

Rede de atenção integral à saúde mental: experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste brasileiro

Integrated care network for mental health: experience of psychiatric reform process in the scenario of Brazilian Northeast

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros¹, Maria Salete Bessa Jorge², Antônio Germane Alves Pinto³

¹Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla de IES Universidade Estadual do Ceará (UECE)/Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Coordenadora da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – Sobral (CE), Brasil. marcia_mab@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Titular da UECE – Fortaleza (CE), Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

³Doutorando em Saúde Coletiva pela AA IES UECE/UFC. Professor Assistente da Universidade Regional do Cariri (URCA) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. germanepinto@hotmail.com

RESUMO O presente artigo é um relato de experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste brasileiro, em Sobral (CE), mediante o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, em julho de 2000, e a implantação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, que se caracteriza por uma atenção de qualidade, humanizada, tendo como horizonte de trabalho a integralidade do cuidado. Ela enfrenta desafios importantes como habilitação social dos usuários assistidos; ampliação das ações de saúde mental na atenção primária; e educação permanente dos trabalhadores da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Atenção à saúde.

ABSTRACT *The current study is an experience report on the psychiatric reform process in the scenario of Brazil's Northeast, in the city of Sobral, Ceará, Brazil, through the closing of the psychiatric hospital 'Casa de Repouso Guararapes', in July 2000, and the implantation of an Integrated Care Network for Mental Health, that is characterized by quality and humanized care, having care integrality as its horizon of work. It addresses important challenges, like social enabling for monitored patients; broadening mental health actions in primary care; and permanent education for health workers.*

KEYWORDS: Mental health; Psychiatric reform process; Health care.

Introdução

A atenção psicossocial pressupõe as dimensões jurídico-política, teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural, que se transversalizam nas práticas cotidianas dos espaços de cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2007). Eis a transposição paradigmática da reforma psiquiátrica: o sujeito passa a ser reproduzido em todas as relações empreendidas do projeto assistencial e na sua saúde, bem como na configuração social que toma uma posição central deste processo de cuidar. As redes de atenção à saúde devem indicar possibilidades para o alcance da autonomia e emancipação do usuário em sua cidadania.

Vivenciar a consolidação da atenção psicossocial no cotidiano dos serviços de saúde e do território respaldou as descrições de evidências sobre o processo de reforma psiquiátrica no Nordeste brasileiro, especificamente na cidade de Sobral (CE). O município está localizado na região Noroeste do Ceará e apresenta-se como o quinto mais povoado, com 188.271 habitantes (IBGE, 2010). Desde 1997, vem se organizando progressivamente na incorporação de um sistema municipal de saúde, com o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Na atenção regionalizada de saúde, Sobral constitui polo para sede da microrregião de Sobral, formada por 24 municípios, e também para a sede da macrorregião Norte, composta pelas microrregiões de Camocim, Tianguá, Crateús e Acaraú. Neste arranjo, o sistema de saúde de Sobral é referência para 55 municípios, abrangendo população de aproximadamente 1,6 milhão de habitantes (SOBRAL, 2011).

Historicamente, o atendimento especializado em psiquiatria da cidade data do início da década de 1970, quando foi instalado no local um pequeno serviço particular. Em 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, consolidada como referência regional em assistência psiquiátrica, até o seu descredenciamento, em 10 de julho de 2000. A referida instituição configurava um hospital psiquiátrico clássico, com 80 leitos de internação diuturna e 30 de internação-dia (hospital-dia). Nela, os usuários apresentavam alto grau de cronificação. De modo geral, caracterizava cenário de internações de longa data e

frequentes reinternações. De fato, inexistia uma política organizada de atenção às pessoas com sofrimento mental (SAMPAIO, 1999).

Antes do início da implantação da atual Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), Sobral contava com os seguintes recursos de atendimento: internação na Casa de Repouso Guararapes, onde as pessoas atendidas demonstravam alto grau de cronificação, com internações prolongadas e recorrentes; atendimento emergencial, realizado pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que, na prática, não formalizava este procedimento; atendimento ambulatorial — havia pequena quota de assistência pública na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Hospital Perpétuo Socorro, também conveniado ao SUS, e no Posto de Atendimento Médico, atualmente denominado de Centro de Especialidades Médicas —; atendimento liberal — existiam dois consultórios de psiquiatria privados para os quais o pagamento era realizado de forma direta ou com a utilização de planos privados de saúde. Nesse período, o município não dispunha de nenhuma política organizada de atenção às pessoas com transtornos mentais.

Evidentemente, o funcionamento na Casa de Repouso Guararapes respaldou um histórico sombrio de internamentos inadequados, além de elevado número de óbitos, evasões e nenhuma alta hospitalar com complementação ambulatorial sugerida. Este último aspecto denunciava a inexistência de um sistema de cuidados continuado no meio social, por dominar a lógica do binômio terapêutica-leito como única opção. Qualquer alteração desta linearidade assistencial era considerada modalidade onerosa e/ou de desempenho insuficiente (COSTA *et al.*, 1997).

Nesse contexto, o hospital, durante a sua existência, foi palco de diversificadas irregularidades. A prevalência de internações inadequadas e a guarda não qualificada de pessoas com transtornos mentais ilustram uma triste página na história da psiquiatria do estado do Ceará. O estabelecimento seguia os padrões determinados e prevalentes na maioria das instituições psiquiátricas do país, configurando um ambiente manicomial excludente, no qual dominava o isolamento familiar e social, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias e, acima de tudo, maus-tratos, os

quais consistiram em ponto de partida para denúncias às autoridades responsáveis (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Atualmente, a constituição da RAISM é impulsionada por uma política de saúde mental que se alicerça na humanização do cuidado e no foco comunitário, bem como se fundamenta nos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização. Desse modo, apresenta diversidade terapêutica em seus diferentes níveis de complexidade, favorecendo a participação social e a contínua implementação da política municipal (PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ, 2006).

A RAISM se configura em uma ferramenta fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica implantada no município, pois seus dispositivos favorecem a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação entre a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante alinhamento com Justiça, Previdência Social, Ação Social e Educação e instituições profissionalizantes, entre outros.

Um aspecto fundamental a ser destacado refere-se ao fato de a rede manter estratégias de intersetorialidade, com dispositivos governamentais e não governamentais, buscando ampliar o acesso das pessoas com sofrimento psíquico a outras políticas de inclusão social, evitando, assim, a estigmatização, cronificação e exclusão social.

Pela regionalização da atenção à saúde, a rede presta assistência às cidades da microrregional de Sobral e da macrorregional Norte, as quais utilizam dos dispositivos ambulatorio de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas e Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda.

Nesse contexto, urge destacar o objetivo da reforma psiquiátrica, que está relacionado à capacidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, o ser 'louco' e a doença mental, conduzindo as referidas relações com o objetivo de superação do estigma, da segregação e da desqualificação das pessoas com transtornos mentais e buscando estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, solidariedade, trocas, possibilidades e cuidados (AMARANTE, 1998).

Nesse aspecto, a RAISM busca trabalhar a inserção das pessoas com transtornos mentais e uso abusivo

de álcool e outras drogas no seio familiar e comunitário, pois a inclusão social e a atenção descentralizada de base comunitária são fundamentais para possibilitar a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

O processo de reforma psiquiátrica se constitui numa ação conjunta de sujeitos implicados com a modificação da atenção à saúde mental no município. Os gestores, trabalhadores de saúde, usuários, familiares e a sociedade local têm nesta experiência relatada atuações importantes para dimensionar adequadamente a oferta da rede às suas necessidades e demandas.

Enfatizando a necessária formação para os profissionais de saúde no cotidiano da RAISM, destaca-se, ainda, como campo de pesquisa e estágio regular para estudantes da graduação (medicina, psicologia, enfermagem e educação física) das Universidades locais; da pós-graduação: residência médica em psiquiatria da RAISM; e em experiências mais pontuais para alunos de outros estados.

A residência médica em psiquiatria da RAISM significa uma experiência com aspecto fortemente inovador, pois segue pautada em um modelo extra-hospitalar, de alicerce comunitário, numa prática que rompe com o modelo hospitalocêntrico, ainda predominante nos programas de residência em psiquiatria do Brasil. Os residentes têm como campo de formação os serviços que compõem a RAISM, os Centros de Saúde da Família, o Hospital Santa Casa de Misericórdia (clínica médica – neurologia) e o Fórum Dr. José Sabóya de Albuquerque (estágio forense). A residência em psiquiatria é uma iniciativa da Secretaria da Saúde e Ação Social em parceria com a Faculdade de Medicina de Sobral/Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (SÁ, 2008).

Entretanto, existem dificuldades em plenificar o processo resolutivo da atenção psicossocial, notadamente pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersetorialidade. Segundo se percebe, as condições sociais e a sobrevivência do usuário no mundo contemporâneo advêm da realidade comum a toda a população. Por conseguinte, o sofrimento ou transtorno psíquico é apenas um elemento nessa trajetória social que se caracteriza por consequência e causa, concomitantemente.

Contextualização

A cidade de Sobral, por meio de sua Secretaria da Saúde e Ação Social, já havia implantado, em 1997, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante na organização da sua atenção primária, vislumbrando, assim, a necessidade de reformulação no modelo de saúde mental vigente, que tinha o sistema hospitalocêntrico manicomial como praticamente a única modalidade de assistência psiquiátrica.

De acordo com Pereira e Andrade (2001), o início da organização da atenção em saúde mental no município teve como marco fundamental uma reunião de planejamento ocorrida em 1997. No encontro estavam presentes o Secretário da Saúde e Ação Social de Sobral, o consultor em saúde mental da mesma secretaria e um grupo de técnicos que, posteriormente, constituiriam a primeira equipe de saúde mental de Sobral. Neste encontro foram traçadas estratégias para a implementação de uma política de saúde mental para o mencionado município, que deveria estar compromissada com a superação do modelo predominante, caracteristicamente assistencialista, centralizado na doença, hospitalocêntrico, de lógica asilar, cronificador.

Conforme recomendado, a reversão do modelo precisaria estar direcionada para o cumprimento da Lei Estadual nº 12.151/1993, de autoria do deputado Mário Mamede, referente à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por alternativas de serviços de atenção em saúde mental. Deveriam também ser aplicadas as diretrizes defendidas pela reforma psiquiátrica brasileira, em conformidade com os princípios doutrinários do SUS.

Com base nesse referencial, a equipe considerou relevante a necessidade de realização de um evento, promovido pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, que significou um momento favorável para a ampla discussão das relevantes questões apresentadas. Assim, em abril de 1998 foi concretizado o 1º Seminário de Saúde Mental de Sobral, cujas discussões resultaram em uma proposta de saúde mental para o município que preconizava, entre outras ações, a criação de um Programa de Saúde Mental, com a formação de uma equipe básica no Centro de Especialidades Médicas. Esse núcleo embrionário se tornaria mais

complexo, originando a criação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) local.

Após a realização do referido seminário, o Programa de Saúde Mental do Centro de Especialidades Médicas foi instituído oficialmente e, ao longo do tempo, passou por um processo de ampliação dentro do município. Mas, como advertem Pereira e Andrade (2001), embora, a princípio, esse processo tivesse caráter predominantemente ambulatorial, passou depois a integrar diversas atividades individuais, grupais e ações na comunidade. Assim, o programa, desenvolvido consoante à mencionada configuração, funcionou de abril de 1998 a novembro de 1999, quando a equipe de saúde mental foi transferida para outra estrutura, na qual se instalou o CAPS de Sobral. Posteriormente, no Centro de Especialidades Médicas estruturou-se o ambulatório regionalizado de psiquiatria.

Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará, foram realizadas duas auditorias na Casa de Repouso Guararapes pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará e pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, nas quais a denúncia da existência de maus-tratos foi comprovada, surgindo, inclusive, indícios de que a prática se apresentava de maneira corriqueira dentro da instituição.

Nesse contexto, é essencial o destaque de um fato ocorrido em outubro de 1999: a morte de um usuário por espancamento na Casa de Repouso Guararapes conveniada, na época, ao SUS. O incidente suscitou denúncias públicas. A morte de Damião Ximenes Lopes dentro da instituição assumiu proporção mundial e acarretou a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos, configurando o primeiro caso brasileiro julgado pela Corte.

No nível local, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, o poder executivo decretou interdição no manicômio e designou uma junta interventora para atuar no citado hospital psiquiátrico no período de março a maio de 2000, prorrogada, em seguida, por mais um mês. Indícios confirmaram as denúncias prestadas e culminaram no desenrolar de um processo de reformulação na assistência psiquiátrica da cidade (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Nessa perspectiva, o lugar do usuário como referência para o cuidado exige transformação nas concepções assistenciais do campo da saúde mental e da psiquiatria. É importante ressaltar que os serviços de saúde adequados para efetivar a promoção da saúde e o acompanhamento integral de base territorial têm um formato diferente do modelo hospitalar, hegemonicamente constituído como único espaço resolutivo para os problemas de saúde.

Mesmo assim, antes da atuação da junta interventora no hospital psiquiátrico, a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral cogitou uma proposta de implantação de uma rede municipal de assistência à saúde mental, a qual propunha a transformação da Casa de Repouso Guararapes no Complexo Assistencial de Saúde Mental Guararapes, que seria composto por um CAPS, um hospital-dia, um Serviço Residencial Terapêutico e oficinas terapêuticas e de habilitação social (SOBRAL, 1999).

Entretanto, a proposta inicialmente idealizada não foi concretizada e, em contrapartida, decidiu-se pelo rompimento do modelo hospitalocêntrico, asilar e cronicador, e implementou-se uma política de saúde mental condizente com os princípios e diretrizes do movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Portanto, operou-se no sentido da desinstitucionalização, buscando primordialmente a inclusão familiar, comunitária e social da pessoa com transtorno mental.

Atualmente, a vida impõe enfrentamentos complexos, múltiplos e diversos para a manutenção da sobrevivência em sociedade. Por exemplo: as necessidades de saúde da coletividade perpassam pela subsistência cotidiana em produzir capital para a aquisição de itens essenciais como alimentos, vestimentas e moradia, entre outros, por um lado; e pelas relações sociais modificadas pelo cotidiano da violência, urbanização e déficit no acesso a direitos fundamentais, por outro (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

Em relação à atuação da junta interventora, ao assumir o hospital encontrou um quadro de visível degradação: eram 63 internos, dos quais 21 mulheres e 42 homens. Como relatam Pereira e Andrade (2001), foram constatados, numa considerável parcela dos indivíduos internados, falha diagnóstica e histórico de internação sem indicação formal, num contexto

caracterizado por deficitária situação física, terapêutica e financeira na instituição. A inexistência de projetos terapêuticos era predominante, detectando-se também péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, além de dívidas fiscais, trabalhistas e comerciais.

Na rede de atenção psicossocial prioriza-se o atendimento integral da população com práticas multidisciplinares articuladas com os demais setores da saúde e sociedade. Tal processo volta-se ainda para as ações de promoção da saúde no território. Em justificativa prioritária para a resolubilidade das ações primárias de saúde, a interlocução entre o CAPS e a ESF se fez necessária para implementar o cuidado mais próximo da realidade individual e coletiva da população (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Concomitantemente, havia o processo de reestruturação do CAPS, com o qual se buscava trabalhar de forma articulada com as equipes dos centros de saúde da família locais. Nesse sentido comum, foram mantidos, então, os primeiros contatos com o gestor/proprietário do Hospital Dr. Estevam Ponte, com vistas à implantação de uma unidade de saúde mental (enfermaria e urgência) no referido hospital.

Conforme argumentam Pereira e Andrade (2001), durante o enfrentamento do problema do hospício, uma séria questão detectada diz respeito à superação do processo caótico de abandono afetivo e social dos internos. Estas pessoas estavam excluídas de bens culturais, educacionais, de trabalho e de direitos de sobrevivência. Diante da situação, foram realizadas ações como a reconstrução de moradias deterioradas, inserção no trabalho, adesão de cuidadores da comunidade e busca de proteção social, entre outros. Tais iniciativas visavam restabelecer a identidade social e a dignidade das pessoas com transtornos mentais, violadas e perdidas em anos de lamentável exclusão. Um fator bastante evidenciado refere-se à herança da loucura com o significado de incapacidade e periculosidade, justificadas por práticas segregadoras, adotadas até mesmo pelos familiares, trabalhadores da saúde e sociedade.

Na tentativa de diversificar as opções terapêuticas disponíveis, idealizou-se a implantação de um Serviço Residencial Terapêutico, ou seja, uma residência para abrigar moradores com transtornos mentais severos, sem vínculos ou suporte sociofamiliar temporário ou

permanente. A principal meta da criação da instituição era abrigar antigos asilados provenientes da Casa de Repouso Guararapes. Este serviço responsabilizava-se em oferecer cuidados especializados, voltados à habilitação psicossocial, com o desenvolvimento da autonomia e exercício de cidadania das pessoas.

Após 120 dias de intervenção, em 10 de julho de 2000, a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, por meio da Portaria nº 113/2000, oficializou o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes. A partir de então foi instituída oficialmente a RAISM de Sobral, composta atualmente pelos serviços: CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS AD, especializado no tratamento de pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas; Serviço Residencial Terapêutico; uma unidade de internação psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda; e um ambulatório de psiquiatria, para cobertura regional, localizado no Centro de Especialidades Médicas. Tais serviços articulam-se entre si, com as 48 equipes da ESF (distribuídas em 28 centros de saúde da família, dos quais 15 se encontram na sede e 13 nos distritos) e com a saúde mental comunitária.

Converge que as redes assistenciais do SUS são reflexos da política de saúde e da interação entre aqueles que operam tal sistema, no caso os trabalhadores e gestores de saúde, bem como usuários e familiares. Como observado, a execução das ações de saúde enfrentam entraves e iniquidades que perpassam o processo terapêutico em si, como também a cobertura e oferta de serviços e desarticulação do sistema em prol da resolubilidade.

Resultados e discussão

Conforme proposto, o cuidado em saúde mental prioriza a construção compartilhada das possibilidades de inserção social do usuário no território. De forma geral, as ações de saúde mental relevam-se pelo acompanhamento clínico perante os desequilíbrios da saúde e sua dimensão psíquica. No entanto, estão transversalizadas pela premissa de potencializar a autonomia do indivíduo na vida.

A preocupação com o sofrimento humano ainda não é objeto prevalente nas atitudes da prática dos trabalhadores de saúde. Formados e capacitados para diagnosticar, tratar e curar, eles deparam-se com situações complexas que fogem à lógica determinista da clínica. Elaborar um projeto terapêutico é um árduo trabalho, pois no relacionamento com as pessoas envolvidas, o descompromisso, a retração ou negação são comuns na argumentação do desequilíbrio psíquico e seu consequente acompanhamento (LANCETTI, 2007).

Amarante (1996), ao descrever a experiência bagliana, expressa que colocar a doença em parênteses é deslocar o olhar para o doente, a pessoa, o objetivo de todo o trabalho, não apenas técnico, não apenas clínico. A ênfase é dada ao processo de ‘invenção da saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’. Por outro lado, ‘colocar em parênteses’ não pode ser pensado como a negação da existência da doença.

Para tanto, no Brasil vem se configurando uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial, considerados unidades especializadas no acompanhamento clínico de usuários com transtornos mentais moderados e severos. Acrescentam-se a estes dispositivos assistenciais os Serviços Residenciais Terapêuticos, os hospitais-dia, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os programas voltados para a inserção social da clientela atendida (BRASIL, 2003).

Em Sobral, o CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes começou a se estruturar em 1998, mediante a implantação de um ambulatório de psiquiatria com equipe multiprofissional, sendo inaugurado em novembro de 1999. Neste dispositivo, são desempenhadas atividades como atendimento individual; atendimento em grupo (de crianças, de convivência, música de vida, de mulheres, de terapia ocupacional, oficinas expressivas, terapêuticas e culturais, atividades esportivas e de suporte social, entre outros); oficinas geradoras de renda, realizadas em ambientes fora da sede do CAPS; atendimento para a família (grupo de pais, atendimento individualizado a familiares, atenção domiciliar); atendimento psicoterápico; tratamento medicamentoso; atividades comunitárias, utilizando os recursos comunitários, envolvendo pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na

comunidade; mobilização político-social e apoio matricial para as equipes da ESF.

Atualmente, conta com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, auxiliar de enfermagem, pedagogo e artesão, entre outros. Mediante o desenvolvimento de um trabalho com abordagem interdisciplinar, orienta para a valorização dos diferentes saberes e práticas. Ao mesmo tempo, empenha-se na elaboração de estratégias e ações para o desenvolvimento de uma prática crítica, transformadora, caracterizada, sobretudo, pela atenção humanizada e de qualidade, com foco também na promoção da autoestima, no exercício de cidadania e na promoção da inclusão social dos usuários assistidos.

Com a integralidade das práticas, a multiprofissionalidade teve intenso acúmulo operacional pelas equipes de saúde, seja no CAPS ou na ESF. Neste âmbito, o aporte multidisciplinar promoveu o encontro de profissionais, o que potencializa o trabalho em saúde e a possibilidade de ações interdisciplinares. No entanto, o diálogo entre os saberes ainda é um entrave para modificar a direção mais comum à prática clínica determinada historicamente pela unilateralidade do saber biomédico (PINTO; JORGE, 2009).

Cadastrado pelo Ministério da Saúde, o CAPS recebeu a classificação tipo II em 2002 e recebe os usuários do município de Sobral na modalidade de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O projeto técnico do CAPS Geral II apresenta como principais características a integração a sistemas primários e secundários de atenção; integração a sistemas de política social; acessibilidade local; multiplicidade de funções e técnicas; prática multiprofissional interdisciplinar; educação permanente; redução crítica da hierarquia interna (coordenações por mandatos delimitados); redução crítica da hierarquia assistente/assistido; e polarização das políticas de saúde mental.

O CAPS Geral II assume seu papel ordenador e ativador das ações de saúde mental no município. A interlocução com a rede assistencial do SUS e redes intersetoriais do estado e da sociedade civil, bem como a própria comunidade, promove ações resolutivas pautadas nas ações matriciais entre os trabalhadores de saúde, promoção da saúde mental e emancipação humana.

Há sentido na posição do Ministério da Saúde quando preconiza que os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento de redes sociais, cumprindo suas funções na assistência direta, assim como na regulação da rede de serviços de saúde. Cabe a eles trabalhar de maneira articulada com as equipes da ESF, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários e buscando também articulação com os recursos existentes em outras redes: socio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas (BRASIL, 2004).

Na conformação do SUS, o CAPS é apresentado como um serviço estratégico para ordenar as ações do campo psicossocial. No Brasil, a sua instalação e funcionamento são promovidos pelo repasse e custeio garantidos pela política nacional de saúde mental. No entanto, a conjuntura revela a necessidade de superações da posição central deste serviço na rede assistencial e o posicionamento horizontalizado com outros dispositivos e/ou serviços mais adequados a cada realidade vivenciada pelo usuário (BRASIL, 2005; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Conseqüentemente, o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), serviço de atenção secundária especializado no tratamento de pessoas que utilizam abusivamente álcool e outras drogas, foi integrado à RAISM no ano de 2002. Os usuários são encaminhados pelos centros de saúde da família, por demanda espontânea e/ou mesmo por outros serviços de saúde do município que fazem parte dela. Funciona semanalmente, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h. Seu corpo técnico é formado por clínico geral, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, educador físico e artesão, entre outros.

A política de atenção do CAPS AD compreende o atendimento ambulatorial individual e grupal, além da organização da demanda e da rede de suporte psicossocial, ou seja, articulação estabelecida com a Justiça, Alcoólicos Anônimos, Previdência Social, Conselho Tutelar, Educação, Central Única das Favelas, instituições de profissionalização e meios de comunicação. Em relação às funções que desempenha, destacam-se: realização e manutenção atualizada do cadastro dos usuários que utilizam medicamento excepcional, supervisão e

capacitação das equipes atuantes na ESF e desenvolvimento de ações de promoção de saúde no seio comunitário voltadas à prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas.

O CAPS AD oferece diversas atividades no âmbito da atenção, conforme o Ministério da Saúde (2004): atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, entre outros); atenção domiciliar; atendimento voltado à família; e atividades comunitárias, buscando a integração do dependente químico no contexto comunitário, assim como sua inserção nas dimensões familiar e social. Os usuários em atendimento de um turno (quatro horas) devem receber uma refeição diária; enquanto os em acompanhamento de dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. Outro tipo de atendimento é o de desintoxicação.

Diante da realidade enfrentada, o CAPS AD de Sobral já iniciou a realização de estudos com vistas à implantação de uma política de redução de danos no município e de habilitação de serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Entretanto, é primordial ressaltar que o CAPS AD não se configura como o único dispositivo capaz de dar todas as respostas para o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Faz-se necessária a implantação de uma política municipal para o enfrentamento dessa problemática. Dessa maneira, há necessidade de envolvimento efetivo dos diferentes segmentos sociais e demais órgãos competentes das esferas do governo para a abordagem da citada complexidade.

A atuação intensa e contínua do CAPS AD ativa ao longo do tempo, de modo processual, modificações importantes no agir em saúde e na concepção de equilíbrio, que dista da perspectiva limítrofe da abstinência como único horizonte resolutivo. A diversidade e multiplicidade da assistência junto aos usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas fortalece o projeto terapêutico entre equipe, família e usuários nas possibilidades de (re)encontrar suas trajetórias singulares de vida.

Após o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, foi implantado o Serviço Residencial Terapêutico como tática de desospitalização, preservando o cuidado público aos usuários cronicados no hospital, com baixa autonomia pessoal e vínculos

familiares tênues ou inexistentes. Espera-se proporcionar aos assistidos uma vida em casa comunitária, na perspectiva da cidadania, apesar das limitações, das expectativas e incertezas tanto para a equipe quanto para os usuários e para a vizinhança do serviço em instalação.

Foi iniciado um trabalho de desinstitucionalização progressiva dos clientes, quando ainda estavam em regime de internação orientada para o desenvolvimento prévio de atividades de autocuidado e da vida diária, primando pela construção da autonomia (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Conforme definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), as residências terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no espaço urbano, destinadas a responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Morar e circular nos espaços da cidade e da comunidade são direitos fundamentais que se reconstituem com a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos nos municípios. Assim, as residências terapêuticas configuram-se como importante ferramenta para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas com história de longas internações.

Denominada Lar Renascer, nome escolhido pelos próprios moradores, a residência terapêutica de Sobral foi criada em 6 de julho de 2000 como a primeira do Ceará e de toda a região Nordeste, e também a primeira de caráter público instituída no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000). Os moradores são pessoas com grave comprometimento psíquico e histórico de longas internações psiquiátricas, todos vítimas de cronificação, com perdas de vínculos familiares, e/ou sociais, e inúmeros prejuízos nos mais variados aspectos de suas vidas.

Proporcionar a autoestima e a autoconfiança é objetivo da residência terapêutica. Para isto, prioriza-se o desenvolvimento de habilidades dos moradores para a aquisição de maior autonomia e a promoção de cidadania dos usuários, tornando-os aptos para a retomada dos laços sociais perdidos. Propiciar as condições de interação dos moradores junto à sociedade e às suas famílias, quando conhecidas, bem como estimular o desenvolvimento

pessoal relacionado à construção das suas vidas com vistas à criação de projetos individuais, também configura aspecto importante a ser considerado.

A residência terapêutica conta com oito moradores, um enfermeiro/coordenador do serviço, uma cozinheira e cinco cuidadores. Complementarmente, recebe suporte técnico de uma terapeuta ocupacional. No desempenho das suas atividades, o referido dispositivo tem cobertura dos dispositivos da RAISM, mediante apoio aos assistidos prestado por uma equipe multiprofissional (psiquiatra, clínico geral, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, pedagogo, educador físico), os quais norteiam sua prática fundamentada em uma abordagem humanizada e interdisciplinar.

O projeto terapêutico do Serviço Residencial Terapêutico de Sobral está fundamentado nos princípios e diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), ou seja, está centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida diária, no intuito de ampliação da inserção social. Seu objetivo central contempla os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário amplo projeto de reintegração social, mediante sua inserção em programas de alfabetização, no universo do trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários, além de respeito aos direitos do assistido como cidadão e pessoa com capacidade para desfrutar uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Nessa perspectiva, a complexidade dos problemas no viver contemporâneo é assimilada pelas inovações em saúde para compor itinerários terapêuticos mais resolutivos e dinâmicos em relação ao processo saúde-doença da população. É, portanto, importante a ressignificação das práticas cotidianas nas quais a inversão da lógica biológica e medicalizada é remetida a novos olhares e intervenções (PINTO; JORGE, 2009).

No concernente às internações psiquiátricas, passaram a ser realizadas na Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda, Hospital Geral, referência para Sobral e sua macrorregião. A área psiquiátrica inclui quatro enfermarias, totalizando 17 leitos,

ocupados por meio de agendamento pela central de regulação de leitos do estado. Atende principalmente os usuários em estado agudo de crise psicótica, quadros de depressão associada à dependência química, de violência auto ou heterodirigida, de recusa de medicamento, de recusa alimentar prolongada, de sintomas extrapiramidais, desorientação e confusão mental, apresentando média de sete dias de internação.

O trabalho revela-se de natureza multiprofissional (clínico geral, psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, educador físico) com caráter interdisciplinar. O ambiente favorece a orientação espaço-temporal e está organizado de modo a garantir a segurança e a integridade física de usuários e trabalhadores da saúde. Regularmente, a equipe se reúne e discute suas dificuldades e as dos usuários. Busca sempre as soluções mais adequadas, sobretudo focando a retirada do estado agudo, a alta hospitalar em breve espaço de tempo e a articulação com o CAPS (no caso dos sobralenses) e com o Centro de Especialidades Médicas (no caso da microrregião) para o acompanhamento pós-hospitalar (ALMEIDA *et al.*, 2004).

A unidade é um serviço organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS, e suas atividades são realizadas de maneira articulada com os demais dispositivos da Rede. Recebe apoio técnico dos trabalhadores da saúde disponibilizados pela RAISM, tais como: clínico geral, educador físico, psiquiatras e enfermeiros. Outros trabalhadores da saúde são custeados pelo hospital: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliares de enfermagem e médico plantonista em regime integral, que atende às intercorrências da referida unidade. Nos finais de semana, a unidade dispõe de enfermeiros e auxiliares de enfermagem em tempo integral e de um psiquiatra, ou um médico clínico geral com habilidade em saúde mental, que permanecem de plantão e sobreaviso.

São desenvolvidas atividades como avaliação médico-psicológico e social; atendimento individual (psicoterapia breve, terapia ocupacional, terapia medicamentosa); atendimento grupal (grupo operativo, educação em saúde, atividades socioterápicas); abordagem à família, incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a

continuidade do tratamento; preparação do usuário para a alta hospitalar, garantindo a sua referência para a continuidade do tratamento em programa de atenção compatível com a sua necessidade (ambulatório, centro de atenção psicossocial, centro de saúde da família), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

A clínica Cláudio Rodrigues, um dos setores do Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda, por sua vez, conta com 13 enfermarias, totalizando 52 leitos, nos quais podem ser internadas pessoas com transtornos psiquiátricos e aquelas que apresentam comorbidades clínicas e psiquiátricas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, as quais não apresentem risco de fuga. O tempo de permanência é de aproximadamente seis dias.

Assim, a prevalência nas demandas nas unidades de saúde mental advém deste processo social contemporâneo. Nele, o transtorno apresenta-se multifacetado e, muitas vezes, dissolvido numa carga de estresse psíquico que remete à subjetividade humana no sofrimento psíquico contínuo e crônico. À mercê de uma condição social muitas vezes desfavorável, e de práticas cuidadoras medicamentais, o indivíduo refuta-se na adequação terapêutica de acordo com a sua situação mais mórbida (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Evidencia-se que a internação nos referidos serviços vem propiciando atenção humanizada, de qualidade, diminuição do estigma, maior transparência da prática psiquiátrica, melhor atenção à saúde física, maior intercâmbio interdisciplinar e a qualificação na formação dos trabalhadores da saúde que atuarão no universo da saúde mental.

No Centro de Especialidades Médicas há o ambulatório regionalizado de psiquiatria. É importante mencionar que, com a implementação de uma adequada política de saúde mental no município, tornou-se indispensável a reestruturação do referido ambulatório, com vistas a funcionar como porta de entrada da Rede para os outros municípios que referenciam os usuários para Sobral.

A interface dos CAPS (serviços especializados de atenção secundária) com os centros de saúde da família da Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, é um aspecto fundamental com vistas à integralidade do cuidado. Em Sobral, a ESF se apresenta como o principal pilar na organização da sua atenção primária, atuando

no nível primário de atenção e promovendo o cuidado integral à saúde.

Desse modo, os indivíduos com transtornos mentais adstritos a determinado território do município são de responsabilidade dessa equipe, que tem de acolher, diagnosticar e tratar os transtornos mentais mais prevalentes da sua área descentralizada de saúde, além de atuar na resolução de problemas de natureza psicossocial na comunidade. Caso a equipe da ESF identifique a necessidade de avaliação especializada, deve encaminhar o indivíduo à equipe de saúde mental do município. Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de as equipes de saúde assumirem a responsabilidade da distribuição direta de medicamentos psicotrópicos de utilização continuada aos usuários assistidos (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Com a implementação de medidas da reforma psiquiátrica em Sobral e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve aproximação das equipes dos CAPS com as da APS, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, pautadas nos cuidados colaborativos e na corresponsabilização das equipes, com vistas à integralidade do cuidado. A atuação articulada do trabalhador da saúde mental com a equipe da ESF revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado (CAPS Geral II/CAPS AD) e centros de saúde da família (APS).

Sobral dispõe atualmente de diferentes redes de serviços, dentre elas a de APS, ancorada nos princípios do SUS, tendo como eixo estruturante a ESF, que se articula com os níveis secundário e terciário, e a RAISM, fundamentada nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira.

Destaca-se nesse contexto, a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 1999 e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, os quais devem contemplar, no bojo de suas atribuições, o desenvolvimento de ações de saúde mental no território (BRASIL, 2008). Nesse universo da interface da saúde mental com a atenção primária, destaca-se atualmente em Sobral o cenário de apoio matricial ou matriciamento compartilhado de saúde mental à APS. Esta estratégia dispõe da prática conjunta dos trabalhadores da RAISM, da Residência

Multiprofissional em Saúde da Família e dos NASF articulados com os trabalhadores da ESF, com vistas à integralidade do cuidado.

Semanalmente, em diferentes centros de saúde do município, acontece o apoio matricial em saúde mental, no qual os psiquiatras e outros trabalhadores desenvolvem atividades junto à equipe de atenção primária, mediante a realização de um trabalho voltado para atender às diferentes situações psicossociais vivenciadas no universo da saúde mental das comunidades. A proposta do apoio matricial, a qual visa a qualificação das equipes da ESF na área de saúde mental, bem como preconiza o acompanhamento ou discussão dos casos com os trabalhadores de saúde dos centros de saúde da família, junto aos trabalhadores da saúde mental, como uma responsabilização compartilhada, significa uma medida importante para a construção e o fortalecimento da interface da saúde mental com a atenção primária.

O apoio matricial às equipes da ESF vem incorporando, ao longo dos anos, ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participação em iniciativas de capacitação, atendendo, dessa maneira, ao proposto pelo Ministério da Saúde (2004), o qual recomenda que, nos municípios onde existam CAPS, oficinas e/ou outros equipamentos da saúde mental, os diversos membros das equipes deem o apoio matricial às diferentes equipes da atenção primária, programando sua carga horária para encontros semanais e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

Nas redes sociais de cuidado no território estão as pessoas que poderiam permear a rede assistencial do SUS. Nestas múltiplas redes, são encontrados subsídios de resolução mais adequados a seus problemas (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009). As associações de moradores, igrejas, organizações não governamentais culturais e de entidades de assistência são locais em que a comunidade recebe apoio e espaço para interagir com suas dificuldades e buscar soluções para os enfrentamentos da vida.

Não se pode deixar de destacar que são muitas as dificuldades e os desafios enfrentados pela estratégia do matriciamento articulado de saúde mental realizado pelos trabalhadores da RAISM, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e dos NASF

junto aos trabalhadores da ESF. Fatores como rotatividade de trabalhadores da saúde da ESF e dificuldades na articulação da prática de matriciamento compartilhado dos trabalhadores da rede de saúde mental, da Residência Multiprofissional e dos NASF favorecem o surgimento de cenários distintos dessa prática nos diferentes territórios e se traduzem em aspectos que a torna mais complexa e, ao mesmo tempo, apontam caminhos e desafios para o fortalecimento e a consolidação da prática do apoio matricial de saúde mental na APS.

Enfim, as práticas cotidianas da atenção psicossocial ocorrem na intersubjetividade pela emancipação vivenciada na comunidade. O direito à saúde e ao exercício da cidadania é possibilitado na interlocução com diversos dispositivos sociais e comunitários. São exemplos: escolas de artes, ofícios, computação, idiomas, passeios e eventos. A iniciativa dos serviços de saúde para atuar em rede de cuidados de modo interdisciplinar e intersetorial é essencial para a abertura de espaços que promovam a inclusão social (BARROS *et al.*, 2010).

A dimensão clínica da resolubilidade do apoio matricial em saúde revela modificações importantes nas concepções, práticas e lógicas operacionais. É possível perceber uma concepção de saúde mental mais ampla e direcionada para a reprodução social do usuário, na qual sua vida social é priorizada como plano do projeto terapêutico. Assim, o lugar onde mora, a condição de vida e as relações sociais são elementos que caracterizam a avaliação psicossocial no matriciamento.

Considerações finais

A implantação da RAISM de Sobral vem possibilitando a construção de um novo lugar social para a pessoa com transtorno mental, caracterizando-se por uma atenção de qualidade, humanizada, com vistas à integralidade do cuidado. É considerada eixo articulador da política de saúde mental e marco histórico na reforma psiquiátrica no município e no estado do Ceará, pois possibilitou a superação do modelo anterior caracteristicamente hospitalocêntrico, asilar, segregador, cronificador, para uma atenção em saúde mental extra-hospitalar, propiciadora da inclusão familiar, de base comunitária e social da pessoa com transtorno mental.

A RAISM enfrenta desafios como habilitação social dos usuários assistidos, em que há a necessidade permanente dos dispositivos da rede investirem na celebração de parcerias com diferentes segmentos governamentais e não governamentais, visando à criação de sistemas de apoio social de longa duração para a aquisição de geração de renda para os usuários assistidos; desenvolvimento de ações intensivas que contribuam para a transição cultural da população no referente ao adoecimento mental e integração comunitária e social dos

usuários; priorização de uma educação permanente dos trabalhadores da saúde; e ampliação das ações de saúde mental na atenção primária, entre outros aspectos.

No campo da saúde mental, a resolubilidade da atenção psicossocial caracteriza-se pela inclusão social dos usuários. Nesta premissa, a experiência desvelou que a tarefa de restabelecimento dos laços sociais se diferencia no próprio processo de alcance desta, pois é necessária uma integração ampla entre saúde e sociedade, permeada por compromissos éticos e políticos. ■

Referências

- ALMEIDA, A.M.G *et al.* Oficinas em saúde mental: um relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: IPUB, 2004.
- ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006, p. 299-316.
- AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- _____. (Org.). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- BARROS, M.M.M.A.; PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B. Desafios e possibilidades na rede de atenção integral à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 87, out./dez. 2010, p. 744-753.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- COSTA, L. *et al.* *Análise de internamentos psiquiátricos da rede hospitalar pública, contratada e conveniada pelo Sistema Único de Saúde no Ceará*. Aracati: Centro de Atenção Psicossocial de Aracati, 1997.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 13, v. 28, 2009, p. 151-164.
- GULJOR, A.P.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2011.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- PEREIRA, A.A.; ANDRADE, L.O.M. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. *Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B. Prática clínica em saúde mental no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 2, n. 14, abr./jun. 2009, p. 217-226.
- SÁ, R.A.R. *Reabilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE*. 2006.

74p. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2006.

_____. *Programa de residência médica em psiquiatria da Rede de Atenção Integral à saúde mental de Sobral*. 2008.

SAMPAIO, J.J.C. *Política de saúde mental de Sobral/CE: proposta*. Sobral, 1999.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Proposta para implantação da rede municipal de assistência à saúde mental*. Sobral: Secretaria de Saúde de Sobral, 1999.

_____. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Relatório anual de gestão 2010*. Sobral: Secretaria de Saúde de Sobral. 2011.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHER, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, n. 1, 2009, p. 729-738.

Recebido para publicação em Junho/2011

Versão definitiva em Junho/2011

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesse: a autora Márcia Maria Mont'Alverne de Barros atua como coordenadora da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (CE). Os demais autores, Maria Salete Bessa Jorge e Antônio Germane Alves Pinto, atuam no Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que desenvolve pesquisas voltadas à análise e ativação de práticas inovadoras no município de Sobral