um bom êxito no geral, que tenha sido uma coisa positiva (Profissional 1).

Um detalhe importante chama-nos a atenção na fala acima: na visão do participante em questão, não há uma menção direta à relação profissional-usuário, pois o mesmo considera que o instrumento ajuda na *estratificação de risco* e, também é auxílio às *equipes primárias*.

A ajuda necessária às equipes de APS refere-se aos critérios para identificação das demandas e a correta referência à atenção secundária dos casos de saúde mental. Conforme discutimos anteriormente, e pela observação do cotidiano dos serviços, os fluxos e as trocas relacionais são mais consolidados e concretos nos CAPS, por exemplo, do que na APS. Nesta, há ainda um esforço por alcançar certa credibilidade no quesito proximidade e vínculo com os sujeitos que demandam intervenções em saúde mental.

Por meio das falas, sempre identificamos uma referência direta aos serviços. O aspecto institucional figura como o principal beneficiado da classificação de risco enquanto política de cuidado. É significativo o quanto os sujeitos entrevistados consideram que o QERSM introduziu transformações positivas nos processos de trabalho.

Enquanto serviço, pra gente foi ótimo, porque a gente consegue identificar o que é mais de alto risco, o que é de menor risco, pra gente ter esse cuidado mais intensificado com esses usuários. Então tem sido uma coisa positiva (Profissional 1).

Retornando à pergunta realizada na entrevista semiestruturada (*Em sua opinião, esses instrumentos auxiliam ou dificultam na relação profissional-usuário?*), poder ressaltar que, para uma parte dos entrevistados, os instrumentos auxiliam no processo de trabalho, e não diretamente na relação entre aplicador e aplicado.

Ainda nessa subcategoria, é recorrente também a menção às dificuldades encontradas na APS na discussão e encaminhamento dos casos. No discurso abaixo, observamos mais uma vez a referência ao trabalho institucional.

Então, se utilizasse o instrumento eu acho que sim ajudaria, até pra os profissionais da Atenção Básica conseguir discutir os casos né (Gestor 4).

Cecílio e Reis (2018) trazem uma importante discussão acerca dos desafios que atualmente a APS enfrenta em seu cotidiano de práticas. Hoje, essa dimensão do cuidado é a aposta central para produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscar o acesso universal e a proteção social, bem como produzir respostas às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças. Há, também, o objetivo de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigar danos sociais e ambientais sobre a saúde.

Conforme observamos, tratam-se de perspectivas exigentes que, juntas, fazem a complexidade da APS. Além disso, os autores apontam para quatro desafios fundamentais da APS, a saber: 1) a diferença entre Atenção Básica e Atenção Primária; 2) o descompasso entre a formulação da política e sua implementação real; 3) a dificuldade de se romper o isolamento da Atenção Básica e sua inserção periférica; e 4) o desafio de se produzir um novo trabalhador de saúde (CECÍLIO; REIS, 2018). Cada um desses desafios encontra-se articulado e nenhum pode ser entendido isolado do outro. Vejamos cada um deles em detalhes.

No primeiro desafio (diferença entre Atenção Básica – ABS e Atenção Primária – APS), os autores afirmam que o uso do termo ABS é uma característica eminentemente brasileira, enquanto APS é uma lógica muito mais internacional, que nos fala de outras realidades. Nesse sentido, o desafio aqui é consolidar a defesa de uma atenção básica regional, bem como seu fortalecimento e expansão, especialmente frente aos movimentos de retrocesso das conquistas preconizadas pela SUS. Uma luta constante contra a instrumentalização e mercantilização da saúde como um todo.

O segundo desafio (descompasso entre formulação e implementação da política) retrata a complexificação das propostas de organização do sistema de saúde. Esse movimento gerou uma desacoplagem da Política como formulação ideal em relação ao mundo real das equipes e da produção do cuidado, no seu contato cotidiano e direto com os usuários e suas necessidades.

Para esse descompasso, teríamos aí dois complicadores principais: a não consideração da diversidade dos mais de 5 mil municípios brasileiros e a lógica operada pelo Ministério da Saúde de normalização, padronização e homogeneização, por vezes sob a justificativa de que “o SUS é um só” (CECÍLIO; REIS, 2018). O desafio é, então, efetivar a política e considerar a singularidade de cada realidade.

O terceiro desafio (romper com o isolamento da atenção básica) nos expressa a ideia de que o ambicioso projeto de construção de uma ABS capilarizada e qualificada só se completaria quando alcançasse, de fato, seu “engate” com o sistema de saúde. O fato, por exemplo, dos profissionais da atenção secundária relatarem dificuldades no diálogo com a ABS reforça essa perspectiva. Acreditamos, portanto, que a classificação de risco é também um elo entre essas duas dimensões de cuidado.

Por fim, no quarto desafio (produzir um novo trabalhador de saúde), notamos uma consideração importante. Grande parte das dificuldades de se implantar uma ABS qualificada desemboca na constatação de que não existem hoje profissionais satisfatoriamente “com perfil” e formação para o trabalho nesse campo. De forma prática, vemos isso através de médicos que reproduzem e atualizam o modelo biomédico; enfermeiros com extrema dificuldade de repensar suas práticas e outros profissionais com os mesmos entraves. O grande desafio do SUS é, portanto, construir a política e, ao mesmo tempo, os atores que a fazem (CECÍLIO; REIS, 2018).

Sendo assim, os instrumentos de CR são benéficos aos serviços e trabalhadores, mas devem ser postos continuamente em análise e discussão. Considerando os desafios listados acima, esta seria uma forma de melhor compreender a realidade da saúde hoje.

6.1.4.3 A relação profissional-usuário se dá por outras vias.

Finalmente, nesta última subcategoria relacionada à relação profissional-usuário, concluímos pelas entrevistas que, na visão dos participantes, essa mesma relação acontece por intermédio de outras vias, que não necessariamente seja a via dos instrumentos e questionários. Trata-se de um achado importante, uma vez que leva a compreender como os entrevistados veem a proposta do QERSM inserido em suas práticas de trabalho.

Partimos da hipótese de que a utilização de questionários e instrumentos em saúde mental representaria um distanciamento do profissional aplicador para com o usuário, uma vez que o elemento subjetivo desses dois se perderia ao longo desse processo. Nossa percepção era de que o uso descontextualizado desses questionários dificultaria o acesso à realidade sociocultural dos usuários.

No entanto, a fala dos sujeitos participantes levou-nos para outra direção acerca da compreensão desse fator. Observamos que o uso dos instrumentos, além de não interferir diretamente na relação profissional-usuário, fala-nos de uma outra realidade do processo de cuidado. Em outras palavras, os instrumentos não compõem essa relação, conforme notamos no seguinte discurso:

Eu não acredito que a relação profissional-usuário se dê pelo preenchimento de formulários. Não é isso que compõe a relação do profissional de saúde com qualquer tipo de usuário (Gestor 2).

A ideia aqui trazida ressalta a necessidade de não basear a relação subjetiva entre profissional e usuário apenas pela via do preenchimento de formulários e demais questionários no processo de cuidado. É importante considerarmos essa premissa diante das possibilidades de que o atendimento em saúde mental se reduza às frias e mecânicas burocracias advindas do acolhimento e/ou avaliação.

O vínculo profissional-usuário deve ser munido de uma série de fatores inter-relacionados, desencadeado a partir de relações dialógicas horizontalizadas, nas quais cada ser humano é protagonista da sua história, da sua saúde. Para que isso ocorra, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge aliada ao reconhecimento do profissional como indivíduo que age a favor de sua saúde, tornando-se uma referência e fortalecendo a relação de vínculo (ILHA *et al.*, 2014).

Essa relação pode ser considerada uma ferramenta que realiza a troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo,

convertendo-os para a realização de atos terapêuticos, por considerar as singularidades de cada indivíduo bem como as de sua família. Nesse construto, o vínculo profissional usuário pode ser entendido como uma “tecnologia leve” das relações e interações profissionais. Parte-se, aqui, do princípio de que os profissionais se tornam responsáveis pela população delimitada em seu território de abrangência, mas que também responsabilizam os próprios usuários pela sua saúde através das atividades de educação em saúde (ILHA *et al.*, 2014).

Mais que um meio para viabilizar relações, os questionários se direcionam para a organização estrutural do trabalho. Seu foco está nos aspectos práticos dos problemas de saúde que se propõem a resolver, e não nas questões relacionais. Observamos essa premissa também no trecho a seguir:

Esses questionários são um instrumento de trabalho, só pra facilitar a organização daquele atendimento. Ele não é um instrumento que possa aproximar ou distanciar qualquer usuário. O profissional que preenche um questionário desse, ele vai tá mais aproximado com o problema de saúde, não do usuário. Ele não traz nenhum tipo de estabelecimento de relacionamento. Ele facilita a questão do profissional de saúde se aproximar daquela questão (Gestor 2).

Aqui, depreendemos que, caso o profissional resolva basear suas intervenções apenas a partir da aplicação de questionários e instrumentos, seu trabalho será pobre e descontextualizado. Isso porque, na compreensão do participante acima, não há como ligar o campo dos instrumentos de estratificação ao quesito relação com o usuário, pois, seriam aspectos fundamentalmente diferentes.

O desafio seria então diferenciar o usuário atendido do seu problema de saúde, ou seja, não confundir a pessoa com o problema. Os sujeitos, embora inegavelmente tragam consigo uma carga de sofrimento proveniente de suas vivências e contextos, são pessoas também dotadas de autonomia e subjetividade. Por essa razão, devemos observar os devidos cuidados para não os definir a partir de suas queixas.

Aproximar-se do problema de saúde, na visão do participante acima apresentado, é apropriar-se das melhores formas de compreendê-lo para, assim, ofertar uma atenção mais singular e qualificada. Importante ressaltar que a aproximação com o usuário também é necessária – o participante não quis dizer o contrário – mas ela não assenta sua forma de ser em uma única perspectiva. As relações subjetivas são da ordem da micropolítica dos encontros e acontecem em espaços e momentos nem sempre tradicionais, aspectos que um simples questionário objetivo não consegue abarcar.

A esse respeito, o trecho a seguir também complementa essa informação:

Só que a gente precisa trabalhar numa medicina centrada na pessoa, e a pessoa não é seu problema de saúde (Gestor 2).

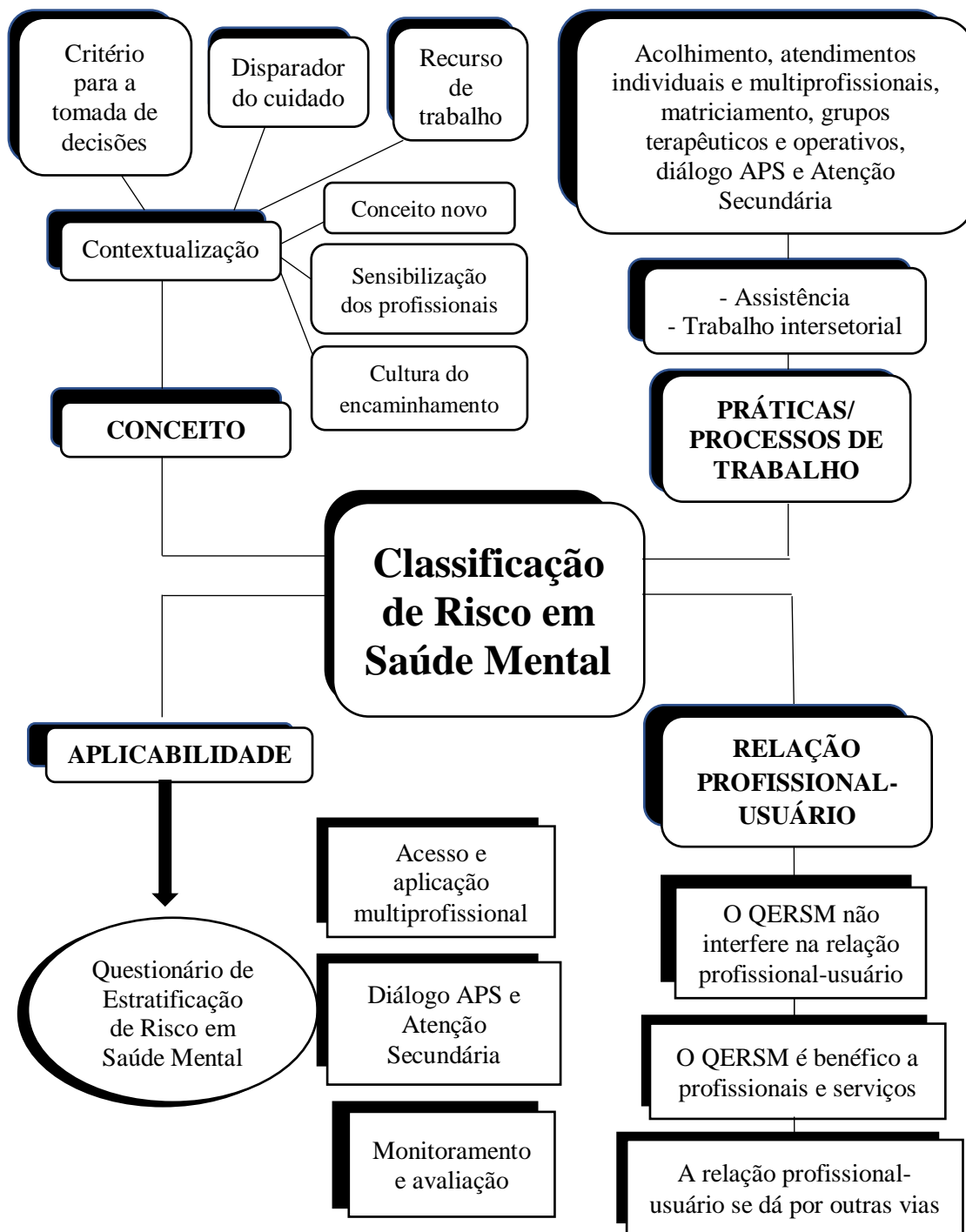
Trata-se, então, de um trabalho que dê conta da integralidade dos sujeitos, mesmo lançando mão de instrumentos que facilitem nesse processo. A correta utilização destes últimos passa pelo também correto entendimento de seus propósitos principais, pois, centrar-se no sujeito é não perder de vista a implicação do mesmo em seu processo de saúde-doença, bem como a gama de sentidos que são construídos ao longo desse percurso.

Compreender o usuário somente a partir do seu problema equivale, exatamente, a instrumentalizar essa necessária relação subjetiva. Eis aqui uma de nossas maiores críticas: a artificialização/mecanização das relações em saúde. É por esse motivo que a classificação de risco deve ser continuamente posta em reflexão, pois seus efeitos pendem tanto para entraves como para potencialidades.

Desse modo, consideramos que a dimensão das relações é múltipla e afirmar que os instrumentos de estratificação de risco interferem diretamente nesse campo seria restringir essa compreensão. As análises devem ser complexas e pormenorizadas para que, assim, alcancemos um melhor entendimento dessas questões.

A seguir, apresentamos a nível de conclusão, uma representação esquemática dos resultados encontrados na execução da pesquisa. O intuito é auxiliar na visualização geral das categorias e subcategorias identificadas, bem como os pontos de discussão suscitados pelas mesmas.

Figura 5 – Representação esquematizada dos achados referentes à Classificação de Risco em Saúde Mental.



Fonte: elaborada pelo próprio autor.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de compreensão e análise da categoria risco em saúde sempre se mostrará complexo e desafiador. Quem se propõe a este feito observará continuamente que o risco apresenta diferentes modos de entendimento e expressão, dependendo do ponto de vista teórico-prático adotado. Mesmo assim, conclusões como esta não inviabilizam a evolução dos estudos e do interesse por relacionar essa referida categoria aos diversos aspectos do campo clínico, ético e sócio-político.

Desse modo, os objetivos fundamentais deste trabalho nos levaram a um diálogo profícuo com os muitos detalhes e características que o risco apresenta, especialmente em suas articulações com a saúde mental. Acreditamos que uma das formas principais de evidenciar respostas para as perguntas da pesquisa é, justamente, mergulhar no cotidiano de práticas e nos cenários profissionais para ouvir diretamente de trabalhadores e usuários suas compreensões acerca desse conceito por vezes tão conhecido e pouco explorado.

A coleta de dados e a posterior investigação das informações encontradas foi essencial para o trabalho de divisão e organização da temática em subcategorias, em uma forma objetiva e simples de transmitir ao leitor uma compreensão concreta e direta da classificação de risco em saúde mental. Por isso, para nós pesquisadores, chegar nessas quatro subcategorias gerais mostrou-se extremamente importante para identificá-las como “frentes de trabalho”. Em outras palavras, são como que ilhas de sentido nas quais nosso entendimento ancora frente ao mar de possibilidades que a categoria comporta.

Em sua perspectiva conceitual, vimos que o risco necessita de uma contextualização breve, que retrate o terreno no qual esse conceito se insere e se desenvolve. Trata-se de uma categoria relativamente nova, o que pressupõe a existência de um caminho ainda desconhecido a se trilhar. De modo prático, nem todos estão ainda preparados para inserir e dialogar com o risco a partir da lógica da saúde mental.

Possivelmente, esse fato tem gerado um movimento de distanciamento para com as questões sócio-políticas que o legítimo trabalho em saúde exige. Pensando no percurso histórico do SUS e na estrutura processual que o mesmo se tornou, sempre notamos pouco envolvimento com a dimensão do cuidado psicossocial que, ao que nos parece, possui uma aproximação maior com a atenção secundária.

Nesse processo de ampliar o papel da APS nos aspectos referentes à classificação de risco em saúde mental, observamos ainda uma forte cultura do encaminhamento como modo padrão de trabalho diante desse cenário. Embora compreendamos que alguns

fatores contribuem para essa realidade, como por exemplo as deficiências na formação acadêmica e pessoal e as vicissitudes históricas das práticas de cuidado, acreditamos que esses mesmos aspectos não podem justificar uma atenção descontextualizada e desimplicada em saúde mental. Tampouco os instrumentos de estratificação podem servir de respaldo técnico para esse distanciamento.

Por outro lado, consideramos extremamente positiva a experiência de sensibilização dos profissionais e serviços acerca da estratificação de risco em saúde mental enquanto tecnologia de cuidado. Observamos que essa experiência, ao partir de dentro do próprio cotidiano de trabalho, contribui para a construção de bases sólidas para intervenções amplas e sistêmicas. Ao mesmo tempo em que os processos de educação em saúde encontram terreno fértil para o desenvolvimento de suas expressões.

Aprofundando o primeiro aspecto do conceito de classificação de risco (CR) – o critério para a tomada de decisões – extraímos daqui a noção de que a CR se aproxima muito mais de uma ideia, uma proposta, do que um aspecto eminentemente instrumental. Identificamos então a importância fundamental do questionário de estratificação para direcionar as equipes por ocasião do acolhimento ao usuário. Há, realmente, uma lacuna referente a um crivo de atendimento em saúde mental, especialmente quando citamos o encaminhamento e demais procedimentos frente a demandas específicas.

Os dois próximos conceitos revelam uma funcionalidade significativa da CR: um recurso de trabalho que seja um disparador do cuidado. Essa compreensão trazida pelos participantes da pesquisa foi de encontro a ideia de que o uso dos questionários é ponto de chegada do processo. O ato de disparar, iniciar, propor o cuidado é notável. Entender isso nos fez quebrar alguns paradigmas acerca do risco. Este é abertura e não fechamento; é amplitude, e não restrição; proposta, e não determinação.

Sendo assim, concluímos que a classificação de risco apresenta diversos desdobramentos que dizem, cada um, de contextos específicos. A resposta para a pergunta “a que preço se dá a utilização dos protocolos de CR?” (feita em nossa justificativa) parte então da análise desses mesmos desdobramentos do conceito. Existem, desse modo, diversas respostas possíveis, pois o conceito nos abre também para diferentes percepções.

O quesito processo de trabalho enquanto segunda categoria nos apresentou muito mais a constatação de dois grandes desafios na atenção à saúde mental. O desafio de repensar a assistência (práticas, atividades, atendimentos) toca essencialmente na visão que temos construído acerca do que é saúde mental e quais os modos de cuidá-la. Nesse

sentido, a intersectorialidade ainda caminha rumo a uma consolidação que contemple a integralidade dos sujeitos.

O diálogo entre os diferentes saberes é mais que necessário: expressa um modo possível de olhar para a complexidade dos problemas e, ao mesmo tempo, antecipar-se a eles de forma produtiva. Há de se evitar também a cultura cada vez mais forte de especialização do conhecimento que implique em uma prática isolada e fragmentada.

Por essa razão, o Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM) como principal expoente da aplicabilidade da CR nos colocou diante de uma experiência genuinamente local. A realidade do município de Sobral merecia uma tecnologia própria que falasse de suas particularidades e o questionário em questão transmite a importância do trabalho coletivo, tanto no acolhimento ao usuário como nos encaminhamentos e itinerários propostos a ele.

O presente estudo nos permitiu identificar as singularidades da atenção à saúde mental no município. Sem estas, os resultados ora apresentados não representariam um sentido geral, devendo ser compreendidos dentro deste recorte específico. O acesso e a aplicação multiprofissional confirmam a versatilidade e a facilidade de aplicação do QERSM. Trata-se de um instrumento democrático que convida os profissionais ao envolvimento com o trabalho em saúde mental.

Esse mesmo trabalho também será possível somente por meio de um diálogo vivo entre APS e Atenção Secundária. Suas instituições (CSF e CAPS, respectivamente) devem pôr em prática a construção coletiva do cuidado, dando voz aos sujeitos e suscitando reflexões acerca de seus papéis. Nessa perspectiva, concluímos pelo estudo que grande parte dos entraves na assistência à saúde, pensando na realidade local do município, acontece por falhas na dialogicidade entre os sujeitos e os serviços que a fazem.

Com vistas a evitar situações como essas, a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pelos serviços mostraram-se também como fatores fundamentais. O ato de estratificar os casos de saúde mental deve estar em forte unidade com os efeitos que esse tipo de intervenção proporciona. O diagnóstico e compreensão da realidade é essencial, mas os encaminhamentos gerados a partir destes são também primordiais para o bom andamento dos trabalhos.

A partir do diálogo entre os diferentes atores do processo de cuidado, pudemos compreender igualmente as questões relacionais que dizem respeito às trocas subjetivas entre os mesmos. Concluímos que o uso de questionários não deve ser condição essencial

para o desenvolvimento dessa subjetividade, cabendo aos profissionais trabalhadores da saúde ir além das artificialidades impostas pelo preenchimento de itens. Estes são necessários sim, mas devem conduzir a uma leitura crítica dos fatos. Aqui, concluímos que a subjetividade das relações em saúde não acontece unicamente por meio da aplicação de questionários e instrumentos afins.

De modo geral, mesmo com suas exigências naturais, a estratégia de classificação de risco representa uma boa opção de trabalho, especialmente para os serviços. Um recurso, uma tecnologia de cuidado que facilita os processos, sempre será lembrada pelos profissionais como instrumento marcante a seus âmbitos de atuação. O QERSM auxilia tanto quem aplica e encaminha, quanto quem recebe e interroga. Tomamos esse resultado como surpreendente e satisfatório, uma vez que pôs em cheque nossas percepções iniciais. Portanto, concluímos igualmente que a classificação de risco em saúde mental é percebida e utilizada muito mais como um recurso auxiliar no processo de trabalho do que na rotulação de sujeitos.

Identificamos então que a relação profissional-usuário não se limita à aplicação de instrumentos de estratificação, sendo, portanto, significativamente abrangente. Não haveria uma interferência direta dos questionários pelo fato de que os mesmos aproximam o profissional do problema de saúde a ser trabalhado, não do usuário em si.

Finalmente, o estudo nos possibilitou o acesso a uma riqueza de conhecimentos e à realidade concreta dos serviços de saúde mental. O processo de análise e criação de categorias e subcategorias temáticas nos deu a sensação de apropriação e segurança para com o risco e seus contextos. Ressaltamos novamente que este trabalho foi um recorte de uma realidade local específica, no qual os resultados ora apresentados não podem ser generalizados para outros âmbitos.

Recomendamos fortemente que, para outros estudos, cada uma das categorias apresentadas seja aprofundada de forma separada e individual. Para a categoria conceito, recomendamos aprofundar mais diretamente também as percepções dos usuários dos serviços, uma vez que a expressão se encontra mais próxima do vocabulário e entendimentos dos profissionais.

Para as práticas/processos de trabalho, sugerimos uma maior discussão acerca do trabalho intersetorial, pois este, ao mesmo tempo em que representa uma considerável alternativa de rompimento com o modelo biomédico e unilateral em saúde, expressa também um dos maiores desafios ao trabalho.

No que se refere à aplicabilidade e ao uso do QERSM, uma importante contribuição seria a ampliação da aproximação entre os serviços de saúde mental e as instituições de ensino superior. Uma vez que o referido instrumento nasceu de uma experiência no âmbito interno dos serviços (até mesmo sem os moldes academicistas, conforme ressalta um dos participantes), acreditamos que novas pesquisas de reavaliação do QERSM seriam extremamente necessárias, fomentando um diálogo mais vivo com as pesquisas acadêmicas.

Além disso, o diálogo entre APS e Atenção Secundária também merece uma discussão mais ampla, uma vez que os desafios desse âmbito são complexos. Pesquisas que evidenciem as barreiras existentes na comunicação entre esses dois níveis de atenção, bem como estudos que proponham intervenções para a superação dessa realidade também se mostram como necessárias.

Assim, o tema discutido continua a disparar reflexões. E esse é o intuito principal: gerar novas percepções e novos olhares para algo que, aparentemente, encontra-se sempre entrelaçado nos cotidianos profissionais. A problematização de aspectos naturalizados representa, ao mesmo tempo, ponto de partida e linha de chegada.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.115-128, 2017.
- ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L. D.; AYRES, J. R. Risco: conceito básico da Epidemiologia. In ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 43-54.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- _____. **A Clínica e a Epidemiologia.** Salvador: Apce/ABRASCO; 1992.
- AYRES, J. R. C. M. et. al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2014. p. 375-418.
- _____. J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1301-1311, Jul. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 Fev. 2018.
- _____. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Hucitec; 2002.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- ARENDDT, H. **A condição humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ARMANI, C. H. A história e a temporalidade do risco. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais,** Vol. 4 Nº 8, Dezembro de 2012. Disponível em <file:///C:/Users/Jorginho/Downloads/145-290-1-SM.pdf>. Acesso em 08 fev. 2018.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. O imperativo da epidemiologia dos fatores de risco em face das desigualdades sociais: agenciamentos discursivos sobre o sedentarismo. **Política & trabalho Revista de Ciências Sociais,** n. 37, Outubro de 2012 - pp. 89-102. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/viewFile/13253/8434>. Acesso em 13 jun 2017.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. & FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde,** São Paulo: 2010; 34(4):444-450. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf. Acesso em 25 Ago. 2016.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27, 4: 1003-1022, 2017.

BARBOSA, V. F. B.; CAPONI, S. N. C.; VERDI, M. I. M. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Interface**, 20 (59) Out-Dez. 2016.

BARBOSA, M. A. et. al. Saber popular: sua existência no meio universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez; 57(6): 715-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a17.pdf>. Acesso em 12 mar. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2014.

BARROS, H. Epidemiologia clínica: história e fundamentos para a sua compreensão. **Rev. Port. Cir.**, Lisboa, n. 24, p. 51-56, mar. 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164669182013000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 fev. 2018.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP** [online]. 2011, vol.12, n.1, pp. 66-78. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16772970201100010000. Acesso em 23 mar. 2018.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BECK, U. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Editora 34, 2010.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Rev Assoc Med Bras** 2011; 57(6):610-613. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6/v57n6a03.pdf>. Acesso em 02 mar. 2018.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria** • vol 32, Supl II, out. 2010, p. 87-95. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>. Acesso em 07 mar. 2018.

BOSI, M. L. M. Problematizando o conceito de risco em diretrizes éticas para pesquisas em ciências humanas e sociais na Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(9):2675-2682, 2015. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000902675&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Fev. 2018.

BORBA, L. O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(6).

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 13.438, de 26 de abril de 2017**. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13438.htm. Acesso em 24 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Vol. 5, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério Público Federal. **Cartilha direito à saúde mental**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/>. Acesso em 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 19 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Vol. 1. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em 13 mar. 2018.

_____. Presidência da República. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Política Nacional da Saúde Mental. Brasília: Casa Civil, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 01 mar. 2018.

BÜRKE, K. P.; BIANCHETTI, D. L. C. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um centro de atenção psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 3, n. 3, 2013. Disponível em www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revispsi/article/view/8601/6493. Acesso em 02 mar. 2018.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n6/2305-2316>. Acesso em 19 abr. 2018.

CAMARGO, J. R.; BOSI, M. L. M. Editorial: Metodologia qualitativa e pesquisa em saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1187-1190, Dez. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201100040001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 abr. 2018.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018;71::2228-36.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000500983&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 abr. 2018.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 259-264, Abr. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Mar. 2018.

CAMPOS, G. W. S. **Sete considerações sobre saúde e cultura**. Apresentado na Mesa Redonda: Saúde, Cultura e Democracia, em 01/10/01, no VII Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo, 2002.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010.

CANDIOTTO, C. Ética e política em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, vol. 33, n. 2, Marília, 2010, p. 157-175. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732010000200010. Acesso em 04 abr. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Tereza R. de Carvalho Barrocas. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. et. al. (Orgs). **A medicalização da vida como estratégia de biopolítica**. São Paulo: Leber Ars, 2013.

CARVALHO, S. R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015.

CARVALHO, J. V. F.; CHIANN, C. Redes Bayesianas: um método para avaliação de interdependência e contágio em séries temporais multivariadas. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 201-217, Jun. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471402013000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Fev. 2018.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 700-706, Ago. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 abr. 2018.

CASTIEL, L. D.; FERREIRA, M. S.; MORAES, D. R. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresíasta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1523-1532, 2014.

_____. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Rio de Janeiro: Papyrus; 1994.

CAVALCANTE, A. C. S. et al. A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 74-87, jun. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217648912015000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 mar. 2018.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(8).

CESAR, C. L. G. O “enfoque de risco” em saúde pública. In BARRETO, M. L. et al., (orgs). **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 235 p. EpidemioLógica series, nº 3, p. 79-92. Disponível em <http://books.scielo.org/id/889m2/pdf/barreto-9788575412626-08.pdf>. Acesso em 12 jun 2017.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COLLETI, M. et al. A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 123-135, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702014000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

CONSOLIM-COLOMBO, F. et. al. Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 14-18, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

CORREIA JUNIOR, R.; VENTURA, C. A. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à Dignidade Humana. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, p. 40-60, 2014.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(6):1501-6, 2011.

COSTA, J. P. et. al. Resolubilidade no cuidado na Atenção Primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, Out.-Dez. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>>. Acesso em 25 Jan. 2017.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, Dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 17 Jan. 2017.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.3, p.743-757, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf>. Acesso em 26 mar. 2018.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In LAURIDSEN-RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 271-279.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface Comunicação Saúde Educação** 2015; 19(55):1133-44.

CROCHIK, J. L.; MASSOLA, G. M.; SVARTMAN, B. P. Ciência e Política. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 1-5, abr. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642016000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 abr. 2018.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. (Org.). **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.119 p.

DAMOUS, I; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [4]: 911-932, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-00911.pdf>. Acesso em 03 Abr. 2018.

DAVOGLIO, T. R. Entre urtigas e diagnósticos de transtornos mentais: ensaio sobre esquivas e enfrentamentos. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, 2011, p. 198-205. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2017.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, Fev. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 abr. 2018.

DETTMAN, A. P. S.; ARAGÃO, E. M. A.; MARGOTTO, L. R. Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 3, p. 362-369, set.-dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n3/1984-0292-fractal-28-03-00362.pdf>. Acesso em 19 fev. 2018.

DIAS, M. S. A. et al. A tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 683-693, jul-set 2017.

DI GIULIO, D. M. et al. Percepção de risco: um campo de interesse para a interface ambiente, saúde e sustentabilidade. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.4, p.1217-1231,

2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01217.pdf>. Acesso em 05 abr. 2018.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. spe, p. 232-245, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932012000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 mar. 2018.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (1), 116-125. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a13.pdf>. Acesso em 02 mar. 2018.

DUTRA, V. F. D.; BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. **Escola Anna Nery**, 2017;21(3). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-20160284.pdf. Acesso em 02 jul. 2019.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. **Protocolo estadual de classificação de risco em saúde mental**. Vitória, 2018. Disponível em https://saude.es.gov.br/media/sesa/consulta%20p%C3%ABlica/protocolo%20classificacao%20de%20risco%20em%20saude%20mental_consulta.pdf. Acesso em 02 jul. 2019.

EWALD, F. Insurance and Risk. In: BURCHELL, G; GORDON, C.; MILLER, P. (Org.). **The Foucault effect: Studies in governmentality**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p. 197-210.

FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface comunicação saúde educação**, 2017; 21(61):373-84.

FERREIRA, D. C. et. al. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. **Revista brasileira de educação médica**, 38 (2): 283-288; 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a16v38n2.pdf>. Acesso em 13 jun 2017.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. Projeto Terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 3, p., 587-598. 2012.

FONSECA, T. M. G. et al. O delírio como método: a poética desmedida das singularidades. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 abr. 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Set. 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

_____. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. **Nascimento da biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008b.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975/1976). Trad. Maria E. Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **O Anormais: curso no College de France (1974-1975)**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Trad. Salma T. Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Orgs.). **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

_____. **História da sexualidade**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FREUD, S. (1924). **Neurose e Psicose**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v. III.

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciênc. saúde colet**. 20 (10) Out 2015.

FURTADO, M; SZAPIRO, A. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.4, p.811-821, 2012.

GADELHA, S. Biopolítica, biotecnologias e biomedicina. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 407-416, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692015000300009&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 02 abr. 2018.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, Mar. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 Jan. 2017.

GAUDÊNCIO, E. O. Saúde: apontamentos topográficos para a cartografia de um conceito. In ALVES, R. F. (Org). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 127-146. Disponível em <http://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>. Acesso em 01 mar. 2018.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>. Acesso em 15 fev. 2018.

GAUY, F. V.; ROCHA, M. M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 783-793, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2014000400009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 07 mar. 2018.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, Abr-Jun 2014.

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.079-1.094, set./dez. 2018.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2014

GOMES, R. et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8):2431-2439, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2431.pdf>. Acesso em 01 mar. 2018.

GONDIM, G. M. M. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In BRASIL, Ministério da Saúde. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=3&prioridade=3>. Acesso em 13 jun 2017.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):255-268, 2010.

GRIGOLO, T. M. et. al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73, 2015. Disponível em file:///C:/Users/Jorginho/Downloads/2951-15987-1-PB.pdf. Acesso em 01 mar. 2018.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Ed. 9. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

GUEDES, H. M; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Rev Bras Enferm**. 2015 jan-fev;68(1):45-51.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3561-3571, 2014.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Cuid. Saúde**. [Internet], 2014 jul/set;13(3):556-62.

JORGE, M. S. B. et. al. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 112-20. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00112.pdf. Acesso em 19 fev. 2018.

_____. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>. Acesso em 19 abr. 2018.

JUNGES, J. R. et. al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4327-4335, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a05v16n11.pdf>. Acesso em 12 mar. 2018.

KUPFER, M. C. et. al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath**. Online, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009. Disponível em http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf. Acesso em 24 nov. 2018.

LACHI, P.; NAVARRO, P. O corpo moldado: corporeidade mediada e subjetiva. In TASSO, I.; NAVARRO, P. (Orgs.). **Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas** [online]. Maringá: Eduem, 2012. pp. 15-39.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In CAMPOS, G. W. S et. al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. Revista e aumentada. São Paulo: HUCITEC, 2012, p. 615-634.

LEANDRO-FRANCA, C.; MURTA, S. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 318-329, Jun. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932014000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 abr. 2018.

LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. R. O conceito de risco: Janus reinventado. In: MINAYO, MCS., and MIRANDA, AC., (orgs). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, pp. 68-111.

LIMA, C. A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét.** (Impr.). 2014; 22 (1): 152-60.

LIMA, A. I. O. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 71-82, jun. 2013.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. A análise de diagnósticos de enfermagem sob uma perspectiva bayesiana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 994-1000, Ago. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000400030&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Fev. 2018.

LUIZ, R. R.; STRUCHINER, C. J. **Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 112 p.

LUPTON, D. **Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives**. UK: Cambridge University, 1999. Disponível em <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam032/99024201.pdf>. Acesso em 13 jun 2017.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):327-338, 2016.

MALTA, D. C. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):373-387, jul-set 2015.

MANCOPES, R. et. al. Correlação entre o motivo do encaminhamento, avaliação clínica e objetiva do risco para disfagia. **CoDAS**, 2014;26(6):471-5. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n6/pt_2317-1782-codas-26-06-00471.pdf. Acesso em 07 mar. 2018.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1991.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(4):300-3.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150.

MELO, M. P. P. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24, [1]: p. 49-66, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, 2015, 35(4), 1340-1349.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. Bras. Ed. Médica**, 39 (2), 2015, p. 196-207.

MOURA, L. M.; SHIMIZU, H. E. Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27, 1: 103-125, 2017.

NAKATA, P. T. et al. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 21(5):[07 telas] set.-out. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf. Acesso em 05 abr. 2018.

NAVARRO, M. V. T. Conceito e controle de riscos à saúde. In: **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009, pp. 37-75. Disponível em <http://books.scielo.org/id/q5/pdf/navarro-9788523209247-05.pdf>. Acesso em 10 jun 2017.

NUNES, J. M. S.; GUIMARAES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, Out. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401213&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Mar. 2018.

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery**, 2017;21(3).

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm**, 2017;

26(1):e0960014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf. Acesso em 06 mar. 2018.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 40 (4) : 547 – 559; 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Ago. 2016.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In CAMPOS, G. W. S. et. al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PACHECO, M. E. A. G. et. al. Saúde mental e inclusão social: um estudo de revisão sistemática da literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.18, p.43-54, 2016. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4033/4705>. Acesso em 01 mar 2018.

PAIM, J. S. **Recursos para uma saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1994.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. **Oficinas do APSUS**: Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 – Saúde mental. Março, 2014. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf. Acesso em 02 jul. 2019.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 13-31, 2013.

PENIDO, C. M. F.; ROMAGNOLI, R. C. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 30, 2018.

PINHEIRO, P. A. A era do "multissinóptico": que (novos) letramentos estão em jogo? **Educ. rev.** Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p. 137-160, Junho 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982014000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Set. 2018.

PINTO, A. C. S. et. al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, 2014; 48(3):555-64. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-555.pdf. Acesso em 02 mar. 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em 22 abr. 2018.

PUCCINI, P. T. et. al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Colet.**, v. 17, n. 11, Rio de Janeiro, Nov. 2012, p. 2941-2952.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, Mar. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 abr. 2018.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):315-323, 2015. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n2/315-323/pt>. Acesso em 28 fev. 2018.

ROCHA, H. A. et. al. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, 2018, 52:17. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000051.pdf. Acesso em 30 set. 2018.

RODRIGUES, V.; SANTOS, C. R. I; PEREIRA, M. U. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 173-181, out 2014.

ROMAGNOLI, R. C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 199-207, Set. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 abr. 2018.

ROSA, R. P. F. et. al. Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde. **Interface – Comun., Saúde, Educ.**, v. 19, supl. 1, Botucatu, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. de P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. cap. 2, p. 11–24.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/150/142>. Acesso em 19 abr. 2018.

- SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4685-4694, 2011.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2017.
- SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(2), 2018.
- SANTOS, J. L. G. et. al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun33(2): 205-212.
- SANTOS, J. G. W.; SANTO, M. A. A. E. Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, 2011; 2(3):51-58.
- SÃO LUIS. Prefeitura municipal. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. São Luis: [s.n.], [200-]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em 04 jul. 2019.
- SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011/fev.2012.
- SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, 14(1), Janeiro-Abril/2009, 59-67.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, Nov. 2013. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001900011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2017.
- SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 2, p. 222-228, Abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2017.
- SILVA, M. F. N. et. al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar.-abr. 2014; 22(2):218-25.
- SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm.**

- USP, 2011; 45(5): 1250-5. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>. Acesso em 03 abr. 2018.
- SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dezembro 2010.
- SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2008 jun; 12 (2): 291 – 8.
- SILVA, E. W. **Sociedade, política e cultura**. Unijui - Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/244/Sociedade%20e%20cultura.pdf?sequence=1>. Acesso em 03 abr. 2018.
- SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, Jun. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 Jun. 2019.
- SILVEIRA, C. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, (19), 61-70, 2018.
- SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 18 abr. 2018.
- SOARES, C. B. Os desafios da epidemiologia crítica e as respostas do capitalismo às suas dificuldades de reprodução: o caso da esfera cibernética. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, n. 4, p. 990-994, Dez. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000400990&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 Fev. 2018.
- SOBRAL, Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral)**. Disponível em <http://saude.sobral.ce.gov.br/atencao-especializada/centro-de-atencao-psicossocial-caps-geral>. Acesso em 26 abr. 2018.
- SOUZA, M. F. et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51:87. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007024.pdf. Acesso em 02 de jul. 2019.
- SOUSA, K. M. Discurso e biopolítica na sociedade de controle. In TASSO, I.; NAVARRO, P. (Orgs). **Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas** [online]. Maringá: Eduem, 2012. pp. 41-55.

SOUZA, C. C. et. al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan-fev 2011; 19(1), [8 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em 01 mar. 2018.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-174.

SPINK, M. J. P. Pessoa, indivíduo e sujeito: notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In: SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. (Orgs.). **Psicologia social e personalidade** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, p. 1-22. Disponível em <http://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571-03.pdf>. Acesso em 28 fev. 2018.

STORTI, F. C. Estratificação de risco coronário em assintomáticos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 302, Dez. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 set. 2018.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, Dez. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Fev. 2018.

TÂNOS, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALADARES, F. C. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.2, pp.573-574. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500029&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 abr. 2018.

VASCONCELOS, M. G. F. et. al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface comunicação saúde educação**, 2016; 20(57):313-23. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2016.v20n57/313-323/pt>. Acesso em 01 mar. 2018.

WANDEKOKEN, K.; QUINTANILHA, B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462015000400157&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr. 2018.

WEFFORT, F. C. (Org). **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 2011.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, 19 (55), Out-Dez. 2015

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 635-667.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) O que você compreende por classificação de risco em saúde mental?

- 2) Quais as principais práticas de trabalho desenvolvidas no serviço?

- 3) Como você avalia o uso de questionários, escalas e protocolos de atendimento no acolhimento aos usuários?

- 4) Em sua opinião, esses instrumentos auxiliam ou dificultam na relação profissional-usuário?

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

1 – Análise das fichas e protocolos de atendimento em saúde mental:

- Fichas de classificação de risco em saúde mental;
- Protocolos padrões atendimento produzidos pelo serviço;
- Critérios de classificação de risco em saúde mental;
- Procedimentos sistematizados para encaminhamentos de usuários;
- Documentos provenientes das atividades de matriciamento em saúde mental.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS, ÉTICAS E SÓCIO-POLÍTICAS, cujo objetivo é analisar criticamente os processos de classificação de risco em saúde mental e suas implicações clínicas, éticas e sócio-políticas.

A pesquisa contribuirá para a produção de novos conhecimentos na área e para auxiliar os profissionais do serviço de saúde mental a refletirem sobre suas práticas. Esse estudo auxiliará também na qualificação do fluxo de trabalho do serviço pesquisado, bem como trará benefícios ao Sistema Municipal de Saúde, através de uma contribuição na formação de profissionais comprometidos com a política de saúde mental. Além disso, outros benefícios serão possíveis melhorias nos serviços a partir das reflexões geradas pelos resultados da pesquisa.

A minha participação neste estudo será através da concessão de entrevista ao pesquisador, por meio de respostas a um questionário e gravação das mesmas em instrumento de áudio mediante autorização. Durante a entrevista, alguns riscos inerentes ao processo poderão surgir, como, por exemplo: desconforto, cansaço, constrangimentos ao se expor e alterações de visão de mundo em função das reflexões suscitadas. Durante esse procedimento, estarei sempre acompanhado(a) do pesquisador, que me prestará toda assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, proporcionando um ambiente e uma postura propícios ao bom andamento da entrevista, sempre respeitando minhas concepções e decisões acerca do processo.

Estou ciente de que a minha participação nesse estudo poderá ser, inclusive, somente como ouvinte, não me sendo imposta a obrigação de me expressar durante as ações, podendo permanecer em silêncio caso assim eu desejar. Minha privacidade será totalmente respeitada e meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são, GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA, mestrando em Saúde da Família pela UFC e LUIS ACHILLES RODRIGUES FURTADO, professor do referido mestrado. Com eles poderei manter contato pelos telefones: (88) 99222-1960 e (88) 98881-0112 ou através do endereço: Rua Jânio Quadros, 65, Centro, Sobral – CE. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado, e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú UVA: (88) 3677-4255, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 186, bairro Derby, Sobral – Ce.

Sobral, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador/Orientador Responsável

ANEXO A – PARECER DO SISTEMA INTEGRADO DA COMISSÃO CIENTÍFICA (SICC) / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0019/2019

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, intitulado: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS, ÉTICAS E SÓCIO-POLÍTICAS, desenvolvido por GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA sob orientação do Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral **AUTORIZA** a coleta de dados da pesquisa junto aos pontos da Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral - CE (RAISM) em seus dois principais serviços: os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS Geral e AD, bem como os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), representados pelo Centro de Saúde da Família Professora Norma Soares localizado no bairro Alto da Brasília. Os participantes serão a coordenadora da Atenção Primária, coordenador da RAISM, profissionais de nível superior do CAPS Geral e AD, e, usuários previamente selecionados por profissionais do serviço. Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados roteiro de observação participante onde serão verificados aspectos como fluxos institucionais (acolhimento de usuários, encaminhamentos, visitas, etc.), participação em atendimentos, grupos e reuniões, bem como a dinâmica geral da instituição. Haverá também aplicação de entrevista semiestruturada/questionário aos participantes.

Esta autorização **NÃO** desobriga o pesquisador de solicitar anuência a todos os profissionais supracitados, mediante apresentação dos objetivos e procedimentos para participação. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir. O descumprimento desses condicionamentos assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Código de Validação: P9843M1552270741F

Emitido em: Sobral, 27 de Fevereiro de 2019, às 09:32, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformassobral.uf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Lembramos por fim, que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como compromisso na devolução dos resultados da pesquisa ao sistema local de saúde. Para tanto, utilize esta plataforma para o envio do arquivo em pdf.

Em caso de dúvidas sobre este parecer, contate-nos pelo telefone: (88) 3614-5520 ou pelo e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 26 de Fevereiro de 2019

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) / PLATAFORMA BRASIL



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Classificação de risco em saúde mental: implicações clínicas, éticas e sócio-políticas.

Pesquisador: GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08771019.3.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.377.420

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, como requisito para a realização de exame de qualificação de Dissertação. Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde. Orientador: Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar criticamente os processos de classificação de risco em saúde mental e suas implicações clínicas, éticas e sócio-políticas. Compreender a evolução do conceito de risco em saúde e suas aplicações nas diferentes áreas do conhecimento. Analisar o cotidiano dos serviços de saúde mental, especialmente no que tange a utilização de protocolos formais e informais no cuidado aos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos pelo pesquisador: O pesquisador informa que os riscos inerentes ao processo poderão surgir, como, por exemplo: desconforto, cansaço, constrangimentos ao se expor e alterações de visão de mundo em função das reflexões suscitadas. Durante esse procedimento, o pesquisador se propõe a estar sempre acompanhando e que prestará toda assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, proporcionando um ambiente e uma postura propícios

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150

Bairro: Derby **CEP:** 82.041-040

UF: CE **Município:** SOBRAL

Telefone: (88)3677-4252 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.377.628

ao bom andamento da entrevista, sempre respeitando as concepções e decisões acerca do processo.

Benefícios: O pesquisador informa que a pesquisa contribuirá para a produção de novos conhecimentos na área, justificando-se pela possibilidade de auxiliar os profissionais trabalhadores do serviço de saúde mental a repensarem suas práticas. Além disso, ele espera que esse estudo auxilie na qualificação do fluxo de trabalho do serviço pesquisado, a medida que proporcione novas formas de acolhimento e cuidado para com usuários, familiares e colaboradores. Benefícios para o Sistema Municipal de Saúde, através de uma contribuição na formação de profissionais cada vez mais comprometidos com a política de saúde mental, bem como na consolidação do próprio Sistema Único de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho consistirá num estudo de abordagem qualitativa e de cunho exploratório-documental. Serão adotados os procedimentos da pesquisa bibliográfica e observação participante. O campo de estudo será a cidade de Sobral - CE e o cenário de estudo será a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – CE (RAISM) em seus dois principais serviços, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Geral e AD). Além disso, o cenário englobará também serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como Centros de Saúde da Família do município e, oportunamente, instituições gestoras vinculadas à secretaria municipal de saúde. Os participantes do estudo serão gestores, profissionais e usuários da RAISM e Centros de Saúde da Família, bem como informantes chave de órgãos gestores da secretaria municipal de saúde. Será utilizada como ferramenta para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada composta por questionário elaborado pelos pesquisadores. As entrevistas serão gravadas e realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Utilizaremos as técnicas de categorização de dados e análise temática após transcrição das entrevistas. Todas as etapas desse estudo se enquadrarão na modalidade de pesquisa de risco mínimo, seguindo as normas e diretrizes da Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Igualmente, incorpora em seu contexto os quatro referenciais básicos da bioética, incluindo os princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. **Critério de Inclusão:** Serão incluídos no estudo profissionais de nível superior dos CAPS Geral, AD e CSF diretamente responsáveis por atividades de acolhimento e atenção aos usuários; gestores e usuários desses mesmos serviços e gestores de órgãos vinculados a secretaria municipal de saúde. **Critério de Exclusão:** Serão excluídos do estudo profissionais que não possuem nível superior e que não realizam diretamente atividades de acolhimento e atenção aos usuários, bem como os

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefons: (88)3877-4255 **Fax:** (88)3877-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação de Parecer: 3.377.428

participantes que não atenderem a esse perfil ou os que se recusarem/desistirem da participação na pesquisa. Utilizaremos as técnicas de categorização de dados e análise temática para tratamento dos dados coletados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Encaminhar relatório final da pesquisa a este CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

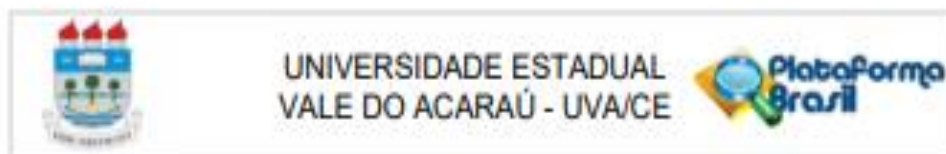
Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acabou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_1388570.pdf	10/05/2019 10:46:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CORRIGIDO.pdf	10/05/2019 10:45:56	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_CORRIGIDO.pdf	10/05/2019 10:45:02	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CORRIGIDO.pdf	10/05/2019 10:43:41	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_FINAL.pdf	27/02/2019 13:14:09	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_FINAL.pdf	27/02/2019 13:11:58	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_SICC.pdf	27/02/2019 11:34:36	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	27/02/2019 11:08:29	GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4225 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.377.426

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 07 de Junho de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4343 **E-mail:** uva_comitadedetica@hotmail.com

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



PREFEITURA DE SOBRAL SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE COMISSÃO CIENTÍFICA

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

Eu GEORGE LUIZ COSTA DE PAULA, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto intitulado: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS, ÉTICAS E SÓCIO-POLÍTICAS, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS GERAL E AD) e CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROFA. NORMA SOARES (CSF ALTO DA BRASÍLIA), bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a FICHAS, INSTRUMENTOS E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL, ocorridos no período de: MARÇO/2019 a ABRIL/2019.

Sobral, 11 de Fevereiro de 2019.

NOME	CPF	RG	ASSINATURA
George Luiz Costa de Paula	05045836382	2007031002577	

*(TODOS OS PESQUISADORES QUE TERÃO ACESSO AOS DOCUMENTOS DO ARQUIVO DEVERÃO TER O SEU NOME e RG INFORMADOS E TAMBÉM DEVERÃO ASSINAR ESTE TERMO. SERÁ VEDADO O ACESSO AOS DOCUMENTOS A PESSOAS CUJO NOME E ASSINATURA NÃO CONSTAREM NESTE DOCUMENTO).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL (Descrever detalhadamente, o grau da estratificação de risco da condição de saúde mental do usuário):

- BAIXO:** Condição de saúde mental (ou pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas) conhecida pela equipe de referência.
- Diagnóstico conhecido.
- Com suporte familiar.
- Autonomia (competência para gerir sua própria vida, valendo-se de seus próprios meios, vontades e/ou princípios).
- Autocuidado (ações de cuidado empregadas para o desenvolvimento e manutenção da saúde).
- Com rede de relações sociais (escola, trabalho, lazer, grupos sociais...).
- Sem outra condição crônica de saúde.
- Sem gestação/puerpério associados.

- MÉDIO:** Condição de saúde mental (ou pessoas com sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas) não conhecida pela equipe de referência.
- Sem diagnóstico conhecido.
- Sem suporte familiar.
- Sem autonomia.
- Sem autocuidado.
- Sem rede de relações sociais (escola, trabalho, lazer, grupos sociais etc.).
- Com outra condição crônica de saúde de baixo e médio risco.
- Com gestação/puerpério associados.
- Quadro psíquico instável (alterações das funções psíquicas, sensopercepção, pensamento, juízo crítico da realidade, linguagem, memória, orientação, consciência etc.), comportamentais ou fisiológicas (sono, fome etc.).
- Ideação suicida sem planejamento.

- ALTO:** Com outra condição crônica de saúde de alto risco.
- Com gestação/puerpério associados que implique em riscos para a gestante ou para o bebê.
- Quadro psíquico instável (alterações das funções psíquicas, sensopercepção, pensamento, juízo crítico da realidade, linguagem, memória, orientação, consciência etc.), comportamentais ou fisiológicas (sono, fome etc.) gerando-lhe transtornos ou sofrimento.
- Ideação suicida com planejamento.
- Situação de crise (agitação psicomotora, surto psicótico, auto ou hetero agressividade).
- Quadros de abstinência de álcool e outras drogas.

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA (Descrever a data da última consulta do usuário):

.....

LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA (Descrever o local da última consulta):

.....

MEDICAÇÃO EM USO (Descrever a medicação em uso, dose e quantidade mensal):

.....

.....

Sobral-CE: / /