

Ano 11, Vol XXI, Número 1, Jan-jun, 2018, Pág. 288-301.

QUEM CUIDA DE MARIA? PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS

Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti & Denise Machado Duran Gutierrez

RESUMO: A Constituição de 1988 foi de fundamental importância para fomentar o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Desde a sua promulgação, várias leis foram criadas no intuito de organizar todas as ações e serviços que a envolvam a saúde da população. Diante esse cenário, o presente artigo tem por objetivo discutir e refletir criticamente sobre os processos de cuidado de um sujeito portador de sofrimento psíquico segundo as políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Para tal, fez-se uso do método qualitativo de estudo de caso. Constatou-se que, mesmo com as conquistas e avanços no âmbito da saúde pública, ainda encontra-se presente o desafio para o alcance da integralidade do sujeito e da intersectorialidade das ações de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; Saúde da Mulher; Integralidade; Produção de cuidados.

ABSTRACT: The 1988's Brazilian Constitution was of fundamental importance to nurture the Sistema Único de Saúde (SUS) in Brazil. Since its proclamation, many laws were created with the purpose to organize every action and service that may envelop public health. In face of such scenery, this article aims to critically debate and ruminate the care procedure, under the tutelage of the public policies as determined by the Ministério da Saúde, of subjects who bear psychic tribulation. In said purpose, it has been applied the qualitative method of case study. It was found that, even with the achievements and advances in the scope of national public health, it still presents the challenge to reach the totality of the individual and the intersectionality of health actions.

Keywords: Mental Health; Woman's Health; Totality; Production of Care.

INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser “*direito de todos e dever do Estado*”, garantindo, assim, um sistema universal e gratuito para todos aqueles que necessitem de acompanhamento. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu por base de três princípios: (1) universalidade, assegurando a saúde a todos, sem quaisquer distinções; (2) integralidade, para que todo usuário seja visto e acompanhado como um todo; (3) equidade, adequando o tratamento de acordo com a necessidade do usuário. Há, ainda,

quatro diretrizes estratégicas para a sua organização, sendo elas: (a) descentralização, favorecendo a direção única em cada esfera do poder e permitindo, assim, um contato mais direto do usuário com o responsável pelo cuidado e sua gestão; (b) regionalização, na qual o poder público deve oferecer condições de acesso à saúde que se adequem a cada região; (c) hierarquização, orientando as ações e os serviços de saúde de acordo com diferentes níveis de complexidade; e (d) participação social, assegurando a participação da comunidade na gestão do sistema.

O SUS não atua de forma isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, uma vez que está inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abarcam, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Contudo, se estabelece como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos (BRASIL, 2011).

Concomitante ao processo de reforma sanitária, que culminou com a criação do SUS, o Brasil foi palco de diversas críticas quanto ao cuidado e à prevalência do modelo asilar e custodial no trato de sujeitos diagnosticados com transtorno mental. Corroborando com o reconhecimento da cidadania defendida pelo novo modelo de saúde pública, iniciou-se um processo de reivindicação pela cidadania do louco e o seu direito de existir em sociedade. Este momento ficou conhecido nacionalmente como reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Na esfera da saúde mental, destaca-se a promulgação da Lei 10.216/2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001). A nova proposta visa a transformação do paradigma da assistência aos portadores de sofrimento psíquico e a participação de novos atores nos processos de cuidado. Neste novo contexto, a utilização do termo '*sofrimento psíquico*' se dá frente à valorização do sujeito e em detrimento do diagnóstico a ele associado. Assim, ao longo dos seus trinta anos de existência, o SUS alcançou significativos avanços. Percebe-se uma mudança de ideais a partir do contexto histórico brasileiro, favorecendo a criação de leis e diretrizes de cuidado comprometidos com a singularidade de cada população.

Desta forma, o presente artigo tem por objetivo discutir e refletir criticamente sobre os processos de cuidado de um sujeito portador de sofrimento psíquico segundo as políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Para tal, será relatada a

experiência de Maria (nome fictício), usuária do SUS e residente no município de Manaus-Amazonas.

Metodologicamente o estudo de caso nos possibilita visualizar a particularidade e a complexidade de um caso singular através das diversas relações que o compõem. Segundo André (2005), essa forma de investigação se presta a investigar problemas práticos, questões emergentes no dia-a-dia, englobando e retratando as interações entre suas variáveis ao longo do tempo. No campo da saúde, a utilização deste método destina-se a levantar informações ou hipóteses visando futuras intervenções.

A HISTÓRIA DE MARIA

Maria é uma mulher negra, residente na cidade de Manaus no Amazonas, sem profissão fixa, diagnosticada com esquizofrenia e grávida. Moradora da área de abrangência, iniciou seu pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) que estava sendo campo de pesquisa em saúde mental. Por conta de dificuldades relacionadas à doença, o acompanhamento pré-natal se deu de forma irregular. Antes de completar os nove meses de gestação, entrou em trabalho de parto.

Por ser sua referência em saúde, Maria dirigiu-se para a UBS às 5h da manhã. A unidade ainda estava fechada e o primeiro funcionário a chegar, às 6h da manhã, se deparou com a mulher dando a luz na calçada. O funcionário acionou o SAMU, que chegou quando a criança já estava nos braços da mãe. Maria não entendia por que deveria subir naquele carro branco, pois o seu médico já estava presente. Após muito diálogo, aceitou seguir com os paramédicos para a maternidade, onde uma equipe aguardava mãe e filho para prestarem os devidos cuidados. Poucas semanas depois, soube-se pela agente de saúde que a criança não havia resistido.

Passados alguns meses sem notícias de Maria, ela apareceu na UBS. Para a equipe de saúde, a usuária relatou que procurou a unidade em busca de informações a respeito da mulher que havia dado a luz em frente à instituição. Afirmou, também, que sentia uma conexão muito grande com aquela mulher e preocupava-se em saber se estava tudo bem com mãe e bebê.

A experiência da maternidade e do luto mostraram-se tão intensas que Maria precisou dissociar-se delas. A dissociação resultou em um vazio e, então, a mesma

sentiu a necessidade de sair em busca de si. Quem seria capaz de auxiliar Maria na sua busca?

Maria é um sujeito singular, mas que carrega consigo um pluralismo de vozes. Destaca-se, aqui, a voz da mulher, da mãe, da portadora de sofrimento psíquico e da usuária do SUS. Nesse campo multifacetado, quem cuida de Maria?

O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira era composta, em 2010, por 97.342.162 mulheres (51,03%) e 93.390.532 homens (48,97%). Em Manaus, capital do Amazonas, o público feminino correspondia a 922.632 habitantes, totalizando 51,18% da sua população total. Além da prevalência em termos populacionais, as mulheres são as principais usuárias do SUS.

A saúde e a doença estão fortemente relacionadas e compõem um processo que resulta da atuação de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos (OMS, 2005). Sendo assim, infere-se que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. Considerando desigualdades de poder entre homens e mulheres construídas ao longo da história, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas, uma vez que implicam no impacto nas condições de saúde da mulher (ARAÚJO, 1998).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher numa sociedade (BRASIL, 2004). O primeiro aspecto da mulher incorporado pelas políticas públicas nacionais de saúde foi papel da maternidade e as demandas relativas à gravidez e ao parto. Com o passar do tempo, deu-se visibilidade à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres dentro e fora de casa enquanto processos produtores de sofrimento, adoecimento e até mesmo de morte (OPAS, 2000; BRASIL, 2004). A soma destes fatores deu à política de atenção à saúde da mulher uma nova cara.

Tendo em vista o alto índice populacional, a saúde da mulher passou a ser prioridade para o governo. O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O documento reflete o compromisso público com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Desta forma, abraça a perspectiva de gênero e utiliza os conceitos de integralidade, equidade e promoção da saúde como princípios norteadores para os processos de cuidado (BRASIL, 2004).

A política nacional dedica um capítulo inteiro para apontar dados e traçar considerações acerca do diagnóstico da situação de saúde da mulher. Nele, destaca-se os altos índices de mortalidade materna e a precariedade da atenção obstétrica. Os estudos relacionados evidenciam que a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda não está consolidada nos serviços de saúde pública.

O mesmo capítulo destina, também, um espaço para tratar as questões relacionadas à saúde mental do público feminino. *“Trabalhar a saúde mental sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem”* (BRASIL, 2004, p. 44). Assim, aspectos como classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual agravam a situação de desigualdade, limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental das mulheres.

As ações e serviços voltados à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais, sendo esta condição básica para a configuração de redes de atenção à saúde. Nesse contexto, as práticas integrais de saúde

[...] deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento da clientela (BRASIL, 2004, p. 64 e 65).

Anualmente, mais de 2.000 (duas mil) mulheres e mais de 38.000 (trinta e oito mil) recém-nascidos morrem, no Brasil, por complicações da gravidez, do aborto ou do parto (SIM, 2010). A Equipe Técnica das Ações em Saúde da Mulher do município de Manaus avalia e monitora ações de saúde que concorrem para garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade por causas evitáveis de forma

integrada nos diversos níveis do sistema. O Pacto pela Redução da Mortalidade e Neonatal (BRASIL, 2004) definiu quatro ações estratégicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres, sendo elas: (i) Planejamento Familiar; (ii) Pré-natal, Parto e Puerpério; (iii) Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama; e (iv) Violência Contra Mulher (AMAZONAS, 2018). Devido à leitura da história de Maria, optou-se por dar ênfase nesse escrito para as ações relacionadas ao eixo correspondente ao pré-natal, parto e puerpério.

O Pré-Natal assegura uma gestação saudável e um parto seguro. A gestante tem direito a fazer, pelo menos, sete consultas durante toda a gravidez. Durante as consultas, a equipe de saúde deve orientar sobre gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o bebê. Também é possível obter informações sobre sexualidade, nutrição e cuidados com a saúde no período da gestação e preparação para amamentação. As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pela oferta deste serviço (BRASIL, 2000).

Considerado uma urgência, o atendimento ao parto não pode ser recusado em nenhum hospital ou maternidade. Caso haja a impossibilidade do atendimento, a equipe de saúde deve realizar a avaliação da parturiente e providenciar a transferência para outro local. Manaus dispõe de sete maternidades públicas, distribuídas pelas diversas zonas da cidade, sendo todas com funcionamento de 24h. Além da assistência ao parto, as maternidades atuam na atenção compartilhada às mulheres que realizam o pré-natal de risco. O pré-natal de risco ocorre segundo três condições: (i) para mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; (ii) aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e; (iii) aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou doença que vai oferecer risco para ela e a para o bebê (IDEM, 2000).

Na assistência ao puerpério, o cuidado se torna compartilhado entre a atenção básica, a média e a alta complexidade, sendo a atenção básica responsável pela coordenação do cuidado, reforçando o caráter de transversalidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (IBIDEM, 2000).

No período de 2011 à 2016, o Amazonas registrou 337 mortes durante a gravidez, parto e puerpério¹, ocupando a 11ª posição no ranking das capitais nacionais. Dentre o quantitativo estadual, chama-se atenção para os dados referentes à capital do

¹ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Óbitos maternos por Ano segundo no período da gravidez, parto e puerpério no Amazonas. Último acesso em: 28/06/2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10am.def>.

estado, Manaus, que notificou 162 óbitos, totalizando 48,97% da amostra. Os números locais oscilam entre 23 mulheres (14,19%) falecidas em 2011, 42 mulheres (25,92%) em 2014 e 27 mulheres (16,66%) em 2016.

O acompanhamento do pré-natal é visto como a principal estratégia para promover saúde e evitar o número de óbitos maternos e neonatal. Em um período semelhante ao anterior, 2010 à 2015, o Amazonas registrou um total 1.470.537 consultas pré-natal. Apenas 16% desse total corresponde ao quantitativo de consultas realizadas em Manaus.

Mesmo com todo incentivo público e aparato tecnológico, ainda não foi possível reduzir o índice de óbitos maternos e tampouco alcançar a cobertura mínima de consultas de pré-natal no município de Manaus. Por ser composto, em sua territorialidade, por 62 municípios, os dados referentes à capital são alarmantes e denotam a necessidade de maior incentivo na assistência à saúde da mulher.

O CUIDADO À SAÚDE MENTAL

A percepção do louco enquanto um indivíduo fora do padrão atravessou os séculos XVIII, XIX e XX. A extensa discussão científica acerca dos conceitos de normal e patológico mantiveram o cuidado em saúde mental centralizado na doença e na figura do médico. Assim, os indivíduos acometidos por transtorno mental eram direcionados para o tratamento em instituições hospitalares especializadas (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o modelo hospitalocêntrico foi caracterizado pela priorização da medicalização e por longas internações. Durante as décadas de 1970 e 1980, este modelo passou a receber duras críticas quanto à sua eficácia e considerações humanitárias e éticas. Assim, deu-se início ao movimento de reforma psiquiátrica, onde deveria se pensar novas possibilidades de atuação capazes de romper com o paradigma da clínica tradicional e reconhecer a cidadania desses sujeitos (SUNDFELD, 2010).

Atento ao cenário nacional, foi apresentado o projeto de lei nº 3.657/89 que propunha o redirecionamento do modelo de assistência à saúde mental para serviços extra-hospitalares. Após mais de dez anos, a Câmara dos Deputados aprovou a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que institui a Política Nacional de Saúde Mental (TENÓRIO, 2002).

Composta por treze artigos, a lei “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” (BRASIL, 2001 p.1). Mesmo trazendo uma interpretação ambígua quanto a utilização/funcionamento dos hospitais psiquiátricos, a lei é objetiva ao afirmar que “*a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*” (IDEM, p.3). Desta forma, institui-se a responsabilidade do Estado quanto ao desenvolvimento de políticas públicas comprometidas com assistência integral, a promoção de ações de saúde e a participação da família e da sociedade no cuidado ao doente.

Criado pela Portaria GM 224/92 e regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) integram o SUS e constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p.9).

A fim de melhor articular as ações em saúde mental dentro da rede de atenção à saúde, a Política Nacional de Saúde Mental optou pela consolidação de um modelo aberto e de base comunitária. Assim, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por 7 componentes: (I) Atenção Básica em Saúde; (II) Atenção Psicossocial Especializada; (III) Atenção de Urgência e Emergência; (IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (V) Atenção Hospitalar; (VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e (VI) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Assembleia Legislativa do Estado Do Amazonas aprovou, em 11 de novembro de 2007, a Lei nº 3.177, que dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico. Corroborando com a lei nacional, a legislação amazonense prevê internação psiquiátrica mediante indicação médica. No entanto, proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos e similares, seja de caráter público ou privado. Afirma, ainda, que o Centro Psiquiátrico

Eduardo Ribeiro, serviço de saúde local que atende nesse modelo, deverá ser desativado progressivamente, observada a implantação da rede de atenção à saúde mental.

Em entrevista cedida à rede local de jornalismo em dezembro de 2017, o diretor regional Norte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) verbaliza que o Amazonas tem a política de saúde mental mais atrasada de todo o país. No primeiro semestre de 2018, encontramos o seguinte cenário:

- a) O Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), instituição de referência para todas as questões de saúde mental desde a sua criação, encerrou as atividades no ano de 2014. O fechamento das suas portas foi considerado um marco para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no estado.
- b) O CPER atua, hoje, no atendimento de urgência e emergência psiquiátrica. O ambulatório que ali existia foi desmembrado e redirecionado para cinco Policlínicas do Estado e os internos da instituição foram realocados em Residências Terapêuticas.
- c) O primeiro CAPS foi inaugurado no município de Parintins, no ano de 2006. Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Amazonas conta com vinte e quatro CAPS espalhados pelo seu território².
- d) Dos vinte e quatro CAPS, quatro estão localizados no município de Manaus, sendo dois CAPS's III, um CAPSad e um CAPSi.
- e) A destinação de 10% do quantitativo total de leitos dos hospitais gerais para saúde mental, conforme prevista em lei, ainda não foi instituída.

A inserção da Atenção Básica no processo de cuidado de usuários em sofrimento psíquico abre espaço para a consolidação de ações de base comunitária. Neste cenário, as equipes multiprofissionais de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são personagens fundamentais no cuidado em saúde mental. Contudo, a ESF não abrange todo o território de Manaus. Apenas 31,5% da população está coberta pelas ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017)³. Consta na mesma fonte

² Fonte: SAGE. Ministério da Saúde. Último acesso em 01/02/2018. Disponível em http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html& .

³ Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Histórico de Cobertura da Saúde da Família do município de Manaus no período de janeiro a dezembro de 2017. Último acesso em 01/02/2018. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php .

que, dos vinte e cinco Nasf-AB credenciados pela capital, três foram implantados e todos estão localizados na zona leste do município.

A articulação da rede de atenção psicossocial no Amazonas ainda se encontra em processo de construção. O trabalho integrado com outros setores da saúde não vem apenas para aumentar o acesso do usuário aos serviços disponibilizados pela rede, como também para possibilitar maior responsabilização por parte dos profissionais, favorecer a superação da fragmentação do conhecimento e produzir expressivos efeitos na saúde da comunidade.

No campo da Saúde Mental, a articulação em rede é fundamental para descentralizar o hospital psiquiátrico como principal instituição responsável pela totalidade do cuidado (ZAMBENEDETTI & SILVA *apud in* LEITE, ANDRADE & BOSI, 2013, p. 1179)

A perspectiva territorial também favorece a transformação do ambiente e das relações que o permeiam, abrindo espaço para a interdisciplinaridade no cuidado. Tira-se o foco das ações médico-assistenciais e a equipe multiprofissional passa a ser responsável pelo cuidado, favorecendo a longitudinalidade preconizada pelo SUS e articulação com os outros pontos de atenção da rede, de forma a obter maior resolutividade das intervenções em saúde.

Como se pode ver a implementação de políticas de cuidado em saúde mental, no município e no estado, que estejam alinhadas com o novo modelo proposto na reforma psiquiátrica se encontra de fato muito aquém do necessário. Essa lentidão tem evidenciado a falta de vontade política do Estado em decisões importantes para o cuidado da saúde pública, tal como acontece também em outros espaços do setor saúde como a prevenção, saneamento e promoção de saúde.

O CUIDADO NO SUS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS

Frente as diferentes políticas de atenção discutidas anteriormente, retomamos à pergunta inicial: quem cuida de Maria?

No campo teórico, a resposta parece um tanto simples de ser alcançada. Todos cuidam de Maria. O Sistema Único de Saúde se preocupou em construir políticas públicas transversais, comprometidas com todos os aspectos relacionados ao completo bem-estar do seu povo e a corresponsabilidade dos agentes de saúde. Assim, os

profissionais de saúde responsáveis pela concretização das práticas preconizadas devem estar preparados para atender toda e qualquer necessidade de saúde, atentando para as limitações tecnológicas e o compartilhamento do cuidado com outros setores governamentais.

No entanto, no campo das práticas em saúde, o Amazonas tem o desafio de superar do modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, uma vez que a mesma ainda é vista de forma segmentada. O sistema de saúde estadual deve ser capaz de propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional para que possam intervir positivamente nessa realidade.

O enraizamento do conceito ampliado de saúde nas políticas públicas prevê uma assistência à saúde com ênfase no sujeito e não na doença. Desta forma, a transferência de responsabilidade conforme a especialização em saúde se torna infundada. Maria não deve ocupar apenas os CAPS ou os ambulatórios de saúde mental. Maria deve se fazer presente em todos os níveis de cuidado, uma vez que, por trás do diagnóstico de sofrimento psíquico, encontra-se a mulher que gestou e perdeu um filho recém-nascido.

Assim, conclui-se que o cuidado no SUS deve acontecer a partir do encontro entre o profissional de saúde e o usuário e na relação constituída pelos mesmos. O reconhecimento das potencialidades do sujeito (e não da doença) tem a força do movimento de representar a vida que produz vida. Produzir saúde também é produzir vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da cidadania da mulher e da cidadania do louco faz da saúde um campo heterogêneo que abarca não só os conceitos clínicos, como também os políticos, sociais e culturais, abrindo espaço para a inserção de novos e diferentes atores no processo de cuidado.

Percebe-se que, mesmo com as conquistas e avanços no âmbito da saúde pública, ainda encontra-se presente o desafio para o alcance da integralidade e da intersetorialidade das ações de saúde. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e

comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões. Assim, humanização e a qualidade da atenção à saúde tornam-se aspectos indissociáveis.

No caso da mulher portadora de sofrimento psíquico há um adensamento de vulnerabilidades que se conjugam para compor um quadro favorável à constituição de estatísticas de exclusão e morte em taxas expressivas. Afinal a pobreza, exclusão social e adoecimento psíquico tem sexo, classe e raça em nosso país. É nesse cenário que é pertinente indagar e continuar problematizando a questão: quem realmente cuida de Maria?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMAZONAS. **A política de saúde mental no Amazonas é a mais atrasada**. *Jornal Acrítica*, 2017. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/politica-da-saude-mental-do-estado-do-amazonas-e-atrasada-e-fecha-leitos-para-pacientes>

AMAZONAS. **Lei nº 3.177 de 11 de outubro de 2007**. 2007. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/sapl_documentos/norma_juridica/7632_texto_integral

AMAZONAS. **Secretaria Municipal de Manaus. Saúde da Mulher**. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/programas-de-saude/saude-da-mulher/>

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liberlivros, 2005.

ARAÚJO, M. J. O. **Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo**. In: SEMINÁRIO WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.

BRASIL. **Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração**: Janine Schirmer *et al.* - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>

BRASIL. **Lei n. 10.216, De 6 de abril de 2001 - Política Nacional da Saúde Mental.** 2001. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>

BRASIL. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LEITE, Débora Cabral, ANDRADE, Andréa Batista & BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1167-1187, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Atas oficiais da OMS, nº2.** 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001.** [S.l.], [2000]

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE – SIM. **Mortalidade materna e neonatal no Brasil em 2010.** 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1); 25-99, jan.-abr. 2002.



Recebido em 20/4/2018.

Aceito em 20/6/2018.

Sobre autoras e contato:

Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti- Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI / UFAM). E- mail: djuli.ro7@gmail.com

Denise Machado Duran Gutierrez - Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, professora Associada I da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. E-mail: ddgutie@ufam.edu.br