



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

CARLOS EDUARDO MENEZES AMARAL

**REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: UMA ANÁLISE
MULTIDIMENSIONAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE DIFERENTES DISPOSITIVOS**

FORTALEZA
2013

CARLOS EDUARDO MENEZES AMARAL

**REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: UMA ANÁLISE
MULTIDIMENSIONAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE DIFERENTES DISPOSITIVOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

FORTALEZA
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- A513r Amaral, Carlos Eduardo Menezes.
 Rede de atenção em saúde mental no município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos./ Carlos Eduardo Menezes Amaral. – 2013. 247 f. : il. color., enc.: 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.
 Área de Concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.
 Orientação: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.
1. Saúde Mental. 2. Atenção à Saúde. 3. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. I. Título.

CDD 616.89

CARLOS EDUARDO MENEZES AMARAL

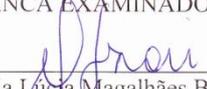
**REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: UMA
ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE DIFERENTES
DISPOSITIVOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

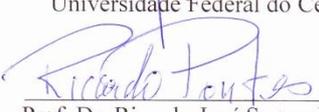
Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

Aprovada em: 13/09/13

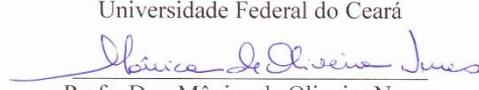
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi (orientadora)
Universidade Federal do Ceará



Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará



Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes
Universidade Federal da Bahia

Agradecimentos

À minha família, que sempre me apoiou. Pelo amor e exemplo

À minha orientadora, que compartilhou comigo a ousadia desse mestrado. Pela orientação e confiança.

À minha namorada, que me nutriu de afeto e carinho nos momentos bons e difíceis. Pelo amor e cumplicidade.

Aos amigos verdadeiros, parceiros de discussões, algumas teóricas e a maioria nem tanto. Pelos momentos de descontração.

Aos colegas de mestrado. Pelas dúvidas e aprendizados compartilhados.

Aos colegas do LAPQS. Pelas sugestões, críticas e discussões acaloradas.

Aos profissionais da rede de atenção à saúde mental da Fortaleza. Pela atenção dispensada a pesquisadores insistentes.

Ao SUS. Pelas nossas utopias e lutas cotidianas.

RESUMO

Este trabalho buscou *compreender a rede de saúde mental do município de Fortaleza a partir da perspectiva de trabalhadores de diferentes dispositivos*, utilizando um enfoque hermenêutico qualitativo. Desenvolvemos para a pesquisa um modelo analítico-conceitual de rede, com cinco dimensões constitutivas: 1) unidades mínimas; 2) conectividade; 3) integração; 4) normatividades; e 5) subjetividade. A pesquisa foi realizada em três serviços de saúde (CSF, CAPS e Hospital Psiquiátrico - HSMM), onde foram realizadas observação livre e 21 entrevistas semi-estruturadas com profissionais de cada dispositivo. Como resultados, demarcamos as diferentes propostas de cuidado de cada serviço, seus fluxos internos de atividades, assim como os critérios de entrada, saída e encaminhamento de cada instituição. As relações entre os serviços abrangeram seis modalidades: encaminhamentos, contrarreferência, contato telefônico, reunião de gestores, busca ativa e apoio matricial. Mapeamos também relações com outros serviços de saúde, assim como espaços de outros setores, acrescentando nesses casos o “uso de espaço” e “parceria” como novas modalidades de relação. Os profissionais defendem a existência de complementaridade entre os serviços de saúde pesquisados, ainda que o CAPS argumente pelo caráter transitório e inadequado dessa relação, e o HSMM por sua estabilidade e pertinência. Também foi defendida a complementaridade em relação às intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, ainda que só tenham sido citadas pelos entrevistados a realização de ações de prevenção secundária e recuperação. Também identificamos uma incongruência entre o objeto de intervenção definido pelo CAPS, que o entende como um amplo conjunto de necessidades sociais e de saúde das pessoas com sofrimento psíquico/transtorno mental, e o objeto delimitado no HSMM, que o recorta como o transtorno mental e a situação de crise. Destacamos ainda, como parte da dimensão de subjetividade, as formas de relação com os usuários no CSF, CAPS e HSMM, assim como o protagonismo político em relação à reforma psiquiátrica dos profissionais do CAPS. Em conclusão, argumentamos que nosso modelo analítico-conceitual permitiu evidenciar vários aspectos sutis da rede de atenção em saúde mental de Fortaleza, possibilitando ampliar a compreensão da rede.

Palavras-chave: Saúde Mental; Redes de Atenção à Saúde; Prestação Integrada de Cuidados de Saúde

ABSTRACT

This work aimed to *comprehend the mental health care network in the city of Fortaleza, from the perspective of workers from different services*, using a qualitative hermeneutic approach. We developed a conceptual-analytical model for networks, with five dimensions: 1) minimum units; 2) connectivity; 3) integration; 4) normativities; 5) subjectivity. The research included three health services: a primary care center (CSF), a psychosocial care center (CAPS) and a psychiatric hospital (HSMM), in which we performed free observation and 21 semi-structured interviews with professionals. As results, we found different concepts of care in each service, as well as diverse internal activities flows, and entrance, discharge and referral criteria. The connections between services included six varieties: referrals, counter-reference, phone contact, manager meeting, active search and matrix support. We also mapped the interaction with other health services, and services outside the health sector, cases in which we discovered “use of space” and “partnership” as new types of connections. Also, the workers support the complementarity between the services researched, although CAPS argues for the transient nature of such relation, while HSMM believes in its permanence. The complementarity between prevention, health promotion and health recovery was also supported, although only secondary prevention and health recovery actions were identified by the workers. We also found incongruence between CAPS’s “intervention object”, defined by a broad specter of health and social needs of people with mental disorders/psychic suffering, and HSMM’s definition, limited to crisis and mental disorders itself. Furthermore, we stress as part of the subjectivity dimension the types of patient rapport developed in each service, as well as the political action toward the Psychiatric Reform from CAPS’s professionals. We conclude that our conceptual-analytical model allowed us to indicate several subtle aspects of the mental health care network of the city of Fortaleza, widening the comprehension of such network.

Keywords: Mental Health; Health Care Networks; Delivery of Health Care, Integrated

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide da Atenção Primária, Secundária e Terciária

Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde

Figura 3 – Rede de atenção à saúde mental

Figura 4 – Divisão administrativa de Fortaleza

Figura 5 - Relações entre CSF, CAPS e HSMM

Figura 6 - Outras relações com setor saúde e intersetoriais: CSF Fernandes Távora

Figura 7 - Outras relações com setor saúde e intersetoriais: CAPS Prof. Frota Pinho

Figura 8 - Outras relações com setor saúde e intersetoriais: Hospital de Saúde Mental de Messejana

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Série Histórica: Número de CAPS por Tipo e ano (2006 a 2012). Brasil

Tabela 2 - Série Histórica: Número de CAPS, CAPS por 100 mil habitantes, Leitos Psiquiátricos (SUS) e Leitos Psiquiátricos (SUS) por 1 mil habitantes (2002 a 2010). Brasil

Tabela 3 - Número de CAPS por Tipo, SER e Indicador CAPS/100.000 habitantes. 2010. Fortaleza

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Modelo Analítico-Conceitual de Redes

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

APÊNDICE D-Legendas dos Fluxogramas

APÊNDICE E - Fluxograma 1 - Recepção do CAPS

APÊNDICE F - Fluxograma 2 - Acolhimento no CAPS

APÊNDICE G - Fluxograma 3 - Criação do PTS no CAPS

APÊNDICE H - Fluxograma 4 - Acolhimento com classificação de risco do HSMM

APÊNDICE I - Fluxograma 5 - Emergência do HSMM

APÊNDICE J - Fluxograma 6 - Internação do HSMM

APÊNDICE K - Fluxograma 7 - Demanda de saúde mental no CSF

APÊNDICE L–O sujeito de direitos em cima do muro - Descrição do diário de campo 01

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária em Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEMJA – Centro de Especialidades Médicas José de Alencar

CSF – Centro de Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

HD – Hospital-Dia

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

HSMM – Hospital de Saúde Mental de Messejana

IPC – Instituto de Psiquiatria do Ceará

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG – Organização Não-Governamental

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS – Sistema Único de Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1. PALAVRAS INICIAIS	1
2. INTRODUÇÃO	4
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 - CONCEPÇÕES DE LOUCURA, TRANSTORNO MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO	13
3.2 – O ENCARGO DA LOUCURA	18
<i>HISTÓRICO DAS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL</i>	<i>18</i>
<i>CONFIGURAÇÃO ATUAL DAS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....</i>	<i>20</i>
3.3 – “REDE” ENQUANTO TRANSCONCEITO	26
3.4 – MODELO ANALÍTICO-CONCEITUAL DE REDES	32
3.5 – IMPLICAÇÕES DA NOÇÃO DE REDE NA SAÚDE COLETIVA E NA SAÚDE MENTAL.....	47
4. METODOLOGIA.....	59
4.1 - REFERENCIAL METODOLÓGICO: PESQUISA QUALITATIVA	59
4.2 - ACERCA DA HERMENÊUTICA	60
4.3 - LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA	62
5. RESULTADOS	74
5.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PROF. FROTA PINHO.....	74
5.2 HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA	101
5.3. CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEN. FERNANDES TÁVORA	127
5.4 CONEXÕES ENTRE OS SERVIÇOS.....	142
5.4.1 <i>RELAÇÃO ENTRE O CSF E CAPS.....</i>	<i>142</i>
5.4.2 <i>RELAÇÃO ENTRE CAPS E HSMM</i>	<i>156</i>
5.4.3 <i>RELAÇÕES ENTRE CSF E HSMM</i>	<i>170</i>
5.4.4 <i>RELAÇÕES DO CSF, CAPS E HSMM COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE</i>	<i>173</i>
5.4.5 <i>RELAÇÕES DO CSF, CAPS E HSMM COM OUTROS SETORES.....</i>	<i>183</i>
5.5. INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL	191
<i>COMPLEMENTARIDADE.....</i>	<i>191</i>
<i>CONTINUIDADE.....</i>	<i>206</i>
<i>COERÊNCIA.....</i>	<i>219</i>
6. CONCLUSÕES	225
PALAVRAS FINAIS.....	237

1. PALAVRAS INICIAIS

Essa dissertação de mestrado buscou compreender a rede de saúde mental do município de Fortaleza. Representa um produto (final?) de meu percurso no mestrado em saúde pública da Universidade Federal do Ceará, culminando um processo iniciado há dois anos e meio junto a minha orientadora, profa. Malu Bosi e os demais colegas do LAPQS - Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde. Ainda que o início da gestação desse processo esteja datada na entrada do mestrado, sua concepção inevitavelmente remonta a minha trajetória pessoal e profissional, que inevitavelmente matizam a pesquisa, da escolha do objeto de investigação até a parcialidade intrínseca à análise. Por isso, é necessário me desvelar um pouco, antes de adentrar o trabalho propriamente dito.

Em minha graduação em psicologia, pela Universidade Federal do Ceará, me aproximei das discussões do campo da saúde mental por duas vias: psicologia social-comunitária e psicologia clínica. Tive a oportunidade de participar do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), onde aprofundei a teoria e prática em psicologia social-comunitária, assim como importantes questionamentos sobre a função social da Universidade, obtida por meio da produção de conhecimento e profissionais engajados com a realidade social de nosso país. Particpei também do Programa de Educação Tutorial (PET), espaço no qual pude voltar minha atenção para a docência, descobrindo minha atração por uma possível carreira de professor e pesquisador, ao mesmo tempo em que percebia a importância da prática profissional para fundamentar tal percurso profissional.

Ainda durante a graduação, para mim a dicotomia representada pela psicologia clínica e psicologia social-comunitária não estava “bem resolvida”, de forma que apenas após a conclusão do curso, quando adentrei no campo da psicologia da saúde pude integrar ambas as práticas. Tive a oportunidade de participar da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, experiência que marcou profundamente minha relação com o SUS enquanto um espaço de crescimento pessoal, militância e construção, tanto técnica como política. Durante um período de dois anos de formação em serviço, eu atuei como psicólogo em dois Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza, nos quais pude ter contato com as necessidades na área de saúde mental a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas demandas exigiam uma atuação como apoiador de equipes de saúde da família, mas, além disso, exigiam também o contato com outros níveis de atenção além da atenção primária. Com frequência era necessário o

contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou hospital psiquiátrico, ora para garantir uma continuidade e/ou intensificação dos cuidados a determinado paciente, ora para esclarecer a trajetória anterior de um outro paciente, ou ainda para a discussão conjunta de casos particularmente sensíveis. A constatação da necessidade de um trabalho articulado foi concomitante à constatação da dificuldade de integração entre diferentes serviços. Existiam diferenças nas rotinas, demandas, culturas profissionais e até mesmo nos paradigmas sobre saúde mental encontrados em cada instituição, que dificultavam a criação de espaços compartilhados de cuidado.

A Residência Multiprofissional também possibilitou a vivência do cotidiano de cada um desses serviços, no formato de plantões realizados no hospital psiquiátrico e no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e em estágios realizados no CAPS. Olhando “de dentro” de cada uma dessas instituições, pude perceber a mesma realidade de dificuldade de integração dos serviços. No hospital psiquiátrico, notei não apenas essa dificuldade, como certo desinteresse e até descrédito no trabalho dos CAPS. Esse descrédito era reforçado pela percepção de alguns profissionais do hospital de que não houve mudança no perfil de pacientes atendidos, mesmo após a implantação dos CAPS em Fortaleza: os mesmos casos graves continuavam sendo tratados no hospital, passando por sucessivas re-internações. Enquanto isso, agora junto aos profissionais do CAPS, percebia como quase onipresente a crítica ao modelo manicomial, representado pelo hospital psiquiátrico. Porém, apesar das críticas, os encaminhamentos para a internação psiquiátrica ainda eram realizados e reconhecidos como necessários pelos mesmos profissionais que condenavam o modelo. Além disso, o excesso de demanda, a carência de profissionais e a distância geográfica entre os CAPS e a moradia dos pacientes transformavam seu acompanhamento, que deveria ser intensivo e territorializado, em encontros pontuais com algum membro da equipe, mediante consultas às vezes espaçadas por vários meses. Durante esse tempo, os pacientes buscavam (ou eram forçosamente enviados) ao hospital, aos centros de saúde da família ou a “formas alternativas” de tratamento, práticas variadas que aconteciam sem nenhuma comunicação com o CAPS.

Observando esse contexto a partir da atenção primária, que em teoria tem papel de coordenar a atenção à saúde e articular os diferentes níveis, fui muitas vezes tomado pelo sentimento de impotência e de isolamento nas tentativas de contribuir para um cuidado integral às diferentes demandas de saúde mental. Esses sentimentos eram por vezes compartilhados pelos outros membros do CSF, agentes de saúde, enfermeiros, médicos, ou colegas da residência, e acompanhados de uma ansiedade e expectativa crescente em relação

aos outros serviços, como se nós mesmos também precisássemos de ajuda. Essa experiência, talvez compartilhada por outros profissionais que lidam com saúde mental nos diversos níveis de atenção, transformou-se em um questionamento sobre as condições de possibilidade da articulação do cuidado em saúde mental entre diferentes instituições. A tentativa de transformar esse questionamento em compreensão e em proposições para melhorar esse cenário tomou uma forma concreta nessa proposta de investigação sobre a rede da atenção a saúde mental do município de Fortaleza.

2. INTRODUÇÃO

A desagregação provocada por estados de grave perturbação mental incide uma pesada carga sobre os indivíduos, suas famílias, os sistemas de saúde e a sociedade. Estima-se que no mundo cerca de 10% da população adulta apresenta algum transtorno mental, 25% das pessoas irão apresentar transtornos mentais em algum momento da vida e 20% dos pacientes atendidos nos serviços de atenção primária possuem um ou mais transtornos, associados ou não a outras condições clínicas (OPAS/OMS, 2001).

No Brasil não existe grande amplitude de dados epidemiológicos sobre saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, demandando cuidados contínuos, e 9% apresenta transtornos menos graves, necessitando de cuidados eventuais (BRASIL, 2003). Ainda que não seja apresentada a fundamentação empírica desses percentuais, segundo tais estimativas teríamos 12% da população que necessitam de acompanhamento de serviços de saúde por questões de saúde mental, o que no Brasil representaria 23 milhões de pessoas.

Mari, Jorge e Kohn (2007) delimitaram a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida entre 31,9% e 41,3%. Esses valores foram obtidos combinando dados de três estudos independentes: um estudo multicêntrico realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, um estudo realizado em duas áreas de classe média e alta do município de São Paulo, e um estudo populacional realizado nos Estados Unidos. Esses dados representariam que, na população atual, entre 60 e 78 milhões de brasileiros desenvolveram ou irão desenvolver transtornos em algum momento de suas vidas.

A prevalência de transtornos mentais comuns foi identificada em 30,2% da população (COELHO et al., 2009). Essa classificação de transtornos mentais comuns se refere a quadros com sintomas que não permitem sua inclusão em nenhum diagnóstico, porém com comprometimento significativo a partir desses sintomas isolados. Quando mensuradas em usuários do Programa Saúde da Família, foram identificadas prevalências de 56% em Petrópolis (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008) e 25% no município de São Paulo (MARAGNO et al., 2006).

A saúde mental é um campo fundamental da área da saúde, apresentando em todo o mundo grandes desafios. Podemos elencar como questões prioritárias a organização adequada dos serviços de saúde (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; ZAMBENEDETTI, 2008), o avanço na compreensão dos quadros clínicos e no desenvolvimento de medidas terapêuticas mais eficazes (DSM IV, 2002; OPAS/OMS, 2001; TOMASI et al., 2010), a

superação do estigma e adequada participação social dos acometidos por sofrimento psíquico/transtorno mental grave (AMARANTE, 2007; DE PAIVA; YAMAMOTO, 2007; HEIDRICH, 2007; ROTELLI, 1988). Em nossa pesquisa, nos dedicamos a algumas questões acerca da organização dos serviços de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que os outros desafios citados indiretamente se façam presentes em qualquer reflexão minuciosa sobre o tema.

O Brasil apresenta uma série de modalidades de serviços destinados à saúde mental. Segundo a política nacional de saúde mental vigente, o principal serviço responsável pelo acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), modalidade atualmente privilegiada pelo Ministério da Saúde. Essa proposta corresponde à tentativa de implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental: o modelo psicossocial. Referimo-nos a uma “tentativa de mudança de modelo”, pois acreditamos que é um processo ainda em curso, cuja efetivação depende da ampliação do número de serviços CAPS, ainda insuficientes para a cobertura adequada da população-alvo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a), assim como do funcionamento integrado de outros serviços de saúde e de outras políticas de garantia de direitos.

Dessa forma, pressupõe-se a participação da atenção primária em saúde para identificação dos casos mais graves e acompanhamento de casos considerados mais simples, tais como os transtornos mentais comuns e outras situações de sofrimento humano, assim como do cuidado a outras questões clínicas. Todavia, a inclusão das ações de saúde mental na atenção primária, ainda que fortemente promovida na literatura nacional (BRASIL, 2003; ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2009; VECCHIA; MARTINS, S. T. F., 2009) e internacional (OPAS/OMS, 1990, 2001), encontra dificuldade em sua operacionalização, desafio ainda a ser superado no SUS.

Outros serviços do setor saúde também são necessários, tais como CAPS voltados para o público infantil ou para pessoas com problemas relacionados ao uso de substância (CAPSi e CAPS AD), modalidades especializadas de CAPS, com possibilidade de permanência noturna em leitos de observação contínua (CAPS tipo III), e serviços residenciais terapêuticos (SRT), para acolher egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos sem vínculos familiares. Não obstante, observa-se que todos esses serviços ainda possuem disponibilidade insuficiente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O modelo anterior de atenção à saúde mental, chamado de “modelo manicomial”, e antagônico ao modelo psicossocial, tinha como principal instituição o hospital psiquiátrico, e como forma predominante de cuidado internação psiquiátrica. Havia a concentração de toda

responsabilidade pelas demandas graves de saúde mental uma única instituição, na qual o uso recorrente e prolongado (e até mesmo excessivo) da internação promovia efeitos bastante nocivos aos seus supostos beneficiários. Ainda que, formalmente, esse modelo voltado exclusivamente para a internação hospitalar não mais exista, suas práticas e o ideário correspondente ainda se fazem presentes, indicando a permanência da chamada “lógica manicomial”. (LEÃO; BARROS, 2008; NARDI; RAMMINGER, 2007; QUINDERÉ; JORGE, 2010). Além disso, os hospitais psiquiátricos continuam recebendo grande quantidade de pacientes, geralmente pessoas que se encontram em um estado acentuado de desorganização, exigindo uma abordagem de urgência que, por uma série de fatores, com frequência não se encontra disponível nos CAPS.

Acreditamos que os obstáculos enfrentados pelas políticas de saúde mental não são decorrentes apenas da carência de recursos, ainda que o subfinanciamento da saúde pública seja uma questão significativa. Além da ausência de condições ideais de financiamento, e conseqüentemente, cobertura e disponibilidade de recursos humanos inadequados, o campo da saúde mental é também atravessado por tensões a respeito da concepção de seu objeto e, conseqüentemente, da forma de abordá-lo. As noções de diagnóstico, etiologia e terapêutica referentes aos fenômenos ligados à saúde mental encontram-se constantemente em disputa, entre e dentro das disciplinas que incidem sobre o campo.

Essa característica torna ainda mais desafiadora a construção de projetos interdisciplinares e intersetoriais, uma vez que a saúde mental enquanto campo de intervenção constitui-se na conjunção de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais (VASCONCELOS, 2009). Todavia, a origem de cada instituição em uma rede de saúde é produto de uma compreensão específica do fenômeno ao qual ela se destina, e das práticas consideradas necessárias ao seu cuidado (FOUCAULT, 1978; SILVA; FONSECA, 2003).

Essa constatação traz duas repercussões importantes: primeiramente, temos de entender que cada tipo de serviço, ou seja, os hospitais psiquiátricos, centros de saúde da família, CAPS, ambulatórios, tem uma história singular, que explica e legitima seu modo de funcionamento, suas práticas de intervenção específicas, sua caracterização de clientela. As políticas públicas são frutos do reconhecimento de uma demanda social, mas também matizadas por vários interesses em disputa na arena política. Dessa forma, a história de cada serviço é marcada por diretrizes técnico-científicas, mas também pelos efeitos de determinadas concepções políticas e ideológicas, que se destacaram no momento da criação de cada serviço.

A segunda constatação advém do reconhecimento de que as diferentes concepções sobre o fenômeno da saúde mental não se surgem de um processo natural ou de uma evolução linear. A permanência de ideias divergentes produz sínteses e conflitos que movimentam e paralisam transformações no campo da saúde mental. Desse modo, podemos afirmar que, em um primeiro nível, a relação entre diferentes serviços é influenciada pela ausência ou presença de condições estruturais, tais como vagas nos serviços, práticas de encaminhamento, sistemas de informação integrados, espaços de diálogo entre gestores e profissionais de cada serviço etc. Porém, subjacente a essas condições, existem aspectos relacionados à concepção dos gestores, profissionais e da população acerca do que são as necessidades de saúde referentes à saúde mental, da pertinência de determinado serviço em relação a tais necessidades, e dos limites de responsabilidade do Estado, de cada serviço e cada profissional frente a cada situação.

Com o desenvolvimento do SUS, que implica na organização de um modelo assistencial gratuito e universal, diferentes propostas acerca da saúde mental foram desenvolvidas no Brasil. Atualmente, a política de saúde mental engloba não apenas a implantação de vários tipos de serviços, mas na criação de uma “rede de atenção em saúde mental”, articulada entre si, e com o restante do sistema de saúde. A proposta de funcionamento de vários serviços interligados não resolve a discussão da responsabilidade e pertinência de cada serviço individual. Ao contrário, complexifica a questão ao exigir que, além do funcionamento eficaz de cada serviço isolado, também sejam desenvolvidas relações planejadas entre os serviços e uma divisão de responsabilidades de modo a produzir a rede como um espaço compartilhado de cuidado.

A discussão das redes de atenção não é exclusiva à saúde mental. O tema vem mobilizando gestores e profissionais do SUS para a construção de modelos eficazes para a atenção de vários agravos de saúde, como forma qualificar as ações do SUS na direção de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Contudo, os esforços do Ministério da Saúde em publicar normativas técnicas acerca da implantação de redes de atenção (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2011b), assim como os esforços de alguns autores para fornecer subsídios teóricos a tal construção, (ANDRADE; SANTOS, 2008; FRANCO, 2006; MENDES, 2011) não têm levado às últimas consequências os desafios e a potência imanente ao conceito de rede. Percebemos, em vez disso, o uso profícuo do termo sem um correspondente aprofundamento conceitual, remetendo também a posturas prescritivas por parte do Estado, tentando definir quais devem ser os serviços da rede ou como devem ser as relações entre os serviços, sem a apreciação crítica do que é uma rede.

No campo da saúde mental, o debate acerca das redes surge na confluência de repercussões tanto da Reforma Sanitária como da Reforma Psiquiátrica brasileira, dois movimentos de forte caráter técnico, político e ideológico. Tais mobilizações sociais impulsionaram questionamentos acerca da assistência à saúde que, ainda hoje, continuam na pauta central de melhoria do SUS. A centralidade da atenção primária e a integralidade, por exemplo, defendidas pelo movimento sanitário, ou o destaque à reabilitação psicossocial e relativização do saber psiquiátrico e psicopatológico, reivindicado pelo movimento antimanicomial, são aspectos que hoje se aproximam do tema das redes de atenção, tornando-as potencialmente importante instrumento da consolidação dessas reformas.

Para compreender (e fundamentar) essas possíveis implicações das redes na qualificação da atenção à saúde, torna-se necessário o adensamento teórico desse conceito, para demarcar seus limites e sua radicalidade. Somente a partir desse processo é possível reconhecer a evidência empírica de seus efeitos práticos, assim como das aproximações e distanciamentos entre a idealidade conceitual e a materialidade das redes no cotidiano dos serviços.

Aspecto também fundamental às redes é o reconhecimento do profissional de saúde como seu principal tecelão, e operador privilegiado de seus fluxos. O percurso desenvolvido na rede é uma negociação do profissional de saúde com sua equipe, com outras unidades de saúde e com o usuário (FRANCO, 2006), de forma que o aspecto humano é sempre constituinte das redes de atenção. Por conseguinte, consideramos que uma investigação fundamentada nas perspectivas dos profissionais envolvidos na criação e manutenção desses espaços articulados de cuidado tornar-se-ia via fecunda para revelar sentidos da rede inacessíveis por outros caminhos. As motivações, assim como os obstáculos que subjazem a criação das relações entre os serviços, evidenciam contradições e confluências entre as proposições defendidas pela gestão (BRASIL 2010a, 2011b) e pela literatura. Além disso, a incorporação das perspectivas dos profissionais é fundamental para repensar e modificar aspectos das políticas negligenciados em sua formulação original. A investigação dessas disparidades, longe de evocar um aspecto normatizante de adequação da realidade dos serviços às normas provenientes da gestão, tem por objetivo fomentar um movimento dialógico entre diferentes pontos de vista – perspectivas – cujo encontro deve provocar transformações mútuas, intencionando a melhoria da qualidade da atenção em saúde mental.

Para possibilitar a investigação desse tema, foi necessário estabelecer um quadro teórico e metodológico como referência para a execução da pesquisa, de forma que daremos prosseguimento a nosso trabalho com a exposição de nossos marcos teóricos. Inicialmente

descreveremos algumas transformações na compreensão e no encargo sobre o fenômeno da loucura/transtorno mental/sofrimento psíquico ao longo da história, da idade média aos tempos atuais. Em seguida, iremos contextualizar como surgiram e se modificaram os serviços de saúde mental no Brasil, até chegarmos ao tópico que descreve o estado presente desse conjunto de dispositivos. As partes seguintes de nosso quadro teórico abordam o tema das redes, primeiramente rastreando as contribuições de autores externos ao campo da saúde, para então apresentarmos um modelo analítico-conceitual de redes construído a partir da síntese dessas contribuições. Por fim, problematizamos os usos correntes do termo rede no âmbito da saúde coletiva e saúde mental, defendendo a pertinência de nosso modelo para evidenciar aspectos importantes das redes de atenção à saúde.

Após a apresentação de nosso marco teórico, o capítulo seguinte apresenta o enfoque metodológico adotado, explicando o percurso realizado na pesquisa: escolha dos locais e profissionais para a investigação, modo de produção e processamento das informações e síntese dos resultados.

O capítulo subsequente, “Resultados”, apresenta nossa hermenêutica das informações da pesquisa, apresentando a síntese entre a observação-participante, entrevistas, literatura e nossa perspectiva singular enquanto pesquisadores implicados na produção do conhecimento.

Por fim, o último capítulo apresenta as conclusões da pesquisa, confrontando os resultados com nosso modelo analítico.

3. MARCO TEÓRICO

A saúde mental é um campo fundamental da área da saúde, apresentando em todo o mundo grandes desafios, que incluem a organização adequada da rede de serviços de saúde, o avanço na compreensão dos quadros clínicos e no desenvolvimento de medidas terapêuticas mais eficazes, a superação do estigma dos acometidos por grave sofrimento psíquico, assim como sua adequada participação social.

Hoje a desagregação provocada por estados de grave perturbação mental incide uma pesada carga sobre os indivíduos, suas famílias, os sistemas de saúde e a sociedade. Estima-se que no mundo cerca de 10% da população adulta apresenta algum transtorno, 25% das pessoas irão apresentar transtornos mentais em algum momento da vida e 20% dos pacientes atendidos nos serviços de atenção primária possuem um ou mais transtornos, associados ou não a outras condições clínicas (OPAS/OMS, 2001).

No Brasil não existe grande amplitude de dados epidemiológicos sobre saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, demandando cuidados contínuos, e 9% apresenta transtornos menos graves, necessitando de cuidados eventuais (BRASIL, 2003). Ainda que não seja apresentada fundamentação empírica desses percentuais, podemos considerar que segundo tais estimativas, teríamos 12% da população que necessitam de acompanhamento dos serviços de saúde por questões de saúde mental, o que hoje representaria no Brasil 23 milhões de pessoas.

Mari, Jorge e Kohn (2007) delimitaram a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida entre 31,9% e 41,3%. Esses valores foram obtidos combinando dados de três estudos independentes: um estudo multicêntrico realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, um estudo realizado em duas áreas de classe média e alta do município de São Paulo, e um estudo populacional realizado nos Estados Unidos. Esses dados representariam que da população atual, entre 60 e 78 milhões de brasileiros desenvolveram ou irão desenvolver transtornos em algum momento de suas vidas.

O principal serviço responsável pelo acompanhamento dessa parcela da população seriam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo a atual política nacional de saúde mental, proposta que corresponde à implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental: o modelo psicossocial. Contudo, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, o número de CAPS ainda é insuficiente para a cobertura total da população-alvo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Além disso, os hospitais psiquiátricos, que representam a principal instituição de tratamento dentro do modelo anterior de atenção, continuam

recebendo grande quantidade de pacientes. Esses pacientes geralmente se encontram em um estado acentuado de desorganização, exigindo uma abordagem de urgência que, por diversos fatores, com frequência não se encontra disponível nos CAPS.

A prevalência de transtornos mentais comuns foi identificada em 30,2% da população (COELHO et al., 2009). Essa classificação de transtornos mentais comuns se refere a quadros com sintomas que não permitem sua inclusão em nenhum diagnóstico, porém com comprometimento significativo a partir desses sintomas isolados. Quando mensurada em usuários do Programa Saúde da Família, foram identificadas prevalências de 56% em Petrópolis (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008) e 25% no município de São Paulo (MARAGNO et al., 2006).

Essa demanda de transtornos mentais comuns, ainda que constitua claramente um tema de saúde mental, não deveria ser endereçada aos CAPS ou hospitais psiquiátricos. O modelo psicossocial pressupõe a articulação de diferentes serviços para o acompanhamento de demandas com diferentes exigências de cuidado. Dessa forma, pressupõe-se a participação da atenção primária em saúde tanto para identificação e acompanhamentos inicial dos casos mais graves, como pela resolutividade de problemas considerados mais simples, tais como os transtornos mentais comuns. Todavia, a inclusão das ações de saúde mental na atenção primária, ainda que fortemente promovida na literatura nacional (BRASIL, 2003; ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2009; VECCHIA; MARTINS, S. T. F., 2009) e internacional (OPAS/OMS, 1990, 2001), encontra algumas dificuldades em sua operacionalização, desafio ainda a ser superado pelos profissionais e gestores dos serviços.

Acreditamos que os obstáculos enfrentados pelas políticas de saúde mental não são decorrentes apenas da carência de recursos, ainda que o subfinanciamento da saúde pública seja uma questão significativa. Além da ausência de condições ideais de financiamento, cobertura e disponibilidade de recursos humanos, o campo da saúde mental é atravessado por tensões a respeito da própria concepção de seu objeto e, conseqüentemente, da forma de abordá-lo. As noções de diagnóstico, etiologia e terapêutica referentes aos fenômenos ligados à saúde mental encontram-se constantemente em disputa, entre e dentro das disciplinas que incidem sobre o campo.

Essa característica torna ainda mais desafiador a construção de projetos interdisciplinares, ainda que a saúde mental enquanto campo de intervenção tenha sido constituída na conjunção de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais (VASCONCELOS, 2009). Isso implica ainda que a origem de cada instituição em uma rede

de saúde é produto de uma compreensão específica do fenômeno ao qual ela se destina, e das práticas consideradas necessárias ao seu cuidado.

Essa constatação traz duas repercussões importantes: primeiramente, temos de entender que cada tipo de serviço, ou seja, os hospitais psiquiátricos, os centros de saúde da família e os CAPS, tem sua história singular, que explica seu modo de funcionamento, suas práticas de intervenção específicas, sua clientela-alvo. As políticas públicas são frutos do reconhecimento de uma demanda social, mas também matizadas por vários interesses em disputa na arena política. Dessa forma, a história de cada serviço é marcada por diretrizes técnico-científicas, mas também pelos efeitos de determinadas diretrizes políticas, hegemônicas no momento da criação de cada serviço.

A segunda constatação advém do reconhecimento de que as diferentes concepções sobre o fenômeno da saúde mental não se transformam por evoluções lineares. A permanência de ideias divergentes produz sínteses e conflitos que movimentam e paralisam as transformações do campo da saúde mental. Desse modo, podemos afirmar que, na superfície, a relação entre diferentes serviços é influenciada pela ausência ou presença de condições estruturais, tais como vagas nos serviços, sistemas de informação integrados, espaços de diálogo entre gestores e profissionais de cada serviço etc. Porém, subjacente a essas condições, existem aspectos relacionados à concepção dos profissionais acerca e dos limites da responsabilidade de cada serviço frente a cada caso, assim como sua perspectiva a respeito da pertinência ou não das outras instituições para o desenvolvimento do projeto terapêutico de cada usuário.

Desse modo, consideramos importante a investigação acerca das perspectivas dos profissionais envolvidos na criação e manutenção desse espaço de cuidado, que cada vez mais é proposto enquanto “rede articulada”. Tal estudo poderá indicar quais as motivações, assim como os obstáculos que subjazem a criação das relações entre os serviços, evidenciando ainda contradições e confluências entre as proposições defendidas pela gestão (BRASIL 2010a, 2011b) e pelos profissionais. Além disso, a incorporação das perspectivas dos profissionais é fundamental para repensar e modernizar aspectos das políticas que podem ter sido negligenciados em sua formulação original. A investigação dessas diferenças, muito mais do que evocar um aspecto normatizante de adequação da realidade dos serviços às normas provenientes da gestão, tem por objetivo fomentar um movimento dialógico entre diferentes pontos de vista – perspectivas – cujo encontro deveria provocar transformações mútuas tendo em vista a melhoria da qualidade da atenção em saúde mental.

Antes de descrevermos o contato realizado com tais sujeitos, é necessário estabelecer um quadro teórico e metodológico utilizado como referência para a execução da pesquisa. Iniciaremos a exposição desse quadro de referência explicitando nossa compreensão acerca da constituição do transtorno mental e do sofrimento psíquico como conceitos e objetos de intervenção dentro do campo psicossocial, sendo necessário para isso revisitarmos como diferentes períodos produziram compreensões particulares sobre a loucura. Em seguida, iremos contextualizar como surgiram e se modificaram os serviços de saúde mental no Brasil, até chegarmos ao tópico que descreve em maior detalhe o estado presente desse conjunto de dispositivos. A parte seguinte de nosso marco teórico aborda a questão das redes, rastreando as contribuições de autores externos ao campo da saúde, para em seguida apresentarmos um modelo analítico-conceitual de redes sintetizados a partir dessas contribuições. Por fim, problematizamos os usos correntes do termo rede no âmbito da saúde coletiva e saúde mental, defendendo a pertinência de nosso modelo para evidenciar aspectos fundamentais das redes de atenção à saúde.

3.1 - Concepções de loucura, transtorno mental e sofrimento psíquico

A compreensão do sofrimento psíquico enquanto um objeto de práticas e de saberes não é um acontecimento natural, mas um fenômeno demarcado sócio-historicamente. Diferentes períodos históricos produziram distintas compreensões sobre a “loucura” ou, de forma mais radical, pode-se dizer que cada período histórico possuía não apenas uma nomenclatura distinta sobre a loucura, mas que houve de fato a produção de diferentes fenômenos em cada época. Consequentemente, cada época possui também uma instituição ou conjunto de instituições que se responsabilizaria pelo “louco” e pela “loucura”. (SILVA; FONSECA, 2003)

Segundo Foucault (1978), na idade média os loucos eram simplesmente expulsos das cidades, muitas vezes confiados a barqueiros que os levavam para fora dos limites territoriais de cada vila, ou vagavam com eles indefinidamente. Mais tarde, no século XVII, o modo de a sociedade lidar com o louco era através do Hospital Geral, conhecido também como a “Grande Internação”, instituição que encarcerava todo tipo de marginalizados e indesejáveis: mendigos, prostitutas, delinquentes, pervertidos. A compreensão do que era o louco estava entranhada nessas categorias, e ao mesmo tempo impossível (ou desnecessária) de se distinguir delas.

Ao final do século XVIII ocorreram importantes modificações introduzidas pelo médico e filósofo Philippe Pinel. É importante ressaltar que, até então, o hospital não possuía um caráter médico, tendo uma função que se assemelharia mais a uma hospedaria (ou prisão) para os marginalizados. Com a revolução francesa, ocorre uma aproximação e dominação do hospital pelo saber médico (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978). É nesse contexto que Pinel, ao assumir parte da direção do Hospital Geral de Paris, inaugura uma nova forma de compreensão onde “o louco, diferentemente dos outros excluídos, era passível de tratamento porque a causa da sua doença era a paixão pervertida.” (SILVA; FONSECA, 2003, p. 803). Pinel conceitua a loucura como alienação mental, um estado de desarmonia da razão, que impediria o contato objetivo com o real. Porém, ainda que a população do hospital Geral tenha sido liberta do encarceramento, os alienados são mantidos isolados do convívio social, agora para fins de tratamento: “o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico, o princípio do isolamento do mundo exterior” (AMARANTE, 2007, p. 29), uma vez que é no meio social que se encontra a causa da alienação.

A liberdade a que se refere Pinel é a possibilidade de ver-se livre da “alienação”, condição que aprisionaria verdadeira e permanentemente o homem, enquanto que seu tratamento seria a reeducação moral, exercida sob constante vigilância dos alienistas (AMARANTE, 1996). Essa delimitação do conceito de alienação mental, seu respectivo tratamento e nosografia, ficaram conhecidos como “síntese alienista”, definindo as convenções da época sobre o louco e lançando as bases para a criação da psiquiatria como uma nova disciplina (AMARANTE, 1996, 2007; SILVA; FONSECA, 2003).

A alienação e o tratamento moral vão perdendo sua importância, progressivamente, com os avanços das investigações anatômico-fisiológicas do sistema nervoso na busca de origens para os sintomas, apontando para a anormalidade do funcionamento orgânico como princípio explicativo. A alienação torna-se, portanto, “doença mental”, objetivando-se encontrar as mesmas regularidades presentes nas doenças somáticas (AMARANTE, 1996). Podemos considerar que, agora nos referindo a um período mais recente, o desenvolvimento das neurociências e da medicina por imagens “alimentou de forma consistente o ideal da localização da sede da doença mental” (SILVA; FONSECA, 2003, p. 804).

Além dessa vertente biológica, ao final do século XIX surgiu também outra corrente de pensamento, que visa explicar a loucura através de alterações no funcionamento psíquico. Esta tradição, que se inicia com a psicanálise de Freud, ao longo do tempo ramifica-se em diversas teorias psicológicas. Desenvolvia-se assim a compreensão psicodinâmica da psicopatologia, enfatizando uma “rede de relações onde a história, a família, a constituição do

próprio sujeito, dizem mais do que a simples apresentação de sinais e sintomas.” (SILVA; FONSECA, 2003, p. 804).

Contudo, mesmo com os avanços científicos de nossa época, ainda não existem estudos definitivos sobre a etiologia das “doenças mentais”, seja pela vertente biológica ou psicodinâmica, caminhando-se atualmente para tentativas de integração das duas dimensões. Outra constatação é que tais doenças apresentam muitas características particulares que as distanciam das doenças somáticas (as quais se presumia que serviriam de modelo explicativo para as primeiras). Dessa forma, optou-se pelo termo “transtorno” na literatura nacional, tradução aproximada do termo inglês “*disorder*” (desordem), utilizado na literatura internacional. Segundo a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV), o termo “transtorno” emprega certo nível de abstração, fundamentando-se no agregado de uma variedade de conceitos teóricos, utilizados também na definição de doenças “somáticas”: etiologia, desvio da norma estatística, disfunção, padrão sindrômico, descontrole, irracionalidade, inflexibilidade, incapacidade. Porém, a definição do que é transtorno mental não se reduz a nenhuma dessas características individualmente, e ao mesmo tempo nem sempre o transtorno é definido pela identificação de todas essas características. O transtorno mental é definido da seguinte forma pelo DSM IV:

Uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento atual ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência, ou uma perda importante da liberdade. (DSM IV, 2002, p.80)

Outra fonte importante de caracterização do transtorno mental provém da Organização Mundial da Saúde; segundo sua 10ª Classificação Internacional das Doenças (CID-10), transtornos mentais são

condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. (OPAS/OMS, 2001, p. 18)

A literatura nacional e internacional tem adotado os termos “transtorno mental grave” e “transtorno mental severo e persistente” para um conjunto de pacientes de maior vulnerabilidade, e que geralmente requerem cuidados mais frequentes e intensivos. Tais definições associam diferentes fatores: diagnóstico psiquiátrico, duração dos problemas, grau de sofrimento emocional e nível de incapacidade. Essas novas designações evitam o estigma do termo “paciente crônico”; contudo, terminam englobando pacientes de características

muito diversas, o que gera uma multiplicidade de significados para o termo. (RIBEIRO, 2003).

Segundo Rodríguez (2003), agrupam-se sob a denominação de transtorno mental “grave” ou “severo” os diagnósticos da CID-10 que possuem sintomas psicóticos não-orgânicos.¹ Além do diagnóstico, acrescentam-se também a duração da enfermidade como superior a dois anos e existência de perturbação moderada ou severa no funcionamento laboral, social ou familiar.

Em um relatório mundial sobre a saúde mental (OPAS/OMS, 2001), alguns quadros diagnósticos foram considerados como preocupações prioritárias para os sistemas de saúde: transtornos depressivos, transtornos devidos ao uso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental e os distúrbios da infância e da adolescência. Essa priorização se justificaria pelo grande impacto individual e social atribuído a esses distúrbios.

A portaria que regulamenta os CAPS identifica como seu público alvo prioritário “pacientes com transtornos mentais severos e persistentes” (BRASIL, 2002). Por sua vez, uma publicação posterior do Ministério da Saúde, destinada a profissionais e gestores, explica o CAPS como

lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com **transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros**, cuja **severidade e/ou persistência** justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p.13, grifos nossos)

Já Lancetti defende que o CAPS “deve, primeiramente, atender os casos mais difíceis, onde haja risco de morte, maior sofrimento ou maior inconveniente para a comunidade” (LANCETTI, 2009, p. 48). Podemos, portanto, considerar o CAPS como um local de cuidado não apenas para as pessoas com determinados diagnósticos, mas para quaisquer quadros de sofrimento psíquico que, por sua **severidade de comprometimento, intensidade de sofrimento e/ou persistência do quadro** exijam cuidados intensivos.

Partindo de uma visão ampla de avaliação de necessidades de saúde mental, podemos conceber que não é apenas o diagnóstico que define a gravidade de uma situação. É principalmente a intensidade do sofrimento e a incapacidade decorrente que determinará a necessidade e a prioridade de cuidados em cada momento. Um paciente com diagnóstico de

¹ Compreendem todas as modalidades dos seguintes transtornos: esquizofrenias (F20.-); transtornos delirantes persistentes (F22.-), transtorno esquizoafetivo (F25); episódios maníacos (F30.-); transtornos afetivos bipolares (F31.-); episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3) e transtorno depressivo recorrente com sintomas psicóticos (F33.3)

um transtorno considerado “grave” pode estar em uma situação estável, bem amparado pelo seu meio social e familiar, enquanto outro paciente com um diagnóstico de menor gravidade pode estar em uma situação particular de grande vulnerabilidade, que aumenta o risco de seu quadro, independente da gravidade esperada do diagnóstico.

O conceito de transtorno mental, ainda que atual e amplamente empregado, não está isento de críticas. A utilização do transtorno mental como referência explicativa do fenômeno da loucura produziu uma redução da subjetividade da pessoa que sofre à mera psicopatologia, encobrindo o real desconhecimento do saber psiquiátrico sobre a experiência de adoecimento:

A psiquiatria produziu conceitos sobre sintomas e doenças que, em última instância, lhes são absolutamente incompreensíveis e que, portanto, cumprem papel meramente ideológico. Assim, a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação [...] da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento. [...] Em outras palavras, [...] uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996, p. 80).

A manutenção da doença ou transtorno mental como o exclusivo objeto da psiquiatria faz com que esta produza um conjunto de intervenções apenas sobre a doença, negando as outras dimensões fundamentais da existência da pessoa doente. Daí a necessidade de suspender a doença como metáfora explicativa dessa experiência, na intenção de entrar em contato com outras dimensões mais complexas da mesma, isto é, da experiência apresentada pelo sujeito em sofrimento psíquico. Concordamos com Franco Basaglia e Paulo Amarante quando estes defendem que

desejando-se afrontar cientificamente o problema do doente mental se deverá, a princípio, colocar “entre parênteses” a doença e o modo no qual foi classificada, para poder considerar o doente no seu desenvolver-se em modalidades humanas que – propriamente enquanto tal – devemos procurar no avizinhar-nos (BASAGLIA apud AMARANTE, 1996, p.77).

Dessa forma, o que está em questão na loucura seria a “existência-sofrimento de um corpo [*o paciente*] em relação com o corpo social, em estado de desequilíbrio” (ROTELLI, 1988, p. 2), de forma que o objetivo do trabalho em saúde mental torna-se a emancipação ou reprodução social dessas pessoas, e não o tratamento e a cura de uma doença. O termo mais utilizado na literatura brasileira, que representa essa compreensão, é o de “sofrimento psíquico”, por vezes também qualificado como “sofrimento psíquico grave”.

Tendo em vista que interessa à nossa pesquisa investigar também a compreensão dos profissionais e dos serviços a respeito da construção do objeto da saúde mental, seja como transtorno mental ou sofrimento psíquico, adotaremos ao longo da pesquisa o uso do termo conjugado transtorno mental/sofrimento psíquico, de modo a ressaltar individualmente um ou

outro termo apenas quando houver uma demarcação dos próprios informantes do campo. O mesmo se aplica à literatura utilizada na pesquisa, onde reconhecemos o uso predominante de ambos os termos.

3.2 – O encargo da Loucura

Histórico das instituições de cuidado à saúde mental no Brasil

A abordagem à loucura foi se configurando no Brasil a partir do que era identificado como uma demanda para o Estado e/ou para a sociedade. Na época colonial, o modo de lidar com o louco remontava aos comportamentos da antiguidade:

Aos mansos e pobres, o destino errante pelas cidades, aldeias ou campos, com o sustento advindo da caridade pública; aos violentos ou desrespeitosos, as cadeias; já as famílias com posses escondiam os seus loucos em casa. (PEGORARO, 2007, p. 21)

Somente no século XVIII registram-se as primeiras internações em Santas Casas, e em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro: o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro (RESENDE, 1990 apud PEGORARO, 2007). Juntamente com a criação de novos asilos em outros estados, inicia-se também o direcionamento do tratamento dos loucos em colônias agrícolas, nas quais eram realizados trabalhos forçados na área rural. Tais colônias floresceram atendendo também aos interesses do Estado de desenvolver a “imensa vocação agrária” do Brasil (RESENDE, 1990 apud PEGORARO, 2007).

Nesse período inicial dos asilos a coordenação da atenção era feita por religiosos, não havendo atuação significativa dos médicos. É no século XX que se inicia no Brasil, progressivamente, o gerenciamento de tais serviços pela classe médica (PICCININI; ODA, 2006). A “medicalização do asilo” representa a formalização da loucura como objeto da medicina, assim como busca instituir o asilo como um espaço não apenas de segregação, mas de tratamento, sob a égide da ciência moderna (AMARANTE, 1994).

Na Era Vargas (1930-1945) observa-se um grande investimento na construção de hospitais psiquiátricos pelo Estado, como parte do amplo plano de modernização do Brasil. Na década de 1940 houve a ampliação da rede hospitalar, que era ainda o aparato exclusivo do tratamento em saúde mental, havendo concentração dos leitos em instituições públicas. Na década de 1960 observa-se uma mudança de rumo nos investimentos: o Estado passa a financiar novos leitos predominantemente no setor privado, de modo que na década de 1980

já havia maior número de leitos em instituições privadas do que em instituições públicas. (DA SILVA et al., 2008; PAULIN; TURATO, 2004)

Ao final da década de 1970 surgem, com maior impacto e recorrência, críticas ao modelo assistencial asilar, assim como denúncias de maus-tratos e péssimas condições dos hospitais psiquiátricos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, congregando trabalhadores ligados ao movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e diversas outras categorias. Pessoas de áreas diversas, instigadas pela necessidade de modificações no campo da saúde mental tanto no âmbito da organização do sistema de saúde, como das condições de trabalho e da garantia de direitos fundamentais dos pacientes internados (AMARANTE, 1995).

Esse movimento protagonizou, junto a outros agentes, uma crítica sistemática às falhas do modelo asilar, e forma ainda mais radical, passaram a questionar a própria psiquiatria enquanto prática e ciência. Paulo Amarante, um dos principais autores desse movimento, define da seguinte forma a Reforma Psiquiátrica:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 21)

Inspirados principalmente pela reforma já em curso na Itália, onde ocorria a tentativa de desinstitucionalização da psiquiatria e a extinção completa dos manicômios, foram criados ao final da década de 1980, no estado de São Paulo, os primeiros serviços abertos: o Núcleo de Atenção Psicossocial, no município de Santos; e o Centro de Atenção Psicossocial no município de São Paulo (TENÓRIO, 2002). Ambas as iniciativas representavam serviços responsáveis pela atenção a pacientes graves em regime extra-hospitalar, tornando-se os protótipos para a futura criação de uma rede que se pretende substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Outro marco importante para a criação dessa rede foi o projeto de lei 3.657/89, conhecido como Projeto de Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Esse projeto visava estabelecer diretrizes para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, através do impedimento de criação ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo Estado, e do direcionamento do financiamento público para a construção da rede extra-hospitalar de serviços (TENÓRIO, 2002). A Lei Paulo Delgado foi aprovada apenas onze

anos depois, no ano 2000, tornando-se então a lei 10.216. Contudo, a versão aprovada do projeto apresentava modificações no texto que diminuiriam um pouco sua radicalidade. Como exemplo dessa fragilização, percebemos que na versão do projeto aprovado, diferentemente da original, não era vedada a criação de novos hospitais psiquiátricos onde não houvesse ainda rede substitutiva adequada.

De toda forma, a Reforma Psiquiátrica brasileira produziu grandes modificações no modo de organizar a atenção à saúde mental. Em consonância com a lei 10.216, e seguindo também as recomendações da OMS (OPAS/OMS, 2001) e da Declaração de Caracas (OPAS/OMS, 1990), o sistema de saúde brasileiro instituiu como alicerce do cuidado aos portadores de transtorno mental serviços de atenção psicossocial de regime aberto e de base comunitária, na tentativa de afastar-se do modelo anterior de base hospitalar e asilar. A tentativa de criação de um novo modelo, assim como o embate e a co-existência com o modelo anterior são características atuais do sistema concreto que existe hoje no Brasil, que descreveremos a seguir.

Configuração atual das instituições de cuidado à saúde mental no Brasil

As instituições inicialmente responsáveis pela atenção psicossocial foram criadas formalmente em 1992 pela Portaria SNAS nº 224. São os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que foram posteriormente regulamentados e unificados sob a denominação de CAPS na Portaria 336/GM de 2002. Os CAPS têm por objetivo fornecer atividades assistenciais (atendimentos individuais e de grupo, dispensação de medicamentos, oficinas terapêuticas e atividades comunitárias), assim como organizar a demanda de saúde mental de seu território, supervisionando tanto o nível primário de atenção à saúde como o nível terciário (hospitais gerais e psiquiátricos) (BRASIL, 2002). Além disso, é de sua responsabilidade o estabelecimento de vínculos com outras instituições de base territorial/comunitária, no intuito de garantir a reinserção social e a garantia dos direitos de cidadania das pessoas atendidas. Existem três modalidades de CAPS, distinguindo-se em relação ao porte/complexidade:

- **CAPS I:** para municípios de até 70.000 habitantes
- **CAPS II:** para municípios de 70.000 a 200.000 habitantes
- **CAPS III:** para municípios acima de 200.000 habitantes

Os CAPS do tipo III destacam-se por oferecer, além dos serviços já citados, um serviço ambulatorial de atenção contínua, funcionando 24 horas por dia, todos os dias, e por estarem referenciados a um serviço de urgência e emergência, para suporte de atenção

médica. Além da distinção por porte/complexidade, existem também os CAPS tipo II voltados exclusivamente para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) ou atendimento de demandas relacionadas a álcool e outras drogas (CAPS ad). Mais recentemente, como parte do Plano de Enfrentamento ao Crack, foi criada a modalidade CAPS ad tipo III, com leitos ambulatoriais funcionando 24 horas (BRASIL, 2010). Em 2012 o Brasil possui 1737 CAPS implantados, representando uma taxa de 0,72 CAPS/100mil habitantes²:

Tabela 1 - Série Histórica – Número de CAPS por Tipo e ano (2006 a 2012). Brasil

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS ad	Total
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620
2011	800	430	62	140	266	1698
2012*	822	431	63	149	272	1737

* Dados de 2012 disponíveis até o mês de março

Fonte: DAPE/SAS/MS

O total de CAPS aumentou 68% no período de 2006 a 2011, sendo privilegiada nesse período a implantação de CAPS I (363 novas unidades, 83% de crescimento) e CAPS ad, (128 novas unidades, 93% de crescimento). Isso indica uma preocupação com a atenção a usuários de drogas, assim como com a interiorização dos serviços, tendo em vista que o CAPS I é indicado para municípios menores, de 20.000 a 70.000 habitantes.

Ainda que a quantidade de todos os tipos de CAPS venha aumentando, observa-se uma dificuldade na implantação dos CAPS III: de 2006 a 2008 não houve crescimento expressivo de CAPS III, sendo implantadas apenas 1 nova unidade. Apenas a partir de 2009 que se observa investimento significativo nessa modalidade, apresentando um crescimento de 59% no período 2009-2011, o que representa a criação de 23 novas unidades. Essa modalidade é o serviço mais caro e mais complexo da rede substitutiva, e uma peça fundamental para a efetiva mudança em relação ao atendimento à crise ser realizado nos CAPS e não através de internação nos hospitais.

Essa expansão é premente, pois a rede de atenção à saúde mental ainda é composta em grande parte pelos hospitais psiquiátricos. Ainda que seja prioridade o fortalecimento e expansão do modelo psicossocial, ainda está distante a extinção das instituições de internação

² Este indicador é calculado através da capacidade de cobertura ponderada, prevista para cada CAPS. O CAPS I tem a abrangência de 50.000 habitantes, os CAPS II, Ad e I têm a abrangência de 100.000 habitantes, e o CAPS-III, de 150.000 habitantes. A taxa ideal, portanto, seria de 1,0 CAPS/100 mil

psiquiátrica. O Ministério da Saúde vem reduzindo de forma sistemática o número de leitos psiquiátricos, através do progressivo descredenciamento de hospitais psiquiátricos junto ao SUS, conforme pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 2 - Série Histórica - Número de CAPS, CAPS por 100 mil habitantes, Leitos Psiquiátricos (SUS) e Leitos Psiquiátricos (SUS) por 1 mil habitantes (2002 a 2010). Brasil

Ano	CAPS	CAPS/100mil	Leitos Psiq.	Leitos Psiq./1mil
2002	424	0,21	51.393	0,29
2003	500	0,24	48.303	0,27
2004	605	0,29	45.814	0,26
2005	738	0,33	42.076	0,23
2006	1011	0,44	39.567	0,21
2007	1155	0,51	37.988	0,20
2008	1326	0,57	36.797	0,19
2009	1467	0,62	34.601	0,18
2010	1698	0,63	32.735	0,17
2011	1742	0,72	32.284	0,16

Fonte: DAPE/SAS/MS

O Brasil apresentou de 2002 a 2010 um crescimento de 300% no número de CAPS, com um aumento médio de 19% ao ano. No mesmo período, houve uma diminuição de 36% do número de leitos psiquiátricos, representando um decréscimo médio de 5% ao ano. Apesar do progressivo aumento do número de CAPS e diminuição de leitos psiquiátricos, em 2010 o Brasil possuía ainda 201 hospitais psiquiátricos, totalizando 32.735 leitos cadastrados no SUS. Esses números representavam uma taxa de 0,172 leitos por 1.000 habitantes em 2010. Com o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos, espera-se que a demanda para atendimento de crise seja direcionada para os leitos psiquiátricos de hospitais gerais e para os CAPS – principalmente do tipo III, que são os únicos que funcionam 24 horas e possuem leitos de observação contínua.

Além dos CAPS e dos hospitais psiquiátricos, existem ainda as residências e comunidades terapêuticas, que visam oferecer uma alternativa para a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos, especialmente aqueles que não possuem mais vínculos familiares. O Brasil possui 570 módulos de serviços residenciais terapêuticos, abrigando 3091 pessoas³. O financiamento para esses serviços ainda é muito difícil, pois está vinculado ao redirecionamento do dinheiro de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), antes dirigidas ao custeio de leitos psiquiátricos. Com o descredenciamento do leito, o pagamento da AIH passaria a custear o serviço residencial terapêutico. Todavia, a

³ Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS. Dados de dezembro de 2010.

quantidade de residências terapêuticas é praticamente inexpressiva se comparada com o universo de pessoas que delas necessitam. A questão torna-se ainda mais problemática quando consideramos o universo de moradores de rua com transtornos mentais e pessoas oriundas dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: em ambas as situações, tais pessoas não possuem leitos SUS como referência que possibilite o redirecionamento da AIH (BRASIL, 2011).

Outro braço da rede de saúde mental digno de nota é a atenção primária à saúde. No início da década de 90 o Ministério da Saúde já normatizava, através da portaria 224/MS, o atendimento ambulatorial em saúde mental como passível de ser realizado nas unidades básicas de saúde e centros de saúde da família, e não apenas em ambulatórios especializados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). Contudo, um estudo realizado em 1992 apontou enormes dificuldades no acompanhamento de egressos de internações psiquiátricas nos centros de saúde da família de Campinas, apontando, em um intervalo de quatro meses, baixa procura para seguimento pós-alta nos CSF (apenas 48,6% buscaram atendimento), alto índice de abandono do tratamento (51,4%) e de re-internações (24,7%) (AMARAL, 1997).

Apesar dessas dificuldades iniciais, a inclusão da saúde mental na atenção primária faz parte das dez recomendações prioritárias da Organização Mundial de Saúde para o enfrentamento dos desafios do campo, pois possibilita maior número de pessoas terem acesso ao serviço, assim como proporciona a diminuição de tratamentos inadequados (OPAS/OMS, 2001). Buscando fortalecer o vínculo entre atenção básica e saúde mental, o Ministério da Saúde publicou algumas diretrizes para a aproximação desses dois campos, cujas ações principais eram: 1) inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica (SIAB); 2) investimento em formação na área de saúde mental; e 3) organização das ações através de apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A tecnologia de apoio matricial citada constitui um arranjo organizacional que visa potencializar o trabalho interdisciplinar de especialistas e generalistas, instituindo a coresponsabilização do cuidado, mas mantendo a referência no profissional/equipe generalista (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 1999; FURTADO, 2007). Dessa forma, no caso da saúde mental, profissionais/equipes de especialistas da área - sejam do CAPS (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008), de equipes volantes (LANCETTI, 2009), ou de equipes de Residências Multiprofissionais em Saúde (TÓFOLI; FORTES, 2007) – realizam ações em conjunto com profissionais/equipes de atenção primária, tais como as equipes de saúde da família.

O apoio matricial teria três funções centrais: no aspecto assistencial, visa assistir com qualidade aos usuários do serviço de referência; no aspecto organizativo, serve para provocar a organização da demanda de saúde mental junto às equipes de referência e ampliar a comunicação entre os serviços, conseqüentemente organizando melhor a resposta do sistema de saúde a determinadas demandas; e no aspecto pedagógico, busca capacitar e dar segurança às equipes de referência no manejo das demandas da área de especialidade em questão. Outros autores defendem a inclusão também de um aspecto ético-político, visando sensibilizar e envolver os trabalhadores nas mudanças necessárias ao modelo assistencial (JORGE et al., 2012).

Alguns estudos posteriores, avaliando esse tipo de articulação das equipes de saúde da família com equipes de especialistas, mostraram resultados favoráveis. Uma pesquisa realizada em Campinas (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009), avaliou o funcionamento de equipes de apoio matricial vinculadas a equipes da ESF como eficaz na ampliação da capacidade terapêutica em saúde mental das equipes de referência, embora ainda se observasse forte tendência a exigir encaminhamentos diretos aos profissionais especialistas.

Na referida pesquisa observou-se também que os pacientes com transtornos psíquicos graves inequivocamente exigiam ação de profissionais do núcleo de saúde mental, enquanto que nas demandas mais leves era possível diminuir a necessidade do especialista, possibilitando a responsabilização do caso pela equipe de saúde da família. Isso também foi constatado por Tófoli e Fortes (2007), que identificaram no apoio matricial na ESF de Sobral uma tendência para as equipes de referência progressivamente selecionarem casos de maior gravidade para os momentos de apoio, pois haviam conseguido desenvolver competências para lidarem por conta própria com casos mais leves. Além disso, tornou-se possível refinar a triagem de pacientes a serem encaminhados para o nível secundário de atenção realizando-a nos próprios CSF, conjuntamente com as equipes de suporte.

Em 2008 a Estratégia Saúde da Família (ESF) recebeu um reforço na área de saúde mental através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essas equipes de apoio têm como função auxiliar no manejo de casos cujas especificidades ultrapassem a capacidade resolutiva da equipe mínima da ESF, sendo a área de saúde mental uma dessas possibilidades de demanda. A composição das equipes de apoio é variada, podendo conter um ou mais profissionais da área (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou psiquiatra). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c)

Vecchia e Martins (2009) sintetizaram cinco aspectos fundamentais para melhorar sua articulação entre saúde mental/atenção básica, após revisão da produção sobre o tema no Brasil:

1) desenvolver processos de comunicação que se destinem a ampliar a legibilidade profissional, ou seja, a capacidade de tornar acessível, aos outros profissionais, as especificidades de seu núcleo, socializando saberes e práticas entre generalistas e especialistas em saúde mental; 2) superar a centralização em ações restritas aos enquadres tradicionais aos quais recorrem os profissionais do campo da saúde mental; 3) manter questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental; 4) superar concepções culpabilizantes do grupo familiar, tais como “família desestruturada”; e 5) investir na formação das equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental. (VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 156)

Outro serviço importante, geralmente negligenciado nas descrições e investigações das redes de saúde mental, é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Segundo dados de 2009, o SAMU está presente em todos os estados brasileiros, possuindo 157 unidades implantadas. No total, as centrais de regulação do SAMU abrangem 1.468 municípios, o que representa em torno de 110,55 milhões de pessoas.⁴ Esse serviço é composto por ambulâncias e outros transportes equipados com equipamentos de diferentes complexidades, além de uma central de regulação responsável pela inteligência operacional. Em resumo, a função do SAMU é o transporte de pacientes para sítios adequados de acordo com cada situação de urgência. No caso da saúde mental, os pacientes são transportados, muitas vezes sob contenção física, para os CAPS (dando-se preferência para CAPS de tipo III, mais capacitados para atendimento de crise) ou para hospitais psiquiátricos.

Apesar das emergências psiquiátricas estarem incluídas como atribuição do SAMU, existem problemas muito graves na realização dessa tarefa: não existem protocolos formais para o atendimentos desses casos; a intervenção à crise é abordada exclusivamente com vistas à medicação do paciente; os profissionais sentem-se inseguros, e adotam uma postura de defesa ou de medo frente aos pacientes, que pode transformar-se em omissão ou agressividade (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008). Isso indica ao mesmo tempo um despreparo dos profissionais e do serviço como um todo, além de uma tendência a reforçar o modelo manicomial de tratamento, onde a contenção e a medicalização seriam as únicas formas de cuidado.

Pode-se perceber a presença de componentes bastante variados no conjunto de instituições e serviços de saúde mental. Contudo, mais do que a simples oferta de vários serviços, defendemos que o sistema de saúde deve possuir sinergia e complementariedade

⁴ Boletim do SAMU: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1. Acesso em outubro de 2011.

nesse cardápio de serviços. A principal aposta para compreender e reproduzir esse modo articulado de funcionamento tem sido o conceito de “rede”, que tem sido usado para explicar tanto a relação entre serviços, como entre outras instituições do tecido social. Esse conceito foi apropriado, no campo da saúde pública, de diferentes formas, seja a partir de seu uso em outros campos do conhecimento ou do uso corriqueiro da palavra. O encontro entre as ideias de atenção em saúde mental e de redes não ocorreu de maneira despropositada, mas tampouco foram consideradas as implicações mais radicais do conceito frente ao campo.

Defendemos que o conceito de rede ocupa situação análoga a outros conceitos estratégicos ao SUS, tais como integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003), humanização (BENEVIDES; PASSOS, 2005), qualidade (BOSI, 2004) ou inovação (BOSI et al., 2011), que se apresentam como desafios conceituais, exigindo considerável esforço teórico-crítico para abarcá-los em sua intensidade, e torná-los ferramentas potentes para o desenvolvimento de nosso sistema de saúde.

Para fazer jus a tal empreitada, nos tópicos seguintes apresentaremos os usos de rede em diferentes disciplinas – seja de forma conceitual, analítica ou metafórica – para em seguida apresentar o modelo multidimensional construído para nossa pesquisa, e por fim descrever suas implicações no campo da saúde coletiva e da saúde mental.

3.3 – “Rede” enquanto transconceito

Atualmente tem-se dado grande atenção ao tema das redes na área da saúde. Se, por um lado, a ideia da rede como um princípio norteador da organização das diversas ações e serviços do setor saúde pode ser reconhecido desde o ideário de criação do SUS, por outro a preocupação formal na organização de redes de atenção à saúde é adotada pelo Ministério da Saúde somente ao final de 2010, com a Portaria 4.279. Entre esses dois “eventos chave”, podemos observar um aparecimento intermitente da rede sob diferentes justificativas, e objetivando distintos efeitos junto ao sistema de saúde.

“Rede” apresenta-se ainda como um conceito que permeia diferentes disciplinas. A ideia de rede como princípio organizativo, explicativo, constitutivo ou analítico de vários fenômenos está presente em diferentes campos, como nas ciências sociais, nas ciências da informação, na filosofia, na administração e, apenas mais recentemente, nas ciências da saúde. Podemos considerar, portanto, a rede como um *transconceito*, haja vista que suas múltiplas definições divergentes possuem importância e efeitos de verdade em vários campos, sendo necessário definir com precisão o que está sendo proposto com sua utilização na saúde. Para

tanto, iniciaremos com uma revisão do conceito fora do campo da saúde, para posteriormente demonstrar as implicações dessa variedade conceitual dentro do campo.

Segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, o significado original da palavra rede na língua portuguesa designa um “entrelaçado de fios, cordões, arames etc., formando uma espécie de tecido de malha aberto, composto em losangos ou em quadrados de diversos tamanhos” (HOUAISS; VILLAR, 2001). A partir da representação desse objeto concreto, surgem outros significados por derivação, tais como:

- **conjunto** de pontos que se **comunicam** entre si
- **conjunto** de pessoas ou estabelecimentos que **mantêm contato** entre si, geralmente **organizadas** e sob um único comando
- **entrelaçamento** de estruturas (como vasos sanguíneos, fibras musculares, nervos etc.)

Observando tais definições, podemos perceber a noção de que algo pode ser produzido a partir da comunicação, contato, entrelaçamento ou outras formas de relação entre elementos, estabelecendo assim novas possibilidades de uso da estrutura assim produzida. Essa ideia-motriz permite a aplicação da noção de rede em diversas situações, conforme observado nos dicionários Houaiss, Aurélio e Michaelis⁵:

- **conjunto** de postos de defesa, observação, vigilância ou resistência, dotados de aparelhos de comunicação
- **sistema** constituído pela **interligação** de dois ou mais computadores e seus periféricos, com o objetivo de comunicação, compartilhamento e intercâmbio de dados
- **grupo** de emissoras **associadas** ou **afiliadas** que transmitem, no todo ou em parte, a mesma programação; cadeia, *network*, *pool* (HOUAISS; VILAR, 2001)
- O **conjunto** de estabelecimentos, agências, ou mesmo de indivíduos, que se destina a prestar determinado tipo de serviço.
- O **conjunto** dos meios de comunicação ou de informação (telefone, telégrafo, rádio, televisão, jornais, revistas, etc.), ou o **conjunto** das vias (e do equipamento) de transporte ferroviário, rodoviário, aéreo, etc., que, pela sua estrutura e modo de distribuição, se assemelha a uma rede, e se difunde em áreas mais ou menos consideráveis. (AURÉLIO, 2004)
- Fontes de potencial **conjugadas** de modo que qualquer uma ou todas possam ser utilizadas pelas estações delas dependentes. (MICHAELIS, 2007)

Percebe-se que o termo é, grosso modo, utilizado fazendo referência a aspectos de ligação, articulação, associação, comunicação, interdependência e conjunto. Já no âmbito científico, o uso inicial do conceito “rede” pertenceu ao campo das ciências sociais, cabendo também a esse campo a diferenciação entre os usos metafórico e analítico do termo. O

⁵ As definições semelhantes serão apresentadas apenas uma vez, conforme o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, sendo acrescentados outros significados complementares presentes nos demais dicionários.

sociólogo alemão Georg Simmel (1858-1918) é considerado o primeiro autor a utilizar o termo, para explicar o modo de vida emergente nas metrópoles. O início do uso sistemático de “redes” é identificado no início da sociometria de Jacob Moreno, na década de 1930, no estudo de pequenos grupos, assim como nos escritos de Radcliffe-Brown do mesmo período, nos quais descreve a estrutura social como uma rede de relações determinada ou controlada institucionalmente (ACIOLI, 2007; WASSERMAN; FAUST, 1994).

O uso metafórico de “rede” não permite precisar outros aspectos das relações sociais, identificando apenas uma forma inespecífica de interconexão dessas relações, sendo assim limitado enquanto conceito analítico. “Rede” enquanto perspectiva analítica é desenvolvida com mais rigor no campo da antropologia por John Barnes, que defendia que o uso de características isoladas de indivíduos ou de instituições como economia, religião, política, parentesco, não seria suficiente para explicar a vida em sociedade. Dessa forma, defende rede como categoria analítica fundamental, identificando seu tamanho, número de elementos, grau de densidade e simetria das relações, e atentando para os efeitos indiretos de uma relação dual em um terceiro elemento (ACIOLI, 2007).

Essa corrente desenvolveu-se vigorosamente na antropologia e sociologia, dando origem a uma perspectiva teórico-metodológica que incorpora referenciais etnográficos e modelagens matemáticas nos estudos das relações: a análise de redes sociais, que Wasserman e Faust (1994, p.17) definem como

muito mais que um vocabulário de apelo intuitivo, uma metáfora ou um conjunto de imagens para discutir relações sociais, comportamentais, políticos ou econômicos. A análise de redes sociais fornece um modo preciso de definir importantes conceitos sociais, uma alternativa teórica ao pressuposto de atores sociais independentes, e um quadro teórico para testagem de teorias sobre relações sociais estruturadas.

Milton Santos (2008), ao analisar a natureza do espaço na sociedade globalizada, também se utiliza das redes para explicar uma nova constituição do espaço-tempo social. Defende que a rede possui um aspecto material, consistindo na infraestrutura que possibilita o transporte de matéria, informação ou energia; e um aspecto social e político, composto pelos valores, mensagens e pessoas que frequentam a rede. Define ainda que as redes são fluxos, porém são também constituídas de pontos fixos, que constituem sua base técnicas, sendo ambos intercorrentes e interdependentes.

Enquanto dimensões analíticas, Santos propõe: um *enfoque genético*, diacrônico, que demonstraria a história dos acréscimos, remoções e substituições dos elementos na rede, ressaltando que tais movimentos acontecem pela exigência do movimento social; e um *enfoque atual*, que incluiria a descrição do que constitui a rede, suas quantidades e qualidades

técnicas, as relações que seus elementos mantêm com a vida social, incluindo o uso que é dado a eles, assim como suas relações com a exterioridade da área considerada (SANTOS, 2008).

Manuel Castells inclui a lógica de redes como um dos aspectos fundamentais na construção de um novo paradigma sóciotécnico: o paradigma da informação. Defende que a revolução da tecnologia de informação é “no mínimo, um evento histórico da mesma importância da revolução industrial do século XVIII, induzindo um padrão de descontinuidade nas bases materiais da economia, sociedade e cultura” (CASTELLS, 1999, p.50). Dessa forma, os modos de organização da produção e da sociabilidade humana estão sendo determinados por uma lógica tornada possível pelo desenvolvimento de tecnologias informacionais:

A morfologia da rede parece estar bem adaptada à crescente complexidade de interação e aos modelos imprevisíveis do desenvolvimento derivado do poder criativo dessa interação. Essa configuração topológica, a rede, agora pode ser implementada materialmente em todos os tipos de processos e organizações graças a recentes tecnologias de informação. [...] E essa lógica de redes, contudo, é **necessária para estruturar o não estruturado, porém preservando a flexibilidade, pois o não-estruturado é a força motriz da inovação da atividade humana.** (CASTELLS, 1999, p.78)

Essa ideia dialoga com a filosofia francesa contemporânea, onde, segundo Parente (2007), tais autores criam uma composição conceitual que torna possível demarcar a centralidade das redes na compreensão das novas tecnologias. Considera ainda que o mundo está se transformando em informação, e os movimentos da informação ocorrem por meio das redes. Referindo-se aos filósofos franceses contemporâneos, afirma que

alguns de seus conceitos – rizoma (DELEUZE et al., 1995), estética da desapareição (BAUDRILLARD, 1991; VIRILIO), último veículo (VIRILIO), redes de transformação (LATOURET et al., 2004), heterotopia (FOUCAULT, 1994), pantopia (SERRES, 1998) – formam um campo conceitual que pode ser utilizado para fundar uma verdadeira teoria das novas tecnologias como rede de comunicação biopolítica. (PARENTE, 2007, p.102)

No campo das ciências da computação é perceptível a ubiquidade da temática das redes, referindo-se geralmente a “redes de comunicação”. Remetendo o início da construção dessa rede à invenção do telégrafo em 1830, Dantas (2010) indica que foi a possibilidade de diminuir os custos da troca de informações o objetivo inicial da construção das redes de comunicação. Tal processo apresenta um novo desdobramento com a criação do telefone e, posteriormente, no desenvolvimento e difusão inicial dos computadores, permitindo conectar os imensos *mainframes* a terminais menores, que futuramente originariam os *Personal Computers* (PCs) independentes. Em seguida, reestabeleceu-se a comunicação entre computadores para o compartilhamento de informações ou de recursos, permitindo hoje a

conexão simultânea de computadores e outros dispositivos a grandes servidores centrais em várias partes do mundo, criando uma rede mundial, mais conhecida como *internet*.

É uma definição comum na área da informática a concepção de rede como um ambiente de conexão entre dispositivos, para o compartilhamento de informações ou de recursos de softwares (programas especializados) ou hardwares (impressoras, processadores de alta capacidade, dispositivos de armazenamento em disco etc.). (CICCARELLI, 2009; DANTAS, 2010; MAIA, 2009).

Além do aspecto material e funcional das redes de computadores ressaltado por esses autores, percebe-se que o potencial das redes de modo geral é a capacidade quase ilimitada de conexões entre diferentes pontos. Conforme Castells (1999), as redes são estruturas abertas com possibilidade de expansão ilimitada, desde que os novos nós compartilhem os mesmos códigos de comunicação.

Essa noção de conexões infinitas está presente também na filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari (1995), com a noção de “rizoma” como forma cujo conteúdo interno é ausente de limites que a compartimentalizem:

O que Guattari e eu chamamos rizoma é precisamente um caso de sistema aberto. [...] Um sistema é um conjunto de conceitos. Um sistema aberto é quando os conceitos são relacionados a circunstâncias e não mais a essências. Mas por um lado os conceitos não são dados prontos, eles não preexistem: é preciso inventar, criar os conceitos, e há aí tanta invenção e criação quanto na arte ou na ciência. (ESCOBAR, 1991, p.123)

Segundo a definição acima, dada pelo próprio Deleuze em uma entrevista ao jornal *Liberación*, o rizoma radicaliza a heterogeneidade da rede, pois, ao contrário do que afirma Castells, prescinde de um código comum como fundamento para sua conexão, permitindo a reinvenção de suas próprias condições de acoplamento. O rizoma é um modelo descritivo, delineando uma forma reticular ausente de eixo e centro, aplicável na subjetividade, nas relações humanas, no modo de produção, nas instituições etc. Além disso, o rizoma é também uma afirmação epistemológica acerca da ausência de fundamentos últimos (ou primeiros) que possam criar subordinações hierárquicas de conceitos, categorias ou princípios no campo do conhecimento.

Porém, as concepções sobre a estrutura (ou talvez, a “não-estrutura”) das redes permite uma reaproximação das ideias desses autores, uma vez que Castells indica que

[...] a rede canaliza o poder confuso da complexidade... A única organização capaz de crescimento sem preconceitos e aprendizagem sem guias é a rede. Todas as outras topologias são restritivas. Um enxame de redes com acessos múltiplos e, portanto, sempre abertas de todos os lados. Na verdade, a rede é a organização menos estruturada da qual se pode dizer que não tem nenhuma estrutura... De fato,

uma pluralidade de componentes realmente divergentes só pode manter-se coerente em uma rede. Nenhum outro esquema – cadeia, pirâmide, árvore, círculo, eixo – consegue conter uma verdadeira diversidade funcionando como um todo. (CASTELLS, 1999, p.85)

Ainda assim, permanece uma importante questão imanente ao conceito de rede: suas condições de determinação. Ainda que seja franca a afirmação da multiplicidade (DELEUZE; GUATARRI, 1995), pluralidade (CASTELLS, 1999) e desregulamentação (SANTOS, 2008) presentes nas redes, isso não significa uma ausência de determinação por meio de efeitos de poder que também permeiam e compõem a rede. Santos afirma que “a existência das redes é inseparável da questão do poder. A divisão territorial do trabalho resultante atribui a alguns atores um papel privilegiado na organização do espaço.” (2008, p.270). Retomando a afirmação de Castells sobre a necessidade de códigos comuns, ressaltamos que esta preocupação aparece novamente em Santos (2008), quando este afirma que uma pré-condição para a fluidez percebida nas redes modernas se assenta na possibilidade técnica de produção de formas perfeitas, permitindo assim normas universais e um conseqüente discurso universal.

Santos resolve essa aparente contradição afirmando que a desregulamentação implica na verdade a multiplicação das normatividades, onde uma normal local passa a ter interferências de normas provenientes de outros locais. Isso gera a possibilidade de canais mundiais, que se pretendem universais. Contudo, “os objetos existentes não são todos perfeitos e os objetos perfeitos não são distribuídos de forma homogênea no planeta; e as normas não são todas universais nem o seu alcance geográfico é igual” (SANTOS, 2008). Verifica-se ainda a existência de redes dentro de redes, sub-redes parciais, que se diferenciam em termos de normas, densidade e alcance.

Retomando o conjunto de autores apresentados, podemos perceber que a rede possui alguns parâmetros comuns, principalmente no que diz respeito a produção de efeitos por meio de suas possibilidades de conexão. Porém, a rede pode ser considerada em termos da regularidade e recorrência de tais conexões (conforme a preocupação da análise de redes sociais), ou da heterogeneidade, imprevisibilidade e capacidade generativa das conexões (conforme a filosofia francesa). Podemos afirmar a rede como uma possibilidade de compartilhamento de recursos materiais e informacionais, por meio da padronização de seus códigos e normas, ou como a espaço de disseminação do novo e do não-hegemônico, impondo inclusive uma reestruturação constante de sua própria arquitetura ou morfologia a partir da singularidade de seu conteúdo.

Frente a essa multiplicidade de características associadas ao termo “rede”, cabe uma reflexão minuciosa de como esse transconceito poderia ser utilizado no campo da saúde coletiva, em especial no que se refere à saúde mental.

3.4 – Modelo analítico-conceitual de redes

Compreendemos redes como um estado de relação entre elementos, produzido e organizado a partir de uma racionalidade central, ou independente desta, possuindo sempre diferentes vetores normativos. A rede pode se constituir, portanto, a partir de um desígnio franco, declarado e apriorístico, que provoca uma aproximação entre elementos, mas agrega sempre, simultaneamente, várias intencionalidades parciais, convergentes ou antagônicas, podendo prescindir de um objetivo central. Isso decorre da natureza de cada elemento da rede, que assim como suas inter-relações, podem ser extremamente variados, exigindo serem compreendidos em suas singularidades. O mesmo vale para os efeitos decorrentes de cada relação individual, e do conjunto dessas relações. Ressaltamos que estes efeitos podem incidir tanto na interioridade da rede - em seus elementos ou relações - ou em sua exterioridade, ainda que demarcar os limites de uma rede é sempre uma construção artificial, realizada intencionalmente a partir das necessidades do observador.

A partir desse elemento conceitual, impregnado das formulações dos diversos autores citados, sentimos necessidade de realizar uma aproximação do plano conceitual ao plano empírico, de forma a construir um modelo que orientasse nossa investigação. Tal processo é denominado por Bosi e Uchimura de “redução semântica”:

Um deslocamento do plano conceitual para outro mais operacional, por meio de um exercício de *redução semântica* que nos possibilite apontar alguns desdobramentos dos conceitos que nos serviram, até aqui, como *imagens-objeto*. Noutras palavras, deslizaremos do nível abstrato/conceitual para um plano mais tangível, buscando desdobrar e dispor os elementos examinados, operacionalizando-os em componentes que poderão constituir valiosos norteadores de avaliações de serviços ou ações programáticas, bem como de propostas avaliativas de cunho metodológico (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.106)

Dessa forma, construímos nosso modelo de modo a ressaltar cinco dimensões constitutivas das redes, com possibilidade de observação empírica. São elas: unidades mínimas da rede; conectividade; integração; normatividades e subjetividade. Explicaremos, a seguir, as dimensões constituintes do modelo, demarcando sua fundamentação na literatura.

A rede e seus componentes: dimensão Unidades Mínimas

A partir dos diferentes usos de rede, percebemos que todos expressam determinado modo de inter-relação entre pontos. Contudo, o que é considerado um “ponto” varia de acordo com cada autor. Podem estar se referindo a serviços, instituições, atores, dispositivos, ações,

unidades de saúde, arranjos organizativos, equipes, usuários... Carece, portanto, de alguma delimitação.

Na área da informática, por exemplo, rede refere-se à conexão entre computadores, ou destes com outros dispositivos (tais como impressoras, servidores, *hard drives*, etc.), sendo tais equipamentos os pontos fixos da rede (CICCARELLI, 2009; DANTAS, 2010). Mais recentemente, o termo tem sido usado também para caracterizar alguns *websites*, chamados de “redes sociais” (facebook, twitter, myspace, orkut), que conectam pessoas através de diferentes modalidades de informação (mensagens de texto, fotos, vídeos etc.). Nesse caso, as pessoas, por meio de seus perfis virtuais, seriam os pontos fixos da rede.

Nas ciências sociais, o uso de “redes sociais” refere-se a uma forma de compreender as relações entre atores sociais, sendo pessoas ou instituições sociais os pontos fixos (ACIOLI, 2007; WASSERMAN; FAUST, 1994). No campo da saúde, rede refere-se geralmente a uma compreensão acerca da organização dos serviços de saúde e de suas relações (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; MASSARO, 2009; MENDES, 2011; ZAMBENEDETTI; DA SILVA, 2008). Contudo, podem também dizer respeito a articulações de pessoas ou ações em saúde (FRANCO, 2006; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007). Nesses casos, percebemos que os elementos fixos da rede podem ser **pessoas**, individualmente (um trabalhador ou um usuário) ou em conjuntos (como equipes e outros arranjos organizativos), **ações/intervenções**, ou **instituições/serviços**.

Partindo dessa compreensão, a primeira tarefa que nosso modelo analítico exige é determinar qual é a unidade mínima da rede. Ainda que muitos tipos de “focalizações” sejam possíveis, faz-se necessário optar por um determinado recorte, ou zoom, definindo o que consideramos na análise como o ponto fixo mínimo. Acreditamos que é possível realizar uma investigação “multi-focal”, ou seja, que se utilize de diferentes níveis de zoom durante a análise. Porém, a complexidade de tal empreitada foge às pretensões e possibilidades de nosso trabalho, motivo pelo qual delimitamos os *serviços de saúde* como a unidade mínima, para fins de análise.

Feita essa definição, é necessário mapear os pontos fixos a partir dos quais se estabelecem as conexões da rede, optando por uma amostra desses pontos ou mesmo pela totalidade dos serviços. O enfoque qualitativo não pauta sua amostragem por critérios numéricos, mas pela capacidade de um elemento revelar características significativas acerca do fenômeno estudado. Dessa forma, exibiremos no capítulo de metodologia a configuração atual dos serviços de saúde mental de todo o município de Fortaleza, mas optando por aprofundar a investigação qualitativa em apenas três serviços, de diferentes modalidades.

Conforme Santos (2008) pontua, é interessante, ao tratarmos de redes, a utilização de um enfoque atual conjugado a um enfoque genético. Por isso, além da descrição atual dos serviços, também rastreamos a história de acréscimos e remoções de serviços, explorando o processo no município de implantação dos CAPS, o fechamento de hospitais psiquiátricos e a ampliação dos serviços de atenção primária nas modalidades EqSF e NASF.

Como optamos por lidar com serviços de saúde, além do reconhecimento de sua existência, também se faz necessário explicitar qual a proposta de cuidado de cada um deles, e delimitar suas zonas de ação e limites de responsabilidade (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008). Tais demarcações incluem restrições geográficas, como no caso do trabalho territorializado e com população adscrita do CAPS e da ESF, e o estabelecimento de hospitais como referências locais ou regionais. Mas, principalmente, nos referimos a uma delimitação mais complexa, que diz respeito ao tipo de demanda destinada a cada serviço, de acordo com sua proposta de cuidado e nível de complexidade tecnológica.

Já afirmamos em nosso marco teórico o que é, em teoria, a proposta de trabalho de cada um dos serviços de saúde mental, uma vez que possuem diferentes funções. Nos serviços escolhidos pela pesquisa, aprofundamos esse tema, transformando a afirmação em questionamento, com vistas a compreender essas propostas de cuidado segundo a vivência de seus profissionais. Investigamos também a delimitação da responsabilidade de cada unidade mínima, contrapondo novamente a teoria à vivência prática dos trabalhadores.

Por fim, ainda em relação às unidades mínimas, consideramos importante avaliar como funciona o acesso a cada uma delas, seja tal acesso espontâneo (porta de entrada) ou mediado por outros serviços (encaminhamento, central de regulação). Além da descrição do acesso, é fundamental sua avaliação por parte dos profissionais. Como em alguns casos o acesso é regulado por outras instituições, consideramos necessário que avaliação de cada profissional contemplasse tanto a percepção acerca de seu local de trabalho, como dos outros serviços investigados na pesquisa. Dessa forma, é possível ressaltar características do acesso invisíveis ao próprio serviço, mas bem demarcadas na perspectiva das demais unidades da rede. Isso permite novamente o confronto da teoria com a realidade dos serviços, mas reconhecendo que, como a realidade é sempre multifacetada, e a composição de olhares permite sua melhor compreensão.

Desse modo, a primeira dimensão da rede considerada em nosso modelo são as unidades mínimas, cuja análise ocorre da seguinte forma:

DIMENSÃO UNIDADES MÍNIMAS

1. Determinação da unidade mínima da rede
2. Mapeamento dos pontos fixos
 - a) Enfoque atual – descrição dos elementos
 - b) Enfoque genético – história de acréscimos e remoções dos elementos
3. Identificação da proposta de cuidado oferecida por cada unidade mínima
4. Identificação da responsabilidade de cada unidade
5. Avaliação do acesso a cada unidade

A rede e suas relações: dimensão Conectividade

Existindo os pontos fixos, podem ocorrer determinadas relações entre estes pontos, por meio das quais se compõe o espaço virtual denominado de “rede”. Independente do campo de conhecimento, há dois aspectos fundamentais das redes: os pontos fixos, estáveis; e as relações produzidas entre esses pontos, que podem ser descritas como **fluxos**, **conexões** ou **vínculos**. Tais termos parecem ser usados indiscriminadamente na literatura, e mesmo as definições lexicais não apresentam distinção clara entre eles. Mas, fugindo do rigor técnico para trabalhar as imagens evocadas pelas palavras, acreditamos que “fluxos” trazem a ideia de movimento: algo transita por entre pontos estáveis a partir das condições de possibilidade criadas por estas relações, ou o inverso – as relações são criadas a partir da existência do trânsito entre estes pontos. Já “conexão” dá a ideia de contato, um ponto de encontro entre elementos distintos, enquanto que “vínculo” expressa uma imagem de interdependência ou outro efeito minimamente persistente produzido a partir desse trânsito ou contato. Congregamos tais noções sob a nomenclatura de “conectividade”, na tentativa de abarcar as várias facetas apresentadas.

Há uma grande variedade de relações possíveis entre os serviços de saúde, apresentando significativas diferenças no modo como acontecem, suas condições e efeitos práticos. Ainda que todas possam ser consideradas relações entre os serviços, um encaminhamento, um contato telefônico, uma visita institucional ou uma interconsulta são procedimentos bastante diferentes tecnicamente, respondem a necessidades distintas e demandam condições materiais e humanas completamente diversas. Dessa forma, torna-se necessário precisar quais são os tipos de relação que acontecem entre cada serviço, com qual objetivo, e sob que condições e expectativas elas são realizadas.

Alguns autores defendem que uma alta capacidade de conectividade é um fator de boa qualidade para as redes, gerando efeitos positivos, sendo chamado de “modo de funcionamento quente”, enquanto que uma baixa capacidade de conectividade é um fator de

má qualidade, gerando efeitos negativos como a ausência de movimento e estando associada a um “funcionamento frio” (OLIVEIRA; PASSOS, 2009).

Mas como se avalia empiricamente a conectividade? Na vertente de análise de redes sociais, tanto a quantidade como diferentes qualidades das relações são elementos básicos de análise (WASSERMAN; FAUST, 1994). Variedade, durabilidade, frequência, continuidade/descontinuidade, recorrência, intensidade e reciprocidade são qualidades de relações utilizadas nessa vertente, que poderiam ser incorporados em nosso modelo analítico. Contudo, considerando que adotamos uma abordagem qualitativa em nossa investigação, demos primazia aos elementos que nos permitiram compreender (*verstehen*) as relações. Interessa-nos, portanto, a perspectiva pessoal dos profissionais que participam dessas relações, no tocante às dimensões citadas⁶. Priorizamos também a variabilidade das conexões como qualidade importante, no sentido de demarcar as diferenças entre cada modalidade de relação.

A conectividade não é uma característica estanque, englobando também a capacidade de estabelecer novas conexões. Desse modo, pretende-se analisar não apenas as relações atuais, mas também identificar movimentos de ruptura que ocorreram nos serviços para o estabelecimento de novos tipos de relações, e que elementos do processo de trabalho facilitam ou dificultam essa fluidez.

Apesar de serem compostas por fluxos, Santos (2008) ressalta que as redes possuem uma forma material, tendo por isso exigências materiais para que o fluxo se estabeleça e alcance os efeitos desejados. No caso de um encaminhamento, por exemplo, o efeito seria o deslocamento de uma pessoa para outro serviço. Os aspectos materiais dessa relação incluiriam as condições de acessibilidade do serviço de destino, tanto em termos geográficos como sócio-organizacionais (DONABEDIAN 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O conhecimento desses condicionantes dos serviços de destino por parte dos profissionais do serviço de origem é necessário para que eles possam antecipar adequadamente a eficácia ou falha em um possível encaminhamento.

Além disso, em alguns casos é necessário que requisitos do serviço de destino sejam cumpridos, que vão podem incluir a adequação do paciente ao perfil de clientela do serviço, ou contemplar outras exigências formais de entrada: formulário específico de encaminhamento devidamente preenchido; relatório médico; autorização de uma central de

⁶ Outro recurso bastante interessante, mas que não foi possível utilizarmos, é o cruzamento com perspectivas de outros grupos de interesse envolvidos, como usuários e gestores, conforme previsto nas avaliações de quarta geração. (GUBA; LINCOLN, 2011; SCHNEIDER et al., 2009)

marcação de consultas, etc. O não cumprimento dessas condições pode significar que um encaminhamento realizado não tenha êxito, não se estabelecendo de fato o contato entre as instituições. Desse modo, é interessante avaliar se há uma concordância entre o serviço de origem e de destino em relação ao que é necessário para que a relação se estabeleça, assim como a avaliação das partes envolvidas acerca dessa relação.

Os diferentes tipos de relação entre serviços têm condicionalidades diferentes, de forma que cada modalidade de relação considerada relevante deve ser analisada individualmente, incluindo os efeitos dessa conectividade: o que é produzido (ou não) a partir das conexões e fluxos.

Desse modo, a dimensão “conectividade” encontra-se sistematizada da seguinte forma:

DIMENSÃO CONECTIVIDADE

1. Identificação e descrição das modalidades de relação existentes na rede
2. Qualificação das relações
 - a) Perspectiva dos profissionais envolvidos
 - b) Variedade das relações
3. Avaliação da capacidade de criar novas conexões e fluxos
4. Análise dos efeitos da Conectividade

Coerência, continuidade e complementaridade na rede: dimensão Integração

A partir do reconhecimento da existência dessas relações, percebemos que na composição de uma rede apresentam-se aspectos que não dizem respeito a características individuais de cada relação, mas a atributos de conjuntos de relações. Isso é ressaltado quando autores qualificam dois ou mais serviços como **articulados** ou **integrados** (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MENDES, 2011; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007).

“Articular”, segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (HOUAISS; VILLAR, 2001), é definido tanto como a ação de tornar-se ligado, como de organizar-se. Já “integrar” diz respeito a incluir-se como elemento em um conjunto, formando um todo coerente, completo ou harmonioso. É o que defende Castells (1999, p.85), quando afirma que “uma pluralidade de componentes realmente divergentes só pode manter-se coerente em uma rede”.

As relações construídas entre os serviços não devem ocorrer em caráter fortuito ou aleatório. Pretende-se uma articulação ou integração entre eles, de forma organizada e coerente:

[...] a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.232)

Em concordância com os autores, partimos do pressuposto que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas: algumas solicitações são inadequadas, mas poderiam ser atendidas adequadamente em serviços de outra natureza; demandas que inicialmente fazem parte de seu escopo de responsabilidade podem exigir intervenções complementares, ou podem evoluir para quadros mais simples ou mais graves, tornando-se responsabilidade de outros serviços.

Ainda que o SUS oriente-se pelo princípio da integralidade, as organizações entre serviços geralmente obedecem a agrupamentos temáticos, onde se aproximam os diferentes serviços, de todos os níveis de complexidade, que lidam com demandas semelhantes (diferentes serviços de saúde mental, cardiologia, pneumologia, infância). Cada serviço possui um escopo de responsabilidade, o que inclui alguns quadros clínicos em seu encargo, enquanto exclui os demais. Ao mesmo tempo, deverão existir outros serviços que tenham como responsabilidade os quadros excluídos, com vistas à integralidade da atenção. Em um contexto de rede, um primeiro serviço considera inadequada para si uma determinada demanda, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente em direção a outro serviço apropriado. Cria-se, com isso, um objeto de trabalho que vai além da responsabilidade individual de um serviço, tornando-se um “objeto da rede”.

Para que esse trânsito na rede seja eficiente, é necessário o acordo acerca da natureza desse objeto. Hartz e Contandriopoulos defendem que, além da integração clínica, é necessária a integração normativa, que “visa a garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica/funcional” (2004, p.332). Mendes (2011) faz uma rigorosa defesa da mudança na atenção das condições crônicas, para que estas não sejam acompanhadas como mera recorrência de situações agudas. Esse movimento implica em uma mudança na forma de compreensão dos serviços que tradicionalmente lidam com demandas agudas, de modo a perceber cada demanda imediata como parte de uma situação de saúde mais ampla. Assim, constitui-se uma nova representação dos agravos de saúde, enquanto objeto de atenção compartilhada.

No caso da saúde mental, além da necessidade de ressignificar eventos agudos como parte de condições crônicas, existem ainda as divergências nas concepções de sofrimento

psíquico/transtorno mental/doença mental. Há ainda a distinção do objeto de trabalho como “o transtorno mental”, ou como “a pessoa em sofrimento psíquico”, dando margem a propostas terapêuticas divergentes e mesmo antagônicas entre serviços hospitalares e abertos. Nesse caso, além do objeto da rede, cria-se uma tensão entre o que deve ser o objetivo da rede, ou seja, a que visaria o conjunto de intervenções previstas nas diferentes instituições.

Além da coerência, outros dois aspectos fundamentais da dimensão de integração são a **continuidade** e **complementariedade** das intervenções. A continuidade acontece quando um paciente necessita de mais de uma intervenção para o seu cuidado em saúde. Ocorre, por exemplo, quando um médico prescreve uma medicação e seu efeito deve ser avaliado por este mesmo profissional dentro de um mês. Ou quando alguém participa de um grupo terapêutico e deve na semana seguinte estar novamente no grupo. Também se refere a quando um problema de saúde crônico ou prolongado tem várias repercussões a médio e longo prazo, que precisam ser lidadas de forma sucessiva. **Continuidade** significa, portanto, uma organização coordenada das intervenções em saúde ao longo do tempo, de modo a responder à necessidade de ações em vários momentos de um mesmo estado de saúde de uma pessoa ou população, ou de diferentes problemas de saúde desenvolvidos ao longo da vida.

Esse tipo simples de continuidade geralmente se beneficia da manutenção do vínculo com um profissional ou equipe (LIMA et al., 2012; MENDOZA-SASSI; BERIA, 2003). Esses benefícios incluem a facilidade de acesso às informações: ainda que o uso correto dos prontuários permita armazenar as informações essenciais sobre cada caso, e o prontuário eletrônico permita o acesso a essas informações de forma rápida e em qualquer ponto da rede, existem outras informações que não são acrescentadas no prontuário, mas que podem vir a ser úteis em intercorrências futuras.

A manutenção do vínculo é positiva também pelo tipo de relação estabelecida entre profissional ou equipe e o usuário do serviço de saúde. Uma relação de confiança facilita tanto o acesso a novas informações pelo paciente (lembrando que em saúde mental a maior parte das informações é obtida por meio do relato dos pacientes e familiares), como também a aderência à conduta prescrita pelo profissional. Além disso, a própria relação é um instrumento de transformações no usuário, aspecto fundamental no campo da saúde mental (LIMA et al., 2012; MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2010; SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009). Não apenas pelo estabelecimento de confiança, mas por configurar-se como o “espaço” onde as transformações acontecem. A psicanálise chama esse fenômeno de transferência, e as demais escolas de psicoterapia utilizam o termo mais genérico “relação terapêutica”. Ainda que nem toda relação duradoura ou mesmo de confiança se estabeleça

como uma relação terapêutica, um vínculo continuado é uma condição necessária para que esta se apresente.

Diferentes serviços utilizam como diretriz a manutenção da referência em um mesmo profissional. Nas ESF as equipes de saúde da família são criadas com responsabilidade sanitária por uma população determinada ao longo do tempo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c). Em vários CAPS é estabelecido um profissional de referência para cada usuário (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2010; OLSCHOWSKY et al., 2009). Nas internações psiquiátricas essa prática não tão comum, contudo quando ocorre o seguimento ambulatorial (que muitas vezes é na mesma instituição), existe a preocupação de encaminhar o usuário para seu médico anterior, caso existam uma relação anterior.

Esse modo simples de continuidade pode acontecer também sem a manutenção do vínculo com o mesmo profissional, ocorrendo também entre diferentes serviços. Por exemplo, quando uma pessoa recebe alta de uma internação psiquiátrica no hospital, porém precisa manter o uso dos medicamentos e por isso vai ser atendida novamente por outro psiquiatra em um ambulatório ou CAPS, dando continuidade à terapia medicamentosa.

A forma com que descrevemos até agora a continuidade diz respeito à necessidade de intervenções semelhantes acontecerem ao longo do tempo, de forma que um mesmo profissional ou um profissional com a mesma formação seria capaz de realizá-las de forma relativamente independente. Outro tipo de continuidade acontece quando existe a necessidade de intervenções diferentes ao longo do tempo, de forma que cada intervenção complemente o efeito das anteriores. Isso acontece dentro de uma equipe do CAPS ou do hospital, onde um usuário necessita de intervenções medicamentosas prescritas por um psiquiatra, mas administradas por um enfermeiro ou técnico de enfermagem, participando ainda de oficinas de terapia ocupacional, psicoterapia grupal e/ou individual, ou recebendo suporte em questões sociais por meio do serviço social. A esse tipo especial de continuidade, estamos chamando de complementariedade.

Comumente a complementariedade é referida entre diferentes serviços, conforme estabelecido na própria organização do SUS em serviços e intervenções em níveis primário, secundário e terciário. As diferentes intervenções podem ser agrupadas em níveis de complexidade tecnológica (técnica ou material), de forma que sua inter-relação indica a complementariedade das intervenções. Podemos pensar que a evolução do estado de saúde de um usuário determina o tipo de intervenção necessária, mas é a disponibilidade e capacidade de direcionamento para esse novo tipo de intervenção que estabelece complementariedade enquanto prática. A organização de fluxos sequenciais que contemplem tais necessidades de

intervenção e possibilidades de acesso é chamada de linha de cuidado (MAGALHÃES JUNIOR, 2002). Essa tecnologia de organização e análise das intervenções permite a padronização do percurso de usuários a partir de um tipo de agravo, ou em relação a grupos populacionais específicos, como mulheres, idosos, crianças ou gestantes (REIS; DAVID, 2010).

Além das diferentes densidades tecnológicas, também podemos considerar a articulação entre intervenções de promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação como outra forma de complementariedade, sendo ainda, segundo Pinheiro e Mattos (2003), uma faceta fundamental da Integralidade. Dentro de um sistema de saúde organizado, as intervenções de promoção e prevenção visam à diminuição da necessidade de intervenções de recuperação, trazendo menos ônus para as pessoas – evitando sofrimento e incapacidades – e para o próprio sistema de saúde, gerando economia. Assim, por meio dessas diferentes intervenções torna-se possível executar o monitoramento das condições de saúde, que passam a constituir-se como objeto de interesse do sistema de saúde não só a partir de uma situação de adoecimento. Dessa forma, a atenção à saúde torna-se, pelo menos virtualmente, uma ação constante ao longo da vida dos indivíduos e populações.

Dentro de uma rede ou sistema de saúde, a **complementaridade** se expressaria pela capacidade de os serviços possibilitarem a continuidade do tratamento por meio do acesso a diversas intervenções em diferentes momentos, geralmente em locais de tratamento distintos. Na mesma direção, outros autores ressaltam a importância da continuidade e da complementariedade - ainda que prefiram o termo “globalidade” – como objetivo-fim da integração:

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a **continuidade** e a **globalidade** dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.232, grifos nossos)

Giovanella e cols. (2002), no intuito de construir um modelo avaliativo para integralidade, operacionalizaram esse conceito em algumas dimensões empíricas: 1) primazia das ações de prevenção e promoção; 2) abordagem integral do indivíduo e da família; 3) garantia da atenção nos três níveis de complexidade; 4) articulação entre promoção, prevenção e recuperação.

Bosi e Uchimura (2006) apontam outros elementos necessários à incorporação da integralidade, assim como da humanização, na avaliação de programas de saúde. As autoras

ressaltam a necessidade da consideração de três níveis sincrônicos: 1) plano ontológico, que demanda a demarcação da concepção de homem e de saúde da qual parte a avaliação, e de condizente aporte teórico-conceitual; 2) plano metodológico, que exige a compatibilidade entre a metodologia utilizada e os pressupostos do programa de saúde a ser avaliado, reconhecendo ainda os aspectos subjetivos e relações de poder implicados na produção do conhecimento; 3) plano político, que justifica e legitima a avaliação mediante a perspectiva de induzir à transformação no objeto de avaliado.

Levando em conta nossa problematização, incluímos em nosso modelo de análise de redes uma dimensão chamada integração, que se subdivide em “coerência” e “continuidade e complementariedade”.

DIMENSÃO INTEGRAÇÃO

1. Avaliação da Coerência:

- a) Identificar congruências ou divergências a respeito do **objetivo** e da **natureza do objeto** da rede por parte de suas unidades mínimas.

2. Avaliação da Continuidade e Complementaridade:

- a) Identificar a manutenção de vínculo ou referência a um profissional, equipe ou serviço
- b) Identificar a produção de linha de cuidado com diferentes serviços
- c) Avaliar a articulação de intervenções de diferentes níveis de complexidade
- d) Avaliar a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação
- e) Identificar a existência de complementaridade nas intervenções de diferentes serviços

Gestão, controle e autonomia na rede: dimensão Normatividades

As relações estabelecidas entre os pontos de uma rede são intencionais: ocorrem sempre visando algum objetivo. Contudo, além do estabelecimento e manutenção de conexões, é também imanente às redes alguma forma de organização dessas relações, buscando inclusive que objetivos e condutas sejam comuns aos diferentes pontos.

No caso das redes de saúde, é basilar a existência de um conjunto de valores, metas ou imagens ideais que orientem a conformação das redes, para que possam exercer algum nível

de controle em relação às práticas de saúde e à distribuição dos insumos. Conforme Zambenedetti e Da Silva (2008, p.138), o funcionamento em rede “expressa tanto o caráter de ‘fazer circular’ quanto o de ‘controlar’ a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema”. Podemos afirmar que a montagem de uma rede supõe ainda a antevisão das funções que poderá exercer, incluindo tanto sua forma material, como as suas regras de gestão (SANTOS, 2008).

A rede deve coordenar diferentes ações de saúde, que podem ocorrer em locais ou momentos diferentes, mas devem ter certa harmonia. Além da coerência, já ressaltada na seção anterior, propõe-se que exista um “sistema lógico” (MENDES, 2011) que organize tais ações. Esse controle e planificação podem existir a partir de uma gestão centralizada (ministério ou secretarias de saúde, e suas respectivas áreas técnicas), ou a nível local (quando consideramos a gestão do cuidado pelas equipes). Dessa forma, podemos perceber que a rede é construída a partir do que considerado necessário pelos seus idealizadores e, em alguns casos, pelos seus operadores.

De acordo com Santos (2008), os limites da existência formal de uma rede são determinados pelo alcance de códigos comuns de comunicação, pois esta só consegue se expandir até onde exista alguma identidade. Daí a pactuação de regras de gestão entre os diferentes operadores da rede, de modo que exista um entendimento comum do modo de funcionar da mesma, e a construção de instrumentos de comunicação inteligíveis pelas várias partes. Ainda segundo o autor, essa preocupação gera um efeito homogeneizador, que objetiva a produção de ordem, integração e a constituição de solidariedades espaciais que interessam a certos agentes da rede. Ou seja, ao tentar garantir um tipo padronizado de funcionamento, seria facilitada a ação conjunta de dispositivos diferentes, inclusive quando da inserção de novos dispositivos ou atores na rede.

A padronização do funcionamento exige, além dos códigos comuns de comunicação, a existência de diretrizes que sirvam de referência para situações típicas dos serviços. Essas diretrizes podem funcionar de forma *horizontal*, normatizando determinadas ações para todos os serviços ou agravos de uma mesma natureza (ex.: todos os serviços CAPS devem atender prioritariamente transtornos mentais graves; todos os pacientes esquizofrênicos que apresentem discinesia tardia como efeito colateral deverão utilizar como medicação clozapina, e não outro neuroléptico), ou de forma *vertical*, normatizando a conduta de uma condição de saúde em diferentes serviços a partir de indicadores de gravidade (ex.: uma linha-guia para o acompanhamento da esquizofrenia normatizaria o atendimento de pacientes estabilizados em serviços do tipo CAPS ou ambulatório, prevendo para as situações agudas, como crises com

ideação suicida, a internação em leitos psiquiátricos de CAPS tipo III, hospital psiquiátrico ou hospital geral).

Formalmente existem dois tipos principais de diretrizes: os protocolos clínicos, que visam normatizar os procedimentos relacionados a determinada condição de saúde em um serviço ou ponto de atenção; e as linhas-guia (*guidelines*), que visam padronizar linhas de cuidado ao longo de diferentes serviços ou pontos de atenção. (HARBOUR, 2008; MENDES, 2011) Essas diretrizes são criadas pelos órgãos reguladores dos serviços de saúde, em conjunto com grupos de especialistas, por meio de revisão da literatura do tema e criação de consensos entre *experts*.

Alguns autores defendem que a existência e adesão a protocolos clínicos e linhas-guia é parte fundamental da avaliação das redes de atenção a saúde (MENDES, 2011). Contudo, há uma grande variabilidade de situações na organização de serviços de saúde no Brasil, com ausência de diretrizes formais a respeito de muitos agravos importantes. Em relação à saúde mental, por exemplo, apenas o tratamento da esquizofrenia possui normatização, tendo sido aprovado no ano de 2013 seu protocolo clínico.

Mesmo não havendo a formalização de protocolos e linhas-guia, é necessário investigar se existem noções comuns aos serviços da rede em relação à forma de acompanhamento e tratamento dos agravos, às responsabilidades de cada componente no acompanhamento. Em nosso modelo analítico, acreditamos que isso é contemplado nas dimensões “unidades mínimas” e “integração” da rede. Porém, um aspecto ainda não explorado são as convenções de critérios de entrada e saída em cada serviço, e seu acordo em todos os serviços da rede. Tais critérios incidem também na escolha do locais de encaminhamento, uma vez decidida a saída de uma pessoa do serviço.

Esse passo precede o estabelecimento de diretrizes formais, possibilitando investigar se as indicações para cada serviço são compreendidas da mesma maneira pelos profissionais de dentro e de fora desse serviço. Mesmo na ausência de regulamentações claras e abrangentes, existem “diretrizes informais” que regem o funcionamento da rede, ainda que isso possa implicar em divergências e incoerências que dificultem o trânsito dos usuários, gerando momentos de desassistência.

Apesar do potencial normativo das redes, reconhecemos que estas também possuem outro caráter complementar ou mesmo oposto, de produção de heterogeneidade. É necessário reconhecer que os componentes da rede são diferentes entre si, o que já pressupõe modos diferentes de funcionamento. Porém, tal heterogeneidade não implica apenas no reconhecimento das diferenças, refere-se fundamentalmente à manutenção de certa

flexibilidade (CASTELLS, 1999), para dar conta da singularidade das situações cotidianas (FRANCO, 2006; MAGALHÃES JUNIOR, 2002).

Reconhecendo a necessidade de inovação frente a situações imprevistas, é preciso a manutenção de espaços não totalmente normatizados, mas com potencial instituinte. Então, também seria uma característica da rede a possibilidade de romper com as relações já preestabelecidas para a criação de novas relações adequadas às necessidades da situação atual (DELEUZE; GUATARRI, 1995; FRANCO, 2006). Isso seria possível quando existe uma alta capacidade de conectividade, ou seja, a facilidade de construir novas relações com outros atores ou instituições. Isso geraria, portanto, um efeito de diferenciação (OLIVEIRA; PASSOS, 2009) que permitiria a criação de múltiplas linhas de cuidado, que fogem a uma única racionalidade institucional (GUIZARDI et al., 2006), sendo organizadas por *sujeitos-profissionais e sujeitos-usuários*. Essa dimensão abarcaria também fluxos e circuitos não formalizados que existem em qualquer serviço de saúde, e que são muitas vezes essenciais para a construção do cuidado.

DIMENSÃO NORMATIVIDADES

1. Identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao objeto da rede
 - a. Avaliar em cada unidade mínima a adesão a protocolos clínicos
 - b. Avaliar em cada unidade mínima a adesão a linhas-guia
2. Identificar em cada unidade mínima diretrizes não formalizadas
 - a. Identificar os critérios de entrada
 - b. Identificar os critérios de alta/saída
 - c. Identificar os critérios de escolha dos locais de encaminhamento
 - d. Investigar a coerência entre os critérios das diferentes unidades mínimas
3. Identificar a presença de códigos comuns de comunicação
4. Identificar a produção de linhas singulares de cuidado na gestão de casos complexos ou atípicos

Aspectos subjetivos da rede: dimensão Subjetividade

Um último aspecto, que em nossa concepção atravessa todas as demais dimensões, são os aspectos subjetivos implicados na organização e funcionamento das redes. Em diversos momentos na apresentação das demais dimensões foi enfatizada a consideração com o aspecto humano que cria, modifica e extingue processos envolvidos na rede. A criação e modificação das interfaces entre os serviços, ou a determinação de diferentes critérios normativos para o trânsito do usuário na rede, muitas vezes podem ser atribuídos a protagonismos de indivíduos e grupos internos à rede. As propostas de cuidado por vezes possuem conotações ideológicas

e éticas, e não apenas aspectos técnicos. Consequentemente, os critérios informais de entrada e de encaminhamento são marcados por tais disposições singulares de profissionais ou serviços. Por vezes, essas disposições são compartilhadas por toda uma instituição, criando uma cultura organizacional com valores convergentes ou divergentes de outros serviços e de normatizações institucionais mais amplas, como legislações e orientações técnicas das secretarias e ministério da saúde.

É premente também considerar que, ao desvelar o maquinário dos serviços de saúde, encontramos pessoas que não se disponibilizam apenas enquanto operadores de um saber técnico, mas também se relacionam com os usuários, com a equipe e com o seu fazer profissional de forma afetiva. Assim, a produção de sentidos que ocorre dentro do trabalho modifica as atividades desenvolvidas, os vínculos estabelecidos não se resumem a condutas impessoais, e o resultado das intervenções impacta não apenas os usuários dos serviços⁷.

Em resumo, afirmamos que os protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos (CECILIO; MERHY, 2003) estão presentes em vários dos aspectos já mencionados nas dimensões anteriores. Dessa forma, a subjetividade torna-se uma dimensão transversal às demais, contemplando aspectos que, a princípio, não nos interessariam isolados, mas tornam-se fundamentais ao reconhecermos sua influência no funcionamento da rede.

DIMENSÃO SUBJETIVIDADE

- Identificar **protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de indivíduos, grupos ou instituições** que perpassem aspectos das demais dimensões analíticas.

Essas cinco dimensões – unidades mínimas; conectividade; integração, normatividades; subjetividade – tornaram-se nossos eixos de aproximação e análise do que compreendemos como a rede de atenção em saúde mental de Fortaleza. Tentamos produzir um modelo abrangente, incorporando as contribuições de diversos autores do tema, mas mantendo a exequibilidade da análise dentro dos limites de uma pesquisa de mestrado acadêmico. Acreditamos que cada dimensão poderia ser estudada individualmente de forma aprofundada, porém, tendo em vista as várias influências recíprocas entre elas, optamos por

⁷ Neste aspecto novamente ressaltamos a importância de agregar também como interlocutores usuários e gestores, partes envolvidas na produção da rede. Ressaltamos a importância de um modelo avaliativo multidimensional que contemple diferentes grupos de interesse.

estudá-las conjuntamente, ainda que isso possa trazer um investimento menor em cada aspecto particular. O modelo analítico encontra-se na íntegra no apêndice A.

Para justificar a produção de nosso modelo analítico, faz-se necessário contextualizar como o conceito de rede vem sendo apropriado nos campos de estudos afins a nossa proposta de investigação, a saber, saúde coletiva e saúde mental. Dessa forma, temos a intenção de demarcar a pouca utilização dos autores citados anteriormente, cuja síntese das contribuições fundamenta nosso modelo. Esperamos também, com esse percurso, demonstrar a pertinência de nosso modelo enquanto uma contribuição original ao campo da saúde mental, de modo a abarcar aspectos da rede negligenciados na literatura da área.

3.5 – Implicações da noção de rede na saúde coletiva e na saúde mental

Historicamente podemos identificar o uso no Brasil do termo “rede” no campo da saúde já na década de 1960, fazendo referência ao conjunto de instituições de saúde com características semelhantes: rede hospitalar, rede básica etc. Nessa época, segundo observado nos documentos das conferências de saúde, falava-se de rede para defender a necessidade de desconcentração geográfica dos serviços de saúde, situação que ainda mantinha grande número de pessoas sem assistência. É a partir da década de 1970 que “rede” passa a designar uma disposição de serviços de saúde complementares entre si, tendo o caráter de um sistema organizado e controlado. Desse momento em diante, a preocupação desloca-se da mera existência do conjunto de serviços para um modo particular de funcionamento, de serviços articulados e complementares. (ZAMBENEDETTI; DA SILVA, 2008)

A noção de rede mantém sua pertinência ao longo dos anos, sendo observada, quando da criação do SUS, a adoção da hierarquização como princípio organizativo. A lei 8.080 especifica que a descentralização político-administrativa deveria dar-se através da regionalização e hierarquização da **rede de serviços de saúde**. Esse princípio se estabeleceu através da divisão do sistema de saúde em três níveis de complexidade: atenção primária, ou básica; atenção secundária ou de média complexidade; e atenção terciária, ou de alta complexidade.

O contato inicial com a rede deveria acontecer prioritariamente através do nível primário, que seria responsável pelas atividades de promoção e prevenção, e das intervenções curativas que exigiriam baixa densidade tecnológica. Apenas os problemas de saúde que não pudessem ser resolvidos nesse nível seriam encaminhados aos níveis seguintes, de média e alta densidade tecnológica, centrados prioritariamente na cura e na reabilitação (CAMPOS et al., 2009). Dessa forma, os níveis de atenção eram organizados pela antecipação do nível

tecnológico exigido no atendimento a graus variados da evolução das doenças. Estabeleceu-se, portanto, uma estrutura piramidal, com a base constituindo a atenção primária, a atenção secundária no nível intermediário, e, no topo, a atenção terciária.

Figura 1 – Pirâmide da Atenção Primária, Secundária e Terciária



Fonte: autor

Esse modelo de organização do sistema de saúde, ainda que traga algumas vantagens na gestão e planejamento do sistema e a diferenciação de algumas das responsabilidades de cada serviço de saúde, tornou-se também alvo de diversas críticas. As mais contundentes, em nossa opinião, centram-se no fato dessa divisão por complexidade pautar-se na história natural das doenças:

Neste esquema, os insumos e equipamentos correspondem a padrões quantificáveis de abrangência e resolutividade dos problemas de saúde. [...] Nesta perspectiva, os problemas de saúde seriam passíveis de um enquadramento segundo o paradigma biologicista e naturalista, no qual a doença começaria gradativamente e iria se tornando complexa, até constituir um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica (MERHY; QUEIROZ, 1993)

Esse aporte reducionista do processo saúde-doença origina também a concepção errônea de que os problemas enfrentados na atenção primária seriam “mais simples” ou “mais fáceis” de resolver, associando complexidade apenas à densidade de tecnologias materiais necessárias, e ignorando a complexidade relacional inerente a esse nível de atenção. Contudo, a postura do movimento sanitário brasileiro e do Ministério da Saúde tem sido de fortalecimento da atenção primária, a partir de evidências de que

países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do Brasil (MENDONÇA, 2008, p.1494)

A autora identifica ainda que, desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, vários países adotaram a atenção primária como orientadora de seus sistemas de saúde. Nesse sentido, torna-se não apenas a “porta de entrada”, mas um centro reordenador do modelo assistencial e ponto de partida para a integralidade do cuidado (MERHY; QUEIROZ, 1993). Porém, no caso brasileiro, o que se observa ainda hoje é um estado de intensa fragmentação dos serviços de saúde, que pode ser percebido por lacunas assistenciais, financiamento insuficiente e pouco eficiente, e inadequação na configuração dos modelos de atenção, com dissintonia entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Temos ainda uma situação epidemiológica com crescente predominância das condições crônicas, e um sistema de saúde ainda voltado principalmente para a resposta a condições agudas. Esse dado é bastante relevante, pois ainda que condições agudas possam ser devidamente abordadas por um sistema de saúde de organização fragmentada, o cuidado a condições crônicas exigiria um sistema com maior integração (MENDES, 2011).

A preocupação com a melhoria da articulação entre os serviços, tornando-os capazes de responder de forma mais inteligente e eficiente tanto às condições agudas como crônicas, gerou a portaria 4.279 do Ministério da Saúde, que define e estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil:

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c, p.7)

Idealmente, o atributo principal das RASs é a busca pelo cuidado integral através da eficiente integração dos serviços, o que geraria consequências positivas para a gestão do cuidado, o financiamento, a alocação dos profissionais e a divisão de responsabilidades (MENDES, 2011). Teria como atributos principais uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde comuns, articulando de forma racional as relações entre cada ponto do sistema. Também é salientada a modificação da lógica linear entre os níveis de atenção, criando linhas transversais, mas mantendo a atenção primária como o centro organizador de toda a rede, conforme esquematização na figura da página seguinte:

Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: As redes de atenção à Saúde. Mendes, 2011, p.86

Nessa lógica, a saúde mental seria uma rede temática (RT), incluindo serviços de nível secundário e terciário, porém com a regulação através da atenção primária, regulação pela qual estariam submetidas também as outras RTs possíveis. Além disso, a RT saúde mental manteria contato com outras redes temáticas também através de diversos sistemas logísticos (transporte em saúde, prontuário clínico comum etc.) e sistemas de apoio (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistemas de informação).

Outra contribuição das RASs é sua unidade mínima ser o “ponto de atenção à saúde”. Nessa concepção, um único serviço (um hospital, por exemplo) tem pontos de diferentes níveis de complexidade (ponto de atenção secundária no ambulatório, ponto de atenção terciária na internação por trauma etc.). Além disso, os pontos de atenção são organizados de forma horizontal, independente de sua densidade tecnológica. Dessa forma, evita-se uma hierarquia rígida, criando arranjos poliárquicos com mais possibilidades de conexões (MENDES, 2011).

No campo da saúde mental, a hierarquização em níveis de complexidade estanques já havia gerado problemas na década de 80, quando haviam sido recém-criados novos serviços de saúde mental que tentavam se construir como alternativas às instituições manicomiais. Segundo Florianita Campos, (2000, p.60) a hierarquização

amarrou a proposta de reforma psiquiátrica aos moldes burocráticos. [...] Forçou os novos serviços a se incorporarem na rede básica classificando-os ou primários, ou secundários (só respondendo a encaminhamentos da rede) e ainda intermediários, o que faz classificar “crises e tipos de crises”.

Observamos que isso teve um impacto na forma como esses serviços se relacionariam com os hospitais psiquiátricos, dando abertura para relações de complementariedade com a

estrutura já existente, através da concepção de “serviços intermediários” entre comunidade e hospital. Além disso, trouxeram implicações em relação ao acesso aos serviços, ao normatizar quais são as portas de entrada no sistema, vinculando os demais serviços à lógica da referência/contra-referência. Zambenedetti e Perrone (2007, p.289) listam como efeitos negativos dessa forma de organização “a destituição de vínculo entre profissionais-usuários, a fragmentação da atenção, o enrijecimento e burocratização do acesso e dos fluxos de usuários pelos serviços”.

Podemos identificar dois movimentos que se desdobraram a partir da constatação dos desafios e dificuldades da organização de serviços em rede. Um primeiro movimento implica o sistema de saúde como um todo, e diz respeito aos avanços e inovações dos modos de articulação e gestão do sistema de saúde, incluindo o fortalecimento da atenção primária. Atualmente, essas iniciativas culminaram nas **RASSs**. Um segundo movimento é específico ao campo da saúde mental, e é decorrente das rupturas propostas pela Reforma Psiquiátrica. Essa proposta de descontinuidade, que já comentamos brevemente nos seus aspectos teóricos, se traduz no campo assistencial pela noção de “**rede substitutiva**”, que ganha força na década de 80, juntamente com o surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1995, 1996; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007). Tratem-se rapidamente dessa segunda noção.

É nesse período que começaram a surgir os novos dispositivos de cuidado em saúde mental, que surgem tensionando – mas também sendo tensionados – pelo hospital psiquiátrico. O questionamento acerca do caráter complementar ou substitutivo dos CAPS, por exemplo, acompanha a criação do próprio dispositivo. O surgimento, quase simultâneo, dos CAPS e NAPS, e a posterior unificação das duas experiências em uma mesma terminologia, encobriu algumas diferenças importantes entre os dois dispositivos. Enquanto o NAPS já surge como proposta substitutiva ao hospital, o CAPS é pensado como serviço intermediário entre o hospital e a comunidade (ANAYA, 2004), adquirindo sua “vocação” substitutiva com o avanço da Reforma Psiquiátrica e sua adoção como unidade central do cuidado em saúde mental, em simultaneidade com a diminuição dos leitos psiquiátricos. Ainda que fossem serviços novos, criados na efervescência de um movimento de desconstrução da psiquiatria, seu caráter de novidade não implica necessariamente que sejam mediadores ou operadores de uma nova forma de relação com a loucura, tornando-se automaticamente substitutivos ao modelo asilar (AMARANTE; TORRE, 2001 apud ANAYA, 2004). Vários trabalhos já expressaram a tendência de alguns CAPS se estabelecerem dentro de um modelo complementar ao hospital (CAMPOS, 2000;

QUINDERÉ et al., 2010; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007), implicando na manutenção de uma cultura manicomial ou, como definiu Pelbart (1991), dos “manicômios mentais”.

Se nos remetermos de forma radical à proposta da Reforma Psiquiátrica, teremos dificuldade em compreender a relação do hospital psiquiátrico com os outros serviços de saúde mental como uma rede integrada. Na literatura psiquiátrica a noção de integração pressupõe a **complementaridade** entre serviços, a **continuidade** do cuidado entre eles e a **pertinência de sua oferta** de serviços em relação às necessidades de seus usuários (BARRIO et al., 2004). Porém, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a participação do hospital psiquiátrico não contemplaria esse três critérios. A pertinência da oferta de serviços do hospital é recusada quando se rejeita a internação e o conseqüente isolamento social como estratégia terapêutica. A pretensão substitutiva dos novos dispositivos propostos pela Reforma, com a defesa de erradicação do hospital psiquiátrico, questiona a complementariedade e a continuidade do cuidado entre este serviço e demais instituições. (AMARANTE, 1994, 1996, 2007; ANAYA, 2004; ROTELLI, 1988).

Segundo Rotelli (2001 apud ANAYA, 2004), a organização de serviços substitutivos precisa incorporar três características fundamentais: responsabilidade em responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada; mudança na administração dos recursos para a saúde mental; multiplicação e aumento da complexidade na profissionalidade dos operadores. Ainda que as duas últimas características possam estar presentes nos CAPS, a responsabilidade plena pelas necessidades de saúde mental constitui-se uma deturpação de seu propósito inicial. Conforme descrevemos anteriormente, o CAPS destina-se ao tratamento de pacientes considerados graves, ainda que incorpore alguma flexibilidade na caracterização do que é “grave”. Dessa forma, exige a articulação com outros serviços para o atendimento de demandas “leves”, tais como a Atenção Primária, ambulatórios especializados ou outros serviços.

Rede de atenção à saúde mental

O termo “rede de atenção à saúde mental” é utilizado em publicações do Ministério da Saúde com bastante frequência (BRASIL, 1992; 2002; 2004; 2005; 2007; 2011), inclusive sendo exposto no *Relatório de Gestão 2003 – 2006: saúde mental no SUS* que

a expansão, a consolidação e a qualificação da **rede de atenção à saúde mental**, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram **objetivos principais** das ações e normatizações do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007, p.11, grifos nossos)

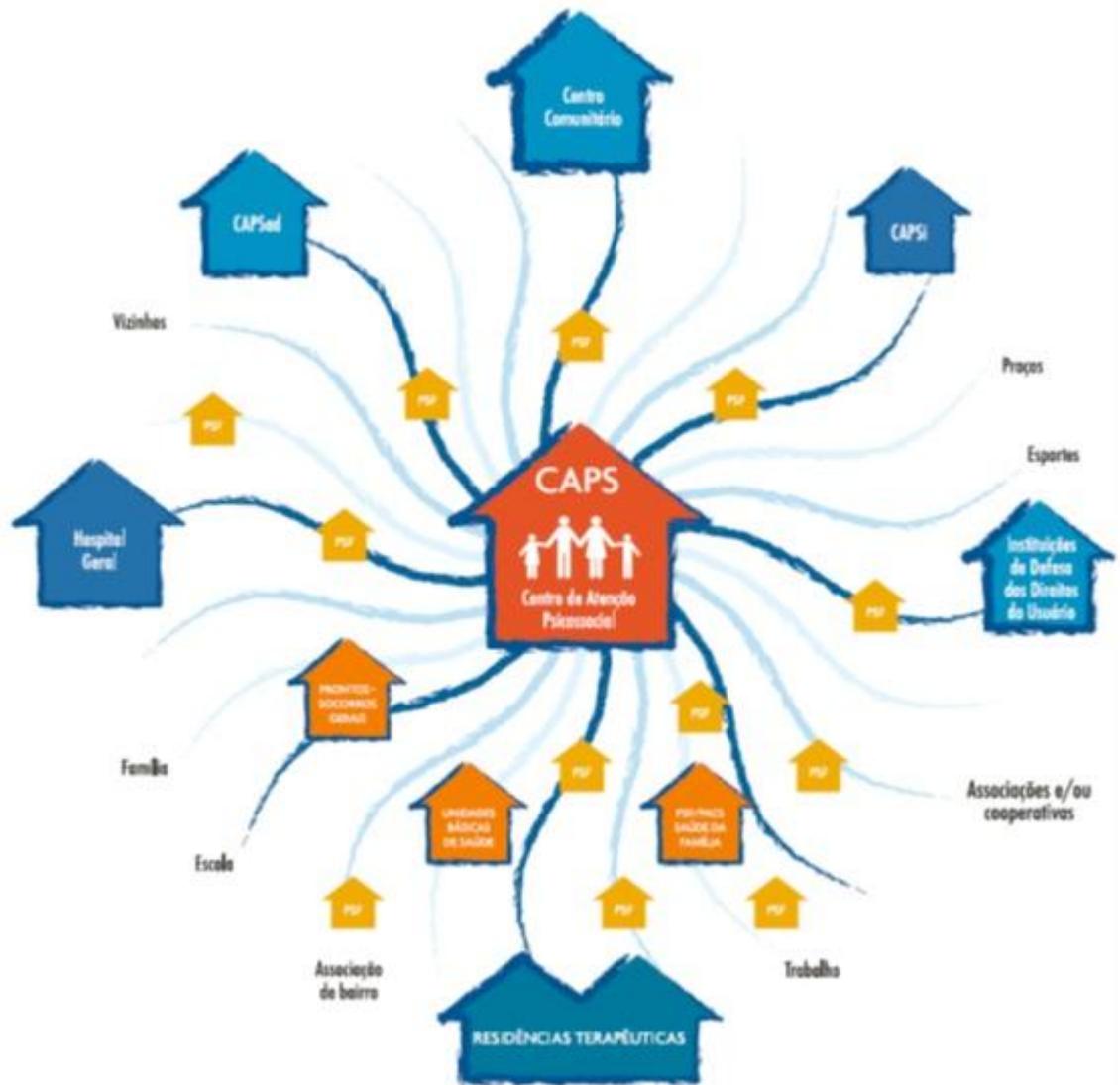
É interessante a demarcação de Zambenedetti e Da Silva (2008) que a rede é veiculada ao mesmo tempo como solução e como problema: torna-se o objetivo principal da política de saúde mental, mas simultaneamente exige criação de consensos e de demarcação conceitual. O investimento realizado na implantação das redes não acompanhou a criação de um conceito de rede que responda às intenções e princípios da política nacional de saúde mental.

De forma ilustrativa, entendemos que a compreensão de rede dentro da política dos CAPS, por exemplo, já não se limita aos serviços de saúde. O relatório *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil* indica:

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É portanto fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005 p.25)

Essa rede, ao assumir-se de base comunitária, incorporaria outros elementos que, por sua vez, estão organizados dentro de lógicas bastante peculiares. Dessa forma, não se pode esperar que a organização dessa rede possua as mesmas características descritas na RASs, por exemplo. Essa concepção de rede está representada na figura 3:

Figura 3 – Rede de atenção à saúde mental



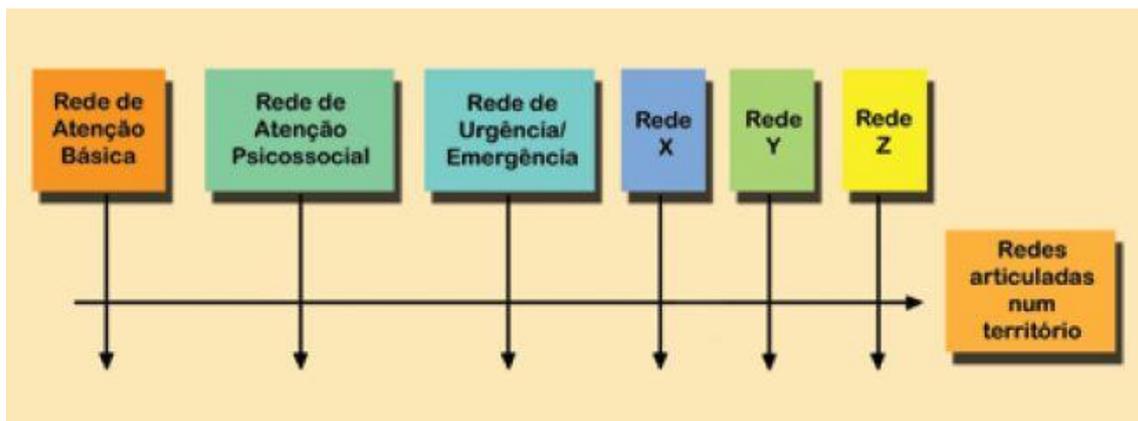
Fonte: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasil. Ministério da saúde, 2005, p.26

Em termos de organização do sistema de saúde, já ressaltamos que a atenção primária teria o papel de centro organizador. Se nos remetermos à emancipação ou reprodução social enquanto objetivo da política de saúde mental, questiona-se a centralidade de uma instituição – o CAPS – na regulação do fluxo de uma rede que se diz comunitária. Por isso, tal ilustração da rede suscita desconfiança por seu aspecto “capscêntrico”, preocupação que reflete também o perigo de alguns CAPS se “encapsularem” (KANTORSKI et al., 2010), ou seja, desenvolverem atividades pensando apenas na sociabilidade possível no interior do serviço, e descuidando da inserção territorial de seus usuários.

Uma proposição ainda mais radical em relação ao aspecto comunitário e territorial das redes é defendida como parte da política de humanização do SUS, na forma das “redes de produção de saúde”. Dentro dessa concepção, haveria quatro “nós”, que comporiam níveis de uma rede transversal: a) os sujeitos e a subjetividade; b) as equipes de trabalho; c) os serviços e a rede de atenção; d) redes e territórios. Reconhece-se um fundamento comum na constituição dos sujeitos, das equipes, dos serviços e do território, implicando numa visão que extrapola o setor saúde: “Não se trata apenas de construir redes no território, mas considerar que as redes inventam/criam o território” (BRASIL, 2009, p.37).

Conforme podemos observar na figura abaixo, são propostas redes temáticas, representadas verticalmente, mas com uma articulação horizontal de todas as redes formais, ocorrendo no espaço do território:

Figura 4 – Articulação entre redes especializadas e redes transversais



Fonte: As redes de produção de saúde. Brasil. Ministério da Saúde, 2009, p.10.

Dessa forma, os modos de sociabilidade presentes no território comporiam uma rede maior, que englobaria inclusive as relações produzidas intra e entre serviços de saúde. Além destes, seriam incorporadas também dimensões assistenciais de outros setores, além de aspectos de socialização primária e secundária, tais como a família, os amigos, os espaços religiosos, de lazer, de trabalho etc. A compreensão dessa amplitude de relações é aspecto fundamental para que se possa levar às últimas consequências o aspecto territorial no campo da saúde e da saúde mental.

Uma proposta mais recente surge ao final de 2011, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial por meio da portaria 3.088 do Ministério da Saúde. A proposta fundamenta-se na “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2011a). Essa rede teria como objetivos: facilitar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial; promover a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção coexistentes na rede. São previstos sete componentes na RAPS:

I - Atenção Básica em Saúde: inclui as unidades básicas de saúde, consultórios de rua e centros de convivência;

II - Atenção Psicossocial Especializada: engloba os CAPS I, II e III, nas modalidades Adulto, Infantil e AD;

III - Atenção de Urgência e Emergência: composta pelos pontos de atenção do SAMU, assim como o acolhimento de urgência realizado pelos CAPS III;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório: inclui as comunidades terapêuticas, e as unidades de acolhimento provisório para usuários de drogas;

V - Atenção Hospitalar: compreendendo enfermarias especializadas e leitos de internação em hospitais gerais;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização: operacionalizadas por meio de residências terapêuticas destinadas a egressos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos;

VI - Reabilitação Psicossocial: abrange as cooperativas sociais e outros espaços de geração de trabalho e renda.

Essa rede engloba serviços tradicionalmente categorizados em diferentes níveis de atenção, assim como alguns espaços exteriores ao SUS (centros de convivências e cooperativas). Porém, não estão presentes no documento as estratégias utilizadas para a articulação e integração dos pontos de atenção, ainda que este seja um de seus objetivos. Parece representar, pelo menos inicialmente, um conjunto de instituições ofertando serviços mais do que um sistema articulado de modo orgânico, o que, a nosso ver, corresponderia ao conceito de rede tal como definido em nosso trabalho.

Ressalta-se também que o componente hospitalar é composto exclusivamente por pontos de atenção em hospitais gerais (leitos e enfermarias), não estando incluso os hospitais psiquiátricos. Porém, a utilização dos hospitais psiquiátricos é prevista, estando condicionada à constatação da insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, podemos considerar que a RAPS incorpora o caráter substitutivo instituído na Lei da Reforma Psiquiátrica, mas incorpora também sua flexibilidade em relação à manutenção dos hospitais psiquiátricos.

Observa-se que desde o modelo organizativo proposto em 2005 pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (representado na figura 3, acima), onde o CAPS seria o articulador de uma rede de saúde mental, já está ausente o Hospital Psiquiátrico. Todavia, após 30 anos do início da Reforma Psiquiátrica brasileira, constata-se que o hospital psiquiátrico ainda possui presença significativa no conjunto de dispositivos de saúde mental. Isso significa que, apesar da rede psicossocial propor-se substitutiva, atualmente não é este seu estado, com muitos equipamentos extra-hospitalares apresentando-se hoje como dispositivos complementares à rede hospitalar. Ainda que na Reforma Psiquiátrica a extinção dos manicômios continue como horizonte a ser alcançado, o momento presente é constituído pela convivência entre essas duas lógicas.

Apesar do número crescente de CAPS sendo implantados, o que ocorre em muitos municípios é a inexistência de serviços destinados a demandas leves em saúde mental. A proposta dos NASF e do apoio matricial é de auxiliar para que esse cuidado seja incorporado na atenção primária, porém, o que observamos em nossa experiência pessoal ainda é grande parte dessa demanda buscando o CAPS para tratamento, o que colabora para uma superlotação do serviço e conseqüente diminuição da qualidade do cuidado. O excesso de demanda cria dificuldades principalmente no acompanhamento intensivo e semi-intensivo, que naturalmente exigem mais disponibilidade da equipe para sua manutenção.

Em uma pesquisa realizada nos CAPS da região sul do Brasil, observou-se que a maior efetividade do CAPS encontra-se justamente nessas modalidades de acompanhamento (TOMASI et al., 2010). É também nesse perfil de usuário que se encontram os maiores desafios, pois são as pessoas em que, associado à gravidade do quadro, encontra-se maior probabilidade de manifestação de crises psicóticas. É justamente na emergência das crises que se encontra a maior tensão em relação ao modelo asilar, pois ainda é uma grande dificuldade encontrada no CAPS a atenção à crise. (COSTA, 2007; JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; LIMA et al., 2012).

Conforme Amarante (1996), a desinstitucionalização não deve tornar-se desassistência, de forma que não é possível prescindir do hospital sem que se estabeleça o cuidado adequado e suficiente através de outras instituições. Compreender essa relação de complementaridade ainda existente é fundamental para entendermos impasses da construção de uma rede de saúde mental assentada no CAPS e na atenção primária, mas também ainda no hospital psiquiátrico. Apesar de muitos considerarem que estamos em uma transição de modelos, não significa que seja um processo rápido, com perspectivas de finalização a curto

ou médio prazo. O que é “temporário” na ótica da evolução de sistemas de saúde, geralmente constitui o período inteiro da vivência de muitos usuários junto aos serviços de saúde.

Dessa forma, a pretensão de se aproximar analiticamente de uma rede, deve considerar não apenas o que é veiculado como a “rede ideal”, ou seja, as normatizações do que a rede deveria ser ou se tornar. Tal abordagem produz uma imagem-ideal alheia ao fenômeno a ser investigado, permitindo apenas avaliações normativas, não possibilitando compreender o atual estado das relações entre os serviços, e as racionalidades que organizam tais conexões. Para uma abordagem de outra natureza, consideramos necessária a construção de um modelo não-prescritivo, mas que incorporasse e ressaltasse dimensões constituintes desse fenômeno que, após esse exercício de síntese, podemos conceber como “rede”.

Após a exposição de nosso marco teórico, chegamos à pergunta que orientou essa pesquisa: *Qual o estado atual da rede de saúde mental de Fortaleza, segundo seus trabalhadores?*

Para responder tal questionamento, desenvolvemos nossa pesquisa com o objetivo de *“compreender a rede de saúde mental do município de Fortaleza a partir da perspectiva de trabalhadores de diferentes dispositivos”*.

4. METODOLOGIA

4.1 - Referencial metodológico: pesquisa qualitativa

Essa pesquisa foi realizada a partir de um referencial qualitativo de pesquisa. A opção por determinado referencial de pesquisa, seja qualitativo ou quantitativo, está atrelada às exigências do objeto de pesquisa a ser investigado. Consideramos que a natureza do objeto de estudo é o fator determinante para o método (BOSI, 2012; FLICK, 2009a). O aporte qualitativo é necessário quando o objeto de estudo possui a subjetividade como dimensão essencial, sendo impossível acessá-lo adequadamente apenas por representações numéricas (BAUER; GASKELL, 2008; BOSI; MERCADO, 2004; BOSI, 2012). Tradicionalmente a pesquisa qualitativa vem se debruçando sobre o estudo do universo dos significados, crenças, valores, atitudes e opiniões dos seres humanos, privilegiando estudos nos cenários naturais de tais fenômenos (STAKE, 2011).

A consideração das diferentes perspectivas dos participantes da pesquisa é outra característica central da pesquisa qualitativa, interessando-se pelos significados construídos a partir da historicidade de cada sujeito envolvido. Por isso, ainda que existam diferentes correntes e abordagens dentro da pesquisa qualitativa, entendemos que um ponto de convergência desse referencial é ter na “compreensão” (*Verstehen*) seu fundamento epistemológico (FLICK, 2009a). A “compreensão” como eixo e objetivo da ciência inicia-se a partir da diferenciação proposta por Wilhelm Dilthey (1833-1911), na qual as ciências da natureza e as ciências humanas teriam modelos e produtos diferentes ao produzir conhecimento. Enquanto as ciências da natureza buscariam a **explicação** dos fenômenos, sempre de forma impessoal, as ciências humanas teriam como objetivo a **compreensão** dos fenômenos, preocupando-se com o que os seres humanos sentem e pensam em relação a eles (STAKE, 2011). Podemos considerar que “*verstehen* é a compreensão experiencial das ações e contextos” (STAKE, 2011, p.58).

Também é característica importante do enfoque qualitativo a reflexividade, uma postura na qual a subjetividade do pesquisador é um componente essencial no processo de produção do conhecimento (FLICK, 2009a, 2009b; RUSSELL; KELLY, 2002). Essa posição é oposta à encontrada na pesquisa quantitativa, que considera a subjetividade como uma variável a ser isolada do processo de pesquisa, no intuito de evitar o comprometimento da análise dos dados. Na pesquisa qualitativa, ao debruçarmo-nos sobre fenômenos sociais e humanos, criamos um espaço de intersubjetividade onde se produzem as informações da pesquisa.

Russel e Kelly (2002) defendem que essa relação intersubjetiva está presente em todas as etapas da pesquisa qualitativa, desde a escolha das perguntas que originam a pesquisa, até a produção de informações e o processamento dos dados. As autoras ressaltam ainda a importância da intersubjetividade na devolução dos achados de pesquisa, cujo impacto ocorre não apenas nas publicações científicas, mas na possibilidade de utilização do conhecimento produzido pelos próprios informantes de pesquisa.

Acreditamos que, além de gerar as informações que irão compor o corpus de pesquisa, é também em um espaço intersubjetivo que ocorre a validação dos resultados, através de sua legitimação e contestação pelos informantes, assim como pelos pares que compõem a comunidade de pesquisadores.

Compreendemos que o território intersubjetivo é demarcado pelo contexto de onde partem pesquisador e informante. É necessário, para garantir a reflexividade da pesquisa, expormos inclusive nossas demarcações teóricas a respeito da natureza da relação intersubjetiva de pesquisa, para o qual nos utilizamos da Hermenêutica.

4.2 - Acerca da Hermenêutica

A hermenêutica surge no século XV, a partir da preocupação em interpretar corretamente os textos bíblicos, interesse que em seguida estendeu-se também aos textos jurídicos. O interesse pela reflexão e sistematização desses procedimentos interpretativos surge da constatação que esses textos estavam constantemente sujeitos a erros de compreensão, por conterem passagens obscuras ou complexas. Essa capacidade de erro, todavia, não se restringe aos textos pouco acessíveis. Schleiermacher (1768-1834) ressalta que a hermenêutica é possível mesmo em textos de significado aparentemente óbvio, pois esta necessidade de interpretação é uma qualidade constante do modelo de entendimento humano. (LAWN, 2010)

A partir da tradição inaugurada por Schleiermacher, vários teóricos dedicaram-se ao tema da hermenêutica, tais como Dilthey, Heidegger, Gadamer e Ricoeur. Longe de intentar apresentar as posições hermenêuticas defendidas e adotadas por cada um desses autores, propomos ressaltar algumas preocupações em relação à compreensão de textos tornadas visíveis pela hermenêutica, para em seguida descrever os procedimentos que foram realizados em nossa pesquisa para o processamento das informações.

A hermenêutica exige um movimento recorrente denominado de círculo hermenêutico. Esse movimento implica em compreender o todo do texto através de suas partes, e em seguida compreender suas partes em relação ao todo. Esse procedimento traz informações novas, pois a cada movimento do todo à parte (e vice-versa), é descoberto novos elementos que

modificam a compreensão do texto. Esse círculo tem a capacidade de expandir-se para além do texto, incorporando como parte da “totalidade”, elementos inicialmente considerados alheios a ele, tais como elementos biográficos do autor, outros textos, a cultura de origem do texto e do próprio autor etc. Dessa forma, o significado do texto é recorrentemente redefinido a partir de delimitações do contexto. (LAWN, 2010)

Ricoeur também defende a relação dinâmica com o texto, de forma que o processo de interpretação acontece através de movimentos analíticos e sintéticos, de explicações e compreensões. É interessante notar que com isso Ricoeur realiza uma releitura da dicotomia compreensão-explicação proposta por Dilthey, tentando integrá-las em seu conceito de interpretação (RICOEUR, 1991).

O momento da análise significa a decodificação do texto em unidades menores, esclarecendo em seguida as relações entre essas pequenas partes. Esse movimento assemelha-se ao funcionamento das ciências naturais, pois torna possível um processamento objetivo do material do texto. Dessa forma, especialmente nos estudos linguísticos, pode-se descobrir algo do texto a partir de suas relações internas, sejam de oposição e complementariedade, conjunções e injunções. Porém, apenas esse movimento não é suficiente para obtermos o sentido do texto, que exige um movimento mais próximo da compreensão do que da explicação. Nesse momento o texto é observado a partir de sua relação com seu contexto de enunciação. Ainda que não “represente” o momento da fala, o texto possui um sentido produzido dentro desse acontecimento, de forma que são utilizadas as relações do texto com sua exterioridade para descobrir-lhe um sentido possível. Com isso temos uma contribuição interessante onde Ricoeur expande a noção de círculo hermenêutico, incorporando não apenas as relações todo/parte, mas como movimentos sucessivos de análise/síntese, ou explicação/compreensão (RICOEUR, 1991).

Outro aspecto importante da hermenêutica é a “fusão de horizontes”(GADAMER, 2003). Essa noção parte da concepção de verdade como uma produção histórica, sempre referente a um contexto social datado, pois qualquer julgamento, seja ele moral, científico ou opinativo, está sempre confinando pelos modelos de compreensão do ser humano. Dessa forma, quando vamos avaliar uma ideia de outra época, ou mesmo de outra pessoa, é preciso considerar o contexto histórico (e subjetivo) de onde parte essa ideia, ou ainda, de onde se tornou possível e legítima essa ideia. Desse modo, o contato com um texto, seja ele atual ou antigo, provoca sempre um encontro de perspectivas, mais do que uma avaliação objetiva do verdadeiro e falso. É isso que a noção de horizonte tenta abarcar: uma perspectiva representa

um ponto que se debruça sobre o mundo, de forma que o horizonte representa alegoricamente essa posição (LAWN, 2010).

Dessa forma, consideramos que o texto produzido pelos informantes da pesquisa durante as entrevistas, é proveniente de um encontro entre suas perspectivas, e a nossa própria perspectiva enquanto pesquisador. Novamente, no momento de interpretação do corpus da pesquisa, outro texto se produz do encontro dessas duas perspectivas, gerando produto “dissertação de mestrado”. Tal encontro de horizonte, recorrente, acontece novamente no momento da leitura desse relato de pesquisa por outras pessoas, ocorrendo nova fusão dos horizontes do leitor com o horizonte do texto. O movimento de amálgama é constante, e inerente ao procedimento de compreensão humana.

4.3 - Local e participantes da pesquisa

Rede de atenção à saúde mental de Fortaleza

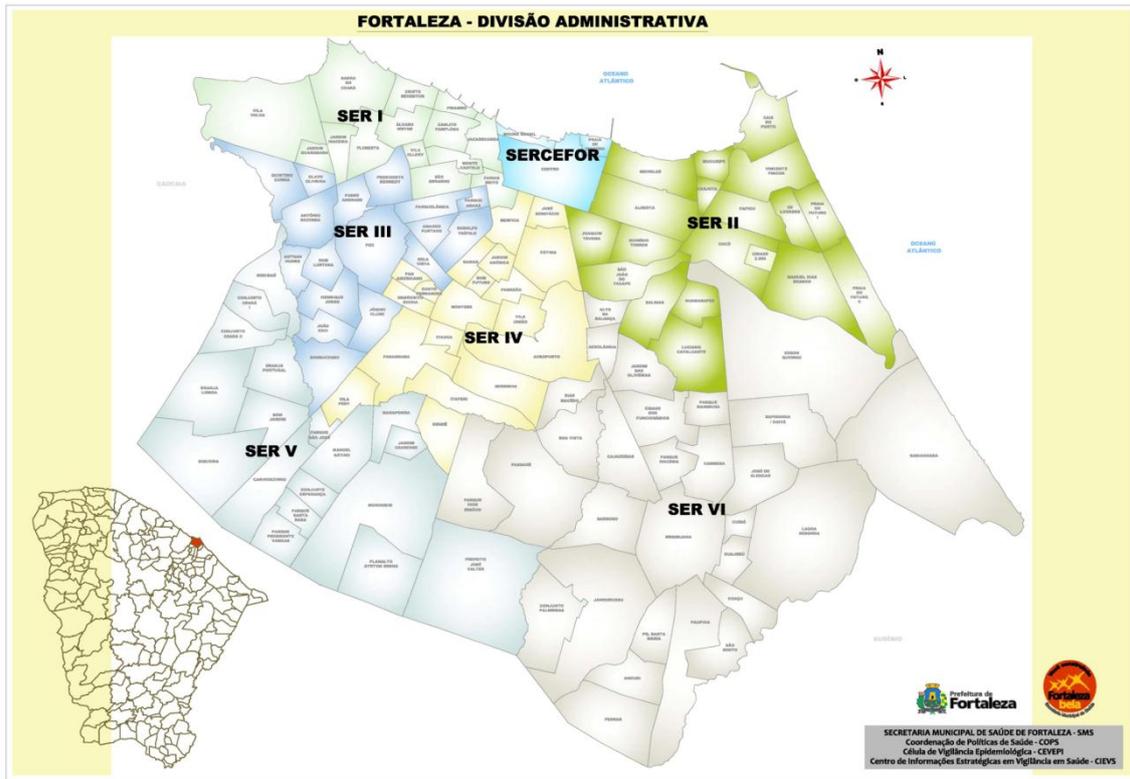
O município de Fortaleza, onde se desenvolveu a presente pesquisa, possui 2.451.813 habitantes⁸, constituindo-se uma cidade de grande porte. O município está dividido administrativamente em sete Secretarias Executivas Regionais (SER): seis são identificadas pela numeração de I a VI, e a sétima é excepcionalmente denominada de Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOR). Com exceção da SERCEFOR, cada SER possui um CAPS II e um CAPS II ad. Ao longo da pesquisa, o CAPS modalidade II da SER II foi requalificado como modalidade III. Contudo, durante a fase de campo tal serviço encontrava-se ainda em fase de adaptação ao novo modo de funcionamento, de forma que essa mudança foi desconsiderada para os fins dessa pesquisa.

As Secretarias Regionais II e III possuem também CAPS infantil, ficando igualmente responsáveis pela demanda das outras regionais (SER I e V têm como referência o CAPSi da SER III, e SER IV e IV têm referência na SER III). Temos, portanto, um total de 16 CAPS em Fortaleza⁹.

⁸ Dados do censo de 2010 do IBGE

⁹ Dados da secretaria municipal de saúde. 2011

Figura 4 – Divisão administrativa de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2011

O estado do Ceará conta com 99 CAPS, possuindo uma taxa de 0,93 CAPS/100mil habitantes, consideravelmente melhor que a média nacional (0,72). Já o município de Fortaleza tem uma taxa menor, de apenas 0,57 CAPS/100mil, conforme podemos identificar na tabela 3, abaixo. As Regionais V e VI, que são as mais populosas e apresentam o IDH mais baixo, são também as que apresentam a pior cobertura de CAPS (ambas com 0,45 CAPS/100mil).

Tabela 3 – Número de CAPS por Tipo, SER e Indicador CAPS/100.000 habitantes. 2010. Fortaleza.

SER	População	CAPS II	CAPSi II*	CAPS ad II	CAPS/100mil
SER I	363.912	1	-	1	0,63
SER II**	363.406	1	1	1	0,63
SER III	360.551	1	1	1	0,63
SER IV	281.300	1	-	1	0,80
SER V	541.505	1	-	1	0,45
SER VI	541.139	1	-	1	0,45
TOTAL	2.451.813	6	2	6	0,57

* Para a inclusão do CAPSi no cálculo da taxa de cada Regional, foi considerada como sua população de referência a soma das populações das 03 regionais referenciadas

**A população da SER II inclui a SERCEFOR

Fontes: IBGE e Secretaria Municipal de Saúde.

A rede de saúde mental de Fortaleza atualmente conta também com cinco hospitais psiquiátricos. Apenas um deles é uma instituição pública (administrado pelo governo do estado do Ceará), outro é uma instituição filantrópica e os demais são serviços privados conveniados. Esses serviços também se responsabilizam por pacientes do interior do estado, existindo apenas mais dois hospitais psiquiátricos no Ceará fora da capital. Todos os hospitais psiquiátricos do estado somados possuem 949 leitos, representando uma taxa de 0,11 leitos/mil habitantes. Esses números colocam o Ceará em uma posição intermediária em comparação com outros estados, possuindo a 13ª maior taxa do Brasil, estando um pouco abaixo da taxa nacional (0,17). Para efeito de comparação, as três maiores taxas pertencem aos estados do Rio de Janeiro (0,36), Alagoas (0,28) e São Paulo (0,26) (DATASUS, 2011).

Quanto à ESF, Fortaleza possui 349 equipes de saúde da família, o que constitui uma cobertura de aproximadamente 33% da população¹⁰. Além disso, conta também com 27 equipes NASF (DATASUS, 2011), dando suporte a cerca de 200 equipes de saúde da família. Ainda que não possuamos dados exatos acerca dos profissionais de saúde mental do NASF, baseando-se nas recomendações do Ministério da Saúde que cada equipe NASF possua pelo menos um profissional de saúde mental em sua composição (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), podemos supor que a grande maioria das equipes de saúde da família apoiadas possui algum suporte em saúde mental (através de profissional psicólogo ou terapeuta ocupacional, uma vez que não houve contratação de psiquiatras para o NASF do município).

Em relação ao SAMU, o suporte às emergências em saúde mental é feito por uma única ambulância, que funciona 24 horas tripulada por uma equipe de socorrista, bombeiro militar e motorista¹¹. Não existem psiquiatras no SAMU, e os médicos de outras especialidades não participam diretamente das chamadas de saúde mental. A participação médica nesses casos dá-se exclusivamente através do apoio por rádio do médico regulador, quando solicitado. O funcionamento padrão nas emergências atendidas para o SAMU é o encaminhamento para o hospital psiquiátrico estadual, que possui função de regulação do fluxo de internações pelo SUS. Não há contato com os CAPS.

Em síntese, Fortaleza conta com uma rede de saúde mental bastante diversificada, incluindo componentes nos três níveis de atenção e atendimento de urgência. Vale ressaltar que estamos aqui destacando a rede que assiste o município de Fortaleza, porém estamos

¹⁰ Fonte: Departamento de Atenção Básica. Dados de dezembro de 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>

¹¹ Dados da Secretaria Municipal de Saúde, 2011

incluindo não apenas os serviços de gestão municipal (ESF, CAPS, SAMU), mas também serviços do governo estadual e serviços privados ou filantrópicos conveniados, responsáveis por hospitais psiquiátricos que oferecem seus serviços para Fortaleza e outros municípios.

Serviços escolhidos como cenários de pesquisa

Na pesquisa qualitativa, a escolha dos espaços de pesquisa segue a lógica da representatividade, onde casos singulares são privilegiados por representarem características importantes para a compreensão do fenômeno, características essas que podem não estar presentes em outros lugares. Desse modo, essa representatividade não obedece a critérios estatísticos, pois não tem como referência um parâmetro populacional. Os casos selecionados devem ser capazes de representar determinado fenômeno por conta de suas possibilidades de fornecer informações detalhadas e aprofundadas, condição essa proveniente da experiência e envolvimento desses participantes com o fenômeno em questão (FLICK, 2009b; MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

A escolha de casos leva em consideração quais características são avaliadas pelo pesquisador como relevantes para a melhor observação e análise do fenômeno a ser investigado, levando em conta o lugar cultural, histórico e social desses participantes (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012). Portanto, a definição de nossa amostra, que incluiu a escolha dos cenários e dos sujeitos de pesquisa, foi realizada através de amostragem intencional (PATTON, 2002), sendo composta por casos que possuíssem atributos importantes para o entendimento do problema de pesquisa. Em relação aos cenários de pesquisa, optamos pela inclusão de locais diversificados, pois, segundo Flick (2009b, p.46), “levar a sério a amostragem é uma forma de administrar a diversidade de forma que a variação e a variedade do fenômeno em estudo possam ser captadas no material empírico com o maior alcance possível”.

Estabelecemos como critério a variação máxima da amostra, de modo que alguns poucos casos foram escolhidos, mas de forma que representassem características mais diferentes possíveis, “revelando o alcance dessa variação no campo” (FLICK, 2009a, p.125). A importância da diversidade pode ser explicada por dois motivos principais:

[...] ao selecionar uma pequena amostra de grande diversidade, a coleta de dados e a análise irão produzir dois tipos de resultados: (1) descrições detalhadas, de alta qualidade, de cada caso, que são úteis para documentar a singularidade; (2) importantes padrões compartilhados que abrangem vários casos e cuja significância provém de sua emergência a partir da heterogeneidade. Ambos são importantes conclusões estabelecidas no inquérito qualitativo. (PATTON, 2002, p.235, tradução nossa)

Desse modo, para garantir maior variedade de perspectivas em relação à articulação em rede, elencamos como locais de pesquisa o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), o CAPS Prof. Frota Pinho, da SER III e o Centro de Saúde da Família Sen. Fernandes Távora, também da SER III, compreendendo que tais serviços representam as principais modalidades de dispositivos envolvidos na atenção à saúde mental.

A opção de escolher um CAPS e CSF da mesma regional justificou-se pelo interesse em ressaltar as relações estabelecidas entre eles, uma vez que a referência entre os serviços é estabelecida dentro da mesma SER. Dessa forma, tivemos acesso a informações sobre a interface entre os serviços pela perspectiva de ambos os serviços. A escolha pela SER III deveu-se ao contato realizado com a coordenação do serviço, que demonstrou existir um registro de informações sobre encaminhamentos mais detalhado que nos outros CAPS visitados. Escolhemos o CSF Fernandes Távora pela boa avaliação emitida pela equipe do CAPS sobre a realização do apoio matricial nesta unidade.

O Hospital de Saúde Mental de Messejana é referência regional para usuários do estado do Ceará, e é atualmente a única instituição pública do gênero no estado. Sendo um hospital estadual, possui todos os seus leitos a disposição do SUS, e serve também como serviço de regulação das internações psiquiátricas do estado, possuindo prioridade nas internações em relação aos demais hospitais e coordenando as transferências para hospitais particulares conveniados ao SUS. Essas características o tornam um elemento central na atenção psiquiátrica do município de Fortaleza, motivo pelo qual foi escolhido como um dos cenários da pesquisa. Vale ressaltar ainda que, pelo caráter de referência regional do HSMM, o hospital se constitui referência para todas as regionais de Fortaleza, obedecendo ao critério de possibilitar a análise de suas relações na perspectiva de mais de um serviço.

Sujeitos de pesquisa

Em nossa pesquisa optamos por trabalhar com os profissionais dos serviços como informantes. A escolha de cada participante ocorreu após a etapa de observação realizada em cada local, obedecendo aos critérios de representatividade descritos anteriormente. Foram selecionados participantes cujo papel ou vivência nos serviços fosse especialmente interessante para a consecução dos objetivos da pesquisa. Privilegiamos informantes que

ocupassem funções privilegiadas na decisão de entrada ou saída dos usuários em cada serviço, escolha que se revelou um processo complexo. Para que expliquemos o que motivou a escolha de cada profissional, é necessário compreender o funcionamento de cada serviço. Por isso, optamos por detalhar tais escolhas apenas nos resultados da pesquisa, onde consta a descrição do fluxo de atividades de cada dispositivo.

Em relação à quantidade de sujeitos participantes e do número de entrevistas a serem realizadas, foi observado o critério de saturação teórica:

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, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008)

Portanto, a saturação corresponde ao momento onde a continuidade na codificação e categorização das informações não acrescenta novas informações decisivas para responder às perguntas formuladas inicialmente na pesquisa (FLICK, 2009a). Vale ressaltar que um ponto de total saturação é inalcançável, considerando a infinita complexidade da subjetividade humana. Dessa forma, ainda que seja considerado um horizonte teórico, a saturação empírica torna-se relativa, limitando-se ao momento onde se torna possível realizar argumentações rigorosas, relevantes e convincentes acerca do fenômeno (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

Dessa forma, a quantidade necessária de sujeitos de pesquisa foi definida *a posteriori*, a partir da pré-análise progressiva das informações das entrevistas. A aparente ausência de material novo relacionado à categorização das informações pode ser indicativa de que o ponto de saturação foi atingido, sendo realizada mais uma ou duas entrevistas de confirmação. Mantendo-se a ausência de novos materiais significativos para a pesquisa após as entrevistas de confirmação, é interrompida a entrada de novos integrantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Em alguns aspectos não obtivemos saturação nas entrevistas do CSF, porém já havíamos entrevistado todos os profissionais de nível superior da unidade, não sendo possível incluir outro serviço na pesquisa por limitações de tempo.

Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o modelo no apêndice C. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o registro do ofício 209/12209/12, protocolo 145/12.

Técnicas de obtenção e processamento de informações

Para a construção de nosso *corpus* utilizamos como técnicas de produção de informações a observação participante e entrevistas em profundidade. No período inicial de nossa inserção no campo foi realizada observação assistemáticas (ANGROSINO, 2009) em cada serviço selecionado, para possibilitar o contato com seu funcionamento, sua composição de equipe e clientela. Além da observação de aspectos objetivos (tais como número de trabalhadores, estrutura física, quantidade de usuários etc.), foi também o momento de contatos iniciais com os trabalhadores, fato que trouxe informações importantes para a seleção de participantes para a etapa subsequente, de entrevistas. Esse período de observação ocorreu de modo intermitente de julho a dezembro de 2012, e constitui-se de 20 visitas com duração média de 3 horas. No CAPS e CSF, foram feitas observações em turnos da manhã e tarde, durante a semana. No HSMM foram incluídas também observações em finais de semana e durante a noite. Estimamos que foram realizadas aproximadamente 60 horas de observação nos serviços.

Defendemos a importância da observação nas investigações qualitativas, pois “as práticas apenas podem ser acessadas por meio da observação, uma vez que as entrevistas e narrativas somente tornam acessíveis os relatos das práticas e não as próprias práticas” (FLICK, 2009a, p.203). Além disso, o momento da observação serve para perceber, além das atividades, as inter-relações das pessoas no campo (ANGROSINO, 2009). Dentre as diferentes modalidades de observação, optamos pela “observação livre”, em decorrência do caráter assistemático da técnica. Além de não exigir um roteiro ou *checklist*, na observação livre o registro de informações pode ser feito sem o uso de meios técnicos especiais, e pode prescindir de perguntas diretas (LAKATOS; MARCONI, 2010). Acreditamos que a liberdade propiciada por esse método permitiu tanto o contato com aspectos identificados como importantes antes da entrada no campo, como também deixou em aberto a possibilidade de rastrear e acompanhar situações surpreendentes descobertas durante a observação.

Após esse momento de observação, selecionamos alguns profissionais para entrevistas individuais. As entrevistas seguiram a modalidade de entrevista semi-estruturada, que, segundo Gaskell (2008), é uma conversação orientada por um “tópico guia” que contém temas centrais relacionados ao problema de pesquisa (apêndice B). Foram realizadas perguntas aos entrevistados com base nesses temas centrais, mas deixamos espaço também para o aprofundamento de outros temas significativos que porventura surgiram em seu relato. Concordamos com Gil (1999, p.118) quando este afirma:

[...] a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca de suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Acrescentamos, contudo, que a situação de entrevista não se limitava a “coletar” informações, no sentido que enquanto um momento de interação possibilita a construção de novas informações, não necessariamente já “possuídas” pelo informante. O objetivo foi de, ao apresentar determinados temas, tentar penetrar na compreensão que o participante da entrevista constrói sobre eles, dentro da situação de interação com o pesquisador. Ainda que o pesquisador não deva incluir seus pontos de vista pessoais acerca do tema em questão, há uma inegável diretividade presente na escolha e apresentação dos temas, de forma que não podemos considerar a entrevista como uma situação natural ou neutra de recuperação de informações.

Consideramos que as ações das pessoas são mediadas pela construção de significados no (e do) mundo. Portanto, é possível compreendê-las, em parte, através de seus discursos sobre si mesmas e suas ações. Correlativamente, isso nos possibilita compreender também aspectos da realidade social específica que tais pessoas constroem ao agir com base em suas compreensões singulares.

Realizamos 21 entrevistas, incluindo 08 profissionais do CSF (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 ACS), 05 profissionais do CAPS (02 psiquiatras, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional e 02 assistentes sociais) e 08 do HSMM (03 psiquiatras, 01 enfermeiro, 03 assistentes sociais, 01 terapeuta ocupacional), e um profissional que trabalhava tanto no CAPS como no HSMM. Ocorreram duas situações extraordinárias no CSF: dois profissionais exigiram ser entrevistados conjuntamente, de forma que na transcrição da entrevista e, conseqüentemente, nos excertos reproduzidos nos resultados, foram identificados como ENTREVISTADO 1 e ENTREVISTADO 2. Também no CSF, um profissional não autorizou o uso do gravador em sua entrevista, de modo que a recuperação do relato foi feita por meio da transcrição parcial da entrevista segundo a memória do pesquisador, durante e logo após o encontro. Desse modo, entrevistamos um total de 22 profissionais, em 21 entrevistas com duração média de 56 minutos, totalizando 19 horas de gravação.

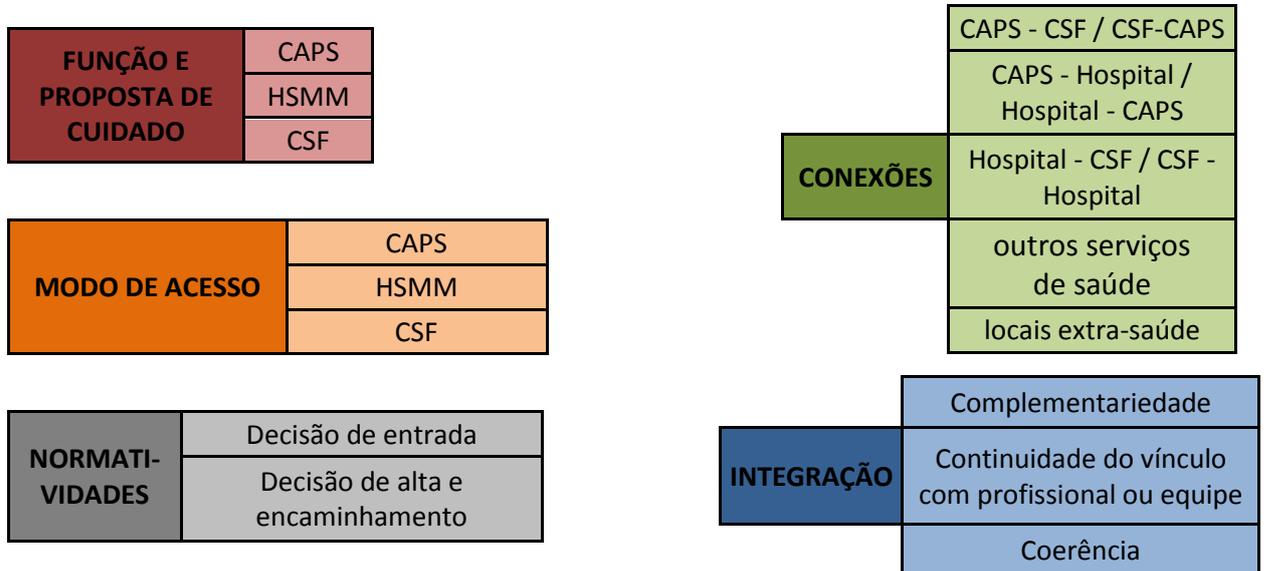
Após as entrevistas, as informações obtidas foram transcritas, fixando o discurso dos entrevistados em forma de texto. Mais do que um procedimento meramente técnico, a transcrição da situação de entrevista cria um novo objeto de análise, pois a transformação em texto retém certas características do discurso falado, ao qual tenta representar, mas não representa a totalidade de aspectos existentes na entrevista. Ainda que haja um recorte da

experiência dialógica ocorrida na entrevista, consideramos que lidar com as informações em forma de texto possibilita procedimentos analíticos em relação à forma e conteúdo do discurso que não estariam disponíveis de outra maneira. A transcrição de todas as entrevistas produziu 303 páginas de texto para análise.

Tendo como fundamento a hermenêutica, podemos sistematizar cinco procedimentos metodológicos que nortearam nosso processamento das informações. Buscamos uma técnica que possibilitasse a compreensão do relato dos entrevistados dentro de uma relação interna ao *corpus* da pesquisa (com os demais elementos de um mesmo relato e com os demais relatos) e externa ao *corpus* (com o contexto onde as informações foram produzidas, com a literatura sobre o tema e a experiência do pesquisador). Logo, realizamos os seguintes procedimentos:

- **Descrição:** compreendeu a organização de uma narrativa que represente o funcionamento dos serviços, conforme percebido no período de observação, incorporando também novos elementos introduzidos através das entrevistas. Essa descrição tentou reproduzir os cenários de pesquisa através da compreensão dos seus trabalhadores, e não apenas pela ótica do pesquisador, e foi posteriormente incorporada nos conjunto de resultados do trabalho.
- **Pré-Análise:** representou o contato inicial com a totalidade das informações, através da escuta do áudio das entrevistas e leitura de sua transcrição. Esse momento inicial não busca uma essência ou sentido unitário das informações. Ao contrário, foi o momento de deixar-se afetar pelas nuances e detalhes, muitas vezes contraditórios, das diversas falas, esperando emergir naturalmente temas de interesse a partir do material. Esse movimento de afetação é denominado por alguns autores de impregnação (MINAYO, 2012).
- **Organização e codificação do material:** essa etapa é o momento de definir os excertos do material que são pertinentes aos objetivos da pesquisa, incluindo tanto aspectos já ressaltados na literatura como situações novas retratadas no campo. Os trechos foram destacados por segmento (profissionais CAPS, HSMM e CSF), criando um novo texto codificado para possibilitar a identificação de fragmentos do material que fossem representativos do sentido das falas dos entrevistados. Foi utilizado o software *NVIVO 10* para auxiliar a separação e reorganização dos excertos nessa etapa, assim como na fase subsequente, de categorização. Os trechos foram formatados em itálico, e identificados com notações de local e sequência da entrevista. *Exemplos:* [CAPS 02] representa a segunda entrevista realizada no CAPS; [HSMM 02] indica a segunda entrevista com um profissional do Hospital de Saúde Mental de Messejana.
- **Categorização do material:** nessa fase ocorreu a criação de categorias empíricas que representem e esclareçam articulações internas e externas criadas pelos entrevistados em seu processo de percepção, interpretação e ação na realidade, em relação ao fenômeno em estudo. Buscou-se também o reconhecimento de padrões e divergências sobre tais elementos centrais da compreensão dos sujeitos de pesquisa. Agrupamos o material em cinco categorias: “função

e proposta de cuidado”; “modo de acesso”; “normatividades”; “conexões”; e “integração”. As categorias subdividiram-se da seguinte forma:



Vale ressaltar que as categorias “função e proposta de cuidado”, “modo de acesso” e “normatividades” evidenciam elementos isolados de cada serviço. Cada categoria foi analisada a partir de convergências e divergências de profissionais do mesmo local. Assim, temos uma proposta de cuidado, um modo de acesso e normatividades que dizem respeito separadamente ao CAPS, HSMM e CSF. Diferentemente, as categorias “conexões” e “integração” já representam elementos de mais de um serviço, tendo sido analisadas tanto pela comparação entre discursos de um mesmo serviço, como pelos relatos provenientes de outro serviço. Dessa forma, subcategoria “conexões CAPS – CSF / CSF-CAPS”, por exemplo, compreende relatos de ambos os serviços. Cada subdivisão da categoria integração já inclui relatos dos três serviços.

- **Reinterpretação:** esse momento final representou a produção de novos sentidos a partir da confrontação das categorias empíricas com os marcos teóricos do estudo, o modelo analítico e a observação do cotidiano dos serviços, permitindo assim nossas interpretações sobre o material. Assemelha-se ao que Minayo chama de “análise final” (MINAYO, 2010), porém destacamos seu caráter sintético e interpretativo:

Essa fase [de reinterpretação] dá-se a partir da análise formal, mas distingue-se dela, uma vez que essa última procede por análise: desconstrói, quebra, divide, visando ampliar o conhecimento sobre as formas simbólicas – o cerco epistemológico –, focando sua estrutura interna. Já na re-interpretação, procede-se por síntese, integrando o conteúdo das formas simbólicas à análise do contexto de sua produção. (VERONESE; GUARESCHI, 2006, p.89)

Cabe ressaltar que esses momentos não foram momentos estanques no decorrer da pesquisa. Pesquisar consiste em um ciclo reflexivo, onde recorrentemente retorna-se às fases anteriores a partir do enriquecimento da análise. Mais do que uma lista de etapas, a descrição mais acurada do processo seria de um movimento em espiral, principalmente nas etapas de descrição, categorização e reinterpretação do material.

Desse modo, tivemos duas fontes principais de informações: a observação livre e as entrevistas com profissionais. O uso de múltiplas fontes de informação para responder a um mesmo problema de pesquisa é conhecido como triangulação, o que permitiu que os dados fossem comparados, enriquecendo as análises de cada fonte isolada (MINAYO, 2012).

Após o encerramento da análise, o produto final do trabalho foi consolidado nesta dissertação, que corresponde ao relatório da pesquisa. Para orientar o leitor, descreveremos como se organiza a apresentação dos resultados, divididos em cinco seções:

- ✓ As três primeiras seções correspondem à descrição de cada serviço a partir da fase de observação, assim como a análise das categorias “função e proposta de cuidado”, “modo de acesso” e “normatividades”. As seções têm como título o nome de cada serviço, na seguinte ordem: 1) **Centro de Atenção Psicossocial Prof. Frota Pinho**; 2) **Hospital de Saúde Mental de Messejana**; 3) **Centro de Saúde da Família Fernandes Távora**
- ✓ A quarta seção congrega a análise da categoria “**conexões**”, e discorre sobre as relações travadas entre os três serviços pesquisados, assim como as interfaces de cada um deles com outros locais não integrantes da pesquisa, sejam do setor saúde ou de outros setores.
- ✓ A quinta e última seção, “**integração**”, contempla a categoria de mesmo nome. Analisa os efeitos do conjunto de interfaces observadas, assim como o confronto entre as propostas de cuidado de cada um dos serviços.

Após a apresentação dos resultados, encerraremos o texto com nossas conclusões, onde, de forma sucinta, retomamos a partir dos resultados cada dimensão do modelo analítico desenvolvido. Ressaltamos que a divisão em categorias empíricas durante o processamento, assim como em dimensões analíticas, no modelo que desenvolvemos, não representam rupturas reais dos processos observados. Na realidade, são recursos heurísticos tanto para produção de novos conhecimentos acerca do fenômeno estudado, como para sua apresentação de forma didática. A necessidade de segmentar o fenômeno é decorrente de nossa própria incapacidade de abordá-lo de forma integral, sendo um recurso necessário para produzir uma nova inteligibilidade, provisória e incompleta, mas que possa gerar efeitos positivos na compreensão da rede de atenção em saúde mental.

5. RESULTADOS

5.1 Centro De Atenção Psicossocial Prof. Frota Pinho

Nessa seção pretendemos analisar isoladamente alguns aspectos do CAPS, descrevendo características como histórico, composição de equipe e estrutura, proposta de cuidado, assim como o acolhimento e os fluxos desenvolvidos pelos usuários¹² no interior do serviço. Abordaremos ao longo dessa exposição as categorias “**função do serviço**”, “**acesso**” e “**normatividades**”, referentes ao CAPS. Em nosso roteiro de entrevista (apêndice B), as perguntas de 01 a 05 visaram esclarecer em cada serviço os aspectos mencionados acima.

O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Costa Pinho foi o primeiro CAPS implantado em Fortaleza, no ano de 1998. Conforme descrevemos anteriormente, esse pioneirismo trouxe consequências importantes para seu funcionamento inicial, com impactos que se prolongaram mesmo após a inauguração de outros CAPS no município. O primeiro impacto percebido é o grande número de prontuários cadastrados no serviço. Atualmente existem em torno de 10.100 prontuários, ainda que muitas dessas pessoas não mais frequentem o serviço, ou tenham sido transferidas posteriormente para outros CAPS. Segundo a equipe do CAPS, não é possível saber quantos usuários de fato continuam matriculados ou mesmo frequentando o serviço, ainda que os técnicos do arquivo estimem que existam em torno de 4.000 prontuários cuja referência mantenha-se nesse CAPS. Não há estimativa de quantos prontuários desse total estão ativos.

O CAPS conta com uma equipe de 24 profissionais de nível superior, incluindo também um artista: 02 enfermeiros, 04 terapeutas ocupacionais, 01 artista, 04 assistentes sociais, 04 psicólogos, 01 educador físico, 01 técnico de enfermagem, 07 psiquiatras e 01 coordenadora. O grande número de psiquiatras destoa dos outros CAPS do município, em virtude da parceria com a Universidade Federal do Ceará. Além dos referidos psiquiatras, existem ainda dois preceptores da residência de psiquiatria que acompanham residentes e internos na realização de atendimentos. Os tipos de vínculo

¹² Utilizamos como sinônimos os termos “usuário” e “paciente”, por dois motivos. Primeiramente, nos serviços pesquisados os termos são utilizados indiscriminadamente. Em segundo lugar, observamos que apesar de o termo “paciente” gerar críticas por ser associado à passividade, o termo mais comumente usado como substituto – usuário – afirma uma relação de uso, também inadequada ao princípio de Humanização do SUS. Cientes das limitações de ambos, os utilizaremos sem distinção.

dos profissionais são variados, pois alguns são servidores federais, cedidos pela universidade, outros são servidores do município, e a grande maioria são funcionários terceirizados, contratados por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS). O CAPS é considerado também um serviço-escola, de forma que existe um trânsito constante de internos de medicina e estagiários de outros cursos, assim como residentes multiprofissionais em saúde e em psiquiatria.

Em relação à estrutura física, o CAPS conta com 02 salões para grupos, 05 consultórios de atendimento individual, um consultório de enfermagem, sala de coordenação, recepção, sala de espera, sala de arquivo, cozinha e refeitório (que também é utilizado para algumas oficinas). Além disso, algumas atividades são realizadas fora do CAPS, por meio de instituições parceiras como ONGs e uma igreja. O CAPS não conta com uma farmácia, possuindo apenas alguns medicamentos de emergência. Vale ressaltar que o CAPS localiza-se em uma área onde existem diversas instituições de saúde, de forma que os usuários do serviço tem a medicação dispensada no Centro de Saúde Anastácio Magalhães, localizado a quatro quarteirões do CAPS. A ausência da farmácia não é considerada pelos profissionais como uma deficiência do serviço. A coordenação e alguns trabalhadores consideram vantajoso para o serviço a ausência da farmácia, pois obriga os usuários a circularem por outro espaço da rede de saúde, assim como diminui a associação do CAPS aos psicofármacos. Além disso, foi relatado por alguns trabalhadores que os outros CAPS do município já tiveram a farmácia furtada ou assaltada, tornando-a um risco a segurança de trabalhadores e usuários. Dessa forma, existe uma assertiva do CAPS de que não seja implantada farmácia em sua sede.

De modo geral, a estrutura física do CAPS é bem conservada, possuindo boa manutenção. Isso se deve principalmente ao convênio com a universidade, que obtém o repasse de verbas de forma mais ágil do que por meio do repasse municipal. Não se observaram reclamações em relação à estrutura ou ausência de material para realização das atividades. Em alguns momentos foi observada alguma dificuldade em relação à disponibilidade de salas para atendimentos individuais, especialmente em turnos onde existiam dois ou três psiquiatras atendendo, pois tais profissionais possuem prioridade no uso dos consultórios. Contudo, isso ocorreu de forma eventual, e não chegou a ser comentado pelos trabalhadores como uma deficiência estrutural.

A função do CAPS Prof. Frota Pinho segundo seus profissionais

Quando indagados sobre a função do CAPS, identificamos três temas principais no relato do trabalhos: um aspecto **assistencial** (proposta de cuidado), um aspecto **político**, e um aspecto **formativo**.

A análise do aspecto assistencial revelou uma proposta de cuidado específica, com ênfase na possibilidade de reabilitação agregada à reinserção social dos usuários. A reabilitação não foi associada diretamente à cura ou mesmo à remissão de sintomas, sendo referida como recuperação da capacidade de ocupar determinados espaços sociais e familiares assumidos pela cidadania. Essa ocupação é facilitada tanto pela remissão de sintomas, como pela superação de estigmas associados à loucura (periculosidade e incapacidade), assim como pelo desenvolvimento de novas habilidades sociais e da capacidade produtiva. A reinserção defendida pelos profissionais é utilizada de três formas principais, segundo podemos ver nas falas a seguir, como: retorno da pessoa ao convívio comunitário; reestabelecimento das relações familiares; e desenvolvimento de atividades produtivas.

Como objetivo, que eu vejo lá no CAPS, é assim, de fazer a reabilitação mesmo do paciente, a reinserção dele na sociedade e trazer propostas de inclusões produtivas e sociais para ele. Devolver realmente a ele ao lugar na comunidade, ao lazer, à cultura, ao trabalho, à família. [CAPS 01]

A proposta do CAPS é de re-inserção social. É de um olhar humanizado para esse sujeito adoecido. Não esse doente mental, mas esse sujeito que está em sofrimento psíquico. E que é um cidadão. [CAPS 02]

No CAPS a gente teria um suporte além do medicamentoso: comunitário, dentro de uma linha que a gente trabalha de apoio também àquela família, de favorecer que esse usuário circule pela comunidade apesar de ter o problema do transtorno mental. [CAPS 04]

Esses elementos convergem com o que Leão e Barros (2008) defendem como principais elementos da reinserção social: o enfrentamento do estigma; a realização de trocas sociais, notadamente na família; e a produção de autonomia, inclusive por meio do trabalho. Contudo, ressaltamos que não é apenas o funcionamento “de portas abertas” do dispositivo CAPS que garante o respeito à autonomia e a busca pela reinserção social (OLIVEIRA; ALESSI, 2003), sendo necessária a intencionalidade da equipe de desenvolver relações e projetos que visem aumentar o poder de contratualidade dos usuários nas trocas sociais (KINOSHITA, 1996). Não foi objeto de nossa investigação a compreensão de cada uma das atividades desenvolvidas no CAPS da SER III, mas destacamos algumas atividades consoantes tal concepção de autonomia,

como a oficina de produção de vassouras e o curso de informática. Tais atividades inclusive ocorrem fora do espaço do CAPS, e são compartilhadas com outras pessoas não usuárias de serviços de saúde mental.

Constatamos que, conforme identificado por Nunes e cols. (2008), é possível a coexistência de diferentes modelos de cuidados dentro de uma mesma instituição. Esses autores identificaram em serviços CAPS do município de Salvador a presença de um “modelo biomédico humanizado”, com ênfase na psicopatologia e adequação dos usuários à reinserção social, um “modelo psicossocial com ênfase na instituição”, onde há uma predominância do aspecto psicossocial do cuidado, mas com práticas restritas ao próprio serviço, e um “modelo psicossocial com ênfase no território”, no qual as ações estariam prioritariamente voltadas para outros espaços sociais. Encontramos no CAPS de nossa pesquisa a presença de elementos de todos os três modelos, ainda que no discurso dos profissionais todas estas práticas sejam associadas à reabilitação e reinserção social dos usuários. Também chamou a atenção que todas as atividades externas são acompanhadas por dois profissionais da equipe, ou tiveram a parceria estabelecida por esses dois profissionais. Ainda que não tenhamos aprofundado a compreensão acerca da divisão de tarefas dentro da equipe, podemos especular que os dois profissionais em questão teriam uma preocupação maior no desenvolvimento dessas atividades, destacando-se do restante da equipe.

Também percebemos no discurso dos profissionais o CAPS tendo a função de substituir um modelo anterior de atenção à saúde mental, representado pelos hospitais psiquiátricos, o que consideramos um aspecto político de sua função de reabilitação e reinserção. Essa substituição se daria tanto em nível individual, evitando a internação dos usuários, fator que se aproxima do aspecto assistencial, mas ocorre também em nível coletivo, no sentido da responsabilidade pela substituição de todo um modelo de atenção pautado na internação e isolamento. Esses dois níveis se evidenciam nas falas a seguir:

O CAPS, ele teria a função de tratar no território a pessoa com transtorno mental. Esse tratamento no território com a intenção clara de evitar a reinternação. [CAPS 04]

Porque quanto mais usuários tiver tentando a internação, se for da nossa área, é um indicador de que nós não estamos atendendo a contento. [CAPS 03]

O modelo biomédico é aquele modelo de ambulatório. Aquele modelo mesmo assim de chegar, receber sua receita e ir embora, né? E hoje não, a gente tem outra concepção. [...] A gente tem a concepção mesmo de reabilitar e inseri-lo de volta na sociedade. E é isso que a gente está fazendo. [CAPS 01]

[O CAPS...] é um dos fundamentos principais da própria reforma psiquiátrica, né? A questão de implementar os serviços substitutivos, né? Substitutivos ao modelo que historicamente estava posto, o modelo hospitalocêntrico. [CAPS 03]

O CAPS ele é um serviço substitutivo do hospital psiquiátrico. Veio para trabalhar essa questão da desospitalização, da desinstitucionalização. É a reforma psiquiátrica. [CAPS 02]

Percebemos, portanto, que além da função direta da assistência aos seus usuários, os trabalhadores atribuem também uma função política ao CAPS, como dispositivo estratégico da negação dos hospitais e avanço da Reforma Psiquiátrica. Observamos a construção da identidade do serviço estabelecida em contraposição ao modelo manicomial. Desse modo, a redução ou aumento do número de internações torna-se inclusive um indicador da qualidade do trabalho da equipe.

Cabe ressaltar que a substituição não acontece apenas pela troca de uma instituição (hospital) por outra instituição (CAPS). A proposta de reabilitação e reinserção necessita também de outros serviços, o que torna o CAPS um articulador ou coordenador de uma rede de serviços voltada à saúde mental:

E o CAPS, quando ele se coloca no território pra dar esse apoio ambulatorial ele também acaba sendo o articulador do restante da rede quando daqui a gente trabalha esse usuário e entende que ele tem uma questão clínica e que tem que ir pro posto. Que ele tem uma questão civil e que precisa de benefícios e de acompanhamento social. [...] Então a gente tá aqui para além de dar a esse suporte a doença, a patologia, ser um articulador dessa circulação pelo território.. [CAPS 04]

[...] o CAPS é um dos serviços dentro desse contexto maior da rede. Acontece que essa rede não funciona. Ela acaba colocando esse papel, esse atributo muito grande ao CAPS, que ele seja o único responsável por todo e qualquer cuidado do território, em relação a saúde mental. [...] Porque, em tese, o CAPS ele tem um papel fundamental, uma preponderância dentro da rede, mas como articulador. Como coordenador da política, das ações que devem ser implementadas dentro da rede, dentro daquela área de abrangência. [...] Então assim, gente almeja chegar a esse patamar, de que a gente possa complementar e não ser o todo. [CAPS 03]

Pereira, Rizzi e da Costa (2008) ressaltam que o acúmulo das funções de porta de entrada para demanda de saúde mental, assistência direta às demandas graves e articulação de rede, pode trazer dificuldades para a equipe exercer com qualidade essas “vocações” do serviço. Os trechos acima evidenciam os desafios particularmente em relação à articulação da rede. A importância de outras instituições é ressaltada pelo reconhecimento de necessidades dos usuários cujas respostas não são exequíveis isoladamente pelo CAPS, de acordo com as referências feitas a questões civis, clínicas, educacionais etc. Nesse sentido, observa-se certo incômodo dos profissionais em relação ao funcionamento dos demais serviços, que prejudica a execução da proposta do

CAPS. Outro incômodo dos profissionais diz respeito à inexistência de outros serviços de saúde mental voltados para demandas que não deveriam ser responsabilidade dos CAPS:

Ao mesmo tempo que ele [CAPS] era implantado, leitos em hospitais psiquiátricos eram desativados, ambulatorios de psiquiatria, ambulatorios especializados eram desativados. E aquela população que era atendida nesses outros serviços, foram encaminhadas, encaminhados os casos leves, moderados, os mais graves, todos encaminhados para CAPS. E isso terminou levando a um inchaço, a uma superlotação, não sei se é o termo adequado, da rede. [...] O que terminou por desviar do caminho que estava definido para o campo de ação dos centros de atenção psicossociais. [CAPS/HSM]

Então acaba que aquele grupo de pessoas que o serviço organizou pra liberar em 2006, 2007, uma parte, não a mesma pessoa, mas a mesma categoria, voltou através desse ambulatório provisório. Como se a gente tivesse dado uma volta, porque no meio do percurso não tinha uma rede que acolhesse isso. [CAPS 04]

Assim percebemos que a proposta de cuidado do CAPS implica na necessidade de outras instituições por dois motivos: primeiramente, porque dentro da proposta do CAPS são indispensáveis ações de outros serviços, dando um suporte na reinserção das pessoas com comprometimentos psíquicos graves. Em segundo lugar, também são necessárias instituições que se responsabilizem pela demanda de pessoas que não estariam incluídas na proposta do CAPS. Pela insuficiência desses outros serviços, a exigência que o CAPS atenda também a essas pessoas prejudicaria a execução de sua proposta inicial. Esse prejuízo implicaria, principalmente, na realização prioritária de atividades dentro do próprio serviço, voltadas para o aspecto da reabilitação individual, sem necessariamente possibilitar a reinserção. Nesse sentido, alguns profissionais relataram a dificuldade de realizar atividades externas e a pressão pela terapia medicamentosa:

Embora o paciente tenha muito a questão cultural do remédio, da medicação, do imediatismo. A família vem com essa demanda. Muito forte. Muito forte ainda. Então assim, eu não quero conversar com o psicólogo, eu quero meu remédio, eu quero minha receita. Melhorou neste CAPS porque houve uma reforma de serviços, de olhares, de saberes. [CAPS 02]

Então ainda tem muito chão na saúde mental para desconstruir esse estigma [do louco], esse paradigma. Não é fácil. Eu ainda vejo muito que a saúde mental tem que dar muitos passos. [...] Porque é o social. Por isso que se diz atenção psicossocial. Porque eu vou lá no CAPS, faço minha consulta, mas volto para minha comunidade. É lá que ele fica. Lá que ele é apontado, que ele é aceito ou não. O CAPS tem que o tempo todo fazer essa ponte, de se deslocar, se des-encapsular. Ficar na comunidade, mais próximo a eles. [CAPS 02]

Conforme veremos a seguir, a maior parte das atividades acontece dentro do CAPS, ainda que existam alguns grupos externos. Vale ressaltar que todos esses grupos

foram organizados por dois profissionais, dando a entender que o restante da equipe se restringe a atividades no interior do serviço. Todavia, mesmo no tocante às atividades internas, a finalidade principal é possibilitar que o usuário retome suas atividades na comunidade, embora tais atividades não ocorram com o suporte direto do CAPS.

Apesar dessas dificuldades, os trabalhadores consideram que o CAPS tem conseguido realizar suas propostas, sendo inclusive considerado um “CAPS modelo”. Além disso, a parceria com a Universidade existente desde a criação do CAPS torna frequente a presença de estagiários, sendo o serviço considerado também um “CAPS-Escola”:

O que eu percebo, posso dizer até assim: É um CAPS modelo. É um CAPS onde todo mundo se espelha, né? Já está dizendo: é um CAPS escola. [CAPS 01]

Esse CAPS ele nasce com uma perspectiva diferenciada, que esse é ser um espaço de assistência, mas também de ensino, pesquisa e extensão. Porque ele nasce dentro da Universidade Federal. [...] Então a medida em que a gente aqui, ao longo desses dez anos abre a nossa perspectiva também dos avanços e limitações, mas pra ser campos de estágios, de pesquisa. [...] Quantas pesquisas importantes, e os retornos importantes, desse olhar que vem, né? Que nos vê de outra forma, traz sempre há algo a acrescentar, né? [CAPS 03]

Ser um “CAPS-Escola” implica em uma preocupação em ser uma instituição formadora e contribuir no desenvolvimento tanto de habilidades e técnicas como de uma visão diferenciada em relação à saúde mental por aqueles que vivenciam o serviço. Além de uma responsabilidade, ser um espaço de formação também torna o serviço mais permeável a inovações tecnológicas e à experimentação *in loco*, pois aproxima o serviço do contato com docentes e pesquisadores de diferentes cursos da Universidade Federal do Ceará.

Em resumo, podemos identificar que as funções atribuídas ao CAPS da SER III por seus profissionais contemplam três eixos: uma proposta assistencial, de reabilitação e reinserção social; uma proposta política, enquanto representante e articulador de um novo modelo de atenção à saúde mental; e uma proposta formativa, de responsabilidade conjunta à Universidade por uma formação em consonância com os dois aspectos anteriores.

Acesso ao CAPS, normatividades e fluxo interno dos usuários

Nessa seção descreveremos como funciona o fluxo interno dos usuários no serviço, com especial atenção a admissão, encaminhamento e alta do CAPS, assim

como outros momentos nos quais ocorre o contato com outra instituição. Nas fases de observação e de entrevistas estivemos atentos a esses processos, por reconhecer que a entrada e saída dos serviços são o eixo ao redor do qual as relações entre os diferentes serviços se constroem. Lembramos ainda que o fluxo do CAPS inicia-se apenas quando há algum acesso ao serviço, assim como a proposta de cuidado pretendida só é possível quando a pessoa torna-se usuária do serviço. Desse modo, tanto para entender o funcionamento individual do CAPS, como seu funcionamento na rede, é necessário compreendermos seu acesso.

Antes de apresentar a discussão acerca do acesso ao CAPS e apresentarmos o fluxograma interno dos usuários nas atividades, cabe ressaltar dois elementos que modificaram o contexto do serviço durante nossa observação. Logo após as eleições municipais, quando foi eleito o candidato de oposição à gestão da época, iniciou-se um período de incertezas e insegurança a respeito da continuidade dos trabalhadores terceirizados, em virtude da mudança no jogo de forças políticas que garantiam a manutenção de tais contratos. Esse estado agravou-se ainda mais quando os trabalhadores terceirizados tiveram o salário atrasado por cerca de 20 dias, período no qual algumas atividades, como grupos, visitas domiciliares e institucionais, foram suspensas. As atividades foram normalizadas após o pagamento do salário atrasado, contudo, permaneceu a sensação de insegurança em relação à manutenção dos contratos de trabalho, tema inclusive de algumas reuniões de equipe (rodas de gestão semanais). Logo em seguida, houve novo problema em relação ao pagamento de 13º salário e férias, deflagrando novas mobilizações políticas que modificaram a rotina do serviço.

Um segundo evento que alterou significativamente a rotina do CAPS foi o descredenciamento do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) do SUS, ocorrido em outubro de 2012. Esse hospital psiquiátrico é o segundo maior do município, e localiza-se na mesma SER que o CAPS, e realizava grande número de atendimentos ambulatoriais diariamente. Com seu descredenciamento, grande parte de seus pacientes ambulatoriais foram buscar consultas psiquiátricas no CAPS. Na maioria dos casos observados, essa busca declaradamente visava à obtenção de medicação, em especial de benzodiazepínicos. Tais medicações são utilizadas no controle sintomático de ansiedade, provocando uma sedação que também auxilia o sono, e apresentam alto risco de dependência.

Tendo em vista a impossibilidade de incorporar esses pacientes no serviço, uma vez que não apresentam sofrimento psíquico grave, foi criado um ambulatório de

psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), localizado no centro de Fortaleza. Segundo a coordenadora do CAPS, há uma proposta da coordenação de saúde mental do município que posteriormente os CAPS AD de cada regional fiquem responsáveis pelo acompanhamento de pessoas dependentes de benzodiazepínicos, porém isto ainda não ocorre atualmente. Dessa forma, os pacientes são recebidos no CAPS, porém redirecionados para o CEMJA caso não seja identificada a presença de sofrimento psíquico grave na entrevista de acolhimento.

Ainda que o fechamento do IPC tenha provocado uma mudança na quantidade de pacientes buscando o CAPS, tal fenômeno é parte das questões mais amplas de acesso ao serviço. Iniciaremos discutindo com o tema “acesso ao CAPS”, para posteriormente descrevermos o percurso dos usuários no serviço. Os relatos a seguir descrevem como ocorre o primeiro contato com o serviço:

As pessoas podem chegar de duas maneiras: ou elas chegam encaminhadas, referendadas de algum serviço de saúde, ou serviços de assistência social. [...] Podem ser da Atenção Básica, [...] vêm de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais gerais também, né? Ou de serviços de referência de Assistência Social [...]. Mas essas pessoas também podem vir por demanda espontânea e sem encaminhamento algum. [CAPS 03]

A admissão de pacientes se dá de duas formas principais: a procura espontânea; o encaminhamento de algum profissional da área. [...] Mas também existe a procura espontânea. [CAPS/HSM]

Demanda espontânea é o paciente sentir a necessidade de vir ao CAPS ou a família trazer para o CAPS. E ele chega lá e ele é acolhido e é feita uma avaliação, um diagnóstico situacional daquele paciente para que a gente possa sair encaminhando para os setores corretos. [CAPS 01]

Aqui você pode vir sem saber nem que serviço é esse. Ou então você pode vir encaminhado, às vezes não. Às vezes entram pessoas aqui que não sabem nem onde estão. Aí nesse acolhimento a gente escuta e esclarece onde é que ele tá. [E diz:] "Olha, não é aqui." "Não, porque fulano de tal disse que aqui é o 'CAPI'". Nem pronuncia direito. "Porque eu tô chorando muito porque eu perdi um filho e tal". Mas assim, não tem que vir devidamente encaminhado não. Tem demanda assim... Tem vários tipos de demanda. "Ah, eu pagava um médico particular e não tenho mais condição de pagar". "Descobri que tem esse serviço, me ensinaram, é aqui mesmo?". [CAPS 02]

Conforme as falas acima, identificamos que os casos de demanda espontânea procuram o serviço pelos motivos mais diversos, muitas vezes sem ter clareza do que é a proposta oferecida pelo CAPS. Já o encaminhamento feito por outras instituições pode ser realizado por qualquer profissional, mesmo que não seja médico ou mesmo do setor saúde. Em uma situação ideal, o encaminhamento pressupõe algum conhecimento por parte desse profissional acerca do serviço oferecido pelo CAPS. Porém, observamos que

as pessoas encaminhadas frequentemente não fazem parte da clientela prevista para os CAPS. Por conta disso, todas as pessoas que chegam inicialmente ao serviço precisam passar pela entrevista de acolhimento. Os principais serviços que encaminham ao CAPS são os postos de saúde e hospitais psiquiátricos.

Starfield (2002) ressalta a importância das “portas de entrada” dos sistemas de saúde, uma vez que os usuários não tem a capacidade técnica para avaliar adequadamente o local mais indicado para sua atenção. Além disso, mesmo os profissionais de saúde, incluindo os médicos, não estão habilitados para contemplar todos os aspectos do adoecimento, ressaltando assim o papel dos profissionais da atenção primária para a seleção da clientela de outros serviços. Entretanto, o que se observou em nossa pesquisa foi a dificuldade também de profissionais de saúde, inclusive médicos da atenção primária, para identificar o que seria a demanda de responsabilidade do CAPS. Por conta desse contexto, o CAPS precisa funcionar ao mesmo tempo como porta de entrada e atenção especializada.

Uma vez adentrando o CAPS, o fluxo dos usuários inicia-se na recepção, haja vista a representação do fluxograma 1, em anexo (apêndice E). Pessoas que já realizam acompanhamento no CAPS, e que estejam buscando algum atendimento individual já marcado, são indicadas ao respectivo consultório, aguardando a chamada na sala de espera. Os usuários que vieram para atividades de grupo são direcionados ao local do mesmo. As pessoas que vieram pela primeira vez ao CAPS, assim como usuários que precisem remarcar consultas ou possuam qualquer outra demanda, são todos direcionados ao “acolhimento”, uma entrevista que acontece na sala da coordenação.

Na Política Nacional de Humanização do SUS, o acolhimento existe enquanto uma das diretrizes da política, sendo ressaltado que seu significado não se reduz ao momento de marcação de atendimentos ou de organização de fluxos. O acolhimento visa combinar o acesso universal com a equidade nos serviços de saúde, de forma que ocorra a seleção e priorização de clientela, mas garantindo ainda o contato inicial de qualquer pessoa que busque o serviço (JORGE *et al.*, 2011; SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009). A partir desse contato inicial é realizada uma escuta qualificada concomitante à avaliação. Essa avaliação inclui uma classificação de riscos, assim como a ponderação da adequabilidade dessa demanda ao perfil do serviço. No caso de uma inadequação ao perfil do serviço, o usuário recebe orientações de como deve proceder em relação a sua demanda, sendo negociadas outras opções de cuidado, que podem incluir o redirecionamento para outro serviço pertencente ou não à rede de saúde.

Observa-se, portanto, que a organização possibilitada pelo acolhimento é apenas uma de suas funções. Desse modo, quando nos referimos ao acolhimento, estamos aludindo ao momento de escuta e entrevista realizado como parte inicial da linha de cuidado desenvolvida no CAPS, mas reconhecendo que esse momento surge em sintonia com uma diretriz mais ampla que implica uma postura de receptividade e organização racional, visando à eficiência desse serviço (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2004). Durante nosso período de observação, percebemos que o acolhimento organiza a maioria dos fluxos, seja por dentro ou para fora do CAPS, conforme pode ser observado no fluxograma 2 (apêndice F).

Na sala da coordenação, onde ocorre o acolhimento, existe uma mesa circular grande, na qual podem ser realizados dois atendimentos simultâneos, e uma escrivaninha. Existem sempre dois profissionais escalados para o acolhimento do turno, porém quaisquer profissionais que não estejam em atividade também ficam responsáveis pelo acolhimento. Essa breve “ociosidade” pode ocorrer antes ou após a realização de grupos, ou quando um paciente marcado para atendimento individual não comparece. Todos os pacientes inicialmente passam pelo acolhimento e, com exceção dos psiquiatras, todos os profissionais realizam acolhimento. Isso acontece porque a demanda para atendimento médico é maior que para os outros profissionais, ainda que número de profissionais médicos (07) seja superior ao de todas as outras categorias¹³:

Porque o médico, como a demanda deles é alta, então tem ali marcado naquele dia a triagem que foi feita, tem os retornos, e tem as primeiras vezes. Então assim, eles não têm tempo para estar fazendo esse acolhimento com a gente. Então, os técnicos, né? Como terapeuta [ocupacional], enfermeira, assistente social e outros mais, eles são... Nós é que fazemos os acolhimentos. [CAPS 01]

Na verdade, o paciente quando chega no CAPS ele passa por uma triagem, com um profissional treinado para isso. Pode ser uma enfermeira, um psicólogo, que vai avaliar a gravidade do caso. Se é um caso que precisa ser acompanhado no CAPS, ou se é só uma psicoterapia breve, se é um caso que pode ser acompanhado pelo médico do posto. [CAPS 06]

Primeiro ele passa pela porta de entrada do CAPS, que é o acolhimento. Que é fazer essa escuta, ouvir essa pessoa. Mesmo com um discurso fragmentado, é o acolhimento. [...] Às vezes essa pessoa vem com um discurso fragmentado, e às vezes não, vem até coerente. [...] Não importa qual seja o sofrimento dele, ele vai ser ouvido. [...] Às vezes nem é para cá. Mas a gente faz esse acolhimento. Deixa a pessoa falar, se dizer. E aí vai fazendo essa "triagem". [...] Se é para cá, se é para atenção básica. Que tipo de encaminhamento eu vou dar. [CAPS 02]

¹³ É preciso ressaltar que, diferentemente das outras categorias, os profissionais médicos tem grande flexibilidade em relação à carga horária, trabalhando de um a quatro turnos por semana, dependendo do contrato de trabalho. Os outros profissionais trabalham de 5 a 10 turnos semanais.

Bom, quando encaminhado por outros serviços eles vem encaminhados por alguma síndrome do pânico, que muitas vezes não é perfil de CAPS, vem encaminhado com uma depressão grave ou porque teve uma crise psicótica. Às vezes assim, por demanda espontânea, o paciente que chega assim porque perdeu o marido, ou está abandonada. Teve alguma perda ou está assim com sofrimento psíquico cristalizado e também ele chega lá assim, e procura o CAPS. Às vezes até por um choro, de meses, ele procura o CAPS. Mas ele vai ser acolhido. [CAPS 01]

As duas funções complementares da entrevista de acolhimento, portanto, são ouvir o sofrimento, não importa qual seja, e, a partir dessa escuta, identificar se a pessoa deve se tornar usuário do CAPS ou ser encaminhada para outro local mais adequado. Esse momento inicial tem as características do que Schmidt e Figueiredo (2009) chamam de “clínica da recepção”, que inclui:

decantar a demanda no sentido de não atender rapidamente ao pedido inicial; relativizar o pedido de medicação, oferecendo também outras possibilidades; priorizar o diagnóstico da situação sem abandonar o diagnóstico psicopatológico, entendendo que o primeiro de algum modo inclui o segundo (p.132)

Um ponto importante identificado na observação livre, que optamos por aprofundar nas entrevistas, foram os critérios utilizados pelos profissionais para tomar algumas decisões, como essa citada acima. Chamou-nos a atenção especialmente as decisões acerca da entrada e da saída dos usuários no serviço: os elementos observados durante o acolhimento e outros momentos que justificariam a adequação de determinado sujeito à proposta de cuidado oferecida pelo CAPS; e os elementos que contrariam uma indicação de permanência no serviço. Observamos que existem critérios objetivos, como protocolos e diretrizes que orientam essas decisões, mas existem também critérios subjetivos, singulares, compartilhados ou não por todos os profissionais do serviço. A presença de ambos os critérios revela o processo de normatização existente nos serviços, que em nossa análise representa a categoria empírica “normatividades”, mas com evidente correlação também com a dimensão “subjetividade”, de nosso modelo analítico.

Quando indagados sobre os elementos constituintes dessa decisão de entrada, observamos que as ideias de “gravidade” e “severidade” são frequentemente evocadas:

É esse cuidado, esse atendimento aos pacientes que tem realmente um transtorno mental de ordem mais severa. Vamos dizer na maioria das psicoses, dos pacientes esquizofrênicos, os pacientes que tem um transtorno afetivo bipolar, uma depressão maior. Os riscos de suicídio. [CAPS 03]

No caso do paciente grave, que estaria dentro do que se define de clientela do CAPS, seriam aqueles que haveria um comprometimento grave do funcionamento global, do funcionamento social, ou mesmo psíquico. Psicossocial, daquele paciente. Sem que aquilo necessariamente

apresente um risco à integridade física dele ou de outrem. Por exemplo, um paciente portador de uma doença chamada esquizofrenia. Com grave comprometimento do funcionamento social, funcional, daquela pessoa. Com um prejuízo acentuado nas relações consigo e com o mundo. Mas que não estaria havendo risco de vida para si ou para outrem, ele seria um perfil. Faria parte desse perfil de clientela. Você tem a esquizofrenia, mas existem outras patologias também. [CAPS/HSMM]

O paciente com quadro depressivo grave, com ideação suicida. Um paciente com um transtorno que esteja causando muita incapacidade no seu funcionamento social, funcional. Um transtorno mental crônico como esquizofrenia. São os transtornos mais graves, que vão ser acompanhados pelo CAPS. Uma ansiedade leve, um episódio depressivo leve, todos esses quadros podem ser acompanhados pela unidade de saúde. Lógico que, se em algum momento eles acharem que necessita de um acompanhamento de um especialista, eles encaminham ao CAPS. [CAPS 06]

[...] os CAPS foram criados para trabalhar com transtornos mentais graves, severos e persistentes. [...] Às vezes é uma separação, uma depressão leve, angústia generalizada, por uma perda de emprego, perdeu o filho bruscamente em um assalto. Esse perfil não fica aqui, [...] é o perfil que vai para atenção básica. [...] Para cá, muitos vem de internação, [...] acabou de sair do Hospital [de Saúde Mental] de Messejana. [...] Ou então já vem muito medicado, com o discurso delirante. Delírios, alucinações visuais, auditivas. Tentativa de suicídio. Esses ficam aqui. Às vezes ele... O discurso tá tão despedaçado, a pessoa tá tão alterada, agressiva. Não é possível nem fazer uma escuta com a presença dele. [...] Aí o familiar é que fala né. [CAPS 02]

O perfil do CAPS é um paciente que ele é um paciente cronicado. Que veio cronicado de anos de hospital, asilado. É um paciente que [...] tem um transtorno de ansiedade e depressão generalizada, de anos. São pacientes que são psicóticos, mesmo. Esquizofrênicos. [...] Quem não tem esse perfil? São os transtornos de ansiedade leve, depressão leve. São pessoas que tem epilepsia, problemas neurológicos, para resumir. São pessoas que estão dentro dos transtornos somatoformes leves. [CAPS 01]

A gravidade pode estar associada a um diagnóstico, como “esquizofrenia” “transtorno bipolar”, “depressão maior”. Pode também estar associada a prejuízos decorrentes desse transtorno, como: “funcionamento social”, “comprometimento funcional”, “prejuízo nas relações com o mundo”, “cronicização”, elementos que transcendem o modelo biomédico. Um sintoma considerado importante é o risco de suicídio, evidenciado por ideação suicida ou tentativas prévias. O uso das noções de “gravidade” e “severidade” estão de acordo com o estabelecido nas portarias e cartilhas do Ministério da Saúde CAPS, que também fazem uso recorrente desses termos, afirmando que os CAPS:

*[...] deverão realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais **severos e persistentes** em sua área territorial (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, art. 1º, grifos nossos).*

*[...] é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses **graves** e demais quadros, cuja **severidade e/ou persistência** justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e*

promotor de vida. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.13, grifos nossos).

Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais **graves e persistentes**, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.25, grifos nossos).

[...] atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais **graves e persistentes** (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, art. 6º, grifos nossos).

O critério de exclusão para o CAPS seriam as pessoas que procuram o serviço apresentando demandas marcadas pela qualidade de “leve”. Conforme as falas anteriores, são demandas que apresentam diagnósticos do tipo “depressão leve”, “ansiedade leve”, ou mesmo a ausência de um transtorno, como o sofrimento decorrente de “separação”, “perda de filho”, “perda do emprego”. Essas pessoas são classificadas no CAPS como integrantes do perfil “matriciamento”, sendo encaminhadas para a atenção primária.

Ainda que os critérios “leve” e “grave” tenham a pretensão de categorizar toda a demanda, sendo mutuamente excludentes, alguns profissionais relataram a necessidade, surgida no serviço, de criar uma posição intermediária. As pessoas desse terceiro perfil são chamadas de “provisórios”. São casos fora do perfil CAPS, que deveriam ser encaminhados para a atenção primária, mas que apresentam certa urgência no atendimento, haja vista os relatos abaixo:

*[...] nós ao longo do tempo também tivemos o cuidado, porque a gente sabe que a rede de apoio da atenção básica ainda não funciona como deveria. Então a gente criou algumas modalidades de atendimento que a gente chama de **provisório**. Que são para aqueles usuários que estão na linha das neuroses. Quer dizer, neuroses teoricamente não seria [perfil do CAPS], né? [CAPS 03]*

*É um intermediário. É aquele que... tem o TOC [Transtorno Obsessivo Compulsivo] ou tem um... passou aí por um transtorno de personalidade, tá com tentativa de suicídio. Ou houve alguma tentativa de suicídio ou ideiação suicida, pensamento suicida. Algo que você veja como: não é botar para encaminhar para o posto de saúde. Aí a gente faz um encaminhamento direitinho assim, na folha, de **provisório**. Para ele ficar algum tempo, enquanto ele passa pela avaliação psiquiátrica, ele estabiliza, para a gente fazer o encaminhamento para o posto de saúde. [CAPS 02]*

*[...] foi criada há uns dois, três anos atrás o que gente chamou de ambulatório **provisório**. Que seriam as pessoas que tem perfil pra ir para a rede de atenção básica, seriam pessoas com perfil de matriciamento, mas que a rede de atenção básica, por não estar preparada pra recebê-los, não teria como fazer. Então a gente abria um prontuário aqui que seria provisório, dele ter aqui umas três ou quatro consultas e isso daria um prazo de oito meses e no máximo um ano. E já tem pessoas entrando no terceiro ano aqui. [...] No ambulatório **provisório**. E os*

médicos não tem como dar alta dessa pessoa do serviço porque não tem atenção básica pra acolher. E a gente se ressentido de tá liberando. [CAPS 04]

Esses usuários *provisórios* não participam de nenhuma outra atividade além do atendimento médico, com o objetivo explícito de não criar muitos vínculos com o CAPS. Com isso, criou-se uma espécie de ambulatório interno do CAPS, de responsabilidade apenas dos psiquiatras. Os *provisórios* deveriam ser desligados desse acompanhamento após alguns meses, continuando o tratamento na atenção primária e terapias complementares. Porém, o que se observa é a manutenção dessas pessoas por longos períodos, devido à dificuldade de acompanhamento em outros locais.

Concluimos que, na criação desse perfil intermediário, foi subestimado o tempo necessário para uma melhora relativa no caso, ou foi superestimado o tempo para a consecução de melhorias na rede de atenção suficientes para saúde dos demais serviços na atenção primária ou criação de outros serviços de saúde mental na rede. Como resultado, o que foi pensando como provisório extrapolou os prazos planejados, gerando dificuldades no serviço. Todavia, o que nos interessa no momento é demarcar que, mediante uma avaliação da equipe, criou-se uma regra de conduta informal, mas compartilhada, que produz um perfil de pacientes aceitos no serviço, ainda que não sejam “perfil CAPS”. O que é levado em consideração nessa decisão não são as regulações oficiais sobre a clientela do CAPS, mas um compromisso as pessoas do território que, caso não obtivessem acesso ao serviço, ficariam desassistidas:

Tem essa preocupação, que é de território. Que é de território. É aquilo assim que não é teu, mas ele faz parte de ti. De alguma forma. {risos} Enquanto a política [de saúde mental] acontecer dessa forma. Porque nós não podemos virar as costas de que nós temos a nossa responsabilidade do território, que ela não é tanto, mas ela é um pouco. Ela é de alguma forma. De muitas maneiras a gente se implica nisso. E que não deveria tanto. Mas é uma questão, eu acho, de compromisso. Compromisso político, né? Com os usuários. De estar colocando que essa demanda existe, mas de certa forma tentando mediar os impactos negativos que isso leva na vida das pessoas. De não ter o atendimento, não ter pra onde escoar suas necessidades. [CAPS 03]

Considerando que a política de saúde mental não foi implantada em sua totalidade, estando ausentes outros dispositivos de saúde mental, a equipe do CAPS reconheceu que o próprio critério exclusivo de entrada para transtornos mentais severos torna-se também insuficiente, tornando-se impeditivo para assistir à população de seu território de abrangência. Isso demonstra uma percepção e avaliação por parte da equipe do contexto sanitário do município, respondendo de forma crítica à incompletude da

rede de saúde mental: em vez de fazer um encaminhamento no qual não confiam, a equipe cria um fluxo simplificado para garantir a assistência dessas pessoas.

Novamente ocorre uma entrada alheia aos critérios do “perfil CAPS” quando o paciente é encaminhado para a atenção primária e, uma vez não obtendo acesso ao outro serviço, retorna ao CAPS e exige o acesso:

Quando um paciente [que não conseguiu atendimento no CSF] retorna, e é mais incisivo, é mais... eu vejo que dependendo de quem esteja fazendo o atendimento, ele possa vir a ser admitido. E aí também já vai um outro critério que não deveria ser... [CAPS/HSMM]

Nesse ponto, a admissão é vista de forma negativa, sendo a subversão dos critérios criticada pelo profissional acima. Em tal situação, não existiria a reinvenção dos critérios oficiais por parte da equipe, e sim uma admissão desordenada quando os fluxos internos e externos do serviço revelam-se ineficientes.

Percebemos também uma interessante estratégia, utilizada por um entrevistado que trabalha tanto em CAPS como em hospital psiquiátrico. Reconhecendo a dificuldade em obter acesso aos CAPS, mesmo quando o usuário pertence ao perfil do serviço, ele afirma que dar a seguinte orientação aos egressos do hospital:

"Chega lá [no CAPS], diga que saiu da internação para ser atendido mais rápido". Porque às vezes o familiar vem com queixas de que os CAPS não estão funcionando. Quando chegam ao hospital. Geralmente vêm colocando que chegaram [novamente] ao hospital porque o CAPS não tava funcionando. Ou porque o atendimento não estava acontecendo. [CAPS/HSMM]

Apesar do relato de dificuldades de acesso nos CAPS, nesse caso ficamos com a impressão de que o entrevistado em questão está falando dos outros CAPS, e não do serviço onde trabalha. Os demais profissionais do CAPS entrevistados também não citaram diretamente dificuldades no acesso ao local onde trabalham. Deve-se levar em consideração, contudo, as particularidades já demarcadas do CAPS da SER III, que definitivamente tornam esse aspecto não generalizável para os outros CAPS. De toda forma, podemos perceber com esses relatos que, enquanto em alguns momentos a equipe se esforça para abarcar pacientes que não são oficialmente parte da clientela, em outras ocasiões pacientes com demandas graves não conseguem ter acesso adequado ao CAPS, conforme o relato abaixo:

Aí hoje a gente tem que essas pessoas ditas "leves", elas concorrem diretamente com aquele que é grave. [...] Essa pessoa tá concorrendo diretamente com aquele que é o nosso perfil, que é o nosso usuário, que é aquele que obrigatoriamente teria que ter o atendimento aqui. [CAPS 04]

Mesmo o “perfil CAPS” estando associado à gravidade, existem também casos que não são para esse serviço porque são “excessivamente graves”. Estamos nos referindo aos pacientes que em determinado momento, seja no acolhimento inicial, seja em momento posterior, já durante o acompanhamento no CAPS, desenvolvem um quadro agudo que exige uma intervenção hospitalar:

Mesmo às vezes com toda a intervenção, mesmo com todo o suporte, às vezes não é possível. E às vezes a gente tem que, passando obviamente por avaliações criteriosas, né? Do médico e de toda a equipe em consonância e verificar junto à família também, [...] e ao próprio usuário. Que muitas vezes o usuário deve ser partícipe, deve ser sujeito dessa articulação. E verificar que momento é o momento da internação. [CAPS 03]

Se ele [o paciente] chegar a situações do tipo... De ligações: "olha, tô com meu filho aqui, ele tá em cima da casa, quebrou todas as telhas. Puxou faca, não sei quê." [O CAPS responde:] "olhe, a senhora ligue para o SAMU...". A gente orienta: "Não é para cá". Então ele vem até dentro da ambulância, e vem para cá. [...] Um dia em peguei um caso, que ele tava na rua, com uma faca de mesa. Essa pessoa já tinha se cortado, cortado o braço. [...] O SAMU chegou, o cara pegou uma enxada e feriu o rapaz. E quebrou o vidro do SAMU. Aí foram para a delegacia, da delegacia voltaram pra cá. Porque ele tinha prontuário aqui. Mas não fica aqui. [...] Não tem nem como, porque aqui não tem leito. Tem que ser no hospital. O ideal é que fosse hospital geral, mas tem que ser psiquiátrico porque o geral não tem leito. [CAPS 02]

Que muitas vezes o paciente chega aqui com ideação suicida e a indicação é de internação hospitalar. Mas aí ele passa dois, três dias esperando uma vaga e aí a gente fica acompanhando ele diariamente aqui, mas há casos que, como toda especialidade médica, há casos que há a indicação para internação. [CAPS 06]

Um paciente esquizofrênico em surto psicótico, que está alucinando, agressivo, agitado. Então você tem que internar, porque ele precisa de uma monitorização 24h. Necessita estar em um ambiente hospitalar com monitorização contínua. Às vezes tem que fazer medicação injetável. Um paciente com uma depressão grave, quando tem essa ideação suicida, o risco de suicídio é grande. Então você não pode mandar esse paciente para casa. Ele tem que ficar internado, em observação 24h enquanto estiver internado. [CAPS 06]

Esses relatos expressam situações nas quais, temporariamente, por conta do risco para o próprio paciente, ou para outras pessoas, o paciente não é mais indicado a permanecer no CAPS. As falas referem-se à exigência tanto de monitoramento contínuo, para a proteção do paciente, e de uma estrutura mais coercitiva, para a proteção dos profissionais e de outros pacientes. Essas diretrizes estão em pleno acordo com o que os profissionais do hospital psiquiátrico relatam como perfil de atendimento do hospital, indicando alguma coerência de diretrizes entre os dois serviços (tema que será abordado mais à frente, na seção “integração da rede”).

Além dos hospitais psiquiátricos, em Fortaleza existe também um CAPS tipo III, e quatro leitos psiquiátricos no hospital Walter Cantídeo, da UFC. Ambas as instituições foram mencionadas com pouca frequência pelos entrevistados, e alguns profissionais

aludiram a uma diferença de perfil de clientela entre esses serviços e o hospital psiquiátrico, enquanto outros entrevistados não reconheceram diferença:

No hospital mental [psiquiátrico] é aquele paciente que a gente vê que necessita de uma internação assim por mais de 15 dias. Ou um mês. Porque é o paciente que realmente está em uma crise persistente. Então aquele paciente vai para o mental. Aquele paciente que teve só um surto psicótico, muitas vezes ele não é [manejado] assim. Pode ser até tratado no CAPS, mas a gente manda pro CAPS 24h porque ele passa lá uma semana, duas. Então, um intervalozinho de 15 dias, né? [CAPS 01]

[Acerca do perfil dos leitos psiquiátricos do hospital Walter Cantídeo:] *Deveria ser este perfil do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Que seriam pacientes portadores de patologias psiquiátricas que estariam em um momento de crise. [...] O que eu pude perceber, no caso dos leitos do hospital das clínicas [Hospital Walter Cantídeo], há critérios de exclusão. Pacientes violentos. Já é exclusão para internação. Porque os leitos se localizam junto com uma enfermaria de outras especialidades. Você tem os quatro leitos da psiquiatria, mas junto têm os quatro leitos da endocrinologia, os leitos da neurologia. Em relação aos leitos do CAPS 24h, [...] não há, até onde eu sei, critérios de exclusão definidos. [CAPS/HSMM]*

Já outro profissional assinala alguns critérios de exclusão para o CAPS III, mencionando haver polêmica sobre a questão:

Vamos dizer, é... tentativa de suicídio, ou um paciente extremamente agressivo... Porque mesmo no CAPS 24h, é um serviço aberto. Ele tem um cuidado, um monitoramento, mas é um CAPS, não é uma internação, né? Ele tem leitos de observação. [...] Então tem nuances da doença que, muitas vezes, também é preciso ter. Há controvérsias. [CAPS 03]

O CAPS tipo III é um serviço bastante recente no município de Fortaleza, e poderíamos especular que esse seria o motivo das divergências acerca de sua clientela. Até mesmo o modo de funcionamento do serviço, conforme relataram alguns profissionais do CAPS e do HSMM, ainda está sendo alvo de ajustes. Como nossa pesquisa não incluiu o CAPS III, não podemos afirmar qual é, de fato, a clientela a que se dirige esse serviço em Fortaleza, e se essa indefinição também está percebida por sua equipe de profissionais.

Ainda que não fosse algo oficializado, nos foi relatado ainda outro motivo para o encaminhamento ao hospital psiquiátrico, no caso, ao Instituto de Psiquiatria do Ceará, que era o serviço dessa natureza mais próximo ao CAPS:

ENTREVISTADOR: *Era uma diretriz do CAPS, encaminhar para o ambulatório do IPC? Não. A gente precisava encaminhar pro IPC quando, por exemplo, não tinha médico aqui, porque o médico tava de férias ou o usuário precisava de uma medicação, a gente falava: “vá lá no IPC que a gente entende que você recebe a sua receita renovada”. Mas que houvesse um encaminhamento nosso pra lá, não. Só as questões de urgência. Porque assim, aqui, os atendimentos eles devem ser com agendamento prévio. Dificilmente uma pessoa que chega aqui em crise, a gente tem como atender naquele dia com aquele médico. Então a gente encaminhava pra lá esse tipo de caso, mas sabendo que a forma e o acolhimento que ele teria lá seria o focado na renovação da receita. [CAPS 04]*

Reconhecemos nesse relato uma crítica implícita ao modo de funcionamento do IPC, que nesses casos executaria apenas a renovação das prescrições sem um acompanhamento mais amplo. Porém, além da crítica, percebe-se também que o profissional reconhece e afirma a necessidade de um serviço de pronto-atendimento, que ofereça a possibilidade de acesso às medicações prescritas para o público que não está incluso no agendamento do dia dos psiquiatras do CAPS. Mais uma vez, percebemos a criação de novos fluxos de encaminhamento baseados não em diretrizes formais, mas no reconhecimento de necessidades a partir do cotidiano.

Em relação à decisão de encaminhar para o Hospital Walter Cantídeo, nos chamou a atenção a relação diferenciada que parece existir com o CAPS da SER III:

Esse CAPS tem uma certa vantagem em relação aos outros, porque nós temos um convênio com o hospital das clínicas. Então o pessoal da residência médica em psiquiatria, eles rodam aqui no CAPS. Eles acompanham o serviço. Então muitas vezes quando nós precisamos de uma internação, nós temos maior facilidade de conseguir um leito. São poucos leitos, só são quatro leitos. Mas às vezes a gente espera um pouquinho, quando um paciente vai de alta, ele [o residente] entra em contato: "Doutor, a gente tem uma vaga disponível". Não posso dizer que essa experiência é a mesma vivenciada por outros colegas em outros CAPS. Porque aí tem que encaminhar. [CAPS 06]

A existência de vínculos pessoais permite a criação de outros canais de comunicação além da formalidade do encaminhamento por escrito, ou mesmo de uma central de regulação. Nesse caso, percebe-se que o acesso dos pacientes do CAPS é facilitado por conta dessas relações. Ainda que isso possa ser visto como um benefício para tais pacientes, nos questionamos se essa relação não prejudica os critérios de prioridade da rede de atenção, uma vez que esse pedido é feito sem o conhecimento das necessidades dos outros serviços do município. Porém, nos parece que essa comunicação é feita em casos de urgência, percebidos no próprio CAPS. Isso também ocorre no contato com hospitais psiquiátricos:

Na verdade, à parte disso [de vínculos pessoais], o serviço tem uma folhinha de encaminhamento. [...] Agora é lógico que se você tiver um profissional que você conheça, que esteja de plantão na hora: "olha, tem um paciente meu que está assim, assim, tá precisando muito. Tem como? Assim que surgir a vaga você me liga?" Então nós, pelo menos eu, eu conheço algumas pessoas que trabalham em emergência. Acredito que a maioria [dos psiquiatras] tenha, porque a classe psiquiátrica são poucos. [...] Mas às vezes a gente engessa porque são muitas pessoas precisando, e os serviços foram reduzidos bastante. Então a gente faz o que é possível. O contato é mais com quem está lá na hora, dá um jeitinho para conseguir uma internação. Mas lógico que tem que respeitar né, porque às vezes tem uma fila, tem uma ordem de prioridade. Mas a gente tenta né. [CAPS 06]

Mesmo existindo uma classificação de risco no HSMM, conforme veremos na próxima seção, ainda existem critérios subjetivos que orientam a escolha de prioridades. Esses critérios concorrem com a ordem de prioridade formal, modificando o acesso ao serviço. Também percebemos a influência dos aspectos subjetivos em relação à divisão da demanda com a atenção primária. Em relação aos encaminhamentos feitos aos CSF, percebemos que isso influencia tanto a decisão de encaminhar, pelo CAPS, como a decisão de receber, pelo CSF:

Eu, em particular, por ser um médico mais antigo, minha clientela é de... doze anos! Tem muitos pacientes com quase doze anos. Eu tenho extrema dificuldade, mesmo sabendo que aquele meu paciente, ele não tá preenchendo um perfil de acompanhamento no CAPS, porque eles estão estabilizados a anos, mas sabendo que a rede não está preparada, eu não consigo, eu não me sinto assim... à vontade para fazer esse encaminhamento sabendo que não vai funcionar. Isso gera para mim uma pressão grande do resto da equipe. [...] Tem sido difícil administrar isso. Porque é como se eu fosse de encontro ao que está definido, reforçando, porque eu também tenho uma crítica ao CAPS, que ele terminou se tornando uma instituição hospitalocêntrica, vamos dizer assim. O paciente fica ali na dependência, centrado no CAPS. Coisa que eu não concordo.[...] Institucionalizado em outro lugar. E às vezes eu fico "Ah, eu tô reforçando isso!". Mas ao mesmo tempo eu fico... não posso também simplesmente lavar as mãos e começar a delimitar minha clientela só para aqueles casos que são... [perfil do CAPS]. [CAPS/HSMM]

No ambulatório provisório, e os médicos não tem como dar alta dessa pessoa do serviço porque não tem atenção básica pra acolher. E a gente se ressentiu de tá liberando. Então acaba que aquele grupo de pessoas que o serviço organizou pra liberar em 2006, 2007, uma parte, não a mesma pessoa, mas a mesma categoria, voltou através desse ambulatório provisório. Como se a gente tivesse dado uma volta, porque no meio do percurso não tinha uma rede que acolhesse isso. E a gente, considerando a responsabilidade sanitária acabou fazendo isso. [CAPS 04]

Ainda que os profissionais tenham clareza a respeito do perfil de atendimento no CAPS, novamente percebemos um senso de responsabilidade para com os usuários, que se sobrepõe aos critérios de entrada ou saída. Tal senso modifica os critérios de permanência no CAPS porque a organização da demanda realizada alguns anos atrás, na qual se tentou diminuir o número de usuários por meio do encaminhamento das demandas leves para a atenção primária, não teve o êxito esperado. Os profissionais do CAPS relatam ainda dificuldades atuais com os alguns profissionais dos CSF, assim como a preocupação com a cobertura incompleta da ESF:

Tem médico [do posto de saúde] que diz mesmo: "eu não quero e pronto! Não vou atender esse tipo de demanda. Ponto." E aí? A rede fica furada. Então essa articulação com a atenção básica, tem que haver diálogo. [CAPS 03]

Por exemplo, a gente tem pacientes nesse serviço, usuários nesse serviço que tão aqui há dez anos, e só aqui. Que mesmo tendo a patologia grave, eles poderiam estar tendo atendimento mais aberto possível. Que a gente poderia trabalhar com alta do serviço CAPS pra que ele pudesse ter acompanhamento a nível ambulatorial na própria atenção básica. Mas aí é uma

pendência que não depende só do CAPS, depende também dessa rede estar preparada pra isso. E no município de Fortaleza, a atenção básica, se a gente tiver muito a gente tem trinta e nove ou quarenta por cento de cobertura. A gente não teria uma atenção básica com o material humano pra dar esse suporte que a gente poderia tá dando através do matriciamento. [CAPS 04]

Enquanto que o segundo relato se refere novamente a uma análise do contexto sanitário de Fortaleza, a primeira fala já revela algumas inconsistências na proposta de cuidado dos CSFs existentes, que serão aprofundadas nas seções “CSF Fernandes Távora” e “conexões entre os serviços”. O que nos interessa demarcar nesta seção são algumas percepções negativas sobre a rede básica influenciando os encaminhamentos e, conseqüentemente, a organização da clientela do CAPS. Inclusive, atribui-se a dificuldade do acompanhamento a uma indisponibilidade pessoal dos profissionais do CSF. Nesse caso, seria novamente uma normatização pessoal (dessa vez por parte dos profissionais da APS), que mudaria a organização da demanda. Ainda que existam regulamentações sobre a atenção à saúde mental na atenção primária, ela só é colocada em prática quando possui a adesão dos profissionais.

Ainda sobre a tentativa de organização da demanda do CAPS, percebemos que um critério para continuar no serviço, uma vez incluso, seria a adesão às terapias não-medicamentosas:

Talvez hoje até ainda aconteça isso, mesmo se não estabelecido de uma forma oficial: de um critério de permanência no CAPS, seria o portador daquela patologia, daquele sofrimento, se comprometer a aderir a outras atividades. Caso isso não aconteça, pode ser excluído. {risos} Há uma pressão. Ou você faz ou sai. [...] Eu já observei algumas situações que, não sei se forçada por essa questão da necessidade de encaminhar o pacientes que não preenchem aquele perfil, foi uma forma de criar uma situação onde o próprio usuário se desligasse. Seria um argumento que poderia convencê-lo de que ele poderia manter um acompanhamento fora do serviço. Porque o argumento de que ele não preenche o perfil, eles não compreendem. Ou não aceitam... [CAPS 06]

O profissional afirma existir uma pressão para a adesão, sob pena de desligamento do serviço, perguntando-se inclusive se isso não é uma “estratégia” para afastar os pacientes que não seriam parte do perfil oficial de atendimento.

Uma vez apresentados os perfis de atendimento, podemos descrever agora o fluxo desenvolvido por cada perfil dentro do serviço, demarcando a sequência de decisões implicadas no manejo desses pacientes. No caso dos “provisórios”, o fluxo ocorre apenas do acolhimento inicial para o atendimento médico, não necessitando de maiores explicações. Iremos pormenorizar, separadamente, os fluxos do “perfil CAPS” e do “perfil matriciamento”, para dar conta de suas especificidades.

FLUXO DE USUÁRIOS “PERFIL CAPS”

Uma vez sendo identificado que o paciente possui o “perfil CAPS”, é realizada uma triagem pelo profissional que estava fazendo o acolhimento. Ao final da triagem é combinado com o paciente seu projeto terapêutico singular (PTS), estratégia que define quais atividades do CAPS ele participará. Após ser definido o PTS do paciente, qualquer profissional envolvido no projeto ainda pode solicitar a inclusão ou mudança de novas atividades, sejam individuais ou grupais. Ainda que o momento formal de pactuação do PTS se dê durante o acolhimento, é possível sua modificação a partir de discussões informais entre os trabalhadores, ou de avaliações pelo próprio paciente em momentos de atendimento individual. O fluxo do PTS pode ser observado no fluxograma 3, em anexo (apêndice G).

A única atividade que é incluída no PTS de todos os pacientes é o atendimento psiquiátrico. Além deste, podem ser realizados atendimentos individuais de psicologia, terapia ocupacional, serviço social e enfermagem, assim como a participação em grupos de diferentes perfis. Dentro do CAPS ocorrem os seguintes grupos:

- **Bipolares**
- **Psicóticos**
- **Música**
- **Psicomotricidade**
- **Atividades de vida diária (AVDs)**
- **Arte-terapia**
- **Idosos**
- **Familiares**
- **Direitos Sociais**

Existem ainda quatro grupos que ocorrem com o suporte dos profissionais do CAPS, mas são realizados em outras instituições de seu território de abrangência. Os participantes desses grupos não são apenas os usuários do CAPS:

- **Hidrogenástica:** realizado na sede da Guarda Municipal
- **Teatro:** realizado em um salão cedido pela Igreja Católica
- **Grupo E.N.T.R.E.:** grupo de trabalho e geração de renda, realizado junto a uma ONG do bairro, em um terreno alugado da Igreja Católica
- **Informática:** cursos realizados em uma ONG do bairro

Além dos atendimentos e dos grupos, também fazem parte das atividades as visitas domiciliares, que são realizadas quando o paciente pára de frequentar o serviço, e as visitas institucionais, que ocorrem quando o paciente está internado em hospital psiquiátrico. Essas duas atividades também fazem parte da estratégia de busca ativa, que inclui ainda contatos telefônicos periódicos com os hospitais psiquiátricos, no intuito de descobrir pacientes cuja internação não foi comunicada ao CAPS, e desenvolver ou fortalecer o vínculo com essas pessoas.

FLUXO DE USUÁRIOS PERFIL “MATRICIAMENTO”

Os pacientes com esse perfil possuem queixas de saúde mental consideradas “leves”, que incluem manifestações ansiosas ou depressivas, dificuldades para dormir, conflitos situacionais (família, vizinhos, emprego), e ainda pessoas cuja demanda de sofrimento não está clara, porém estão buscando fármacos antidepressivos ou ansiolíticos. Tais pessoas não se constituem clientela do CAPS, de forma que se tem tentado garantir seu acompanhamento pela ESF e por terapias alternativas e complementares.

Os pacientes com perfil “matriciamento” são encaminhados para o seu CSF de referência. A SER III possui atualmente 16 CSFs, todos cobertos por equipes de apoio matricial do CAPS. Essas equipes constituem-se de duplas, contando sempre com a presença de um psiquiatra e um profissional de outra categoria. Foram criadas sete equipes: 03 compostas por psiquiatra e assistente social; 03 compostas por psiquiatra e enfermeiro; 01 composta de psiquiatra e psicólogo. Terapeutas ocupacionais e artistas não participam do apoio matricial. Cada equipe fica responsável por dois ou três CSFs, realizando atendimentos conjuntos mensais em cada local. Há ainda um revezamento dentro dos centros de saúde, de forma que em cada visita uma equipe de saúde da família (EqSF) diferente traz casos de seu território para o atendimento. Considerando que os CSFs geralmente possuem 03 ou 04 equipes, o rodízio implica que o atendimento de cada uma delas é realizado a cada 03 ou 04 meses.

Ainda que exista o planejamento das visitas mensais ao CSFs, os profissionais do CAPS relatam dificuldade de manter essa agenda, seja pela indisponibilidade dos profissionais da ESF, do carro para o transporte ou dos próprios pacientes, que por vezes não comparecem às consultas. Identificamos ainda que nem todos os profissionais do CAPS participam do apoio matricial, tendo sido escolhidos profissionais que possuíam identificação com a proposta e afinidade entre si para a composição das equipes de apoio. Esse relato corrobora com a pesquisa realizada na SER IV por Moraes e Tanaka (2012), que apontou a identificação pessoal com saúde mental dos profissionais da ESF como requisito de sua efetiva participação no apoio matricial.

A partir da identificação do perfil matriciamento, o paciente é encaminhado do CAPS diretamente para o CSF, e submetendo-se ao seu fluxo específico. Uma vez que o paciente consegue o atendimento na ESF, fica a cargo das EqSF organizar a agenda de prioridades para o atendimento do apoio matricial. Os pacientes recebem um formulário

de encaminhamento, que contém a identificação do CAPS e do profissional que fez o acolhimento, informando as medicações em uso pelo paciente e contendo ainda uma transcrição do trecho da portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, que indica que o CAPS deverá atender prioritariamente a pacientes graves. Quando esses pacientes necessitam de medicação em um curto período de tempo, é também agendado um atendimento único com o psiquiatra do CAPS. Nesses casos, não existe a abertura do prontuário do paciente, nem a vinculação com outras atividades do serviço, evitando ao máximo a fixação do paciente no CAPS.

É importante ressaltar que, ainda que todos os pacientes encaminhados para a APS sejam denominados de *matriciamento*, apenas uma pequena minoria de fato é incluída em atividades de apoio matricial. Conforme veremos em seguida, na descrição das atividades realizadas no CSF, quase todos os pacientes desse perfil são acompanhados apenas pelas equipes de saúde da família, principalmente pelo médico de família e pelo agente comunitário de saúde (ACS). O atendimento conjunto realizado por cada equipe de apoio e EqSF agrega em torno de quatro ou cinco pacientes por encontro mensal, incluindo-se nesse número o retorno de pacientes que necessitam de mais de um atendimento conjunto.

É interessante demarcar que no CAPS o apoio matricial é visto como bastante positivo, mesmo para os profissionais que não compõem as equipes de apoio. Acreditamos que isso se deve à legitimação dos encaminhamentos à APS possibilitada pela existência do apoio matricial. Segundo relatou uma trabalhadora, ao descrever uma situação anterior de superlotação existente no CAPS: “veio então a grande luz no fim do túnel: o matriciamento” (DIÁRIO DE CAMPO 2). Observa-se que é atribuído ao apoio matricial a possibilidade dos encaminhamentos de demandas leves serem feitos a Atenção Primária sem que se caracterizassem como negação do atendimento (desassistência) à população. Segundo relatos dos profissionais do CAPS, a atenção primária era (e ainda é, segundo alguns) bastante resistente em relação a assumir o cuidado pelas demandas leves de saúde mental. Contudo, ressaltamos que a organização do apoio matricial ocorreu posterior a outra pré-condição fundamental para o sucesso desse redirecionamento da demanda: a ampliação da ESF, que incluiu um aumento da cobertura em Fortaleza de 8% para 33% no período de 2000 a 2012, indo de 50 EqSF para 349 durante o referido intervalo.

Os pacientes de perfil matriciamento também recebem, ainda no acolhimento do CAPS, um encaminhamento para terapias alternativas e complementares existentes

tanto na SER III como no restante do município, novamente por meio de um formulário específico. Neste formulário consta o endereço de várias atividades, como terapia de resgate da autoestima, terapia comunitária, massoterapia, grupo de idosos, aplicação de Reiki, grupo de prevenção ao suicídio, grupo de perdas e luto, e ainda os serviços de psicologia aplicada de faculdades de psicologia da (UFC, UNIFOR e UECE). Essa sistematização de outras ofertas de cuidados inclui como possíveis parceiros do CAPS várias instituições, incluindo universidades, CSFs, Centros Sociais Urbanos (CSU) e ONGs. Observa-se uma relação, ainda que apenas sob a forma de encaminhamento, com um número significativo de instituições.

Tendo em vista a impossibilidade de incorporar esses pacientes no serviço, uma vez que não apresentam sofrimento psíquico grave, foi criado um ambulatório de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), localizado no centro de Fortaleza. Segundo a coordenadora do CAPS, há uma proposta da coordenação de saúde mental do município que posteriormente os CAPS AD de cada regional fiquem responsáveis pelo acompanhamento de pessoas dependentes de benzodiazepínicos, porém isto ainda não ocorre atualmente. Dessa forma, os pacientes são recebidos no CAPS, porém redirecionados para o CEMJA caso não seja identificada a presença de sofrimento psíquico grave na entrevista do acolhimento.

Por conta do fechamento do IPC, houve um acréscimo súbito de pacientes com “perfil matriciamento” no CAPS. Diariamente observamos a procura de em torno de 10 pessoas que eram atendidas no IPC, a grande maioria recebendo apenas medicação ansiolítica. Tendo em vista que a organização da atenção na APS, mesmo com o apoio matricial, não estava planejada para uma demanda dessa magnitude, criou-se no CEMJA um ambulatório especificamente para essa demanda. A central de marcação de consultas é acionada por telefone pelo CAPS, de forma que o paciente é orientado a comparecer ao CEMJA em uma data específica. No período de nossa observação, o prazo para atendimento não era maior do que uma semana, situação dificilmente sustentável em longo prazo. São orientados a buscar o HSMM os pacientes mais insistentes, que, apesar de não serem considerados perfil do CAPS, referem urgência. Ressaltamos que em nossa observação identificamos que os pacientes que referem tal urgência não são necessariamente os que possuem maiores comprometimentos, e que muitos deles mostravam-se incomodados em substituir o atendimento no CAPS ou no IPC pelo atendimento no HSMM, em virtude da maior distância. A equipe com

frequência mostrava-se incomodada com a exasperação de algumas dessas pessoas, associando-a com a dependência desenvolvida aos fármacos benzodiazepínicos.

ALTA DO CAPS

Discutimos as diversas decisões a propósito da admissão no serviço ou encaminhamento, porém privilegiamos o momento de acolhimento como revelador dessas decisões. Cabe abordar também outro processo de decisão, que é a definição de alta dos usuários.

O desligamento programado dos usuários parece ser uma fragilidade no serviço. Quando indagados sobre este tema, os profissionais tinham dificuldade de lembrar algum caso que havia tido alta do CAPS, sendo mais frequentes os abandonos de tratamento. Uma pequena quantidade de usuários, segundo alguns integrantes da equipe, era encaminhada para a atenção primária após a observação de uma melhora no tratamento, porém os profissionais tinham dificuldades de exemplificar casos que de fato seguiram tal fluxo. Foi referido com mais frequência uma desconfiança na capacidade da atenção primária receber esses pacientes, conforme discutimos anteriormente. Considerando também que a maioria dos usuários apresentam problemas de saúde mental considerados crônicos, que exigiriam cuidados continuados ao longo de suas vidas, é esperado que sejam mais comuns os abandonos de tratamento, do que as altas (PEREIRA; RIZZI; DA COSTA, 2008).

Segundo a equipe, a abdicação do tratamento poderia significar tanto uma evolução no quadro de saúde – *“às vezes o usuário melhora e não precisa mais do CAPS”* (Diário de campo 02), como uma dificuldade do usuário de manter o vínculo com o serviço e investir no tratamento – *“tem pacientes que não se dão bem com a equipe, não gostam das atividades e não aparecem nunca mais”* (Diário de campo 02).

Não observamos diretamente o acompanhamento dos usuários no serviço, uma vez que nos centramos nos processos de entrada e saída dos mesmos. Ainda assim, ressaltamos um risco, já demarcado na literatura sobre o tema (WETZEL *et al.*, 2011), da “enCAPSulação” dos usuários: as autoras se referem à criação de uma nova cronicidade dentro dos serviços substitutivos, onde, por conta da grande quantidade de usuários intensivos, sem perspectiva de alta, ocorre uma fragilização do acompanhamento com a massificação dos projetos terapêuticos, enfraquecendo os vínculos dos usuários com a equipe. Nesses casos, não se concretizaria a alta, tampouco o acompanhamento efetivo dos usuários.

Após esse percurso sobre o Centro de Atenção Psicossocial Professor Costa Pinho, temos elementos para contextualizar as relações travadas por esse dispositivo com o restante da rede, que serão discutidas adiante, na seção “conexões”. Antes disso, faremos o mesmo processo descritivo e analítico com o Hospital de Saúde Mental de Messejana e com o Centro de Saúde da Família Fernandes Távora, para em seguida discutirmos suas interfaces.

5.2 Hospital de Saúde Mental de Messejana

De forma semelhante à seção anterior, descreveremos aqui algumas características do HSMM: equipe, estrutura física, proposta de cuidado, acesso, fluxo de usuários e critérios de entrada, alta e encaminhamento¹⁴.

O Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) é um hospital psiquiátrico estadual, fundado em 1963. Atualmente é o único hospital público dessa natureza no estado do Ceará, funcionando também como central reguladora de leitos psiquiátricos da rede de saúde. Conta atualmente com 180 leitos de internação, divididos em 02 unidades de internação masculina (40 leitos cada), 02 unidades de internação feminina (40 leitos cada) e 01 unidade masculina de desintoxicação para dependentes químicos (20 leitos). Conta ainda com um hospital-dia para pacientes psicóticos adultos e outro para dependentes químicos (20 leitos cada), assim como um ambulatório vinculado à residência médica em psiquiatria, dividido em diferentes especialidades: infantil, geriátrico, primeiro surto, psicoses de difícil controle, transtornos sexuais, transtornos afetivos, dentre outros. O HSMM emprega 113 profissionais de saúde de nível médio e 146 profissionais de saúde de nível superior, contando com 32 médicos psiquiatras, 26 enfermeiros, 13 psicólogos, 09 assistentes sociais, 06 terapeutas ocupacionais e 03 farmacêuticos, dentre outras categorias.

O HSMM é um local de referência na formação de recursos humanos, sendo sede da residência em psiquiatria, assim como campo de internato de faculdades de medicina e campo de estágio de diversos outros cursos da área da saúde. Semestralmente, em torno de 300 estudantes desenvolvem atividades no hospital.

A função do Hospital de Saúde Mental de Messejana segundo seus profissionais

Quando indagados acerca da função do hospital, os profissionais relataram sobre a proposta de cuidado do dispositivo, assim como uma função formativa. Em relação ao cuidado, percebemos que a principal preocupação seria de estabilizar as “crises”:

O hospital de saúde mental ele ainda tem aquele papel tradicional, [...] que é o atendimento daqueles pacientes portadores de enfermidades psiquiátricas que estejam em um momento de crise, para remissão desse quadro e posterior encaminhamento para outras instituições da rede. [...] Meu trabalho consiste em atender pessoas que estão internadas com diversas patologias psiquiátricas, que estejam com essas patologias em um período de desestabilização

¹⁴ Aspectos abordados pelas perguntas 1 a 5 do roteiro de entrevista (apêndice B).

clínica. Então tentar controlar esse quadro e, uma vez controlado, reencaminhá-los para um acompanhamento extra-hospital. [CAPS/HSMM]

A proposta do hospital, em primeiro lugar é tirar da crise. E encaminhar a um serviço que o paciente dê continuidade a seu tratamento. [...] Acalmar o paciente, medicá-lo, deixar ele estabilizado. [HSMM 01]

Acaba que é um serviço mais voltado a cuidar da crise, estabilizar minimamente após uma crise, para o paciente ter condições de continuar o tratamento de forma ambulatorial. Quer dizer, que da internação ele não vai sair curado, não vai sair 100%. Às vezes vai estabilizar o suficiente para ele conseguir se manter em casa, e dar continuidade no CAPS ou em outro ambulatório qualquer. [HSMM 06]

Garantir que as pessoas sejam controladas através da medicação, né? Por algum tipo de tratamento, pra evitar ter crise, porque a doença mental, todo mundo sabe que não tem cura, tem controle. [HSMM 07]

A principal função do hospital seria, então, garantir um suporte nos momentos de emergência de crises, possibilitando sua “estabilização”, “controle”, “remissão” ou “retirada”. Porém, os entrevistados afirmam também a necessidade de haver uma continuação do acompanhamento para além daquele momento agudo, seja nos CAPS, ambulatórios ou hospital-dia. Diferentemente das instituições manicomiais, que se responsabilizavam pela totalidade das intervenções em relação ao pacientes graves, hoje podemos perceber que o hospital se vê parte de um conjunto de serviços necessários à atenção, onde o acompanhamento externo é indispensável.

Há ampla discussão na literatura a respeito dos significados da crise, que podem envolver desde a manifestação abrupta de sintomas psicóticos, a incapacidade da família ou de um serviço de saúde lidar com determinadas manifestações comportamentais, ou como o último arranjo psíquico possível ao sujeito psicótico frente ao esgotamento de seus recursos internos (COSTA, 2007; LIMA et al., 2012; VIDAL; BRAGA; SODRÉ, 2007; WILLRICH et al., 2011). Não aprofundamos a compreensão específica dos profissionais do hospital acerca da crise, mas percebemos que alguns utilizavam “urgência”, “emergência” ou “gravidade” de um quadro como forma de explicar a função do hospital, ressaltando ainda a necessidade de existência do hospital frente à incapacidade dos outros serviços lidarem com tais quadros:

Como um todo, eu acho que ele acaba se apropriando mais dos pacientes mais graves. Acho que eles acabam priorizando o atendimento de pacientes mais graves, que a rede não conseguiu dar conta. Eu tenho essa impressão. [HSMM 04]

Eu não tô dizendo que eu sou a favor da internação psiquiátrica. Eu tô falando que o suporte psiquiátrico a nível hospitalar ainda se faz necessário. [HSMM 05]

Necessário. Por conta da gente não ter alternativas para o doente mental. [HSMM 03]

Então eu entendo que a posição do hospital é atender todos os agravos a níveis de urgência e emergência psiquiátrica. [HSMM 05]

É ressaltado o caráter do atendimento emergencial, que não é possível em outros lugares da rede. Quando os demais serviços não conseguem oferecer uma resposta para a demanda de saúde daquela pessoa, o hospital é utilizado como recurso, local onde haveria a garantia de um atendimento célere. Mas também foi mencionado como parte do papel do hospital facilitar o retorno ou reinserção do paciente a seu local de origem, ressaltando o papel da família:

A função do hospital [...] é tratar o paciente não mais naquela preocupação apenas de dar a medicação, o paciente vai melhorar e você vai mandar ele para casa e pronto, acabou. Hoje a preocupação já é bem maior, porque você tem que reinserir ele na sociedade. O paciente é internado aqui no hospital, então ele é acompanhado por uma equipe multiprofissional, durante a internação dele é trabalhada a família, [...] a gente tenta que aqueles que trabalhavam voltem para os seus empregos ou que sejam encaminhados para um hospital-dia. [HSMM 08]

Tem a questão da assistência, a assistência ao paciente, e tem a questão desse retorno, preparar o paciente para retornar para a família. Porque o lugar dele é com a família. Tem então a assistência, e trabalha também esse retorno à família. Se trabalha muito com a família... [HSMM 02]

Não abrigar, tratar! Porque existe aí uma política nacional de saúde mental que o paciente não pode passar muito tempo no hospital, moradores. E nós mesmo da comissão de desinstitucionalização procuramos a família. Mas que existisse o hospital [...] pra poder tratar aqueles pacientes que não tem condições de ser tratado em casa. [...] Mesmo que a família não desse a assistência, [...] mas que eles pudessem ser tratados, pudessem retornar, passar um tempo em casa e quando tivesse na crise de novo internar. [HSMM 03]

Essas falas indicam que a responsabilidade do hospital não seria só com o encaminhamento, mas também com intervenções de preparação e sensibilização da família para o retorno desse paciente ao lar, na tentativa de facilitar a continuidade do tratamento fora da instituição.

Além do aspecto assistencial, outra função atribuída ao HSMM diz respeito à sua responsabilidade enquanto instituição formadora. O alto fluxo de estagiários, assim como a existência da residência em psiquiatria e o desenvolvimento de várias pesquisas na instituição foram mencionadas como parte do papel do hospital:

Então o Mental de Messejana a rigor oferece ensino e pesquisa em relação à pesquisa médica, alguns ambulatórios de acordo com o interesse do âmbito do ensino, mas basicamente a questão de urgência, emergência e internação. [HSMM 05]

Residentes e internos. Tão sempre ali pelas unidades, com o médico fazendo a supervisão. Preceptoria. Do médico, no caso, da unidade. Normalmente eu acho que são dois residentes por unidade. E além dos internos. Uns cinco na unidade de cada vez. Eles passam em todas as unidades do hospital, tanto os residentes como os internos. [HSMM 02]

[...] a gente considera uma conquista muito grande, a questão dos acadêmicos tanto da faculdade de medicina Christus quanto da Unifor, ter um estágio obrigatório de um mês aqui no hospital, acompanhando os pacientes. Vai fazendo com que praticamente todos que passam aqui percam o medo, vejam que não tem tanto mistério, até onde dá para ir, a partir de onde eles precisam encaminhar para o especialista. Não perdendo essa questão do preconceito. Além deles, que são obrigatórios, a gente tem visto um número sempre aumentando de acadêmicos de outras faculdades, mas que podem fazer como estágio opcional. [...] Às vezes até por gente que não tem interesse de fazer psiquiatria como residência, como especialidade, mas para conhecer um pouco mais, e isso vai ajudando, de forma a facilitar esse acesso. [HSMM 06]

Vale ressaltar que o ambulatório do hospital foi criado por conta da residência em psiquiatria, de modo que apenas médicos-residentes realizam os atendimentos, sob supervisão dos preceptores. Para além disso, é destacada a importância do contato com a psiquiatria na formação do graduandos em medicina, tendo em vista a dificuldade de médicos não-psiquiatras de lidar com as demandas de saúde mental.

Em resumo, percebemos que a proposta de cuidado do hospital é prioritariamente a remissão da crise, porém também inclui outros atendimentos de emergência, (que não necessariamente implicam em um surto psicótico), e, posteriormente, promover o retorno do paciente à família. Além da assistência direta à população, a formação de profissionais também é reconhecida como função da instituição.

Acesso ao HSMM, normatividades e fluxo interno dos usuários

Descreveremos o acesso ao hospital, e o funcionamento do fluxo das pessoas que adentram o serviço, incluindo os critérios utilizados para decidir a admissão ou encaminhamento dos pacientes.

As pessoas que chegam ao hospital procuram-no espontaneamente, ou são trazidos involuntariamente pela família (por meio do SAMU ou por conta própria). Uma minoria vem encaminhada de outro serviço. Os relatos abaixo descrevem essas três possibilidades:

Nós atendemos o paciente, aquele que vem referenciado e atendemos aqueles que vêm por livre demanda. Todo e qualquer paciente que procura o hospital de saúde mental, é acolhido, ele é atendido no acolhimento pelo enfermeiro. O enfermeiro vai fazer a classificação de risco e ver o que vai ser feito com esse paciente. [HSMM 08]

A principal porta de entrada é a emergência. O paciente espontaneamente procura a emergência, lá vai passar por um acolhimento com o pessoal da enfermagem e, se houver necessidade, o atendimento com o médico. E de lá, tomada a primeira conduta, vai ser encaminhado ou para internação, ou às vezes para os ambulatórios. [HSMM 06]

Aqui vem para a emergência, por ser um atendimento de demanda, a gente recebe paciente do estado inteiro, não recebe só de Fortaleza. Esses pacientes chegam por demanda espontânea ou encaminhados de algum outro serviço. A maioria deles vem por demanda espontânea. [HSMM 04]

E tem muito paciente que a gente chama de demanda espontânea. Que vem sem encaminhamento, mesmo. Tem muitos pacientes que já são pacientes daqui a muito tempo. Que se reinternam muito. [...] Tem os “conhecidos”, né? Que vêm sempre. E os pacientes de primeira vez, também. [HSMM 02]

Segundos os relatos, a maior parte da demanda é de procura espontânea. Alguns reconhecem um grupo de pessoas que busca com frequência o serviço, tornando-se “conhecidos” da equipe. Também tivemos relatos sobre alguns pacientes que “já se conhecem” e “sabem quando vão entrar em crise”, buscando espontaneamente o hospital antes que isso aconteça. As pessoas vêm de diferentes locais, inclusive de fora do município, casos aonde geralmente vêm encaminhadas e chegam por meio de uma ambulância ou outro carro da respectiva secretaria de saúde municipal.

A busca das pessoas pelo HSMM pode ser por alguma medicação emergencial, ou já pela internação psiquiátrica. Há ainda a busca pela renovação de prescrições de medicamentos, prescrição essa que pode ter sido feita originalmente em qualquer serviço da rede: CAPS, CSF, hospitais gerais, outros hospitais psiquiátricos etc. Todas essas demandas são acolhidas, porém o acesso à avaliação médica e à internação é regulado pelo setor de acolhimento, que realiza uma triagem:

Os pacientes chegam pela emergência, passam por uma triagem, e a partir dessa triagem que é feita pela enfermagem e pelo serviço social, a partir do que eles acham que há necessidade de ficar para uma avaliação médica, vem para o atendimento com a gente [psiquiatras da emergência]. [...] Eles ficam muito com as demandas que não são de emergência: solicitação de receita, um acompanhamento no CAPS... [...] Então os casos que passam para a gente são para a avaliação de uma internação, ou para ajuste de medicamentoso quando eles não estão com acompanhamento. A partir dessa avaliação, a gente segue dois fluxos. Ou o paciente segue para a internação aqui com a gente ou para outro hospital que ele é encaminhado. [HSMM 04]

Então ele passa pela triagem do acolhimento, e vai à emergência, para ser atendido pelo médico, e assim o médico determinar a internação. Ou o acompanhamento na residência médica. Porque tem alguns acompanhamentos pela residência. Ambulatoriais. [HSMM 01]

O hospital tem uma emergência, que funciona 24 horas. Então o 1º atendimento quando o paciente chega é com a enfermeira que faz o acolhimento. Enfermeira avalia o paciente, checa os sintomas, fala com o paciente, com a acompanhante, aí classifica e encaminha ou para um médico ou se for o caso, para a assistente social. [HSMM 02]

Se o paciente chega aqui, digamos, ele veio só pegar uma receita para uma medicação que ele faz tratamento no IPC, que fechou recentemente, então esse paciente vai ser atendido pelo enfermeiro, o médico atende, passa para o serviço social, o serviço social vai fazer o encaminhamento para ele continuar o tratamento dele no CAPS. [...] Quando ele não é encaminhado para o CAPS, é um paciente que necessita de internação, então o médico faz o

que? Ele vai emitir AIH [Autorização de Internação Hospitalar], essa AIH vai gerar uma internação e o paciente vai ser internado aqui. [HSMM 08]

Conforme discutimos anteriormente, apesar dessas diversas demandas, a principal função do HSMM é o controle da crise por meio da internação. Porém os profissionais relatam que é comum os pacientes aguardarem vaga mesmo quando é identificada a necessidade de internação:

Um complicador dessa história é o fato da dificuldade de leitos. Muitas vezes os pacientes acabam ficando um tempão esperando, aguardando para que essa efetiva internação aconteça. [HSMM 04]

Então esses pacientes ficam dois, três dias aguardando o aparecimento de uma vaga. Em condições, muitas vezes até desumanas. [CAPS/HSMM]

Esses pacientes ficam numas cadeiras. Não tem condição de acolher em leitos. Nós temos cinco leitos de observação na emergência. Mas tem dias que a gente tem quinze pacientes aguardando vaga. Vinte... Doze... Até mais. Então esse paciente fica esperando. O que tem são umas cadeiras. À noite deitam no chão, dormem. Trazem lençol, travesseiro. Vem com acompanhante, sempre, né? Que é sempre uma dificuldade para eles. Às vezes vem com a mãe idosa. Vem muitas pessoas idosas, acompanhando o filho. Ou então vem a mulher, que deixou criança em casa, deixou criança no vizinho. [...] Não tem condição! [HSMM 02]

E aí eu não entendo qual é o filão da história, que algumas pessoas se aproveitam disso pra fazer um sensacionalismo e trazer reportagens, que têm pessoas sentadas, dormindo no chão no Hospital Mental de Messejana. Simplesmente porque não tem como alocar essas internações. Muitas desnecessárias se a Rede de Saúde Mental funcionasse. [HSMM 05]

A demanda excede a capacidade do serviço por dois fatores, segundo os entrevistados: a diminuição da disponibilidade de leitos em hospitais psiquiátricos no município e a grande frequência de recaídas, atribuída à insuficiência da rede extra-hospitalar. Essa ampla procura pelo hospital acarreta o acúmulo de pessoas vagando nas proximidades da instituição, especialmente por esta caracterizar-se como central de regulação dos leitos SUS da rede. Em determinados períodos de nossa observação tal lista de espera possuía 10 pessoas aguardando a vacância de leitos. Percebemos principalmente pacientes usuários de drogas nessa condição, perfil que atualmente possui menor disponibilidade de leitos na rede hospitalar.

Segundo os entrevistados, essa situação é ocasionada pelo HSMM ser atualmente o único hospital com internação psiquiátrica funcionando tempo integral. Além disso, recentemente houve o fechamento três hospitais psiquiátricos privados (Hospital Mira y Lopez, Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, Casa de Saúde São Gerardo) e o descredenciamento de outro (Instituto de Psiquiatria do Ceará), ocasionado

o direcionamento repentino para o HSMM de uma demanda maior que a capacidade atual do hospital.

Essa situação de ausência de vagas foi veiculada repetidamente na mídia no ano de 2011 (programa Gente na TV – TV Jangadeiro, 26/04/2011; programa Jornal Jangadeiro – TV Jangadeiro, 05/05/2011; programa Bom Dia Ceará - TV Verdes Mares, 11/05/2011; programa Jornal Jangadeiro – TV Jangadeiro, 12/08/2011). Tais denúncias culminaram em uma ação civil pública, ajuizada pelo Ministério Público, determinando que o tempo máximo de espera por uma vaga seria de 06 horas, sob pena de multa de R\$ 200.000,000 por cada descumprimento ao atendimento de paciente (6ª vara da justiça federal do Ceará, Processo nº 00005877-06.2011.4.05.8100).

É interessante ressaltar que no trâmite do processo houve a intimação de representantes das esferas federal, estadual e municipal da saúde, partindo de um entendimento que a responsabilidade pela saúde mental não era prerrogativa apenas do HSMM ou de sua entidade mantenedora, o governo estadual. Da mesma forma, no proferimento da sentença, a multa pelo possível descumprimento da decisão seria partilhada pelos três entes federativos, na proporção de 60% para o estado e 20% para o município e a união. A intimação dos diversos entes federativos no julgamento parte de uma compreensão pelo juiz da ligação entre a demanda excessiva percebida no HSMM e as dificuldades no funcionamento de outros serviços, em especial os CAPS. Todavia, na sentença há o reconhecimento de ações feitas pelo município nos últimos anos no intuito de melhorar a situação da saúde mental: criação dos 14 CAPS de Fortaleza; criação de serviço psiquiátrico no hospital Gonzaga Mota; implantação de um CAPS modalidade III; e criação de um centro de referência para usuários de crack. A prefeitura municipal afirma, conforme registrado na sentença, que seria necessário intimar também os municípios circunvizinhos a Fortaleza, citando especificamente Caucaia e Maracanaú, que seriam responsáveis por parte da demanda no HSMM. Novamente, podemos perceber que há, implicitamente, a concepção ou a expectativa de que o bom funcionamento de um serviço (HSMM) estaria associado ao funcionamento adequado de todo um conjunto de outros serviços complementares ou substitutivos, assim como haveria a necessidade de diálogo e compromisso do diferentes entes federativos. A necessidade de tal funcionamento é defendida por Santos e Andrade (2008), quando apontam para a construção de redes interfederativas de saúde como aspecto necessário a consolidação do SUS.

Segundo os profissionais do HSMM, como resposta a essa determinação judicial houve a abertura de novos leitos no hospital, no intuito de diminuir o tempo de atendimento. As unidades de internação já existentes adaptaram cada uma de 3 a 5 novos leitos, assim como foi criada a unidade de internação breve (também chamada de U8 pela equipe do hospital), com 14 leitos. Essa nova unidade é utilizada quando não há vagas nas demais, pois possui uma estrutura mais precária, não havendo leitos de intercorrência onde podem ser feitas contenções físicas. Por esses motivos, essa unidade é utilizada apenas para pacientes considerados “calmos”.

Essa medida, que estava em vigor no período de nossa observação no hospital, é contrária à lei estadual 12.151, também chamada de “lei Mário Mamede”, que proíbe a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos. Por isso, em um período após a observação, fomos informados que esses leitos extras foram fechados, sendo mantida apenas a unidade de internação breve.

Em nossa fase de observação, percebemos que o HSMM é dividido em cinco setores, com atribuições específicas e equipes independentes: (1) acolhimento, (2) emergência, (3) internação, (4) hospital-dia e (5) ambulatório. Ainda que muitos profissionais trabalhem em mais de um setor, cada local possui uma equipe própria, que segue rotinas e procedimentos específicos ao setor. Priorizamos a observação do acolhimento, emergência e internação, por entender que tanto o hospital-dia como o ambulatório são solicitados quando o paciente recebe alta do hospital, podendo ser considerados como serviços à parte, ainda que funcionem em estruturas pertencentes ao hospital.

ACOLHIMENTO

O primeiro contato dos pacientes com o hospital se dá no acolhimento. Este é composto por um consultório de enfermagem e um consultório de serviço social. Recentemente foi incorporado também um profissional psicólogo na equipe, mas que não conta com sala própria, realizando suas atividades em qualquer local que esteja disponível, muitas vezes conversando com o paciente na própria recepção. O fluxo do acolhimento está representado no fluxograma 4 (apêndice H).

O contato inicial dá-se com o enfermeiro, que faz uma avaliação de risco com o paciente. Essa avaliação irá classificar o paciente em um dos quatro níveis de risco, a

partir do qual o paciente seguirá um fluxo específico. Os critérios para inclusão em cada nível de risco é a presença das seguintes manifestações comportamentais e ideativas:

- **Nível vermelho – Emergência:** Delirium tremens; toxicidade por álcool/outras drogas; comportamento violento; tentativa de suicídio ou homicídio, agitação extrema; desmaio. **Encaminhamento:** atendimento médico (psiquiatra) imediato.
- **Nível amarelo – Urgência Maior:** síndrome de abstinência alcoólica; comportamento bizarro; agitação menos intensa; estados de pânico; postura agressiva; alucinação ou desorientação; pensamento/atitude suicida ou homicida. **Encaminhamento:** atendimento médico (psiquiatra) prioritário.
- **Nível verde – Urgência Maior:** gesticulando em demasia; insônia; distúrbios situacionais (família, trabalho, vizinhança etc.); embriaguez. **Encaminhamento:** atendimento médico (psiquiatra) não prioritário.
- **Nível azul – Não Urgência:** demais condições não agudas; questões sobre medicação; desejo de receita; necessidade de suporte psíquico. **Encaminhamento:** atendimento do serviço social.

Essa classificação de risco foi desenvolvida pela equipe do hospital a partir de classificação de risco Manchester, originalmente criada para triagem de emergência em hospitais gerais (MENDES; TAVARES; LIMA, 2009). Essa adaptação é frequentemente citada pelos profissionais como uma grande inovação para o acolhimento do HSMM. Segundo os informantes, anteriormente a prioridade para o atendimento médico era definida pelos funcionários administrativos da recepção e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), que não possuíam treinamento formal para tanto, além de configurar uma situação que oportunizava o favorecimento indevido de algumas pessoas mediante recebimento de presentes ou favores. A criação de um protocolo formal visa padronizar as respostas do serviço, assim como fundamentar a decisão dos profissionais com base em critérios objetivos.

Percebemos que essa triagem visa uma racionalização do fluxo de acesso ao atendimento médico, dando prioridade aos casos que aparentam maior urgência de cuidados. Ainda que o controle desse fluxo esteja na responsabilidade do enfermeiro, observa-se claramente uma lógica psiquiátrica em sua racionalidade, considerando-se a

presença de determinados sintomas comportamentais ou ideativos como indicadores de gravidade.

Apesar da admissão formal ao hospital seja controlada pelos profissionais médicos do setor de emergência, conforme descreveremos a seguir, percebemos que já ocorre uma filtragem inicial feita pela equipe da enfermagem. Foi importante para nossa pesquisa identificar que esse acolhimento define não apenas o início de um fluxo interno ao hospital, mas surge também a primeira possibilidade de acionar outra instituição: quando o paciente é classificado como nível azul (não urgência), este é direcionado para o serviço social, que geralmente irá encaminhá-lo para o CAPS.

Em alguns casos a demanda do paciente de nível azul é especificamente a medicação, e ainda que este já tenha procurado o CAPS, o serviço encontrava-se sem a disponibilidade do psicofármaco receitado, ou temporariamente sem médicos para efetuar uma prescrição medicamentosa (seja a renovação ou modificação desta). Nesses casos, o assistente social considera o atendimento pelo médico do hospital. Contudo, o acesso ao médico nesses casos é condicionado também por fatores contextuais, tais como a quantidade de pacientes em espera por atendimento e o perfil do médico de plantão, que pode ou não aceitar de bom grado pacientes não urgentes.

Segundo o relato dos assistentes sociais do acolhimento, por vezes é realizado o contato telefônico com o CAPS, no intuito de confirmar a veracidade das informações fornecidas por esses pacientes a respeito de seu vínculo com o CAPS, e da ausência da medicação ou do médico no referido serviço. Esse é o único momento de contato direto com outro serviço no setor de acolhimento, e geralmente esse contato é com a recepcionista do CAPS, ou algum outro membro da equipe que atenda ao telefone.

Identificamos no acolhimento, portanto, dois momentos de decisão que irão condicionar o acionamento do CAPS a partir do hospital: a decisão do enfermeiro de classificar um paciente como não urgente, e a decisão do assistente social de encaminhar o paciente ao CAPS. Por esse motivo, na escolha dos informantes para a entrevista, garantimos a participação de profissionais dessas duas funções.

EMERGÊNCIA

Os pacientes que são direcionados ao atendimento médico adentram o setor de emergência. Neste setor estão sempre presentes dois médicos psiquiatras, a equipe de enfermagem, composta por um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem, e um

assistente social. Com exceção dos médicos, que trabalham em regime de plantão, o resto da equipe é diarista, trabalhando 20 ou 40 horas semanais. Contudo, a composição profissional da equipe é mantida a mesma, havendo substituições dos trabalhadores ao longo do dia para garantir tal manutenção.

O setor da emergência é separado da sala de espera por um portão de ferro, com o acesso controlado por um guarda do hospital. Este autoriza a entrada dos pacientes a partir dos nomes chamados pelo enfermeiro ou auxiliar de enfermagem responsável, que já têm em mãos o prontuário preenchido no acolhimento.

Ao adentrar esse setor, o paciente é avaliado pelo psiquiatra, que irá definir se este deve ser internado, ficar sob observação ou ser encaminhado para casa ou para outra instituição. Além disso, nesse momento inicial o psiquiatra decide sobre a necessidade de aplicar alguma medicação imediatamente, ou prescrevê-la para uso posterior, mesmo não havendo a admissão no hospital. Assim como no setor de acolhimento, todos casos onde a internação não é considerada adequada são encaminhados ao CAPS. O fluxo da emergência está representado no fluxograma 5, incluído como apêndice I.

Essa decisão é tomada exclusivamente pelo psiquiatra, por meio das informações do prontuário do acolhimento, da entrevista com o paciente e, em alguns casos, do relato de algum acompanhante (geralmente um familiar). Os relatos dos entrevistados confirma nossa observação livre:

É decisão do médico. A maioria, a grande maioria que vem, vem querendo se internar. [...] Mas depois que o médico avalia, é que o médico decide se é caso de internação. [...] Mas quem decide é o médico. [HSMM 02]

O médico é quem vai atender o paciente e vai definir "esse caso aqui é grave e precisa de uma internação" ou então "esse caso aqui pode ser acompanhado no CAPS. Ele não é um caso que exige uma internação". [HSMM 08]

É, a existência de vaga é determinante. E o encaminhamento do médico. Quem decide, a última palavra é do médico. [HSMM 01]

Observamos que os critérios que regem a decisão entre internação ou encaminhamento ao CAPS que foram referidos variam entre profissionais. Alguns critérios mencionados dizem respeito a manifestações comportamentais ou atitudes: planejamento ou tentativa de suicídio; agitação psicomotora significativa; intenção ou tendência a ferir os outros ou a si mesmo. Outros critérios referem-se a condições do contexto do paciente: psicóticos em primeiro surto; psicóticos cujo ambiente familiar

tem efeito desorganizador; pacientes cuja família não acompanha a administração da medicação; pacientes que “se conhecem” e referem estar na iminência de um surto (Diário de campo 01). Concordamos com Mantilla (2010) quando ela afirma que esta variabilidade

não se trata de ausência de aptidão profissional, e sim dos aspectos dinâmicos das situações de sofrimento em que se encontram os pacientes, e as formas que são comunicados e interpretados estes sofrimentos no âmbito das relações terapêuticas (p.121, tradução nossa).

As relações terapêuticas podem ser entendidas como a relação singular entre cada paciente e profissional/equipe, mas também podemos expandir essa compreensão para o sistema de saúde. Dessa forma, a relação estabelecida não é apenas com um profissional ou com a equipe de um serviço, mas sim com as respostas da organização sanitária e psiquiátrica do sistema de saúde (NICÁCIO; CAMPOS, 2004). Ressaltamos que, segundo os autores, a crise é uma experiência valorada como limítrofe, sendo tal qualificação construída de acordo com a percepção social sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, ruptura das relações familiares, sociais e/ou de trabalho.

Quando indagamos os profissionais médicos e não-médicos sobre o que motiva a decisão de internação, obtivemos o seguintes relatos:

Eu não preciso internar um paciente que está, digamos, com um problema apenas de ansiedade. Agora se eu chego com um paciente em surto psicótico ou agressivo, quebrando, um paciente que está com um quadro visível de esquizofrenia, aí o médico vai ter que internar. [HSMM 08]

Um paciente grave da internação seria aquele paciente que, na linguagem psiquiátrica, estaria apresentando uma agudização, um quadro agudo de sintomas, que fariam parte de diversas patologias psiquiátricas. Então de certa forma, naquele momento essa agudização colocaria em risco a integridade física e psíquica do portador da patologia, ou até de outras pessoas. [CAPS/HSMM]

Quando o paciente perde o sentido, né? Da noção das coisas. Fica agressivo, fica violento. É uma situação que está dificultando a vivência dele em casa, né? Tanto para a família quanto pra ele próprio. Então nesses casos, tem que ser internado. [HSMM 07]

É o paciente psicótico agudo, em crise aguda. O paciente que consta de risco contra si, contra a terceiros e até ao patrimônio, certo? É aquela pessoa que realmente está desajustada e que preferencialmente não tem um suporte adequado na família ou que a família não tenha condições de suportar tal demanda. [HSMM 05]

Houve uma forte concordância entre os profissionais acerca do risco para si mesmo e para os outros como critério principal para internação. Mas um profissional

assinalou uma diferença sutil, que consideramos fundamental para compreender esse critério do risco:

Os principais critérios de internação seria um paciente que está muito agressivo, trazendo um risco eminente para algum familiar, para alguma terceira pessoa, ou a si mesmo. Com ideiação suicida, às vezes sem aceitar a medicação, sem estar colaborando com o próprio tratamento... Principalmente isso, a questão do risco iminente para si ou para terceiros. Ou mesmo se esse risco eminente não é a questão, tipo do paciente que tem um quadro psicótico, tem alguma coisa que faça com que ele não seja capaz de decidir sobre si mesmo, e ainda assim se recusa a provar um tratamento, a tomar a medicação, e tem um risco muito grande de voltar a ter um quadro agressivo, alguma coisa que seja critério de internação. [HSMM 06]

Esse relato ressalta que não é apenas a existência do risco, mas a possibilidade de que, por conta dos sintomas apresentados, a pessoa não esteja em condição de tomar decisões “adequadas”, e essa incapacidade possa colocá-la em situações de risco para si ou para os outros. É, na verdade, o “risco do risco”. Ainda que seja uma diferença sutil, essa concepção amplia consideravelmente o número de situações onde a internação pode ocorrer, não sendo mais necessário que a agressividade esteja presente: ela pode ser presumida como possível, e apenas isso justificar a intervenção.

Ainda que avaliar a presença de auto ou hetero agressividade em um paciente tenha suas nuances, é uma tarefa mais simples do que identificar a possibilidade de uma desorganização psíquica evoluir para uma situação de risco. Por isso, tal critério torna-se bastante subjetivo, e profundamente influenciado pela situação da família do paciente. Nesse ponto, destaca-se novamente a importância de considerar a dimensão subjetiva envolvida nos processos da rede, nesse caso, na determinação de entrada do usuário em um serviço.

A forma como a família apresenta a situação do paciente, a maneira como se comporta em relação a ele, podem modificar a decisão do médico de recomendar o acompanhamento em um serviço aberto, como CAPS e ambulatório, ou optar pelo regime de internação:

Às vezes tem uns casos mais graves que até seriam indicação para internação, mas por ter um bom suporte familiar você consegue, sentiu segurança de orientar e manejar aquele paciente com medicação de urgência ali na hora e uma orientação para casa, e evitar uma internação. Muitas vezes o paciente não tem um quadro tão grave, mas não tem um bom suporte familiar, você sabe que se liberar ele vai só piorar da crise, e acaba tendo que ser indicada a internação para poder ter um acompanhamento mais próximo. [HSMM 06]

[...] eu me recordo de muitos pacientes que chegam e, com a família, buscam o serviço de psiquiatria, e você vai ver e é só o sofrimento humano, não é uma doença. E já vi casos de serem internados. Mas como é que o profissional internou algo que não era doença? Porque naquele momento, em uma situação crítica, onde a própria família, de certa forma sentiu que

aquilo ali não... E na hora o próprio profissional, numa hora de emergência, termina...[internando]. Às vezes acontece, e tem que reconhecer isso. Principalmente quando as coisas são muito subjetivas. [CAPS/HSM]

Não é porque ele está agitado na primeira crise, que você já vai trazer para a emergência. Mas a gente vê que tem muitos familiares que na primeira tentativa sem sucesso de dar uma medicação para ele ou de encaminhar para o CAPS para uma consulta e o paciente se negar e já ter uma crise de agitação, para a família já é motivo de trazer para a emergência e querer internar. Isso é uma realidade. [HSM 08]

Percebemos então que não é apenas o paciente que está sob avaliação, mas também sua família. E esse juízo revela também o quanto os critérios para internação não dizem respeito apenas a uma avaliação clínica do paciente, e como a crise não se reduz a uma sintomatologia, mas a uma determinada forma de relação com o entorno material e social que gera suspeita e risco. Outro aspecto do contexto social alude a dificuldades de subsistência enfrentadas pelos pacientes e suas famílias:

Então não raro o familiar chega e diz assim: “Doutor, eu só vim com o dinheiro da passagem. Não tenho como voltar, por isso eu quero a internação”. E quando nós sabemos que a internação, ela tem que ter uma indicação clínica, uma indicação médica e não aleatória. [HSM 05]

E uma questão assim que nos faz pensar e questionar, é do ponto de vista sociológico: por que se tá se convencendo que o Hospital Mental de Messejana tem que abraçar o mundo? No sentido que pessoas que deixam de cumprir o programa terapêutico, recaem e querem no Mental de Messejana um milagre súbito. E colocam questões como a falta de sobrevivência por questões econômicas. Tão confundindo a questão clínica com suporte de assistência social. [HSM 05]

A última fala revela ainda o incômodo do profissional com esse tipo de demanda, que fugiria à proposta assistencial do hospital. Mas não é incomum o uso de dificuldades financeiras como tentativa de influenciar na decisão do médico. Chamou-nos a atenção um caso em particular, registrado em nosso diário de campo, e que por sua relevância, transcreveremos nossas impressões:

Três homens de porte físico bastante avantajado chegam ao hospital em um carro particular, acompanhando um senhor franzino, de seus 40/50 anos, e uma mulher, de seus 40 anos. Ao saírem, os três homens grandes chamam a atenção dos presentes pelo seu tamanho. Três homens musculosos chegando juntos, é incomum. Seriam de alguma academia de musculação? Noto que o senhor está mal vestido, com roupas velhas que parecem destinadas ao uso de casa. Ele não parece do mesmo nível socioeconômico dos outros homens, que estão vestidos informalmente, mas com roupas melhores que o senhor e a mulher. Seu aspecto magro e suas roupas fazem com que destoe totalmente dos outros. Parece também assustado, um pouco desconfiado de tudo. Dois dos homens parrudos encostam-se na parede do lado oposto à sala de triagem, e apenas um deles, o mais velho, acompanha o senhor e a mulher até os bancos próximos à sala de

atendimento. Aproximo-me dos dois que estão encostados na parede e pergunto se são de uma equipe de transporte de pacientes. Eles sorriem e se entreolham, com um certo olhar de cumplicidade. Ficam desconcertados, e parece que cada um está esperando o outro falar. Um deles finalmente explica que são de uma “equipe de remoção”, mas que se eu quiser maiores informações eu deveria falar com o coordenador, que é o homem está acompanhando o senhor franzino. Revel ainda que nenhum deles tem treinamento em saúde mental ou primeiros socorros, mas que ele e o coordenador são praticantes de Jiu-jitsu, arte marcial que prima pela imobilização, e que o rapaz usa o dinheiro que ganha com esse trabalho para pagar uma faculdade particular, onde está iniciando o curso de medicina. Quando o paciente entra para a triagem, me aproximo do tal coordenador, e este explica como funciona seu trabalho. Ressalta que são treinados para fazer contenções sem machucar o paciente, e que eles têm a disposição física e mental inclusive para serem atacados por pacientes agressivos sem levar isso para o lado pessoal, mas evitando maiores danos pessoais. Ele me entrega um cartão, e afirma que uma remoção dentro do município custa R\$300, mas que também fazem remoções para outros estados, pois muitas pessoas “de alta classe” preferem ser internadas fora, pela discricão. Afirma que seu carro chama menos atenção que uma ambulância, e eles respondem com maior agilidade que o SAMU. Despedimo-nos e passo a acompanhar os atendimentos de uma psiquiatra no setor de emergência. Quase uma hora depois, chega o momento de atendimento desse senhor. Entram ele e a mulher. Segundo ela, o senhor tem transtornos mentais, e é alcoolista. Após escutar a mulher e o próprio paciente, a psiquiatra decide que não é caso para internação, e o encaminha para o CAPSad. A mulher protesta, dizendo que no CAPS o atendimento não é bom, que as consultas demoram, que o senhor não toma os remédios em casa, e que gastaram um dinheiro que não tinham para conseguir levá-lo até o hospital. A psiquiatra escuta pacientemente a argumentação da mulher, mas é resoluta: “os leitos estão todos ocupados e, mesmo quando surgir uma vaga, já temos outros pacientes esperando, aqui mesmo no hospital”. Explica ainda que a internação na unidade de desintoxicação, diferentemente das outras, só acontece com o consentimento do paciente. Os dois saem do consultório, com o senhor prometendo à médica que irá retomar seu acompanhamento no CAPS, e a mulher decepcionada. (Diário de campo 01 – 25/07/2012)

Acreditamos que o relato acima represente, de forma amplificada, a ânsia de muitas pessoas que chegam ao hospital. Mediante a falência dos recursos familiares, comunitários e mesmo dos serviços de saúde, como o CAPS e o SAMU, para lidar com determinadas situações, há um investimento massivo no hospital. Espera-se que o hospital, com sua internação, resolva permanentemente o problema que não aguentam mais. Com muito custo, seja financeiro, físico ou psicológico, as pessoas trazem involuntariamente seu familiar, com quem não sabem mais o que fazer, para que com “um milagre súbito” seja resolvida sua situação. É comum o hospital ser considerado pelas famílias como o último recurso para uma situação clínica, relacional ou familiar,

insustentável. Tendo esse derradeiro recurso negado, são comuns, frente à frustração, as tentativas de sensibilizar o médico com argumentos sobre a dificuldade que foi chegar até ali. Em outra ocasião de observação, ao ser confrontado com essas variáveis diversas, teoricamente alheias à situação clínica do paciente e aos critérios de internação, ouvimos outro médico repetir, para muitos pacientes:

“Aí já não é comigo.” (Diário de campo 27/07/2012)

Ainda que seja um serviço de alta complexidade, a proposta oferecida pelo hospital se torna minúscula quando confrontada com as problemáticas vividas pelos pacientes e suas famílias. No mesmo dia, outra pessoa tentava convencer o médico a internar seu marido porque este, em surto, havia quebrado o bar de uma pessoa da vizinhança na semana anterior. Ele agora já estava “fora da crise”, mas estava marcado de morte na rua e ninguém da família estava disposto a abrigá-lo. “Aí já não é comigo”, ecoou várias vezes durante esse plantão. Apesar da secura da resposta, é necessário ter lucidez e clareza frente ao que de fato a instituição pode oferecer. Por muito tempo, a resposta-padrão possível da instituição hospitalar – o internamento – era utilizada para todo tipo de demanda social, gerando populações miseráveis, cronificadas na iatrogenia do próprio hospital, e que um dia serviriam de combustível para a humanização defendida pela Reforma Psiquiátrica.

O argumento financeiro não é utilizado pelos familiares levemente, pois expressa uma situação real de desamparo vivida por muitas famílias. Porém, o apelo que é feito ao hospital em meio ao desamparo é muitas vezes desconexo à proposta de cuidado da instituição. A desinformação em relação à proposta, ou o desacordo com seus critérios, cria atritos constantes entre familiares e a equipe. A situação torna-se ainda mais complexa quando os familiares buscam medidas judiciais para obter o internamento:

Quando a família vem e que passa um tempo aí e vê que não consegue internar, [...] aí a família vai buscar um juiz, uma promotoria ou alguma coisa desse tipo pra poder trazer o paciente. [HSMM 03]

Se ele não tiver psicótico, se for um paciente hígido, só pelo uso de drogas a gente não tem autonomia para fazer uma internação involuntária, e a família acaba sabendo disso. Muitas vezes o paciente não quer essa internação. Então eles vão até o juiz, muitos familiares conseguem essa liminar, e o paciente é internado por via compulsória. [HSMM 04]

As relações com o poder judiciário são bastante conflituosas, pois as internações compulsórias se sobrepõem a quaisquer critérios definidos pela equipe, e não podem ser questionadas. Vários profissionais relataram experiências negativas com as determinações judiciais, vistas como autoritárias e isentas de qualquer critério técnico:

Hoje mesmo eu tô com um caso que um menor que foi internado aqui no hospital de saúde mental. Tá internado por ordem judicial. [...] E que é usuário de drogas, e o juiz determinou a internação, e definindo o prazo. Seis meses! Deverá ficar internado seis meses no hospital, nessa instituição. Coisas que a gente olha e fica... {faz uma expressão facial de discordar ou duvidar} [...] Como se fosse uma instituição prisional! Uma instituição não hospitalar, onde os critérios de internação passam por um quadro clínico. [CAPS/HSMM]

Uma moça do juizado, com um menino de 13 anos, [que veio] por conta de dependência química. A mãe foi para o juizado, o juiz obrigou a internação. [...] A gente falou: "Olha, vamos deixar ele só uma noite aqui em observação, não tem necessidade da internação, é um menino, e não sei o quê...". Ela não aceitou de jeito nenhum: "O juiz determinou, tem que ficar, tem que ficar, tem que ficar...". Tudo bem. A gente começou a fazer a papelada da internação. E aqui, é uma emergência, acabaram chegando, por coincidência, duas ambulâncias do SAMU, com pacientes super agitados, que precisaram ser contidos. {ênfatisando, penalizada} O menininho ficou SUPER nervoso. [...] É um menino de 13 anos, que ficou super assustado. A gente teve que internar o menino. Nessa situação. Que benefício isso teve? [...] Ela viu essa cena. Na hora ela quis levar, falou "é, você tinha razão...". Mas ela tinha vindo com um ofício que me obrigava a internar. E no dia seguinte voltou com um ofício "des-internando", sei lá como é que o juiz usou o termo. Mas para levar o menino para casa. Para quê, sabe? [HSMM 04]

Então é muito complicado esse tipo de internação, porque o juiz chega e simplesmente determina. E não avalia! Muitas vezes eles não têm ideia do que é um hospital psiquiátrico. Não têm ideia de como é um tratamento, do que a gente propõe, do que não se propõe. E aí fica uma coisa muito de cima para baixo. A gente não pode questionar... Uma coisa que não é uma atribuição do juiz, fazer essa avaliação. Às vezes acaba atrapalhando muito mais o tratamento do que ajudando. É complicado. [HSMM 04]

Eu acho que... a gente vê que o juiz não tem competência para determinar o tempo da internação. Isso é um ato médico, né? Então... ele manda internar, mas o período da internação quem sabe é o médico. Quando é que o paciente está em condição de alta. Isso é uma discussão que se tem muito aqui. [HSMM 02]

Porque a justiça determina até o tempo que o paciente vai ficar, muitas vezes. Seis meses, três meses. No ofício. Como se tivesse poder maior do que o médico, em relação à doença. [...] Eu acho muito autoritário. Eu acho que o médico não era para se sujeitar a isso. Não aceitar. Porque a última palavra é a do médico, em relação à internação, à doença do paciente. O juiz não estudou medicina. [HSMM 01]

As internações compulsórias se referem principalmente a usuários de drogas, mas também a crianças e adolescentes que apresentam algum sofrimento psíquico grave, não exclusivamente relacionado a abuso de substâncias. Além disso, com o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos, os pacientes “moradores” desses

hospitais, que não possuíam vínculos familiares, foram encaminhados para o HSMM pela via da internação compulsória, gerando novos conflitos:

Você sabe que um outro hospital fechou recentemente né [Hospital Mira y Lopez]. E os pacientes que eram moradores desse hospital estão vindo pra cá, por ser o hospital público, o único de referência do estado. E tem que arcar com essas consequências, é um hospital que vai receber esses pacientes e inclusive na maioria deles já vem como compulsório. [...] E a gente não pode dizer que não recebe. [HSMM 03]

Como o [Hospital] Mira y Lopez fechou, muitos pacientes que moravam lá, estão voltando para casa. Foi feita uma comissão para desinstitucionalizar. Esses pacientes estão voltando para casa. Os pacientes que têm família, tão sendo devolvidos para a família. Os que não têm família, vão para as residências terapêuticas. E chegam pacientes aqui, que tinham 10, 15 anos de internação, e a família não tá querendo. Aí elas chegam para o juiz, o juiz autoriza essa internação compulsória, vem para cá e a gente é obrigado a internar. E aí vira uma questão judicial. Se o juiz tem a autonomia para determinar uma internação, se essa autonomia é do médico. Aí o judiciário do hospital acaba resolvendo essa questão. [HSMM 04]

O HSMM possui uma comissão de desinstitucionalização, que monitora a situação de pacientes de longa permanência (mais de um ano de internação). A comissão tem por função resgatar a vinculação familiar desses pacientes, evitando que eles se tornassem moradores. Porém, com o fechamento de outros hospitais, ocorreu subitamente um novo influxo desses pacientes de vínculos frágeis, cujas famílias têm a intenção de responsabilizar permanentemente o hospital por sua custódia. É um movimento que tem sido evitado pelo hospital, por meio do restabelecimento do contato com as famílias, assim como pela secretaria municipal de saúde, que como último recurso tenta incluir as pessoas sem nenhum vínculo em residências terapêuticas.

As intervenções do poder judiciário foram citadas com frequência pelos entrevistados, sendo avaliadas sempre de forma negativa. A obrigação de admitir um paciente na internação gera no mínimo três situações que fogem bastante das diretrizes do hospital: são admitidos homens usuários de drogas, mesmo quando não há vagas na unidade de desintoxicação, sendo colocados nas unidades de transtorno mental grave; são admitidas mulheres usuárias de drogas, sem que haja unidade feminina de desintoxicação, sendo sempre colocadas nas unidades femininas de transtorno mental grave; e são admitidos crianças e adolescentes, sem que haja uma ala específica para esse público. As crianças e adolescentes são alocados nas unidades adultas, com a exigência da presença constante de um acompanhante. Além disso, essas determinações judiciais não respeitam a fila de espera de vaga ou as urgências que deveriam ser prioritárias.

Mesmo na ausência de liminares, muitas vezes a decisão sobre a internação não é clara aos psiquiatras, de modo que alguns pacientes são medicados e alocados nos leitos de observação antes da deliberação final de internação ou alta. Estes 06 leitos são, basicamente, camas com armação de metal, com possibilidade de contenção física através da amarração de tiras nos membros do paciente, conectando-os ao estrado e cabeceira da cama. Esses pacientes são medicados e monitorados pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem da emergência, aguardando alguma evolução significativa de remissão dos sintomas.

Uma vez definida a necessidade de internação, o paciente é direcionado para a unidade que se aproxima de seu perfil. Os pacientes homens com problemas relacionados a álcool e outras drogas são internados na unidade de desintoxicação. Não há unidade específica para desintoxicação feminina, ficando todas as pacientes mulheres, independente de diagnóstico, nas unidades 2 e 3. As unidades 1 e 4 são para internação masculina de pacientes com outros diagnósticos. Apenas na unidade 4 são internados idosos e crianças, assim como se dá preferência para pacientes não violentos e com menor risco de fuga, pois segundo funcionários, os muros desta unidade são mais baixos, e mais próximos das ruas que circundam o hospital. Segundo uma estimativa da equipe, sempre há em torno de quatro ou cinco pacientes com menos de 18 anos, geralmente adolescentes.

Essa tentativa de adequação do perfil do paciente em relação ao perfil das unidades de internação ocorre apenas nos casos onde há vagas disponíveis nas mesmas. Na ausência de vagas no próprio HSMM é checada, por meio do SAME, a existência de vagas nos outros hospitais conveniados. Nesses casos, o paciente é transferido de ambulância para a instituição disponível. Quando não há vaga em lugar algum da rede hospitalar, o paciente é informado da ausência de leitos, e orientado a aguardar a vacância nas proximidades da instituição. Caso contrário, não há possibilidade de guardar o lugar do paciente na fila de espera.

Quando se define que um paciente será internado, este passa por alguns procedimentos: é realizada uma anamnese mais aprofundada, pelo enfermeiro; é feita a higienização do paciente, se necessário; e após vestir a bata do hospital, ele é dirigido à unidade de internação pelo técnico de enfermagem. Os pertences permitidos são apenas cigarros (a serem entregues à equipe da internação, para controle do uso) e três roupas íntimas. Se o paciente possui algum acompanhante, este é encaminhado ao serviço social, que irá explicar o tratamento, os horários de visita e demais regras da instituição.

Como a decisão sobre admitir o paciente na instituição ou encaminhá-lo ao CAPS acontece apenas durante o atendimento psiquiátrico, nesse setor entrevistamos apenas psiquiatras.

INTERNAÇÃO

Demos prioridade para a observação das unidades 1 e 4, ambas masculinas e direcionadas a pacientes psicóticos, bipolares, depressivos graves ou que apresentam tentativas de suicídio. Essas duas unidades possuem arquiteturas diferentes, porém contam com as mesmas estruturas: 20 leitos, divididos em quartos com três ou quatro camas; leitos extras para intercorrências (ocasiões que geralmente requerem contenção física até a prescrição, aplicação e efeito da medicação sedativa); uma bancada de observação onde ficam os profissionais; consultórios; refeitório; banheiros; e um pátio com cadeiras e televisão. A entrada e saída de cada unidade são monitoradas por um guarda, que fica do lado de fora do portão de ferro de acesso ao corredor. O portão é constituído de uma peça sólida de metal, permitindo a visão apenas por um pequeno quadrado vazado, junto ao ferrolho. Esse portão não fica trancado, sendo mantido apenas o ferrolho fechado. O guarda da unidade tem a função de impedir a saída dos pacientes, a entrada de pacientes de outras unidades ou de outras pessoas não autorizadas. O fluxo da internação está representado no fluxograma 6 (apêndice J).

A rotina de todas as unidades é muito semelhante. Todos os pacientes recebem uma vez por semana atendimentos individuais da enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, assim como atendimento psiquiátrico duas vezes por semana. Há uma comissão de avaliação que fiscaliza a frequência desses atendimentos. Todos os pacientes tomam medicação às 8h, 14h e 20h, administrada pelos auxiliares de enfermagem. Além disso, quatro vezes ao dia os pacientes frequentam as oficinas de terapia ocupacional, que ficam fora das unidades (com exceção dos pacientes da unidade de desintoxicação, cujas atividades são dentro da própria unidade). As oficinas acontecem nos turnos da manhã e tarde, sendo as oficinas do mesmo turno intercaladas por lanches, realizados nas unidades de internação. Além das atividades desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais, é também o momento de encontro dos pacientes de todas as unidades, reunindo homens e mulheres.

Os pacientes considerados muito desorientados, agitados e/ou agressivos não são autorizados a participar das oficinas. Nos demais casos, a participação é estimulada,

porém sempre voluntária. O uso da medicação é obrigatório, assim como a participação nas consultas, porém estas são realizadas dentro da conveniência dos profissionais e pacientes, podendo inclusive serem feitas nos leitos, corredores ou pátio, a depender da situação.

Chamou-nos a atenção as atividades realizadas pelo serviço social. Cabe a estes profissionais estimular as visitas dos familiares dos pacientes, através de contato telefônico com as famílias pouco participativas. Os assistentes sociais também realizam grupos de orientação desses familiares, assim como solicitam informações complementares quando percebida a necessidade pela equipe. Outra atribuição do serviço social é convocar as famílias dos pacientes que receberam alta, pois estes só são efetivamente liberados quando um familiar surge para buscá-los. Nos casos em que o paciente é originário do interior do estado, também é da incumbência do assistente social contatar uma ambulância do município de origem para o transporte, por meio da respectiva secretaria municipal de saúde. Percebemos que nesses casos há um contato com outra instituição ou com a família, no intuito de conseguir o retorno do paciente ao seu lar. Porém, esse contato é estereotipado, no sentido de repetir-se sempre a mesma solicitação de transporte ou de uma pessoa que acompanhe o paciente.

A decisão da alta é feita mediante avaliação do psiquiatra, que determina se o paciente saiu ou não da situação de crise. Em algumas situações essa decisão pode ser complementada por informações do restante da equipe. Segundo os psiquiatras, essas informações auxiliares às vezes são necessárias para avaliar o relacionamento de um paciente com os demais, ou com seus familiares nas visitas, pois nesses momentos o psiquiatra geralmente não está presente. Porém, a equipe é acionada a critério do psiquiatra, e apenas quando há alguma dúvida em relação ao estado do paciente, ocorrendo em uma minoria dos casos. Alguns psiquiatras aceitam ou mesmo solicitam a opinião de outros profissionais da equipe, enquanto outros não admitem “intromissões” em seu trabalho. Ao mesmo tempo, alguns membros da equipe sentem-se à vontade para procurar o psiquiatra e opinar a respeito da situação do paciente, sugerindo sua liberação ou discordando de uma alta planejada pelo psiquiatra. Todavia, esse tipo de participação acontece apenas com psiquiatras que permitem tal aproximação pela equipe, não sendo uma exigência do serviço a discussão da alta com a equipe.

Assim como na admissão, no momento de alta também surgem dificuldades para os pacientes internados compulsoriamente, pois estes só são liberados no prazo estipulado na ordem de internação do juiz, ou por uma nova autorização deste:

A gente não tem aqui unidade de internação para criança, né. Só tem para adultos. Mas a gente sempre tem alguns, uma média de quatro, cinco crianças ou adolescentes internados. Esse paciente menor, ele só se interna se for com ordem judicial. Então ele já chega aqui com ordem judicial, e ele só sai do hospital, mesmo se ele tiver condição de alta, é comunicado ao juiz a alta, e ele só sai quando o juiz manda o ofício liberando. Mesmo ele já estando de alta, se for compulsório, ele só sai quando o juiz manda liberar. E às vezes demora. Às vezes o paciente tá de alta, e não consegue logo essa liberação. Às vezes sai logo, mas às vezes não. E ainda tem juiz que determina o tempo. Às vezes chega o ofício dizendo o tempo que o paciente vai ficar internado. [HSMM 02]

[...] o gestor atua e vai, e se for compulsório manda o ofício pro juiz, pede o juiz pra poder liberar... Porque muitas vezes o médico dá alta e você sabe que o médico dá alta, mas sendo compulsório a gente não pode mandar pra casa, tem que esperar que o juiz libere né. Tem uma instância maior nessa história que a gente tem que ter o respeito, né? [HSMM 03]

Essas situações acabam modificando o fluxo normal de alta, exigindo a intermediação com uma instância externa ao hospital – o poder judiciário – o que acaba por atrasar a liberação dos pacientes internados compulsoriamente.

Uma vez decidida a alta, é paciente é orientado a continuar o tratamento em outro local. Foram mencionadas três opções: o hospital-dia (HD) do HSMM; o ambulatório de psiquiatria, também do HSMM; e os CAPS. A decisão acerca do local evidencia perspectivas interessantes dos profissionais sobre cada serviço. Ao longo das entrevistas, tentamos explorar quais os critérios utilizados para determinar o local de encaminhamento de um paciente em alta. Encontramos relatos divergentes sobre quem decide para onde as pessoas são direcionadas:

Quem toma essa decisão é o médico. A gente só então... Só faz esse intercambio, quando a gente recebe o encaminhamento do médico, sabe? [...] Já vem definido. [HSMM 02]

Normalmente [para o hospital-dia] eles são indicados, eles são encaminhados. O médico [da internação] que dá alta lá, aí ele vê o perfil. [...] O médico encaminha pra o hospital-dia, e nem sempre que o médico encaminha quando chega aqui o médico daqui faz a triagem e acata. Ainda ontem foi um dia que o médico lá de dentro encaminhou o paciente pra cá e ele não preenchia os critérios do Hospital Dia. [HSMM 03]

No caso isso é uma decisão conjunta, muitas vezes até motivada também pela parte social né, do paciente. Que você vê que ele se beneficiaria de estar num programa mais intensivo do hospital-dia, mas mora longe, ou não mora longe, mas não vai conseguir pegar o ônibus todo dia sozinho e o familiar não pode vir deixar. Você acaba tendo que optar por referenciar ele no CAPS mesmo. Bem ou mal, funcionando ou não, é o serviço de referência dele. [HSMM 06]

A alta, é assim: você tem tempo, a equipe tem o tempo suficiente para gerar um protocolo, para ter um contato e ver se esse paciente tem condições de continuar num hospital-dia, num CAPS, ou na própria residência ou em outro tipo de ambulatório. [HSMM 08]

Quando o paciente já está próximo de receber alta, a equipe vai trabalhando isso. O serviço social... A família está sempre sendo orientada. Todas as unidades tem uma reunião de família por semana. Então isso é muito trabalhado com a família. [HSMM 02]

Enquanto alguns entrevistados referem que a escolha do local de encaminhamento é uma decisão médica, outros afirmam que essa decisão é conjunta. Podemos especular que, assim como a forma de decidir a alta varia de acordo com o psiquiatra, na escolha do encaminhamento talvez ocorra processo semelhante, onde a participação da equipe varie de acordo com a abertura pessoal do médico.

Alguns psiquiatras afirmaram que, sempre que possível, dão preferência ao encaminhamento para o HD do HSMM. Esse serviço realiza, além do acompanhamento psiquiátrico, atividades grupais diárias com vários profissionais. Em uma minoria dos casos, preferência pelo HD se justificaria pela possibilidade do paciente continuar a ser acompanhado pelo psiquiatra ou residente responsável por ele na internação (quando este profissional também atende no HD). Entretanto, poucos casos apresentam essa conveniência. Conforme relatado pelos psiquiatras, na maioria das vezes a preferência justifica-se pela garantia de uma regularidade no atendimento psiquiátrico, situação que não ocorreria no CAPS. Outros afirmaram ainda que só encaminham para o hospital-dia os pacientes desempregados e/ou desocupados, que teriam necessidade de ocupar seu tempo ou de aprender alguma atividade nova. Também é levado em conta se o paciente mora próximo do hospital, de modo a facilitar sua participação diária no HD.

O ambulatório do HSMM fornece exclusivamente o acompanhamento psiquiátrico, de forma que essa opção de encaminhamento muitas vezes aparece conjugada a um direcionamento simultâneo ao CAPS, para outras atividades. A opção pelo ambulatório ocorre quando o paciente está sendo medicado com os chamados “medicamentos de alto custo”, geralmente antipsicóticos ou antidepressivos atípicos, que não estão disponíveis nas farmácias da rede municipal. Porém, percebemos também que o ambulatório, por ser mantido pela residência em psiquiatria, tem como propósito principal a instrução dos residentes. Isso faz com que os casos selecionados sejam geralmente “casos exóticos”, conforme descrição feita por um psiquiatra do hospital (Diário de Campo 01), ou casos refratários aos tratamentos medicamentosos convencionais:

Como existe esse treinamento em residência, então para os meninos [da residência] é muito mais interessante ter casos interessantes. Casos mais leves acabam não tendo tanto interesse. Então a partir de um momento que o paciente entra para a internação, e desperta um interesse mais acadêmico, [porque] é um paciente mais difícil, uma coisa que vai precisar mexer na medicação, não é um paciente de primeiro surto... Esse paciente acaba sendo referenciado para um ambulatório. E a partir desse cuidado, o residente que acompanhava ele na enfermaria, passa a acompanhá-lo no ambulatório. E aí ele segue o acompanhamento. Se houver

necessidade de encaminhar, para o hospital dia, senão fica apenas no ambulatório. Então por conta dessa história da residência, acaba sendo um perfil de paciente selecionado. [HSMM 04]

E aí, dependendo... assim, como eu disse, por ser o ambulatório mais voltado para a aprendizagem, se às vezes é um caso mais raro, mais complicado, que chama a atenção, a pessoa que tá na emergência pode tentar uma vaga para ele em algum dos ambulatórios especializados, né? Tem alguns ambulatórios especializados, só de psicose de difícil controle, de transtorno bipolar, que são voltados para esses casos mais difíceis mesmo. Ou então, se houver disponibilidade de vaga nos ambulatórios gerais, pode encaminhar para esses ambulatórios. [HSMM 06]

Agora tem os internos e os residentes que querem continuar a pesquisa ou o tratamento aí encaminha aqui pra residência. [HSMM 03]

Nesses casos, percebemos que o critério de escolha visa beneficiar os médicos-residentes, ainda que conjugado à justificativa de que haverá a possibilidade de um acompanhamento psiquiátrico mais contínuo e atento. Também encontramos a preferência pelo ambulatório para a manutenção do vínculo com o profissional que já atendia o paciente na internação, situação que ocorre com mais frequência do que em relação ao HD:

Também na internação, há os médicos assistentes diretos, dos pacientes, e há alguns leitos, seria provavelmente uns 20% dos leitos do hospital, que são acompanhados pelos residentes também. Esses que são acompanhados pelos residentes, via de regra, eles vão para o ambulatório geral com o residente, para continuar o acompanhamento. Um ou outro, por questão de ser do interior, para facilitar o deslocamento de ele ficar vindo, acaba voltando para o serviço de referência mesmo, que seria o CAPS. E os que são atendidos pelos assistentes diretos, sem ter a participação dos residentes, normalmente são encaminhados pro CAPS. Um ou outro para o ambulatório especializado daqui. [HSMM 06]

Essa tentativa de manter o vínculo aparece também no momento de re-admissão dos pacientes do ambulatório na internação, fazendo com que esses pacientes tenham prioridade para serem internados no HSMM e não em outros hospitais:

Embora a emergência seja porta aberta, para permanecer aqui em Messejana, acaba... Não sei se isso é tão escancarado, ou se acontece mais por baixo dos panos. Mas geralmente acontece umas preferências, sabe? Dos residentes [dizerem:] "ah, esse paciente já é meu do ambulatório, então não transfere para o [hospital] Mira y Lopez", quando tinha. "Deixa aqui em Messejana!" Então eles acabam ficando. Então de certa forma acontece uma seleção nesse sentido. [HSMM 04]

Os encaminhamentos exclusivos aos CAPS aparecem quando nenhuma das opções anteriores não é possível, pois este é visto como extremamente carente de médicos. Foi quase ubíquo o relato, tanto pelos psiquiatras quanto pelos demais profissionais, de que os CAPS não funcionam, pois não há médicos suficientes para um tratamento adequado. Essa carência ocasionaria um espaçamento de 4 a 6 meses entre as

consultas psiquiátricas, oportunizando nova agudização dos quadros patológicos, com novas crises e necessidade de reinternação do paciente no próprio hospital. Uma profissional (não psiquiatra, vale ressaltar) chegou a afirmar que “os CAPS são uma enganação, não funcionam porque sempre falta médico ou medicação. É um faz-de-conta!” (Diário de campo 1, 30/07/12). Também foi relatado por um psiquiatra que alguns anos atrás ainda existiam boas referências a respeito do atendimento em determinados CAPS de Fortaleza, porém houve uma piora generalizada. Dessa forma, nenhum serviço estaria em nível de qualidade confiável no que diz respeito ao acompanhamento médico. As falas abaixo ilustram essas preferências:

A dificuldade para gente, angustiante, quando a gente tá na emergência, é isso. Encaminhar [para o CAPS] sabendo que o paciente não vai ser atendido logo, e não tem outro lugar para encaminhar. [HSMM 02]

Às vezes, mesmo sendo um caso interessante, que se quisesse manter aqui no hospital, o que seria o ideal para ser acompanhado, medicado, definido o diagnóstico mais pormenorizado, alguma coisa que é mais difícil de fechar logo de cara. Mas o paciente mora longe, mora no interior, teria dificuldade de ficar vindo todo mês, ou de 15 em 15 dias no início, às vezes, toda semana. Acaba a gente tendo que tomar alguma atitude mais imediata, via emergencial mesmo, e encaminhar para o serviço [CAPS] de referência. [HSMM 06]

E também, pelo próprio interesse que é despertado pelo paciente, e essa disponibilidade de tempo, acaba que se o paciente tem necessidade de ser visto toda semana, até duas vezes por semana, enquanto dá uma estabilizada melhor, é mais estudado o caso, o residente [do ambulatório] tem disponibilidade para isso, e vai arranjar tempo para isso. Em vez de, no CAPS, você ver o paciente e ficar de coração apertado porque sabe que devia vê-lo com uma semana, com duas semanas, mas não tem espaço para isso. [HSMM 06]

Consideramos que essas afirmações revelam forte ponto de tensão em relação às propostas contidas na Reforma Psiquiátrica, que ganharam concretude, ainda que parcialmente, nos CAPS. As reclamações dos profissionais revelam um aspecto fático, no tocante ao déficit de médicos nos CAPS e o conseqüente aumento do intervalo entre as consultas. Contudo, essas afirmações também trazem um aspecto ideológico subjacente, que revela a defesa da centralidade do profissional médico e da conduta medicamentosa na conformação de políticas e serviços de saúde mental. A oferta de outros profissionais ou outras condutas como possibilidades de cuidado é considerada secundária e insuficiente para manter os pacientes em um estado que dispense a internação psiquiátrica. Ocorre o pareamento entre crise e necessidade de internação.

Percebemos que apesar do ambulatório e HD serem referidos como vantajosos em relação ao CAPS, esses dois serviços são responsáveis pelo recebimento de apenas uma pequena parcela dos pacientes que recebem alta da internação. A prática rotineira é

o encaminhamento para o CAPS. Percebemos também que em relação ao ambulatório e ao HD, há uma preocupação dos profissionais do HSMM em estabelecer uma comunicação com o serviço para sondar a existência de vagas. Não há comunicação semelhante com o CAPS, tornando-se procedimento padrão o encaminhamento ocorrer apenas por meio da entrega de um receituário com o endereço do CAPS de referência.

A escolha pelo CAPS também pode se dar pela preferência do próprio paciente, ainda que, segundo os profissionais, isso só aconteça pela proximidade geográfica:

A minha indicação pode ser muito boa porque eu quero que fique na residência médica que é mais bem assistida e tal, tem preceptor e tem não sei o que, mas aí a família diz “não, eu não quero, eu quero ficar no meu bairro”. “Eu moro lá perto do Paulo VI, lá no Montese, eu quero ficar no CAPS de lá”. Ou então, “não, eu moro em Caucaia [município distante 30 km do hospital] não tem condições de eu vir pra cá não”, aí a família expressa. [HSMM 03]

O paciente mora lá no Bom Jardim [bairro distante 20km do hospital]. Aí chega e vai sair de alta: “Doutor, é porque lá perto da minha casa tem um CAPS, seria melhor ir pra lá”, aí o médico: “não, você tem condições de ir pro Hospital-Dia? De pagar sua passagem?” R\$ 2,20 mais R\$2,20 são R\$4,40, então nem todo mundo tem condições de pagar passagem pra vir. Nós não temos mais vale transporte. Então [o paciente] prefere andar dois mil metros lá pro CAPS Bom Jardim do que vir pra cá. Mas tem aqueles que dizem assim: “não, tem um CAPS perto da minha casa, mas já que o senhor tá atendendo deixa aqui mesmo”. [HSMM 03]

Conforme esta última fala, o único diferencial do CAPS seria a facilidade de acesso geográfico, mas indisponibilidade do serviço faria com que mesmo essa vantagem fosse desconsiderada por alguns pacientes. Em nenhum momento um profissional do HSMM relatou como ponto positivo do CAPS a atuação territorial ou multiprofissional. Apenas um psiquiatra, quando indagado diretamente acerca de atividades do CAPS que não existiam no ambulatório, respondeu da seguinte forma:

ENTREVISTADOR: *Em relação à diferença entre o encaminhamento para o CAPS e para o ambulatório, você vê alguma diferença pela existência de atividades complementares no CAPS, além da psiquiatria? Como você falou, no CAPS a psiquiatria deixa um pouco a desejar por conta da agenda, mas tem outras atividades. Em compensação, no ambulatório, ele tem uma possibilidade de uma frequência maior de atendimento psiquiátrico, mas não tem essas outras atividades. O que você acha que isso traz de diferença?*

Eu acho muito importante o acompanhamento das outras especialidades, das outras categorias. Felizmente tive a experiência de trabalhar num CAPS onde as outras categorias funcionavam muito bem no acompanhamento. A gente tinha oportunidade de discutir em conjunto os casos, e isso era muito rico, era muito bom, os pacientes recebiam uma atenção especial. Infelizmente, o relato que eu ouço de muitos colegas, em muitos casos, é de muitas vezes não funcionar tão bem, das outras categorias não estarem tão preparadas, ou não têm tanta disponibilidade de trabalhar com o paciente, ou ter dificuldade dessa interação com o médico, e acaba ficando uma coisa mais repartida, e o paciente acaba sendo prejudicado. {pausa} Mas a minha experiência foi muito boa. E eu sinto falta disso nos pacientes do ambulatório. [HSMM 06]

Dessa forma, evidencia-se que a desconfiança em relação ao CAPS não é apenas em relação ao atendimento psiquiátrico, mas à equipe como um todo. De toda forma, o lugar do CAPS apresenta-se consolidado para estes profissionais, pois o CAPS nunca é questionado enquanto ideia, e sim em relação a um funcionamento precário. Ele é, contudo, geralmente equiparado a um ambulatório em relação a ser um serviço externo de acompanhamento. As propostas mais amplas de reinserção social, presentes no discurso dos profissionais do CAPS e na literatura, não foram referidas pelos profissionais.

Para finalizar a descrição das unidades mínimas, iremos agora tratar do CSF Fernandes Távora.

5.3. Centro de Saúde da Família Sen. Fernandes Távora

Nessa seção iremos analisar algumas características do CSF Fernandes Távora. Assim como nas duas seções anteriores, investigamos como se encontra sua composição de equipe, estrutura física e fluxo de usuários. Também foram explicitados sua proposta de cuidado em saúde mental, o funcionamento do acesso ao serviço, assim como os critérios utilizados pelos profissionais para manter os casos sob responsabilidade da EqSF, ou encaminhá-los aos CAPS ou HSMM¹⁵.

O Centro de Saúde da Família Fernandes Távora localiza-se no bairro Henrique Jorge, incluindo em sua área de abrangência este bairro e uma pequena parte do bairro João XXIII, tendo como limite oeste o rio Maranguapinho. Esse território está dividido em 115 quadras, compondo 25 micro-áreas, o que corresponde a aproximadamente 15.000 pessoas sob sua responsabilidade sanitária.

O serviço possui três equipes de saúde da família, com médicos (02), enfermeiros (03), dentistas (03) e agentes de saúde (20). A terceira equipe esteve incompleta desde a implantação do programa saúde da família, tendo ocorrido a contratação de um terceiro médico no período em que realizávamos as últimas entrevistas, posteriormente ao período de observação de campo. Os profissionais relataram ainda a necessidade de mais 05 agentes de saúde para completar as áreas descobertas. Além das EqSF, o serviço conta também com 02 clínicos gerais, 01 ginecologista-obstetra e 02 dentistas em regime ambulatorial. O CSF contava também

¹⁵ Esses temas foram abordados pelas cinco primeiras perguntas do roteiro de entrevista (apêndice B).

com uma equipe NASF, com 06 profissionais: psicólogo, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista e 02 fisioterapeutas.

O CSF possui 01 consultório odontológico, 03 consultórios de enfermagem, 04 consultórios médicos, incluindo um consultório ginecológico, sala de vacina e aerossol, sala de pesagem, farmácia, sala de coordenação, copa, sala de reuniões, sala de recepção/espera com dois guichês de atendimento, 03 banheiros e um alpendre onde são realizadas atividades de grupo. O CSF apresenta vários problemas de estrutura: os três consultórios de enfermagem foram criados pela divisão de uma sala maior por meio da construção de paredes de compensado, financiadas pelos próprios profissionais; a sala de reuniões é formada pelo espaço negativo entre a farmácia, coordenação, copa e pesagem; o espaço de grupo acontece no alpendre nos fundos dos consultórios médicos, onde se encontram as janelas e os exaustores dos ar-condicionados dos mesmos.

O trabalho realizado no CSF inclui atividades desenvolvidas pelas equipes da estratégia saúde da família e pelos demais profissionais de atendimento ambulatorial, que funcionam de forma diferente. Os médicos e dentistas de atendimento ambulatorial realizam apenas consultas e procedimentos odontológicos, direcionados a quaisquer pessoas mediante marcação realizada no próprio centro de saúde. Os profissionais das equipes de saúde da família atendem apenas as pessoas cadastradas em seu território de abrangência, incluindo a busca ativa e o acompanhamento regular de pacientes com hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose, além de gestantes e puérperas. Essas pessoas possuem um prontuário específico, chamado “Ficha B”, o que garante a marcação automática de novas consultas, até a resolução de seu agravo específico (cura da doença, parto, desenvolvimento da criança etc.). As doenças crônicas mantêm o retorno indefinidamente. Os profissionais (com exceção dos dentistas) também realizam visitas domiciliares semanalmente a pacientes acamados ou com alguma outra condição que os torne restritos ao domicílio. São realizadas também visitas regulares pelos ACS, que fazem um controle demográfico dos moradores da área de cada equipe. Esse controle inclui a investigação de alguns aspectos de saúde, especialmente das pessoas cadastradas nas fichas B. Dessa forma, além da marcação de consultas, os ACS realizam uma mediação entre as EqSF e a comunidade, facilitando o desenvolvimento das demais atividades e a escolha de prioridades de atendimento pela equipe.

Iremos discutir as atividades relacionadas à saúde mental realizadas no centro de saúde. Não foi possível na fase de observação participar dessas atividades, pois o apoio matricial havia sido suspenso, e as demais atividades acontecem de forma esporádica,

sem marcação prévia. As informações que obtivemos a respeito destas ocorreram por meio das entrevistas realizadas, e dos relatos de trabalhadores do CSF durante a fase de observação.

Todos os profissionais citaram o apoio matricial que era realizado pelo CAPS, mas em relação ao que era realizado isoladamente pelos profissionais da EqSF, obtivemos informações muito divergentes dos profissionais. Concluímos que não existe uma posição comum em relação ao que é a proposta de cuidado em saúde mental desenvolvida no centro de saúde. O único ponto de aparente consenso é em relação à existência de consultas médicas voltadas para esse fim:

Existe demanda [de saúde mental]. Até elevada, a gente percebe. E a gente tenta solucionar procurando os médicos clínicos que existem na casa. E aí depois do atendimento do clínico, se ele não conseguir conduzir o caso, existia uma equipe de matriciamento, que vinha uma vez por mês. E os casos mais difíceis para o clínico [...] a gente agendava para o psiquiatra. Atualmente, a gente, infelizmente, só tá tendo o acompanhamento do clínico. Quando ele vê que não consegue manejar, aí ele já vai encaminhando para o CAPS. [CSF 03]

Basicamente [o que existe é] uma consulta para renovar receita. [...] Essa pessoa, ela não tem assim... uma conversa com o psicólogo, para saber exatamente aquele mês que passou, como foi a reação dela. A vida dela. [...] Eu acredito que um clínico geral não é o mais indicado para estar dando esse suporte. Porque alguém que tá fazendo tratamento na saúde mental, não é só a questão do medicamento. [CSF 01]

O paciente chega, o clínico faz conduta dele, quando for mês seguinte o paciente volta dizendo que não melhorou... O médico orienta, ou a continuidade da medicação, para esperar o efeito, ou muda, acrescenta e aumenta a dose, e percebe que o paciente refere que não está havendo uma resposta. Aí, realmente, ele chama a enfermagem, pergunta de quem é a área e diz "olha, isso aqui eu estou encaminhando para ser avaliado por um psiquiatra". [CSF 03]

Normalmente esses [pacientes que chegam com um 'bilhetinho'] são os que eles [do CAPS] dão alta. "Dão alta" aspas, eles dizem: "não precisa mais ficar vindo aqui no CAPS". Eu entendo dessa forma: "vamos abrir espaço pra outros pacientes, porque você tá bem, você tá estável, você pode ser acompanhado no posto de saúde". O 'acompanhado' seria: repetir a receita. Repetir a receita. Porque ninguém tem assistência psiquiátrica aqui, assim de forma continuada. [CSF 05]

Todas as categorias pesquisadas referiram a atividade “consulta médica”, mas sempre ressaltando as limitações existentes desse procedimento. Foi criticada a exclusividade do tratamento farmacológico, e o consequente direcionamento das intervenções apenas aos sintomas, assim como a ausência de profissionais especializados (psiquiatra e psicólogo) no centro de saúde. Além das falas anteriores, os excertos a seguir também evidenciam esse aspecto:

A Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise, parecem ser tudo uma coisa só e são coisas completamente diferentes. A Psiquiatria é muito farmacológica, ela trata o sintoma. Já a Psicologia e a Psicanálise, vão atrás das origens dos sintomas. Então tirar o paciente da

depressão com fluoxetina, com amitriptilina, com risperidona, seja o que for, não é tão difícil assim. Agora você saber por que ele tá deprimido ou porque tá com síndrome do pânico, um conflito, alguma coisa... ou uma neurose, uma histeria... Aí são outros quinhentos. [CSF 05]

O programa de saúde mental da unidade de saúde, ela é muito restrita em relação ao que se propõe para essa determinada função, para esse determinado específico da saúde, que é a saúde mental. Por quê? Porque é muito esporadicamente que se vem um profissional da saúde mental para fazer os determinados atendimentos à demanda que se tem na unidade. [CSF 04]

Os profissionais reconhecem a grande demanda por psicofármacos, porém sua disponibilidade é regulada pelo número de receituários B recebidos pelo centro de saúde, chamados de “receita azul”:

[Entrevistador: A demanda por benzodiazepínicos é grande?] Demais! Demais, demais demais demais! Só receita azul aqui era demais... [...] Obviamente alguns pacientes precisam, não só pra saúde mental. Paciente idoso, com insônia, paciente com ansiedade, com sua doença. Mas o uso disso aqui é muito grande. Benzodiazepínico e Viagra é o 'pau que rola'. É o 'pau que rola'! [risos] Infelizmente... [CSF 05]

Porque quando chegam as receitas azuis aqui no posto, aí a doutora [a coordenadora do CSF] diz assim: "só os dois blocos de receita azul que eu recebo é só para a área da [ACS Fulana]." Só pra você ter uma noção do tanto de gente que recebe receita azul, porque necessita do medicamento porque tem problema. Quando não é depressão, é TOC, é transtorno mental. Sempre tem alguma coisa. É esquizofrenia. Na minha área tem, ela abrange todas as doenças mentais. [CSF 07]

Nem sempre vem a demanda [de receita azul] que ela [coordenadora] pede, né? Porque eles [da SER] acham que é demais. Só que não é, porque não só na minha área, mas na dela, na dela, somos 20 agentes de saúde e existem muitas pessoas que tomam remédio controlado. Ai tudo isso complica, porque se você manda só dois blocos, só são 100 receitas azuis. Se você... Só na minha área eu acho que uns dois blocos não dá nem pro começo. Eu só numa casa ali eu deixo três receitas. Então não dá nem pro começo, está entendendo? [CSF 07]

Como apenas as farmácias-polo de cada regional realizam a dispensação desses medicamentos para a rede, o controle é feito pela quantidade limitada de receituários enviados para cada unidade. Contudo, estimativa parece ser desproporcional à necessidade reconhecida pelos trabalhadores.

Ainda em relação às atividades realizadas no centro de saúde de forma independente ao CAPS, as consultas de enfermagem também foram mencionadas como espaço de acolhida para algumas demandas consideradas leves, cuja escuta impacta positivamente outras condições clínicas:

ENTREVISTADO 1: Então 90% dos problemas básicos, tem ligação com saúde mental. O problema é que antes não tinha acompanhamento de enfermagem, o paciente vinha e fazia o acompanhamento com o médico. Então era só renovação da receita. [...] Antes de implantarem o saúde da família. Quando a gente começou a trabalhar [como ESF], começou a escutar a essas pessoas. Eles eram tão acostumadas com esse tipo [anterior] de tratamento, que se eu passasse cinco minutos com o paciente aqui, ele batiam na porta. [...]

ENTREVISTADO 2: Eles faziam era brigar com a gente: "Tá demorando demais!"

ENTREVISTADO 1: "Tá demorando demais!". Então eu comecei a dizer para eles: "gente, eu tenho que ouvir vocês". Quando eu comecei a ouvi-los, muitos deles melhoraram. Diminuíram a medicação. [CSF 02]

As questões de saúde mental subjacente a problemas clínicos são endereçadas com maior facilidade pelos enfermeiros. Contudo, quando a demanda é declaradamente um problema de saúde mental, existe a imediata solicitação do médico, estando o cuidado a essa demanda dependente da prescrição farmacológica, consoante às falas já discutidas acima. Observamos ainda que, não apenas os profissionais de enfermagem, mas também os ACS criam um espaço de escuta em suas visitas regulares aos domicílios:

Ao chegar [na casa da pessoa], a gente pergunta se está tomando a medicação regularmente, direito. A gente pede para dar uma olhada na receita, "o que o médico falou?". E a gente vai mais para o lado humanístico, mais conversa mais harmoniosa, de sentar... E aí, visto todo o processo da questão da saúde formal, a gente vai para o lado informal, que é "E aí? Como é que está o marido? Como está o trabalho? Os filhos? Tem viajado?" [...] Mais humanística no sentido de você quebrar esse paradigma de ir só em função do medicamento. [CSF 04]

O acompanhamento que a gente faz em domicílio [...] é praticamente morar com eles. Ficar ouvindo, porque a maioria das pessoas que tem esse problema, elas não são ouvidas. Elas são isoladas, né? Então quando a gente chega lá, nós somos o "cano de escape". Então a gente fica lá por horas ouvindo, pergunta se eles estão tomando a medicação correta. O que que eles estão fazendo durante o dia. O que que eles estão se alimentando. Eu, pelo menos, chamo pra sair. Eles não têm coragem de sair. [...] E... Escutar mesmo. Conversar com eles, mesmo. Porque eles não têm atenção. Então eu acho que isso aí também piora muito a doença. Se você não tem uma atenção, né? [CSF 07]

[...] depois eu passei lá e ela [uma usuária do CAPS] me disse: "Eu continuo? Aquele medicamento já estava muito forte, mulher." Eu disse: "Mulher, não se preocupe não. Na próxima consulta ela [a médica] vai botar metade. Agora aquele outro não pode deixar de tomar. Porque aquele outro é pra tu ficar essa pessoa maravilhosa que tu está aí." Aí ela começa a achar graça, porque eu digo: "é a pílula da alegria". [CSF 07]

Percebemos que os ACS, por um lado, reproduzem e reforçam o aspecto biomédico do cuidado, orientando e fiscalizando o uso de psicofármacos. Porém, além desse aspecto, eles também se colocam disponíveis de uma forma "humanística" ou "informal", tornando-se "cano de escape". Dessa forma, adotam uma postura que reconhece e legitima outras dimensões envolvidas no processo de sofrimento psíquico (VECCHIA; MARTINS, 2009), e convida a um compartilhamento dos sofrimentos e dificuldades vivenciados pelos usuários. Assim como observado em outra pesquisa

(JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009), com facilidade os ACS conseguem captar o sofrimento social associado ao sofrimento psíquico.

Ainda que não possuam nenhum tipo de treinamento específico para lidar com essas demandas, nem exerçam essa escuta de uma forma técnica, a disponibilidade pessoal para escutar as dificuldades de seus usuários já demonstra uma proposta de cuidado diferente da atenção farmacológica. Essa proposta aproxima-se da reconquista de alguns espaços sociais, conforme essa fala sobre um usuário que não saía nunca de casa, e era estimulado pelo ACS da área:

Ele conseguiu votar, porque faziam três anos que ele não votava. Ele conseguiu pegar um ônibus e ir votar [...]. Ele me disse: “eu me senti tão feliz, porque eu encontrei todos os meus amigos de infância”. Porque onde ele vota é onde ele morava quando ele era criança. [...] E eu disse: “Olha aí que coisa boa, que você está perdendo? Você está perdendo o convívio com seus amigos. [...] Você precisa ver outras coisas, respirar outros ares. Até mesmo pra sua melhora”. [CSF 07]

No caso dos ACS, percebemos que ainda que estes sejam aculturados na lógica biomédica hegemônica nos serviços de saúde, possuem ainda práticas que se aproximam, ainda que intuitivamente, do modelo psicossocial defendida pela reforma psiquiátrica. E os próprios ACS por vezes percebem a presença dessas duas lógicas diferentes, conforme o relato a seguir, do mesmo profissional que anteriormente falava da “pílula da felicidade”:

Eu... Acho assim, se eu pudesse eu faria de tudo para eles não tomarem nenhum tipo de medicamento, entendeu? É que nem um drogado. [...] Quem usa drogas mesmo, ele entra numa clínica pra fazer um tratamento, ai ele tira a droga e bota os benzos [benzodiazepínicos], não é isso? Então ele tirou uma droga pra botar outra. Então ele está saindo de um vício pra entrar noutro. Então pra mim isso não é cura. Isso são trocas de drogas. Então eu acho que pra ele se curar ele deveria fazer de outra forma. Ser acompanhado, escutado, fazer grupos de terapia, e não tomar medicação! [CSF 07]

O estímulo às atividades externas, e o uso de outros recursos da comunidade foi relatado brevemente também por outro profissional, de nível superior:

Não é um trabalho psicoterápico, mas um trabalho de acompanhamento. Tentar encaixar esses pacientes em algumas atividades da comunidade. Aí você tem que descobrir se na comunidade tem as terapias comunitárias, se tem os grupos de convivências, por exemplo, dos bombeiros... Há as questões religiosas, se a pessoa pode participar de algum grupo religioso. [CSF 02]

Ainda em relação aos ACS, além do contato humano, informal, e da marcação de consultas e fiscalização do uso dos remédios, suas atividades incluem também a coleta de dados para levantamentos epidemiológicos:

Então existem pessoas que fazem o tratamento não só no posto, mas que também a gente faz a visita. E essa visita, é um controle para a rede municipal e até mesmo para o ministério da saúde. [...] Nessa visita a gente tá coletando informações para alimentar o sistema de saúde. Ou seja, de todas aquelas pessoas, quantas pessoas tomam medicamento de controle especial? Toma medicamento receita azul? Essas pessoas estão fazendo tratamento? Onde estão fazendo tratamento? Estão realmente indo às consultas? Como é que tá sendo a vida daquelas pessoas? O medicamento tá fazendo efeito? Então todas essas perguntas são respondidas a partir do momento que a gente faz essa visita. Independe dessa pessoa vir para o posto ou não. [CSF 01]

Observa-se que, por meio dessas visitas, há um acompanhamento mínimo das pessoas com demandas de saúde mental, independente de sua participação em atividades no centro de saúde. Ainda que essas informações não sejam utilizadas diretamente pelos CAPS, ou mesmo pelo CSF, nos parece essa ação dos ACS teria grande potencial a ser utilizado na busca ativa de casos que estão com distantes do acompanhamento nos serviços de saúde.

Outra atividade relata no centro de saúde foi o uso de grupos, como uma atividade do NASF, porém sem uma adesão satisfatória:

Nós tínhamos um grupo, que era mantido pelo NASF, que trabalhava a parte medicamentosa dos pacientes que eram atendidos pela saúde mental. Aqueles pacientes que necessitavam de um medicamento de receita azul. Esses pacientes vinham e a gente tinha um encontro. [CSF 04]

Aqui já houve uma tentativa até de fazer um grupo de terapia comunitária com uma psicóloga. [...] Então os pacientes que estavam nesse grupo, eles eram pessoas que tinham dificuldades de trabalhar em grupo. [...] Mas com pouco tempo acabou, as pessoas pararam de frequentar o grupo. [CSF 02]

A partir dessas informações, concluímos que não existe uma proposta coesa e organizada em relação ao cuidado em saúde mental. Ainda que o apoio matricial viesse acontecendo regularmente no período anterior à nossa observação, percebemos que a maior parte da demanda não é acompanhada por meio deste, mas sim pelo conjunto de atividades difusas que descrevemos há pouco. Percebemos que os profissionais mostravam-se até receptivos às demandas de saúde mental, reconhecendo inclusive sua grande prevalência associada a outras condições clínicas. Porém, a ausência de uma proposta coletiva acerca do que fazer com essas pessoas torna a atenção bastante fragmentada, sem o trabalho comum da equipe para resolução dos problemas.

Acesso ao CSF, normatividades e fluxo interno dos usuários

Nessa seção descreveremos como funciona o acesso ao CSF, identificando as demandas que são consideradas responsabilidade do serviço, e os critérios utilizados

para a decisão de admissão ou encaminhamento. Apresentaremos também o fluxo interno dos usuários de saúde mental no serviço.

Em relação ao acesso, percebemos que algumas pessoas com demanda de saúde mental buscam espontaneamente o CSF, outras são encaminhadas pelo CAPS, mas a principal via parece ser por meio da identificação de alguma demanda por parte dos ACS:

Eles vêm espontaneamente, já com a medicação que já vêm usando. Às vezes nunca tinham procurado a unidade, são recém-residentes na área. Ou aqueles que tinham o acompanhamento no CAPS e o CAPS desmamou para a unidade. [CSF 03]

A demanda [de saúde mental] é imensa... A gente fica surpreso porque a cada dia vem surgindo mais. Principalmente quando os CAPS começaram a desmamar os pacientes, que estavam lá, foi que aumentou. E também, hoje nós temos quase 100% de cobertura de agentes de saúde nas microáreas, acho que tem aparecido também por isso. Cada vez que se organiza o sistema, aparecem mais problemas. [CSF 02]

Às vezes a agente de saúde traz o caso: "Eu fui visitar uma pessoa, residente, recém-residente..." Eles traziam, eles sempre fazem a ficha A, que tem o cadastro dos novos moradores e dos antigos. Então quando ele ia fazer, percebia que tinha paciente com distúrbio mental na casa. [CSF 03]

Então é uma... Proporção em cadeia. Como assim? Eu descubro, sou agente de saúde, repasso para o enfermeiro, que ele avalia o caso e repassa para o médico. Ele é repassado pra... O médico e assim, vai, né? Um processo. Ai ele pede pra vir, fazer o acompanhamento e assim vai, né? [CSF 07]

A gente faz a visita da nossa microárea e ao detectar um paciente com esses status clínicos, a primeira coisa que a gente faz é saber se ele é acompanhado, aonde é acompanhado, por quem... E fazer esse levantamento, saber desse acompanhamento. Se o paciente não é atendido em nenhum nível, [...] aí a gente faz o encaminhamento para vir até a unidade [...] para viabilizar o encaminhamento para um local mais específico. [CSF 04]

O trabalho dos agentes comunitários, por manter um contato constante com praticamente todos os moradores do território, permite identificar demandas antes que as pessoas venham solicitar atendimento no CSF. A exigência do preenchimento da ficha A de todos os moradores, que contém dados sociodemográficos básicos e UM cadastro de algumas doenças auto-referidas, permite um panorama superficial da situação de saúde do território, no qual algumas demandas de saúde mental despontam. Outros casos de saúde, mesmo que sejam não auto-referidos, possuem características bem demarcadas que permitem que o ACS faça um diagnóstico informal, posteriormente confirmado ou não pela equipe. Uma vez identificada uma demanda de saúde mental, os ACS investigam se o acompanhamento já está sendo realizado em algum serviço. Caso não haja acompanhamento, esses pacientes são convidados a ir para o CSF para uma consulta médica ou de enfermagem. Porém, o acesso a essas

consultas não é tão simples, pois a marcação normal se dá pela distribuição diária de fichas, pela manhã:

No caso de saúde mental, não existe a questão de um prontuário. O que existe para o hipertenso e o diabético, [...] para tuberculose ou hanseníase. [...] Qual a diferença? O paciente que tem prontuário hoje, ele já tem agendado as consultas. Então ele veio hoje, se a receita dele é para dois meses, então já é marcado o retorno para dois meses. Que é exatamente quando vai acabar a medicação. [...] No caso da saúde mental, não existe isso. [CSF 01]

Porque às vezes o que acontece: a pessoa não tem a consulta marcada, o retorno marcado, ela tem que vir cedo... [...] Tem que estar na unidade seis horas da manhã. Já fica difícil se ela chegar seis e meia, sete horas. [...] Aí vamos supor: se acabou a medicação, e ela tá vindo pegar uma ficha na sorte... Ela pode não conseguir. Ela vai continuar sem a medicação, nesse caso. Era para ser como o hipertenso e diabético: já marcado o dia certo, para a pessoa vir ser consultada por aquele médico. [CSF 01]

Nesses casos, ainda que a demanda seja identificada com facilidade, o acesso pode não se efetivar pela dificuldade de marcação de consultas, evidenciando obstáculos sócio-organizacionais (DONABEDIAN, 1973; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Nossa etapa de observações confirma esses relatos, ficando clara a ausência de acolhimento no serviço para essas demandas de saúde mental. A preocupação com o acolhimento ocorre apenas com as pessoas que apresentam agravos previstos nas ações programáticas, enquanto que a organização da demanda de saúde mental parece restrita aos casos acompanhados pelo apoio matricial. Nas demais situações, que representam a maioria dos casos atendidos, os pacientes acabam recebendo o equivalente a um pronto-atendimento ambulatorial: não há marcação de retorno, nem prontuário registrando a evolução. A única diferença importante seria o contato com os ACS, que por vezes realizam uma classificação de risco informal, efetuando a marcação de consultas para casos que considerem urgentes ou sem condições de enfrentarem uma fila para obter a ficha:

Agora, às vezes, quando está assim com uma situação muito desesperadora, aí eu direto eu já marco logo [consulta com o médico]. [...] Eu marco. Quando eu vejo que o paciente não tem condições, eu marco logo. Fico desesperada, aí eu marco logo. [CSF 07]

Se fosse um paciente realmente restrito à residência, eu conversava com o médico, explicava a situação. Às vezes eu já tinha ido até a casa, trazia um relato melhor. [...] E passava as informações do caso. Agora era assim... {faz um gesto com a cabeça, indicando que não era o ideal, que era 'mais ou menos'}. [CSF 03]

Nesses casos, fica a critério do profissional, enfermeiro ou ACS, identificar o que é uma urgência. No primeiro trecho, acima, evidencia-se ainda uma situação de desconforto frente à dificuldade de atendimento, deixando a profissional “desesperada”.

Chamou-nos a atenção certa inconsistência em relação ao acesso de pessoas com problemas graves de saúde mental que apresentam também outras demandas. Alguns profissionais relatam que essas pessoas buscam o CSF para atendimento de outras patologias:

Porque tem muitos pacientes que além desses transtornos, eles são hipertensos e diabéticos. [...] Então eles aproveitam e faz o que? Encaixa o matriciamento deles no meio das consultas mensais. O "matriciamento" entre aspas, uma consulta com ele. Eu tenho muitos assim, [...] chega aqui e pede: "Doutor, mas o senhor sabe que eu também tomo o remédio controlado porque eu tenho aquelas patologias". [...] Ai eles mostram as receitas que ele já passou da outra vez e ele repete toda a medicação novamente, entendeu? Então pra eles isso daí está ótimo. Porque eles não querem ir pra outro canto. [CSF 07]

Eles aproveitam que não foi remarcada alguma consulta para eles no CAPS, vêm doentes, com alguma outra patologia, mas se tiver perto de terminar a receita deles, eles aproveitam e pedem. [CSF 03]

Nesse caso, ressaltam que mesmo quando essas pessoas vêm ao serviço por outras questões clínicas, têm uma preocupação com a prescrição de psicofármacos. Outro profissional reconhece que houve uma mudança na postura do CSF em relação a pessoas com problemas de saúde mental:

"Ele é mental, não é nosso não". Era uma pessoa que vinha fazer uma prevenção no posto: "Não, é mental!". Ou então vinha... essa visão eu nunca tive, mas era a visão dos profissionais. "Vamos encaminhar, vamos encaminhar!" Agora não, eles ficam com a gente, a gente conhece, sabe os problemas deles. Sabe onde vão resolver. Quando eles vêm, os que já tão com a gente, a gente sabe se vai ter que encaminhar, qual é a medicação que eles tão tomando, se ele tomou a medicação ou não, a gente passa na casa dele. Se a medicação tá aqui e ele não veio buscar. Aí a gente fica sabendo dessas coisas. Aí ampliou, melhorou, acho que com a vontade dos próprios profissionais, de melhorar isso. [CSF 02]

Esse profissional afirma que não ocorre mais a segregação desse público, que hoje tem o CSF como parte de seu acompanhamento, ainda que não prescindia de outros serviços especializados em saúde mental. Refere diretamente os procedimentos de prevenção ao câncer de colo de útero, que consta como uma das ações prioritárias da Atenção Primária. Já relatos de outros entrevistados indicam que a presença desse público é muito rara, ou mesmo inexistente:

É difícil. Até onde eu sei, é difícil. Quando é um paciente mais grave, ele raramente vem no posto. Porque ele já tem aquele acompanhamento lá [no CAPS]. A não ser que seja um caso, [...] onde houve uma emergência e ele ficou sem a medicação. Então ele vem no posto para renovar. Mas não é um caso que ele venha por outra procura. [CSF 01]

Não frequenta a unidade de saúde. Esse paciente que eu tenho na minha área, ele tem muita dificuldade de ver o sol, de sair na rua. Então ele é muito isolado. Quando tem a sua consulta no CAPS ou o matriciamento na própria unidade, aí sim a gente faz de tudo para que ele venha e não deixe de vir. [CSF 04]

Estes relatos indicam duas dificuldades encontradas na atenção primária: o primeiro é que a ênfase existente nas ações programáticas promove a invisibilidade das demandas de saúde não contempladas em tais ações, ainda que haja o contato regular com pessoas que apresentam tais necessidades, situação também encontrada por Nunes, Jucá e Valentim (2007), em pesquisa realizada com EqSF de Salvador. A segunda dificuldade é a crença de que pessoas com problemas graves de saúde mental possuem apenas “problemas de saúde mental”, ou que todas suas necessidades de saúde serão asseguradas nos serviços de saúde mental. Outra dificuldade de acesso relacionada a questões culturais se refere ao estigma da “loucura”, que faz com alguns evitem frequentar um serviço de saúde próximo de sua moradia:

Porque ainda existe também a questão do preconceito também. Porque quando a pessoa vê que precisa daquela medicação, geralmente ela é tachada como doida. Louco. “Ah, é doido e tal...” Às vezes até dentro da própria família, da vizinhança. Às vezes ela não vem aqui para o posto. Porque ela sabe que aqui no posto vai ter muitas pessoas conhecidas. Pessoas da área. Então ela vai direto no CAPS. Ela procura um local mais... um pouco mais distante. [...] Para não ser identificada. [CSF 01]

Tem muitas pessoas que eles não querem, [...] elas acham que é uma exposição. Vir uma pessoa na sua casa, e fazer qualquer ação. [...] Então, a gente tem no relatório: tantas pessoas lá, na área, tomam essa medicação. Mas aqueles que a gente realmente acompanha, que eu tô lá uma vez a cada dois meses, dependendo do caso, todo mês, é bem menos. [CSF 01]

Essa pessoa [com diagnóstico de esquizofrenia] é mais complicado. Eu acho que aí entram vários fatores, a própria família que não contribui para que essa pessoa adentre, esteja ligada direto ao posto. Digamos que a família não queira trazer, acredite que não seja ideal. Fica guardando a pessoa dentro de casa, não expõe muito ela. [CSF 04]

Remetemo-nos aos fatores predisponentes do acesso referidos por Andersen (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), ressaltando que características culturais estão diretamente relacionadas à decisão de utilizar ou não um serviço de saúde. Nesse caso, percebemos que a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007) continua sendo um desafio, pois o acesso a vários espaços, inclusive ao setor saúde, encontra-se dificultado pela rejeição sofrida ou pressentida pelas pessoas com sofrimento psíquico grave. Porém, outros profissionais relatam que os problemas de saúde mental são muito presentes nos usuários que buscam o posto por outras questões clínicas, ainda que geralmente sejam demandas consideradas “leves”:

Quando alguém tem problema de hipertensão: Aí ele vem, e apresenta um problema de saúde mental e aqui também a gente acompanha esse problema. [...] Na minha área, de hipertensão e diabetes, 90% são por um aspecto mental. Válvula de escape de algum problema, entendeu? [...] Então 90% dos problemas básicos, tem ligação com saúde mental. [CSF 02]

A medicina cartesiana, é uma medicina sempre do estômago, intestino... Mas a saúde mental sempre foi deixada um pouco de lado. E eu não tenho o menor medo de responder pra você, de dizer o seguinte: 90% dos pacientes que vêm aqui, não têm doença alguma. 90%. Digo isso baseado em quê? No que eu assisto há 10, 15 anos, de queixas absurdas, queixas que não têm lógica, queixas totalmente desconexas umas com as outras. Então você vê que aquilo ali, o paciente ele quer conversar, ele quer ser ouvido e ele pede um encaminhamento pro psicólogo, pro psiquiatra. [CSF 05]

Se existisse aqui uma triagem de pacientes de doença mental, talvez eu atendesse dois ou três pacientes por dia aqui, porque a maioria dos pacientes - não os pacientes diabéticos, hipertensos, com suas bursites e tal - mas se a gente fizesse uma triagem, boa parte dos pacientes não precisariam chegar a ser consultados por mim ou por outro profissional ou ir pra um hospital com crises de ansiedade, de nervosismo. [CSF 05]

Porque a gente pega área de risco aqui, famílias que moram na beira do rio. A gente teve um caso de um rapaz que tava desenvolvendo um caso sério, de TB. E quando eu fui visitar a casa, para procurar os comunicantes, eu conheci o lugar onde ele morava. E [os familiares] me disseram que ele começou a falar sozinho, a ouvir vozes. Cortava um telefone numa revista, e ficava falando. Quando ele ia para algum lugar, marcava um encontro com uma menina de ir para o North Shopping, marcava na porta de outras casas, casas grandes, que ele fingia que era a casa dele. [CSF 02]

Ainda que eventualmente sejam identificados casos mais graves, a demanda de saúde mental “leve” é bem mais presente, seja de pessoas buscando declaradamente o acompanhamento por essa condição, ou por meio de doenças “histéricas” e outras formas de conversão psicossomática, que se travestem de doenças clínicas. No primeiro caso, essas pessoas frequentemente vêm encaminhadas pelo CAPS, enquanto que no segundo caso predomina a procura espontânea. Podemos associar algumas formas de conversão à produção de legitimidade das doenças físicas (CAMARGO JR, 2010), que não carregam tanto estigma como os transtornos mentais ou o sofrimento psíquico, sendo mais facilmente declaradas como motivo pela busca de cuidado.

Ao descrever a demanda presente na unidade, os profissionais preocupam-se em distinguir o que é a responsabilidade do CSF e o que deve ser encaminhado:

*A demanda que fica aqui são os **transtornos de humor**. Aquela **depressão leve**. Mas quando é uma suspeita de esquizofrenia, a gente encaminha. Se for uma depressão grave, encaminha. Porque não tem como ficar aqui, fazer psicoterapia. Aqueles pacientes precisam ser ouvidos, precisam do tratamento. E às vezes o médico da equipe, ele tem dúvidas. [CSF 02]*

*Se bem que aqui atende uma parte [da demanda de saúde mental], né? Não vem todo mundo. O CAPS não direcionou todo mundo para vir para cá, só **os casos mais leves**, chamados. Popularmente chamado. Mas o caso que é mais complexo, continua lá no CAPS. Os outros foram passados para cá. [CSF 01]*

*É porque o CAPS hoje está, basicamente assim, buscando seguir a risco seus fundamentos, de atender os pacientes graves. [...] Aí **os pacientes que vão ficando estáveis**, que não há uma necessidade grande de acompanhamento de psiquiatras, de psicoterapeutas, eles são encaminhados para a unidade de saúde mais próxima. E é a unidade de saúde mais próxima de sua residência que vai fazer esse trabalho. [CSF 02]*

*Porque assim, se você chegar só com uma **depressão simples** entendeu? [...] Se ele ver que é só depressão simples, ele passa o medicamento e fica: "Olhe, daqui a trinta dias você volta para a gente ver como é que você está". [...] Então ele não encaminha para o CAPS. [...] Já se ele ver que a pessoa tem **um problema maior**, que ele não consiga resolver aqui aí ele encaminha pro CAPS. E o CAPS de leve, encaminha pro posto. Se ele ver que lá no CAPS ele não tem condição de resolver. [CSF 07]*

*A gente percebe muita **ansiedade, transtorno de ansiedade**. A gente percebe também muito paciente com **dependência à medicação**. Às vezes o clínico diz "olha, provavelmente nem precise mais [da medicação], mas ela tem a dependência". E fica ruim até para ele planejar o desmame. [CSF 03]*

O uso do qualificador “leve” é frequente, ainda que as explicações sobre o que significa o termo evidenciem compreensões bem diferentes. Ainda que a maioria dos relatos associe “leve” a alguns diagnósticos (tais como “depressão simples”, “depressão leve”, “transtornos de humor”, “transtorno de ansiedade”), um ACS associa a classificação com a quantidade de medicações utilizada, e a necessidade de uma expertise nesse manejo farmacológico:

E são aqueles pacientes que tem transtornos leves. [...]. E com o uso de medicamentos, são poucos medicamentos, pelo que eu vi. Às vezes um ou dois, no máximo. E tem controle do tratamento. Já eu, tenho paciente da minha área que é tratado no CAPS, que não vem aqui para o posto, que toma quatro, cinco tipos de medicamentos. [...] Então eu considero, para mim, uma paciente mais grave. Uma paciente que precisa de uma atenção maior, mais especializada. Ou seja, ela tá tendo que ser vista por um psiquiatra. [CSF 01]

Percebemos no CSF uma categorização da demanda de saúde mental não apenas em leve ou grave, mas em quatro grupos: *demandas leves-simples*, que são acompanhadas pela EqSF nas consultas regulares; *demandas leves-complexas*, acompanhadas pela EqSF com o auxílio do apoio matricial do CAPS; *demandas graves*, que são encaminhadas para o CAPS; e *demandas em crise*, encaminhadas para o hospital psiquiátrico. As “demandas em crise” são mais raras, mas alguns profissionais recordam de casos que, segundo eles, exigiram a internação psiquiátrica:

Então o que acontece: existem demandas que são “erupcionadas” aqui mesmo. Um dia desse a gente teve um caso de uma paciente que veio no dia de matriciamento, o psiquiatra [do CAPS] encaminhou imediatamente para o internamento. Não era paciente da gente, um negócio superficial. Era paciente de perfil para o CAPS, ou de um hospital psiquiátrico. Às vezes surge. [CSF 02]

Ou então, já chegou aqui pacientes em crise. Já tivemos uma paciente aqui... Uma não, dois. Que entraram em crise aqui na unidade e a gente conseguiu... [CSF 03]

Paciente grave, de precisar internar, eu nunca atendi. Uma vez, no matriciamento, o próprio psiquiatra que encaminhou para o hospital. Mas foi só esse. [CSF 06]

Em tais casos, considerados mais graves, na realidade não chegam a receber um encaminhamento formal. É solicitada a presença do SAMU ou que a família leve a

pessoa para o hospital por conta própria. São casos onde não existem muitas ações diretas da EqSF. Em relação aos casos graves considerados responsabilidade do CAPS, é necessária uma avaliação médica para em seguida haver o encaminhamento formal, pois esta demanda aproxima-se do perfil de casos leves-complexos, do apoio matricial. Para entender a diferenciação desses dois tipos de demanda, é preciso compreender o funcionamento do apoio matricial, iniciando no processo de escolha dos pacientes que irão participar das consultas conjuntas com o CAPS:

O paciente vem para gente, os enfermeiros. A gente acha que o paciente tem perfil para ir para o matriciamento, a gente manda para o médico. Quem decide é o médico. O médico é que vai decidir se ele tem o perfil ou não. Isso é uma decisão médica. Ou então mandar para o CAPS. [CSF 02]

Porque assim, dependendo do que o doutor [Fulano] vê no paciente, ele diz se ele vai ou não pro matriciamento. Entendeu? Dependendo do comportamento. Ele vai mais pelo comportamento, pelas atitudes, quais são os medicamentos que eles já tomam. Ai doutor [Fulano] faz uma avaliação e aí ele diz se vai ou não para o matriciamento. Que na verdade, no matriciamento ele coloca: “CAPS”. Ai como a gente tem o coisa [a agenda] aqui a gente já encaixa. [CSF 07]

Porque era um paciente que realmente eu via que “esse daqui eu não tenho capacidade, condições de conduzir com bom conhecimento psiquiátrico, psicológico, sozinho”. [...] Outros pacientes eram pacientes de primeira vez que quem selecionava eram os enfermeiros. Paciente às vezes se queixava pros enfermeiros na visita domiciliar, tristeza, choro fácil, angústia. [CSF 05]

Observamos que a identificação dos casos é responsabilidade de toda a equipe, incluindo os enfermeiros e ACS, mas a decisão de quem será acompanhado na consulta regular, no apoio matricial ou encaminhado para o CAPS, pertence ao médico. Quando este identifica que a conduta excede sua capacidade técnica, solicita o psiquiatra do apoio matricial ou encaminha diretamente ao CAPS. Um médico chega afirmar que o apoio matricial chega a tornar o CAPS dispensável:

A gente não precisa de CAPS, o que eles fazem lá a gente faz aqui. O mesmo paciente que eles atendem lá eu atendo aqui. Algum que eu tenha mais dificuldade, eu levo para o matriciamento. [CSF 06]

Não pudemos aprofundar esse tema com o profissional acima, mas podemos afirmar que essa afirmação demonstra ou o desconhecimento do profissional a respeito da proposta de atenção multiprofissional do CAPS, ou a desvalorização das atividades realizadas pelo outros profissionais. Por outro lado, revela também que o apoio matricial é uma ferramenta potente para tornar os profissionais da atenção primária confortáveis com as demandas de saúde mental.

Tendo em vista essa tipificação da demanda, os pacientes transitam por diferentes itinerários no CSF, haja vista sistematização do fluxograma 7, que compõe o apêndice K. A partir da consulta médica, as “demandas em crise” são direcionadas diretamente para o hospital psiquiátrico, e as “demandas graves” ao CAPS. Os casos de “demanda leve-simples” são manejados na consulta médica regular, através da prescrição dos medicamentos disponíveis no serviço (geralmente antidepressivos e ansiolíticos). Por último, os casos considerados “demanda leve-complexa” seguem um fluxo diferenciado, pois uma vez selecionados pelo médico, após o atendimento, são incluídos na agenda do matriciamento pelos enfermeiros. O controle da agenda e definição de prioridades é feito pelo enfermeiro, e observamos que como uma das equipes estava sem médico, era comum o médico de outra equipe assumir a responsabilidade por esses atendimentos.

Conforme explicamos na seção sobre o CAPS, na SER III o apoio matricial é organizado para acontecer uma vez por mês em cada centro de saúde, sendo realizado o revezamento das equipes de saúde da família. No caso do CSF Fernandes Távora, a equipe de matriciamento do CAPS era composta por médico psiquiatra e enfermeiro. No turno de atendimento conjunto participavam médico, enfermeiro e ACS da EqSF, psicólogo do NASF e a equipe matricial do CAPS. Eram atendidos de dois a quatro casos, que poderiam incluir casos novos ou o retorno de pessoas atendidas no matriciamento anterior. O seguimento dos casos geralmente incluía novos atendimentos médicos e, eventualmente, atendimento de enfermagem e/ou visitas domiciliares.

No período em que observamos as atividades no CSF, o apoio matricial havia sido interrompido pela indisponibilidade de transporte (situação que abrangeu a SER inteira no período após as eleições municipais). Já no início da nova gestão municipal, quando encerramos nossas observações e realizamos as entrevistas, o matriciamento continuava paralisado, dessa vez pela mudança dos profissionais do CAPS, que interrompeu temporariamente (segundo a coordenação do CAPS) a execução dessa atividade em todos os CSFs. Ao término da realização das entrevistas, não havia sido ainda reestabelecido o apoio matricial.

Vale ressaltar que os usuários encaminhados pelo CAPS ao matriciamento no CSF adentram o primeiro fluxo descrito, sendo necessário procurar o serviço de madrugada para obter a ficha de atendimento médico. Após a realização deste atendimento, podem ser agendados para o matriciamento ou atendidos apenas pelo médico de família, a critério deste. Mesmo no período em que não estava sendo

realizado apoio matricial, eram mantidos os encaminhamentos para atenção primária dos casos que não faziam o perfil de atendimento do CAPS.

Além das atividades citadas, também ocorreram por determinado período algumas ações do NASF direcionadas às demandas de saúde mental. Houve a tentativa de criação de um grupo terapêutico para demandas leves, porém o grupo não se manteve pela dificuldade de adesão dos usuários. O psicólogo da equipe também realizava atendimentos individuais, porém em pequena quantidade. Segundo os profissionais do centro de saúde, esses atendimentos individuais não eram permitidos pela SER, ocorrendo apenas em casos excepcionais. Foi relatada também a realização de visitas domiciliares junto aos ACS, porém muito eventualmente, segundo os mesmos. Foi realizado ainda um trabalho de capacitação com os ACS, que teve como um dos temas o Mal de Alzheimer. Segundo os relatos, o NASF desenvolvia atividades no CSF uma vez por semana, pois estavam responsáveis também por outros dois CSFs.

Durante o período da observação de campo, a equipe NASF estava realizando atividades no CSF. Contudo, no período de realização das entrevistas os profissionais não estavam mais lotados nesse CSF, pois no final da gestão municipal 2008-2012 foram contratados novos profissionais, aprovados em uma seleção pública. No período de realização das entrevistas da pesquisa, estava ocorrendo uma nova lotação dos profissionais do NASF no município.

5.4 Conexões entre os serviços

Nessa seção iremos explorar as relações desenvolvidas pelos três serviços descritos nas seções anteriores. Analisaremos tanto as relações estabelecidas entre eles, bem como as relações com outros serviços de saúde e com espaços exteriores ao setor saúde.

5.4.1 Relação entre o CSF e CAPS

APOIO MATRICIAL

As conexões estabelecidas entre o CAPS Prof. Frota Pinho e o CSF Fernandes Távora incluem consultas conjuntas e discussões de caso, ambas realizadas no CSF, e encaminhamentos e contatos telefônicos mútuos. Todas essas interfaces foram

produzidas - ou modificadas, no caso dos encaminhamentos - a partir da implantação da tecnologia do apoio matricial, que ocorreu da seguinte forma:

A partir de 2008, 2009, a rede de saúde mental de Fortaleza, a Secretaria Municipal de Saúde, providenciaram umas capacitações em matriciamento. Tanto para os trabalhadores do CAPS e como trabalhadores da atenção básica. Foram formadas quatro turmas, e essas turmas foram feitas em grupos mistos, atenção básica e saúde mental. Tínhamos aí algumas horas de parte teórica e algumas horas de nível prático, onde a gente ia pra atenção básica e fazia o matriciamento lá. [CAPS 04]

O apoio matricial começou através de um curso desenvolvido pela SMS, sendo inicialmente implantado nas unidades de saúde cujos profissionais participaram desse treinamento. O resultado do processo de implantação é avaliado muito positivamente pelo CAPS, pois conseguiram inserir essa estratégia em quase todas as unidades de saúde de seu território:

Já no posto de saúde, na atenção básica, eu vejo assim que está sendo assim realizado eu posso dizer até assim, de alguns matriciamentos que foram feitos, que está indo muito bem. O Anastácio [CSF Anastácio Magalhães], o Pereira [CSF Francisco Pereira de Almeida], o Liduína [CSF Santa Liduína], alguns postos que foram matriciados... Acho que foram 14 postos, dentre eles eu acho que dois ou três assim não aderiram direito ao matriciamento. Mas os demais, está funcionando o matriciamento. [CAPS 01]

Foi uma das únicas regionais a realmente implementar e monitorizar e cair realmente no campo, em relação a tentar encontrar estratégias de matriciamento junto as nossas 16 unidades, com todas as dificuldades, com todas as limitações que se possa imaginar. [CAPS 03]

Nesses dois ou três serviços onde há maiores dificuldades, entendemos que o apoio matricial não acontece, ou ocorre de forma muito precária. Na maioria dos centros de saúde da SER III, o CAPS avalia a implantação como exitosa, o que não significa ignorar que nessas unidades também existam problemas, conforme vários relatos dos profissionais envolvidos. Fazemos a ressalva de que, por termos optado investigar um dos serviços que foi mais bem avaliado pela equipe, o CSF Fernandes Távora, algumas das dificuldades descritas podem não dizer respeito especificamente a esse serviço, pois ao entrevistar profissionais do CAPS indagamos sobre a estratégia matricial de forma geral, ou seja, no conjunto de unidades de abrangência do CAPS.

Descrevermos, portanto, os sucessos e dificuldades do apoio matricial, tendo em vista o que consideramos suas três funções essenciais: assistencial, pedagógica e organizativa. Iniciaremos com a descrição de como funcionou no CSF Fernandes Távora a organização da atenção à saúde mental:

Era a primeira segunda-feira do mês que funcionava aqui no posto com o Dr. [fulano], psiquiatra. E ele vinha pra cá e aqui a gente fazia uma roda, vinha ele com uma enfermeira que o acompanhava. Ele é preceptor da faculdade, da residência de psiquiatria, lá em Messejana [Hospital de Saúde Mental de Messejana]. Eu aqui e ficava mais dois enfermeiros, o [sicrano] e a [beltrana], o paciente aqui no meio. Então a gente marcava, agendava 2 ou 3 pacientes, selecionava e dizia "olha, esse paciente aqui, vamos marcar pro [psiquiatra fulano] dar uma olhada". [CSF 05]

Para mim, foi passado assim: vai vir uma equipe, um período por mês, e o que vocês detectarem com o médico alguma necessidade, mudança de conduta ou não domínio da patologia em relação ao médico, aí você vai encaminhar para ir para essa equipe reavaliar, mudar a conduta, ou manter... Resolver. [CSF 03]

Ela [a usuária] não pode vir direto. Primeiro porque quando o ACS identifica, ela tem que primeiro passar pelo médico. Ele vendo o estado dela, aí ele encaminha ela pro matriciamento. [...] Ela tem que marcar [uma consulta com o médico], mas quando a gente vê que o paciente tem um caso bem específico, aí a gente fala com a coordenadora e ela já dá uma ajeitada. [...] Como se fosse uma priorização. Quando não tem, aí ela faz o procedimento normal. Ela vem de manhã pra demanda, passa pelo clínico, deixa o encaminhamento do matriciamento aí e fica esperando ser marcado. [CSF 07]

Percebemos haver uma concordância nas descrições do funcionamento do apoio matricial. Isso revela que foi possível criar um fluxo de atendimento compreendido por todos os envolvidos (os excertos acima incluem ACS, enfermeiro e médico), que inclui ainda uma combinação de agendas entre os profissionais envolvidos, inclusive com a equipe do CAPS. Apesar das dificuldades encontradas na marcação inicial da consulta médica, uma vez obtido esse atendimento, existe um fluxo de acolhimento previsto para as demandas de saúde mental. Isso é importante para produzir uma referência, tanto na equipe como na população, de que o centro de saúde é o local adequado para tais demandas, auxiliando a ESF a assumir formalmente a saúde mental como uma de suas áreas de atenção. Assim, modifica-se a relação que a população, os profissionais e o CSF têm com o sofrimento psíquico.

Observamos mudanças na rotina individual dos profissionais, tanto ao disponibilizarem parte de seu tempo de trabalho para as atividades do apoio matricial, criarem uma agenda comum, e efetuar mudanças nas condutas de encaminhamento externo de pacientes:

O paciente chega, o clínico faz conduta dele, quando for mês seguinte o paciente volta dizendo que não melhorou, 15 dias, que permanece... O médico orienta, ou a continuidade da medicação, para esperar o efeito, ou muda, acrescenta e aumenta a dose, e percebe que o paciente refere que não está havendo uma resposta. Aí, realmente, ele chama a enfermagem, pergunta de quem é a área e diz: "olha, isso aqui eu estou encaminhando para ser avaliado por um psiquiatra". Então a gente já sai dali do consultório, e já coloca na agenda. [CSF 03]

E aí depois do atendimento do clínico, se ele não conseguir conduzir o caso, [...] existia uma equipe de matriciamento, que vinha uma vez por mês. E os casos mais difíceis para o clínico a

gente agendava uma vez por mês para ele reavaliar e manter ou mudar a conduta. Era assim que era feito. Atualmente a gente infelizmente só tá tendo o acompanhamento do clínico. Quando ele vê que não consegue manejar, aí ele já vai encaminhando para o CAPS. [CSF 03]

Porque no NASF, a gente tem uma psicóloga. Ela, nas vezes que tinha matriciamento, ela participava. Ela fazia parte da equipe do posto. Então assim, vamos supor: hoje tem matriciamento. O matriciamento seria com quem: com o pessoal do CAPS, o psiquiatra que vem do CAPS, o clínico geral da unidade, a enfermeira que faz parte daquela... Vamos supor, o paciente é da área 3, então a enfermeira da área 3 vai participar para estar a par do que está acontecendo, e a psicóloga do NASF também. [CSF 01]

Observamos que, uma vez interrompido o matriciamento, um dos profissionais relatou que o clínico retorna a realizar o encaminhamento de alguns casos, mostrando que a presença do apoio tem uma influência em sua conduta individual. Percebemos ainda que a organização da atenção no CSF incluiu uma profissional do NASF, de modo a estabelecer uma relação também entre NASF e EqSF por meio do apoio matricial. Uma vez que o núcleo também é uma equipe de apoio, é necessário ao NASF criar estratégias de relacionamento com os demais profissionais da ESF, processo muitas vezes dificultoso. Por isso, consideramos um ponto positivo o matriciamento tornar-se um espaço propício também para esse contato.

Em relação ao aspecto pedagógico, consideramos o apoio matricial que deve incluir tanto o desenvolvimento de habilidades técnicas relacionadas ao manejo dos pacientes em sofrimento psíquico, mas também influenciar questões mais subjetivas, como o possível receio ou resistência ao contato com pessoas em sofrimento psíquico. Não foi possível investigar modificações na disposição subjetiva dos profissionais, mas percebemos que as mudanças no aspecto técnico foram reconhecidas e valorizadas pelas EqSF:

ENTREVISTADO 2: *Os princípios são muito bonitos. Do matriciamento. Você vem, e todos os profissionais participam lá, na sala. Veem aquele paciente, o que ele tem, qual é a demanda. O próprio psiquiatra dá é uma aula.*

ENTREVISTADO 1: *É uma aula! Uma aula!!!*

ENTREVISTADO 2: *Muito bom, muito bom. Eu gosto muito quando tem. E os pacientes também. Porque ficam bem assistidos.*

ENTREVISTADO 1: *É tanto que, o dia que o matriciamento vem, o médico fica lá quatro horas. O que é muito raro. Porque é uma aula! [CSF 02]*

O matriciamento, eu via mais como uma forma de qualificar o profissional do posto de saúde para uma observação mais detalhada desse assunto, do tema. No caso, era eu né? O médico vinha mais para me ensinar, pra que eu participasse, aprendesse mais e tal. [...] Mas eu via como sendo mais uma atividade para qualificar, melhorar a atenção do profissional. Claro que além de atender o paciente né? Mas tinha essa função também de nos apresentar esse lado psicológico, psíquico do comportamento... [CSF 05]

O matriciamento é bom porque a gente aprende. O psiquiatra vem aqui e me ensinou coisas que eu não sabia. Mas a maioria das vezes eu não tenho dificuldades com psiquiatria não. [CSF 06]

Observamos que os profissionais sentem-se valorizados, reconhecendo o apoio matricial como uma oportunidade para se tornarem profissionais melhores, e mais capacitados para as demandas de saúde mental.

Não pudemos observar os atendimentos conjuntos, porém nos chamou a atenção que, enquanto a presença do psiquiatra era bastante valorizada e comentada, sendo inclusive referida como “uma aula do psiquiatra”, em nenhum momento houve menção espontânea ao trabalho da enfermagem do CAPS no apoio matricial. Ainda que isso aponte para certo êxito no caráter pedagógico necessário ao matriciamento (CAMPOS; DOMITTI, 2007), percebemos pelos relatos que as discussões (ou “aulas”) versavam geralmente sobre os aspectos biomédicos do cuidado: sinais e sintomas, diagnóstico, adequação da prescrição medicamentosa. Mesmo o relato dos enfermeiros da EqSF sobre o matriciamento revelavam que suas dúvidas eram a respeito de psicofármacos, tais como tempo de efeito, interações medicamentosas e dosagem. Esses achados foram consoantes uma pesquisa sobre o apoio matricial realizada também em Fortaleza, na SER IV, onde uma das fragilidades encontradas foi a centralidade das decisões terapêuticas na figura do médico (JORGE et al., 2012).

Em nossa fase de observação, em uma ocasião em que iríamos observar o matriciamento, este foi cancelado porque o psiquiatra não pôde comparecer ao serviço devido a uma emergência familiar. Ainda que o profissional de enfermagem do CAPS estivesse disponível, informou por telefone ao CSF do cancelamento da atividade, não ocorrendo atendimento conjunto. Os pacientes previstos foram atendidos e medicados no centro de saúde apenas pelo médico de família, gerando insatisfação na equipe e nos usuários.

Também no CAPS, um profissional questiona o sucesso dessa estratégia pedagógica em algumas unidades, que não querem atender os pacientes com problemas de saúde mental sem a presença de um psiquiatra:

Então a primeira coisa que eles colocam é: "nós não vamos atender mais, porque não está podendo vir as visitas do médico pra cá". Então só funciona se tiver um psiquiatra lá daqui ou do AD [CAPS ad], que não é assim. Enquanto que a pessoa passou dois anos capacitando o outro pra atender? Então a lógica não consegue ser invertida. Não cabe ao CAPS geral o matriciamento. Cabe a atenção básica, de certa forma, se permitir a essa nova lógica. Com CAPS ou sem CAPS. Mas a gente ainda não conseguiu chegar a esse estatuto, está entendendo? Então precisa de algo mais. [CAPS 03]

Esse relato se refere ao momento em que a ida da equipe de apoio foi interrompida pela indisponibilidade de transportes, ao final da última gestão municipal. Revela, porém, que uma vez interrompida a visita dos profissionais do CAPS, não é possível manter a mesma resolutividade nos atendimentos em saúde mental. O intuito do apoio matricial, em seu aspecto de aprendizagem, é que ao longo do tempo as equipes de referência tornem-se capazes de resolver uma maior quantidade de demandas, progressivamente selecionando apenas casos mais graves para o atendimento conjunto e discussão de caso (TÓFOLI; FORTES, 2007). Contudo, não está presente na literatura sobre o tema uma previsão de tempo para a retirada das equipes de apoio, constituindo na realidade uma estratégia de educação permanente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

Outro profissional do CSF reconhece o aprendizado, mas sente falta de alguns conhecimentos que considera necessários para lidar com saúde mental:

Eu nunca tive [contato com o CAPS], a não ser no matriciamento. A não ser isso, eu não sei. Assim, algum treinamento sobre medicação, a partir de quantos dias sem tal medicação o paciente corre risco de entrar numa crise. Eu não recebi. [...] Modificou minha forma de atender, porque antes eu não tinha nenhum conhecimento. E durante o atendimento, ali naquele momentinho pequeno, ele tirava alguma dúvida que eu tinha. Algum conhecimento eu conseguia ter. [...] Mas assim, não foi repassado sobre medicações, ações, para quê que serve, características de patologias. [...] Gostaria que tivesse treinamento, e que a gente tivesse a ajuda dessas equipes. Por mais tempo, porque a quantidade de pacientes está cada vez crescendo. Os transtornos de ansiedade em maior quantidade, procurando a unidade. [CSF 03]

A entrevista da qual extraímos o excerto acima foi realizada no período em que o apoio matricial já estava suspenso, de forma que o profissional afirma o interesse do retorno da equipe. Porém, ao ressaltar também algumas temáticas relacionadas a medicações e psicopatologia, comenta que o tempo de contato com o CAPS é muito pouco, pois o atendimento é “um momentinho pequeno”, e a ajuda das equipes deveria ser “por mais tempo”, pois a demanda em saúde mental tem aumentado. A percepção de que o tempo do apoio matricial é insuficiente aparece com bastante frequência em relação ao aspecto assistencial, uma vez que só eram atendidos quatro pacientes por encontro mensal:

Porque nós somos divididos em três áreas I, II e III. Fazia de cada área separado. Porque senão não tinha nem condição. E assim, só são quatro pacientes por atendimento, entendeu? E pronto. [CSF 07]

Era assim... era muito complicado. Porque a equipe vinha um período [um turno] por mês. Não era nem um dia. Geralmente dois pacientes novos, e no máximo dois retornos. Para atender as três áreas. [...] Então assim, eu só tinha oportunidade de ter acesso ao psiquiatra e à equipe, a

cada três meses. Mesmo que fosse só uma área, não suportaria. Porque a quantidade está muito elevada de pacientes que necessitam de receita e de medicação controlada. [CSF 03]

E a quantidade que era atendida era muito pequena. Duas, três. Quatro pessoas com muita briga. [...] E também, devido aos problemas da pessoa, tinham pessoas que passam mais de uma hora conversando, de seus problemas que não foram resolvidos em outros atendimentos no próprio CAPS. Você sabe que problema de saúde mental não é resolvido assim, como uma mágica. [CSF 02]

E outra: o psiquiatra, ele vem uma vez [por mês]. Aí aquele paciente, para você retornar novamente para fazer todo o acompanhamento, é difícil, porque na demanda sempre acaba aparecendo paciente novo. [CSF 02]

O programa de saúde mental da unidade de saúde, ela é muito restrita. [...] Porque é muito esporadicamente que se vem um profissional da saúde mental para fazer os determinados atendimentos à demanda que se tem na unidade. [CSF 04]

O sentimento de que a demanda não é contemplada nesse encontro mensal foi bastante presente. Um único profissional também se referiu à necessidade de mais contato com um psicólogo, além do psiquiatra, ressaltando que a psicóloga do NASF também está na unidade poucos turnos por semana:

Então eles poderiam mandar também, além de um psiquiatra por mês, uma psicóloga também. Vir um outro dia, no mês, né? Porque é só aquele dia. Para dar um suporte melhor. Então, assim, é... Eu acho que, já com isso, melhoraria. [CSF 01]

Ressaltamos que a responsabilidade pelo acompanhamento dos pacientes atendidos na consulta conjunta não cabe apenas aos profissionais especializados da equipe de apoio, podendo esse paciente ser acompanhado também em outras ações da EqSF. Supomos que, por serem casos considerados inicialmente como muito complexos pelo médico de família, continuava-se com a percepção de que o psiquiatra era necessário longo do acompanhamento. Podemos questionar que, se o acompanhamento necessita sempre do psiquiatra, é sinal de que aquele caso mantém-se responsabilidade do especialista, e não da atenção primária. Isso somente se justificaria pelo caráter pedagógico do apoio, objetivando que futuramente outros casos semelhantes pudessem ser acompanhados apenas pela EqSF.

Podemos perceber que, quanto mais pacientes necessitam do acompanhamento da equipe especializada, maior será a percepção de que há uma demanda não contemplada pelo matriciamento. Daí a percepção ainda bastante recorrente de que é necessário mais tempo da equipe de apoio presente no CSF. Contudo, temos de considerar que a presença do psiquiatra no CSF implica em sua ausência no CAPS, e ainda que o CAPS da SER III tenha maior disponibilidade de psiquiatras que os outros do município, a ausência impacta o serviço:

Aí onde eu considero que, mais uma vez o inchaço da instituição CAPS, por conta da não implantação de outros serviços, fez com que o tempo não permitisse. O tempo, principalmente. Então eu sair do CAPS para fazer esse tipo de supervisão, implica em eu deixar de atender no CAPS naquele horário. E no CAPS havia uma população que já está... Então, havia uma pressão, e de repente eu me vi voltando para o CAPS para atender aquela demanda. [CAPS/HSM]

Mas no período que eu trabalhei, às vezes ficava também a questão que um administrador de saúde levava em consideração. Que tem também a questão do número de pessoas. Porque às vezes eu me via em um período de três horas, que eu poderia demandar para atender uma clientela de X pessoas, quando eu ia a essas outras unidades, às vezes era para atender um caso ou dois que estavam precisando de uma supervisão. E o administrador também leva em consideração esses aspectos. "Poxa, tô deixando de fazer atendimento para tantas pessoas aqui, para um número menor ali". E ainda nessa carência de profissionais. [CAPS/HSM]

Dentro de uma organização sistêmica de serviços de saúde mental, é esperado que, uma vez organizado o atendimento de demandas leves na atenção primária, ocorra uma redução dessa demanda em serviços mais complexos, como CAPS e hospitais psiquiátricos. Contudo, temos que levar em conta se apenas a demanda de sofrimento psíquico grave já não é excessiva para a capacidade atual dos serviços abertos. Conforme expomos no anteriormente, o índice de CAPS/100mil habitantes em Fortaleza é de 0,57, e na SER III, de 0,63. Seria necessário, portanto, praticamente a duplicação do número de serviços para chegarmos ao índice ideal.

Outra questão destacada pelos profissionais do CSF acerca do apoio matricial diz respeito à dificuldade de comunicação ainda existente. Ainda que a presença física das equipes de apoio tenha provocado mudanças na relação com o CAPS, a comunicação entre profissionais ocorre apenas durante os atendimentos conjuntos:

De interação mesmo, eu não vi diferença não. Porque acabou aquele atendimento ali, eu não tinha mais contato. Talvez, se eu precisasse e ligasse, talvez eu até tivesse conseguido falar com o médico, perguntar alguma coisa. Mas eu... nunca teve esse contato não. [CSF 03]

Tem só no dia que eles vêm para acompanhar a gente no atendimento. Fora isso, não. [CSF 02]

A comunicação é muito curta. Eles ligam e dizem, ou que vem ou que não vem. Então não existe a questão de ligar e perguntar "e aí, como é que tá a paciente, o tratamento? O que vocês tem percebido? Tem percebido que os pacientes tem melhorado? Não?" [...] Seria bom se tivesse uma parceria melhor, uma comunicação melhor entre o posto e o CAPS. Tivesse um diálogo melhor. [...] Para saber a respeito dos pacientes, se precisa de algum suporte. [CSF 01]

A ligação [telefônica] que tem daqui do posto é só, porque, como aconteceu deles faltarem, a própria coordenação já entrou em contato para saber o porquê. E geralmente a resposta é bem... bem curta. "Ah, porque o médico faltou" ou "não, porque o médico tá de férias" ou então "ah, porque houve um problema aqui". Não tem assim, que poderia ter, de na hora [dizerem] "não, ele faltou, mas a gente tá mandando outro dia. A gente vai... contornar a situação. Vai resolver o problema". [CSF 01]

A ausência de contato direto entre os profissionais, ainda que por meio do telefone, prejudica bastante o apoio matricial, pois é este instrumento que permite o contato imediato em uma situação de dificuldade que surgem fora do dia de atendimento conjunto. Sem o acesso à distância ao apoiador, mesmo problemas simples, que poderiam ser resolvidos imediatamente, tem de ser encaminhados para o dia da visita da equipe, causando acúmulo de demandas e maior demora em resolvê-las. Segundo os relatos, a comunicação telefônica ocorre apenas para justificar a ausência da equipe no dia marcado, sem possuir nenhum papel resolutivo de remarcar a consulta ou prestar algum outro apoio à distância.

Tendo em vista a necessidade de conciliar muitas agendas – da equipe de apoio, da equipe de referência e dos usuários – uma desmarcação traz muitos prejuízos para a organização da demanda e continuidade do tratamento. Além das ausências por motivos pessoais diversos, também identificamos problemas relacionados ao transporte do CAPS, o que geralmente ocasiona atrasos nos atendimentos:

Esse problema do horário do transporte é básico. Porque os pacientes chegam aqui num horário, e eles [a equipe de apoio matricial] iam chegar num horário um pouco mais tarde, porque eles já estavam esperando o transporte lá [no CAPS] para vir pra cá [para o CSF]. [...] Eles vão para o CAPS, aí o carro era um carro que vinha para cá, e daqui ia buscá-los. Então nem o transporte eles tinham. [CSF 02]

Todas as relações entre os serviços possuem exigências materiais, e não apenas a disponibilidade e capacidade técnica da equipe. O contato telefônico, por exemplo, exige a existência do aparelho e linha telefônica em ambos os serviços. Já o apoio matricial, por exigir o deslocamento constante dos profissionais do CAPS, necessita tanto do automóvel e gasolina¹⁶, como de condições favoráveis do trânsito e assiduidade do motorista. Esses detalhes, aparentemente óbvios ou banais, muitas vezes não são considerados na literatura, mas são preocupações constantes dos gestores da saúde. Conforme descrevemos na seção CAPS, dificuldades na gestão municipal ocasionaram a suspensão dos transportes da SMS, interrompendo o apoio matricial em todo o município. E anteriormente a essa retirada, mesmo havendo disponibilidade de transporte, outras dificuldades no deslocamento ainda ocorriam, prejudicando a agenda das consultas conjuntas.

¹⁶ Em nossas experiências pessoais de trabalho na ESF do município de Fortaleza, era bastante frequente a suspensão das visitas domiciliares ao final do mês, pois havia acabado a cota mensal de gasolina do transporte.

As dificuldades de comunicação e de transporte têm efeitos negativos na credibilidade e até na compreensão do funcionamento do apoio matricial em cada centro de saúde. O relato de um profissional do CSF descreve um “desentendimento” comum entre os serviços:

Ai ela [uma usuária] foi pro CAPS, quando chegou lá no CAPS, daí eles pegaram - o CAPS adora fazer isso - disseram que aqui no posto ia ter o matriciamento que ela podia vir, que ela não precisava marcar. Ai eu disse: “Dona [fulana], não é assim”. No posto não funciona desse jeito. No posto funciona assim: enquanto não vai ter [matriciamento], ela vai continuar no CAPS. Então desde esse dia, ela veio uma vez aqui, que foi exatamente no dia que não teve o médico. [...] Eu disse: “Está vendo porque eu não queria que você viesse? Eu não quero que você quebre o seu tratamento.” [...] Ai ela disse: “Não [sicrana], então eu não vou vir mais. Eu vou pedir lá pra eu continuar lá [no CAPS]”. [CSF 07]

Os atrasos e cancelamentos ocorridos no CSF Fernandes Távora geram, para alguns profissionais e usuários, desconfiança ou mesmo descrédito em relação às atividades propostas. Essa preocupação foi relatada também por outros profissionais, inclusive no CAPS:

ENTREVISTADO 1: *Não era uma coisa certa. Nesse ano também tem a questão das demissões. Muitos pediram demissão porque não houve garantia de pagamento desses profissionais lá do CAPS, então os psiquiatras foram os primeiros a pular fora. Então houve uma quebra. E tudo que há uma quebra, se perde credibilidade. A acreditação.*

ENTREVISTADO 2: *Do próprio profissional do saúde da família e da população. Porque a gente convive com as queixas da população. Então as queixas diretas vêm para nós.*

ENTREVISTADO 1: *Se você perdeu o respeito, para você adquirir de novo esse respeito, esse credibilidade, essa acreditação, demora.*

ENTREVISTADO 2: {imitando os usuários} *"ah, eu não vou mais não, porque no dia que eu vou ninguém vai!" "ah, eles chegam muito tarde!" [CSF 02]*

Cada vez que o trabalho vem e retrocede... [...] Cai no descrédito, né? Porque o que a gente está fazendo é conquistando. Conquistando um novo olhar, junto com os outros profissionais que estão numa dimensão totalmente diferenciada da saúde mental e que, de preferência, [desejam que] ela esteja bem longe do contexto da Atenção Básica. Que esteja distante dali, né? Que aquele cotidiano de ação, de intervenção não faça parte mesmo. [CAPS 03]

Outros profissionais criticaram também o apoio matricial, ressaltando que a estratégia ainda não se encontra totalmente desenvolvida, e não é dominada por todos os profissionais:

Acabou que depois de algum tempo, essas equipes elas acabaram... a tecnologia, a estratégia do matriciamento, acabou ficando restrita a essas pessoas que passaram pela capacitação. [CAPS 04]

Eu soube de alguém, algum dos dois [enfermeiros] aí fez um treinamento. Não sei se foi profundo, se foi superficial. Não sei. [CSF 03]

O que tem acontecido no momento é um trabalho muito inicial e muito superficial, onde alguns... Tem havido alguns contatos com profissionais da área de saúde mental com profissionais da área básica de saúde, onde haveria um treinamento mínimo na área de saúde mental para que profissionais da rede básica possam acompanhar essa clientela que não está dentro do perfil de atendimento no CAPS. Só que isso é uma coisa muito inicial e superficial. [CAPS/HSM]

O treinamento realizado pela SMS contemplou uma EqSF (apenas médico e enfermeiro) de cada CSF do município, e todos os profissionais dos 6 CAPS que se dispuseram a participar. Foram realizadas quatro turmas do treinamento, com as três primeiras turmas englobando cada uma duas SERs, enquanto que na quarta turma foram incluídos profissionais remanescentes de todas as SERs. Dessa forma, visava-se garantir o contato inicial de uma EqSF com pelo menos um profissional de apoio de seu CAPS de referência. Após esses treinamentos, não ocorreram novas turmas.

Ainda que os relatos dos profissionais do CAPS apontem para dificuldades de compreensão e domínio da proposta de apoio matricial, concordando com os achados de Jorge e cols. (2012) em outra pesquisa realizada na SER IV, não encontramos tal dificuldade no CSF Fernandes Távora. Identificamos uma concordância na compreensão sobre o apoio matricial, e a participação nas atividades de matriciamento não ficou restrita aos participantes do curso. Porém, não podemos afirmar que essa aceitação foi partilhada por todos os CSFs da SER III:

A gente pode dizer equipes que, de certa forma, o trabalho não fundiu. E que não vai poder contagiar outros profissionais, porque isso também é um movimento. Porque a unidade ora está com um povo disposto, ora não estão mais dispostos. Então esse é um movimento. [CAPS 03]

Embora muitas vezes acontece que algumas pessoas desses postos não são muito receptivas a isso. "Não, porque vai atrapalhar o andamento do posto", "não, porque vai parar o atendimento para isso". Ou mesmo porque as pessoas tem mesmo uma inabilidade de lidar com pessoas portadoras de transtorno mental. Então vai deixar para escanteio. Mas o ideal era para funcionar assim. Em alguns postos funciona muito bem assim. Em outros posto não. Mas o ideal seria de funcionar assim. [CAPS 06]

Então há resistência, o que eu sei é que há resistência de alguns médicos. Às vezes quem coordena o posto de saúde é uma enfermeira, uma TO, e não tem abertura para atender essa demanda que a gente encaminha. A gente vai muito mais a eles do que eles a nós. Talvez o discurso deles seja o contrário. Porque o deslocamento, há muito deslocamento do CAPS até o posto de saúde. Muito. E muita resistência de não atender esses pacientes. [CAPS 02]

A sensação de que há uma “resistência” dos profissionais da atenção primária surgiu de forma bastante intensa nos relatos dos profissionais. Sabemos que a adesão a uma nova tecnologia, que exige mudanças em processos de trabalho já estabelecidos pode fracassar por vários motivos. Dificuldades organizacionais do CSF, excesso de demanda nos mesmos, desacordo ou incompreensão com relação à proposta, são todos

fatores possíveis. Contudo, os profissionais do CAPS que relataram as dificuldades de implantação foram quase unânimes em descrever os empecilhos como resistências pessoais das EqSF ou de suas coordenações. Esse fator já havia sido identificado na pesquisa de Morais e Tanaka (2012), também realizada em Fortaleza, onde a adesão dos profissionais da APS foi identificada como prática voluntariosa e por identificação pessoal à saúde mental. Um profissional do CAPS ressalta que depender apenas dessa disponibilidade é insuficiente para o sucesso da estratégia:

Agora não pode ser de algumas pessoas, você está compreendendo? Ela tem que ser uma dimensão de estatuto de política pública. [...] E a gente tem que, a gente não vai trabalhar isso de fato forçando os profissionais, obviamente. Tem que ter estratégia. Eles ganham produtividade pra atender tantas gestantes, tantos diabéticos, né? Mas não tem nenhum incentivo para, por exemplo, trabalhar a questão da saúde mental. [CAPS 03]

O incentivo financeiro é utilizado com frequência pelo Ministério da Saúde para estabelecer prioridades no campo da saúde, seja para serviços, profissionais ou intervenções específicas. Porém, logo em seguida esse mesmo profissional corrige seu próprio discurso, assinalando que não é apenas uma questão monetária:

Se bem que a gente não pode pensar nessa lógica, né? Que o atributo financeiro vai fazer eles atenderem. Mas sabe o que é? É porque, na verdade, isso é tudo uma questão de uma lógica de cuidado muito pesado, de estigma, de preconceito. De um peso muito grande que a saúde mental tem em termos da loucura. O medo, o temor, o medo do desconhecido, o medo de certa forma... [CAPS 03]

A percepção desse profissional, provavelmente advinda de sua experiência pessoal com os profissionais da atenção primária, vai ao encontro dos achados de uma pesquisa avaliativa do apoio matricial realizada em Campinas. Ao realizar um grupo focal com profissionais de equipes de referência, encontraram que:

Foi marcante nesta narrativa a expressão da angústia ao entrar em contato com o sofrimento, e também um certo medo em relação à necessidade de lidar com os pacientes considerados da Saúde Mental. Avaliam que sua formação não contribui para que possam intervir no campo da Saúde Mental. (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009)

Acreditamos que algumas dessas resistências pessoais podem ser modificadas uma vez que profissionais temerosos ou despreparados entrem em contato com o campo da saúde mental sob a tutela ou supervisão de um profissional mais experiente, conforme previsto no apoio matricial. Porém, essa sensibilização só pode ocorrer uma vez que houve uma adesão inicial à proposta. Dessa forma, consideramos necessária

uma estratégia de sensibilização para o apoio matricial para facilitar sua efetiva implantação. O mesmo profissional, das falas anteriores, conclui que:

Trocando em miúdos, o matriciamento acontece a reboque dos nossos processos. [...] Tanto quanto a gente tiver disposto a ir lá, a ir lá, a ir lá, a tentar, tentar, reunir, mobilizar, sensibilizar, e levar porta na cara, a ouvir não e “mimimi”. Entendeu? É do tamanho da nossa ousadia. E da nossa disposição. [CAPS 03]

Com isso, percebemos que, após o treinamento, a única estratégia de sensibilização ficou a cargo dos próprios profissionais das equipes de apoio. Da mesma forma que a resistência de alguns profissionais é vista como um elemento subjetivo, a insistência e determinação de outros profissionais, aspectos também subjetivos, parecem ser a única contramedida atualmente disponível ao desenvolvimento do apoio matricial.

ENCAMINHAMENTOS CSF → CAPS

Além do apoio matricial, percebemos outras relações estabelecidas eventualmente entre CAPS e CSF. Conforme visto no anteriormente, o apoio matricial não substitui completamente os encaminhamentos para serviços de maior complexidade:

Se o paciente não é atendido em nenhum nível, seja ele estadual seja ele municipal ou seja ele micro mesmo, pelo posto, por esse grupo do CAPS que vem, aí a gente faz o encaminhamento para vir até a unidade e aí a enfermeira já faz o procedimento padrão junto ao médico e à unidade de saúde para viabilizar o encaminhamento para um local mais específico. E você há de convir que em Fortaleza a gente só tem o CAPS mesmo, eu só conheço o CAPS... [CSF 04]

E aí ele [o médico] vinha com a resposta: "olha, eu mantive a conduta, porque eu ainda não conheço muito bem o paciente, não domino essa parte [de psiquiatria]. Então eu mantive." Aí a gente vai ver se consegue que o familiar traga [o paciente para o posto], ou, se o familiar não conseguir, ou deixar um encaminhamento para esse paciente ir ou para o hospital psiquiátrico ou para o CAPS. [CSF 03]

Tendo em vista a função organizativa do apoio matricial, almeja-se que mesmo tais encaminhamentos, realizados sem contato com a equipe de apoio, também sejam afetados pelo matriciamento, uma vez que a triagem torna-se mais qualificada a partir das discussões de caso e atendimentos conjuntos. Espera-se portanto, que haja um refinamento nos encaminhamentos, no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da APS, e tornar mais precisa a seleção de casos mais graves para os outros níveis de assistência.

ENCAMINHAMENTO CAPS → CSF E CONTRARREFERÊNCIA

Em relação aos encaminhamentos e contrarreferências realizados pelo CAPS, obtivemos alguns relatos divergentes. Enquanto alguns afirmaram que o CAPS envia as informações necessárias junto com o usuário, outros relatam que essas informações são insuficientes, ou até mesmo inúteis:

[...] O CAPS manda [contrarreferência]. O CAPS, quando vem encaminhado, ele manda: "encaminho paciente tal, com diagnóstico tal, com medicamento tal, para ser acompanhado, fazer organização de matriciamento na unidade." [CSF 02]

A informação que a gente sabe do CAPS, quem dá é o paciente. Às vezes vem um bilhetinho dizendo a doença e tal, mas raramente. [...] Normalmente esses são os que eles [do CAPS] dão alta. "Dão alta" aspas, eles dizem: "não precisa mais ficar vindo aqui no CAPS". Eu entendo dessa forma: "vamos abrir espaço pra outros pacientes, porque você tá bem, você tá estável, você pode ser acompanhado no posto de saúde". O 'acompanhado' seria: repetir a receita. [...] Porque ninguém tem assistência psiquiátrica aqui, assim de forma continuada. [CSF 05]

A contrarreferência era para ser educativa. Em vez de só mandar o paciente de volta, tinha que dizer: "paciente tal deve ser tratado no posto, com a conduta tal e tal". Mas ninguém faz isso. No CAPS eles só mandam dizendo "fulano de tal, tantos anos, tá tomando medicação tal e tal" Nunca vem um diagnóstico. Esse é um papel [o formulário de encaminhamento] que não faz nem diferença. Às vezes eu até mudo essa prescrição, porque está errada. [CSF 06]

O entrevistado da última fala mostrava-se inclusive bastante irritado com a forma com que os pacientes eram reencaminhados ao CSF: defendia veementemente que, quando esses pacientes retornam ao CSF, era preciso que tanto o diagnóstico como a conduta a ser tomada viessem claramente expostos no formulário de contrarreferência, fato que, segundo ele, nunca aconteceu no CSF Fernandes Távora. Contudo, uma vez que conhecemos a organização do fluxo de usuário no CAPS, podemos afirmar que a maioria das pessoas encaminhadas para o CSF não foram atendidas pelo psiquiatra, uma vez que são direcionados já a partir do acolhimento. Dessa forma, não recebem um diagnóstico ou prescrição medicamentosa anterior ao contato com o CSF. Somente os casos que anteriormente já eram atendidos no CAPS, mas atualmente encontram-se estáveis, poderiam chegar ao centro de saúde com um diagnóstico e prescrição definida.

Percebemos que a melhoria da contrarreferência, assim como de outros canais de comunicação, geraria maior cooperação entre os serviços. O relato de uma experiência vivenciada por um profissional do CSF evidencia o impacto positivo da comunicação, mesmo sem o apoio matricial:

Teve uma vez uma adolescente, foi até complicado resolver o problema dela. Porque o matriciamento, o público alvo nem é o adolescente. A menina não saía de casa, só deitada na rede. Não comia, não tomava banho. Fazia mais de três meses que não tomava banho, dentro

de casa. [...] Agora assim que eu consegui conversar com a enfermeira do CAPS infantil, ela rapidamente resolveu o problema. O problema foi eu chegar a ter acesso a essa enfermeira. Quando consegui informações, consegui o telefone dela. Assim que eu consegui o telefone dela, rapidamente o problema se resolveu. Na primeira instituição ela resolveu. Quando tive contato com a pessoa, aí foi rapidamente. Foi internada no hospital [clínico], passou um tempo. Passou poucos dias, por conta da anemia e tudo. E saiu. Ela deu o retorno à gente, a enfermeira. E aí ela ficou sendo acompanhada pelo médico. E pronto. Tá ótima, tudo bem. [CSF 02]

Outro relato interessante afirma como outra forma simples de comunicação poderia melhorar a atenção em saúde mental:

Também desconheço, desconheço completamente esse tipo de interligação entre órgãos. Desconheço. Eu observo que é justamente o que estou dizendo, a distância é muito grande entre eles. Eu acredito que é muito simples se ter um relatório de um CAPS que abrange a microárea 03, com o nome dos pacientes, endereços e aí a gente fazer um acompanhamento mais direto, eu acho que não custaria nada. [CSF 04]

Nos dois trechos citados, não percebemos resistência dos profissionais da APS em responsabilizar-se pela demanda de saúde mental. Ao contrário disso, revelam o interesse em aprimorar a assistência, identificando lacunas que podem ser preenchidas para a melhoria das relações entre os serviços.

5.4.2 Relação entre CAPS e HSMM

A interação entre o HSMM e CAPS mostrou-se bastante variada. Observamos a presença dos tradicionais encaminhamentos, mas também de contatos telefônicos e presenciais, uso de contrarreferência e reuniões entre as coordenações. Em relação aos hospitais que foram fechados, percebemos também equipes de desinstitucionalização do CAPS presentes na transição dos pacientes institucionalizados para o regime aberto de tratamento.

ENCAMINHAMENTOS CAPS → HSMM

Vimos anteriormente que parte da demanda que chega ao HSMM vem encaminhada dos diversos CAPS de Fortaleza. Constatamos, segundo o que expomos na seção “CAPS”, que no CAPS Prof. Frota Pinho existe um perfil de pacientes graves que este serviço não consegue manter o acompanhamento, necessitando de outros serviços de maior complexidade, como hospital psiquiátrico, hospital geral e CAPS tipo III. Dentre esses serviços, o hospital psiquiátrico é o que recebe a maior parte dos encaminhamentos.

Quando perguntados sobre como funcionava a relação com o hospital psiquiátrico, os trabalhadores do CAPS da SER III eram cautelosos ao descrever o processo de encaminhamento:

Não fica aqui [o paciente em crise muito agressivo]. Não tem nem como, porque aqui não tem leito. Tem que ser no hospital. O ideal é que fosse [hospital] geral, mas tem que ser psiquiátrico porque o geral não tem leito [CAPS 02]

Quando necessita a gente faz um encaminhamento junto com o psiquiatra para o Hospital Mental, que é o único que ultimamente está recebendo. É o Hospital de Messejana, né? Quando não, quando é um paciente que eu posso assim, que ele está na crise, mas que ele pode sair logo de uma crise, a gente encaminha pro CAPS 24h. [...] Vai depender de uma avaliação muito criteriosa. De encaminhar para o hospital. Muitas dessas situações a gente vê que foram evitadas. A princípio no CAPS 24h. [CAPS 01]

Encaminha para o hospital mental de Messejana. E aí o paciente espera dois, três dias do lado de fora para conseguir uma vaga. [CAPS 06]

Com frequência a descrição do encaminhamento era feita com alguma ressalva. Na primeira fala, percebemos que o profissional afirma que a situação ideal seria que esses encaminhamentos fossem dirigidos aos hospitais gerais, e não ao hospital psiquiátrico. No excerto seguinte, percebemos que o profissional imediatamente afirma a possibilidade de, em algumas situações, o encaminhamento ser feito para o CAPS 24h, evitando a internação no hospital. No último relato, o entrevistado ressalta a dificuldade do encaminhamento pelo período de espera para a internação. Percebemos com isso que, ainda que seja parte da rotina do serviço efetuar os encaminhamentos ao HSMM, isso é feito com certo pesar ou desagrado pelos profissionais, ainda que estes reconheçam que é a ação possível no atual estado da rede de saúde mental. Considerando a função política atribuída ao CAPS, que discutimos anteriormente, percebemos que um ponto de tensão se evidencia nos momentos em que o HSMM precisa ser solicitado pela equipe de profissionais.

CONTRARREFERÊNCIA PARA O CAPS: CONTATOS TELEFÔNICOS

Quando os pacientes do CAPS são encaminhados, ou mesmo quando estes procuram espontaneamente o hospital, e ocorre a internação, em alguns casos pode-se estabelecer também outro tipo de contato, quando o HSMM liga para o serviço aberto:

Um paciente que entra em crise. Via de regra, tendo um mínimo de suporte familiar, que venha conversar com a gente, explique sobre a doença do paciente, que fale sobre como está o tratamento dele, são coisas que o familiar responsável pelo paciente deve saber, a gente não tem muita dificuldade em estabelecer o diagnóstico, ver a melhor conduta para aquele paciente. Sem necessariamente ter que estar recorrendo ao serviço de origem dele. Algumas vezes, como

o familiar não sabe, não colabora, ou porque não consegue ou porque não quer, a gente acaba tendo que recorrer sim, de ligar para o CAPS, de pedir para fazerem algum resumo do prontuário, enviar para gente um relatório, alguma coisa. Que a gente possa se guiar e passar um melhor retorno para ele. [HSMM 06]

Ela [assistente social do acolhimento do HSMM] liga para o CAPS pra saber. Nas enfermarias também. A assistente social sempre faz contato desde que o paciente já tenha uma matrícula em alguma dessas unidades, é sempre avisado. Que o paciente tá internado. Ou até para pegar informações de como era o tratamento prévio. E avisar o próprio serviço que o paciente esteja aqui. Mas na hora da internação. Aqui pela emergência eu acho complicado. [HSMM 04]

É, a gente acaba tendo essa troca de comunicação. Porque o hospital liga, a assistente social do hospital liga, tem sim. [CAPS 02]

E às vezes o profissional lá [do hospital], que vai receber o paciente, precisa de mais informações, aí o profissional daqui [do CAPS] vai lá, ou então eles ligam para cá. [CAPS 06]

Esses contatos são estabelecidos para tornar o CAPS ciente da internação de um paciente de seu território, assim como para fornecer informações complementares sobre ele. Mesmo quando ocorre uma busca espontânea pela internação, sem a mediação do CAPS, os familiares do paciente geralmente informam a equipe sobre o internamento. Essas duas iniciativas – da família e do serviço social – se complementam, de forma que o CAPS sempre sabe das internações:

A família! [...] Eles [os pacientes] não vão entrar no hospital sozinhos. Então a família pediu, a comunidade pediu. Tem algum telefone de contato. Acaba chegando. Sabendo na comunidade que "ah, aquele frequenta o CAPS". Então a gente sempre sabe. Sempre. Sempre. Assim, com relação a hospital psiquiátrico é tiro e queda, a gente sabe porque o hospital liga. Liga e avisa. [CAPS 02]

Foi paciente daqui, sempre a gente sabe. Tem nem como não saber. Porque a gente faz esse trabalho de visita institucional. E o hospital liga, a família avisa. Vem aqui e avisa: "olha, o fulano tá internado". Não tem como não saber. Um acompanhamento que tem de perto. Principalmente porque esses que são internados são os intensivos. São os mais graves. Então não são muitos. [CAPS 02]

Consideramos que os contatos telefônicos feitos pelo hospital são uma forma de contrarreferência para o CAPS, que pode ocorrer mesmo quando a internação não foi provocada por uma "referência" originária do CAPS. Em todos os casos, quando o paciente recebe alta e é encaminhado para o CAPS, leva consigo um relatório de alta do hospital:

O prontuário fica aqui. Se o paciente desejar, pode ser solicitado, ele pode arrumar uma cópia e levar com ele. Mas é sempre feito um relatório, em duas vias, em que uma segunda via carbonada, fica anexada no prontuário, e uma primeira via que fica com rele. Um resumo da internação, com hipótese diagnóstica, cópia dos principais exames que ele tenha feito, que tenham mostrado alguma coisa significativa, se durante a internação ele tava participando da terapia ocupacional, da psicologia, ou alguma outra coisa, a medicação que ele fez uso durante a internação, incluindo a medicação prescrita para alta. [HSMM 06]

Contudo, o CAPS só tem acesso a essas informações quando o usuário concretiza o encaminhamento, efetivamente acessando o serviço. Não há uma comunicação direta entre os serviços, de forma que o CAPS não é informado da alta. Para obter essa informação do HSMM e de outros hospitais psiquiátricos de forma sistemática, o CAPS da SER III desenvolveu uma estratégia chamada de “busca ativa”.

BUSCA ATIVA

Essa estratégia consiste em um conjunto de ações do CAPS para manter contato com usuários de sua área de abrangência internados em hospitais psiquiátricos. A equipe do CAPS mantém um contato telefônico sistemático com os hospitais do município, no intuito de descobrir pacientes de seu território que foram internados sem comunicação à equipe. Quando se descobre um paciente internado, seja via esse contato telefônico, pela comunicação da família, ou quando houve o encaminhamento pelo próprio CAPS, a equipe agenda visitas no hospital para acompanhá-lo e fazer contato com sua família. Profissionais tanto do CAPS como do HSMM mencionaram a busca ativa, reconhecendo diferentes efeitos a partir dessa estratégia:

[...] visitas sistemáticas aos hospitais psiquiátricos, visando justamente identificar quem eram os usuários que estavam internados naquele momento e que faziam parte do nosso território. [...] E buscar fazer essas visitas justamente no horário de visitas dos familiares, porque aí já começava-se a estabelecer vínculo, saber das dificuldades, das limitações. [...] Já começar a fazer vínculo e possibilitar a inserção dele, de maneira que ele e a família, sobretudo, pudessem desconstruir muitos valores em relação ao CAPS. Como por exemplo, que é um serviço que não funciona, que o bom mesmo é internação porque tem a medicação, todas essas coisas. Então esse trabalho muito mais socioeducativo do que qualquer outra situação. [CAPS 03]

Nesse caso, o profissional do CAPS ressalta que com a busca ativa era possível iniciar ou fortalecer o vínculo com o paciente ainda internado, de forma a facilitar a continuidade do tratamento após a alta. Além disso, poderia se mudar a percepção do paciente e de sua família a respeito de problemas associados ao CAPS, modificando a disponibilidade para o acesso ao serviço (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Os valores a serem desconstruídos foram os mesmos que os profissionais do HSMM atribuíram ao CAPS nas entrevistas, ainda que muitas com a ressalva de que estavam apenas reproduzindo o que ouviam de seus próprios pacientes. Enquanto no hospital os valores negativos sobre o CAPS são acatados e reproduzidos, percebemos a busca ativa como uma intervenção da equipe do CAPS de crítica e reavaliação desses valores, identificando as dificuldades de acesso com vistas à

aproximar os pacientes do serviço. Em outras palavras, revela-se a disputa por legitimidade que constrói a demanda (CAMARGO JR, 2010).

Já outro profissional, do HSMM, afirma que na busca ativa percebe a possibilidade de o CAPS distinguir quando um paciente não procurou o serviço após a saída do hospital, iniciando outro tipo de busca – a procura pelo egresso em seu território de moradia:

Então quando o paciente ia receber alta, pela presença deles [dos profissionais do CAPS] aqui, era fácil da gente lembrar, da gente identificar e comunicar imediatamente o serviço dessa alta. Eles já sabiam se o paciente com poucos dias não aparecia lá, eles já faziam busca ativa disso. [HSMM 06]

Com o tempo que isso estava funcionando, o pessoal ia sabendo, os próprios médicos do CAPS iam falando sobre isso, e a maioria das pessoas até, quando alguém se internava, o próprio familiar dava uma ligada, ia lá no CAPS e avisava: "O meu familiar tá internado no hospital de Messejana. Tá internado no Myra y Lopez." Aí o CAPS ficava sabendo e, quando era no dia da visita, fazia a visita àquele paciente, mantinha o contato. [HSMM 06]

Esse profissional refere ainda que, a presença da equipe do CAPS no hospital torna mais provável que a equipe do hospital se lembre de comunicar a alta ao outro serviço, assim como para a família informar a internação. Com isso, produziu-se um canal permanente de comunicação entre os dois serviços, que facilita para o CAPS a manutenção do contato com os pacientes durante e após a internação. Essa preocupação está de acordo com a função do CAPS de coordenar o cuidado em saúde mental, mesmo quando o usuário está em outro serviço. Outros profissionais referem a tentativa de reduzir as reinternações por meio da busca ativa:

*Aí a gente sai ligando para os hospitais, e perguntando: "aqui é do CAPS. Do CAPS geral da [regional] III, vocês tem algum paciente aí, internados esse mês?" [...] Aí vai ser feita a visita, e realizada a visita também na casa do paciente, domiciliar, logo após, pra que a família se conscientize que ele tem que retornar ao CAPS. [...] A gente está **minimizando as internações hospitalares**. É isso que a gente está fazendo. [CAPS 01]*

*E aí a gente consegue ter um mapeamento de: quem são os nossos usuários? Como é que a gente faz para identificá-los? [...] Realmente garantir esse acesso, de maneira que você facilite, que num processo onde eles estejam egressos de hospital psiquiátrico, que eles possam realmente se inserir ao CAPS. E estando aqui que **eles não reinternem**. [CAPS 03]*

*Então a gente começou a ter acesso a alguns casos que tavam nessa **porta giratória**. Que saiam de um hospital e que iam pra outro. E a gente começou a tentar contato com essas famílias, tentar contato com esse hospital pra gente alinhar um discurso e, quando eles saíssem de lá, viessem pra cá de forma mais automática e essa família sabendo que tinha essa **alternativa pro tratamento**. [CAPS 04]*

Novamente é ressaltada a investida na aproximação dos usuários ao CAPS por meio das visitas, facilitando a adesão à proposta de cuidado do serviço. O último trecho

faz referência ainda a “alinhar um discurso” com o hospital, o que evidencia a tentativa de *integração normativa* (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004) entre as instituições. Esse acordo evita a concorrência entre os serviços, por meio do que Mendes (2011) chama de *aliança estratégica*, processo no qual “mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles” (p.76).

A principal dificuldade observada no CAPS diz respeito aos atendimentos médicos, que conforme descrevemos podem demorar meses para serem agendados. Todavia, um profissional do HSMM ressalta que as visitas institucionais não eram utilizadas para marcar consultas médicas, e que, segundo ela, os profissionais também não se informavam acerca da alta dos pacientes pela própria limitação do atendimento médico no serviço extra-hospitalar:

Eu já presenciei alguns profissionais dos CAPS lá no hospital, visitando paciente. [...] Mas era só aquela visita ali, social, mas não tinha contato com médico, não agendava, não procurava saber quando é que ele ia receber alta... Até porque eu acho que é impossível, eles na atual conjuntura, agendarem consultas assim. Pelo fato de não ter profissional suficiente [HSMM 01]

Nesse caso, o profissional acima se preocupa com as consultas médicas, que não são garantidas pela busca ativa. Refere ainda, em outra passagem, que orientava os familiares a remarcar o atendimento médico no CAPS do paciente impossibilitado de comparecer, pela situação de internação. Nos chama a atenção, contudo, que essa necessidade de remarcação seria resolvida pelo contato do serviço social, caso os contatos telefônicos com o CAPS, citados anteriormente, fossem de fato sistemáticos. Os demais profissionais do CAPS e do HSMM não citaram o uso regular do contato telefônico, ainda que houvesse em alguns casos a comunicação da internação. Outro profissional, que trabalha no CAPS e no HSMM, afirma que nem todos os usuários do CAPS são acompanhados durante a internação:

Eu já vi casos de pacientes do CAPS que eu trabalho que apresentaram um quadro que justificava uma internação, e durante aquela internação profissionais do CAPS virem para acompanhar em conjunto. Como também já vi casos em que a equipe não veio. [CAPS/HSMM]

Além da dificuldade de todos os usuários serem acompanhados, outro profissional comentou de mais uma limitação dessa estratégia, pois em algumas situações mesmo com as visitas institucionais não é possível estabelecer o vínculo com o CAPS:

A gente teve contato com alguns casos [...] de que a família não tinha como contar com aquele usuário em casa. [...] E algumas delas realmente a gente vê que não tem como ser diferente, [...] o impacto daquele transtorno mental naquela família foi tamanho, que realmente não dá pra ser diferente. Então a gente teve que em alguns momentos fazer esse recuo. [CAPS 04]

Quando indagamos sobre que tipo de casos percebe-se essa impossibilidade, o profissional afirma que algumas pessoas não conseguem frequentar o ambiente do CAPS, sendo atendidos recorrentemente no hospital, a cada crise:

A gente tem um caso desse aqui que é muito simbólico. O usuário, no primeiro surto que ele teve, quase mata uma criança. Um sobrinho que morava na casa, [...] que na época tinha dois, três anos. [...] Pra essa família foi uma coisa muito traumática. Então ele cumpriu medida protetiva, no manicômio judiciário e de lá saiu e foi pra o hospital. [...] Então essa família tentou de todo custo que ele ficasse, se mantivesse interno, mas não tinha mais como fazer isso. Então a família organizou lá uma casa separada [...] e ele fica lá dentro. [CAPS 04]

Ainda que a situação ideal fosse do retorno de todos os pacientes ao convívio familiar, situações como essa revelam a complexidade e singularidade das demandas no campo da saúde mental. Por isso, é essencial a possibilidade de construir linhas de cuidado singularizadas (MAGALHÃES JUNIOR, 2002), a partir da necessidade de casos que escapam às possibilidades tradicionais de cuidados. Linhas-guia padronizadas (HARBOUR, 2008), ainda que utilizem a melhor evidência disponível na literatura para basear as escolhas de serviços e procedimentos, não possuem a flexibilidade necessária para abarcar todas as situações de cuidado.

A construção de novas linhas de cuidado, conforme a busca ativa tenta produzir entre CAPS e hospital, não ocorreu isenta de tensionamentos e desafios. Em alguns hospitais a credibilidade da estratégia de busca ativa foi conquistada ao longo de sua implementação, enquanto que para alguns profissionais do HSMM sua importância foi reconhecida com maior facilidade:

A enfermeira e a assistente social que fazem a visita. Ela faz a visita e repassa as informações para o restante da equipe. Por que os médicos não tem um mínimo de condição para fazer essa visita. [...] Eu acho que pelo menos isso acontecendo, já era alguma coisa. Não dá para se encontrar com todo mundo, mesmo... [HSMM 01]

Manter essa sistematicidade [das visitas da busca ativa], foi algo que foi visto por alguns hospitais de maneira muito interessante. Bem-vinda. Bem-vinda entre aspas, né? Porque em muitos hospitais, nós tivemos muitas dificuldades de inserção. [...] Teve que muitas vezes esperar a hora da visita pra entrar com quem entra como familiar. Não como profissional, como quem está fazendo visita institucional. E não viabilizavam essa lista de acesso. [...] Mas a gente estava lá pra cavar essa articulação, pra ver qual era o profissional, de certa forma, que teria mais habilidade, pra criar uma alteração... [CAPS 03]

Em relação a essas dificuldades de adentrar o ambiente hospitalar, o entrevistado conta que foi preciso insistência para ter o espaço reconhecido e legitimado dentro das instituições, e que para isso foi preciso buscar auxílio em diferentes trabalhadores, até obter a aceitação da equipe de profissionais de nível superior:

Eu acho que a equipe foi tentando de toda forma. Até com porteiro. Muitas vezes o profissional de nível superior responsável... {expressão de aversão ou desgosto} [...] Então muitas vezes o grande parceiro era o porteiro, que dizia: “ah não, mas eu tenho aqui a relação dos usuários”. Ia ver o bairro de onde ela vem... [...] O recepcionista, o auxiliar de enfermagem. Então eu acho que o trabalho é esse, [...] de cavar esses espaços. E depois veio o reconhecimento da importância. Esse mesmo hospital, por exemplo, é... teve uma grande parceria agora com no seu fechamento. [CAPS 03]

Percebemos no relato que a busca ativa também facilitou o estabelecimento de outra interface com o hospital, por meio do trabalho de desinstitucionalização dos pacientes após o fechamento de um hospital psiquiátrico. Porém, o momento inicial não foi de integração normativa, mas da resistência da instituição hospitalar de promover uma parceria, vista como nociva. Na relação entre CAPS e HSMM, a aliança estratégica seja apenas aparente, pois não tem como objetivo último evitar a concorrência, mas sim fortalecer um serviço alternativo e substitutivo ao hospital.

EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Ainda que esse trabalho não tenha disso realizado junto ao Hospital de Saúde Mental de Messejana, foi um contato importante com outros hospitais da SER III, território de abrangência do CAPS de nossa pesquisa:

O fechamento do [hospital] Mira y Lopez, já teve que ter uma equipe lá, uma intervenção direta já pra fazer um trabalho dos pacientes da nossa área. [...] Saber do vínculo com família, para aqueles que pudessem reingressar. Alguns até nem foi possível, tiveram que ir lá para a nossa residência terapêutica. Então acabou que a coisa formatou de uma forma, por conta de todo esse boom, né? Porque são os contextos. Às vezes o contexto ele fala mais forte do que a nossa condição de trabalho. A nossa imaginação, enfim... A nossa ousadia. [CAPS 03]

O entrevistado enfatiza que o trabalho de desinstitucionalização, ainda que seja parte da estratégia de busca ativa, tem um “boom” quando um hospital fecha, pois desenvolver vínculos fora da instituição torna-se uma questão urgente. O profissional relatava que por conta dessa demanda emergencial, a busca ativa foi suspensa, para que a equipe pudesse dar prioridade às estratégias de desinstitucionalização junto ao hospital recém-fechado. Alguns desses pacientes estavam internados há anos, situação que exige hoje um cuidado diferente do mero encaminhamento para o CAPS.

Nesse caso, estabeleceu-se uma relação um pouco confusa, pois alguns profissionais do CAPS ficaram responsáveis também pela implantação de um novo serviço residencial terapêutico, em outra SER. Ainda que os pacientes fossem inicialmente da responsabilidade do CAPS Prof. Frota Pinho, na SER III, por conta da localização do hospital na referida regional, ao serem transferidos para a residência terapêutica foi preciso iniciar o vínculo com outro CAPS, da nova regional.

Observamos que o HSMM possui uma comissão permanente de desinstitucionalização, mas não pudemos investigar se esse outro hospital recém-fechado também possuía tal comissão, e se esta mantinha contato com a equipe do CAPS.

ENCAMINHAMENTO HSMM → CAPS

Praticamente todos os pacientes que recebem alta do HSMM são encaminhados ao CAPS. Com exceção daqueles que são encaminhados exclusivamente para o ambulatório e hospital-dia, é parte da conduta de alta o preenchimento da “folha de alta” com o endereço do CAPS de referência. Além disso, os pacientes que não fazem perfil para a internação também recebem tal encaminhamento, realizado em um receituário comum, nos setores de acolhimento ou de emergência do hospital:

Assim como, quando alguns pacientes que recebem alta no hospital são encaminhados para o CAPS sem contato prévio. É encaminhado, encaminhamento tradicional: um papel escrito "encaminho". [CAPS/HSMM]

Já fica no prontuário uma folha, que é a folha de alta. [...] Quando ele tem alta, é preenchida essa folha, e no finalzinho tem o local para onde ele é encaminhado. Perto da alta, eles devem assim... dar alguma orientação, e aí ele é encaminhado. Sai daqui com essa folha. Essa folha ele leva com a pessoa. [HSMM 02]

Por exemplo, o paciente às vezes ele é resistente ao CAPS. Ai no caso, quando eles estão aqui [no HSMM], eles querem porque querem ficar aqui, ou no Hospital Dia, na Residência Médica. E ele não quer sair. Ai eu faço o encaminhamento explicando a situação, falo da resistência, né? Existe essa resistência, o profissional precisa ter o conhecimento pra poder agir de uma forma mais atuante com aquele paciente. [HSMM 07]

Já quando ele vai sair de alta, como ele já é desse CAPS, a gente faz apenas um... Preenche um protocolo, a assistente social preenche um protocolo para estar encaminhando para que ele volte a dar continuidade ao tratamento no CAPS. Ele sai daqui com medicação para tomar durante 30 dias, a receita em mãos, o encaminhamento em mãos, a família orientada, para que retorne para o CAPS. [HSMM 08]

O Hospital de Saúde Mental de Messejana é um hospital estadual. Então nós temos uma clientela bastante elevada, proveniente de cidades do interior. A meu ver, esses pacientes são

encaminhados para os CAPS que existem naquela região que o município está inserido. [CAPS/HSMM]

Contudo, um problema que se apresenta nessa relação de encaminhamentos é o desconhecimento do desfecho dessa ação. Não é sabido no hospital se o paciente de fato procura o CAPS, ou se, uma vez tendo procurado, conseguiu o acompanhamento necessário:

ENTREVISTADOR: *Nesse serviço existe alguma comunicação entre o hospital e o CAPS? Não, a gente só encaminha por escrito. [...] A gente faz por escrito. Agora o retorno, a gente nunca tem, né? Se foi atendido, se não foi. Acredito que quando não procura é porque deve ter sido, né? [HSMM 07]*

O hospital... ele tira da crise, mas aí quando o paciente sai de lá, a gente não toma nem mais conhecimento de como o paciente está. Se ele tá continuando indo para o CAPS, se tá sendo atendido.. a gente perde... se ele tá internado em outro hospital... a gente perde o contato. [HSMM 01]

Como o CAPS ele existe pra dar um suporte ao tratamento no hospital “A” e em alguns casos até substituir, a gente recebe muito o paciente aqui saindo do hospital em que foi atendido, que foi interno, que passou por uma crise, ele saiu automaticamente com encaminhamento para o CAPS. Mas nem sempre, em muitos casos, esses encaminhamentos não se efetivam. Porque pra muitas famílias a única opção viável ainda é o hospital psiquiátrico. [CAPS 04]

Esses relatos revelam novamente problemas de acesso (PENCHANSKY; THOMAS, 1981) ao CAPS, tanto nas dimensões de acolhimento e disponibilidade – dificuldades de marcar consulta médica; indisponibilidade de medicação – como na dimensão de aceitabilidade – famílias que consideram o hospital como único local adequado de tratamento; resistência à proposta de tratamento do CAPS. Não percebemos um canal de comunicação que tornasse claro, para os dois serviços, tais dificuldades de acesso existentes.

Frente a isso, o único modo de percepção, por parte do hospital, de quaisquer problemas nos encaminhamentos, é quando as pessoas retornam ao serviço solicitando novos atendimentos de emergência por terem encontrado dificuldades no CAPS: ausência de médico, atendimentos marcados para datas muito distantes, falta do medicamento na farmácia. É principalmente nesses momentos que percebemos o estabelecimento de uma nova forma de contato, por meio das ligações telefônicas e, em menor frequência, da contrarreferência escrita.

CONTRARREFERÊNCIA PARA O HOSPITAL

Essa comunicação ocorre principalmente por telefone, diferindo dos outros contatos telefônicos que descrevemos anteriormente, pois não versam sobre

informações do paciente, e sim sobre o funcionamento do CAPS, conforme mostram os seguintes relatos:

O próprio serviço social se vincula bastante com as outras assistentes sociais dos outros locais, tentando agilizar. Muitas vezes o paciente é encaminhado para o CAPS e a gente, para facilitar a vida do paciente, a gente ligava, falava com a colega para facilitar, para ver se agendava para mais perto, a data. [...] Ou mandava um encaminhamento mais reforçado, com mais detalhes, falando da dificuldade do paciente. [HSMM 01]

Não é que a gente vá, todo mundo que venha buscar aqui medicamento vai levar [...]Primeiro a menina liga, eu ligo, pra saber se tem o medicamento, se tá faltando? Não teve médico? E normalmente, você sabe que essas coisas a gente sabe bem rápido, né? O paciente chega um, chega dois, chega três pacientes com o mesmo medicamento que tá faltando no CAPS X aqui, no CAPS da esquina, é mentira? Não é mentira, normalmente acontece isso e a gente vai duvidar do paciente? [HSMM 01]

Acontece assim, quando tem esses pacientes recorrentes, solicitando receita a todo instante, ou quando um paciente vem o tempo inteiro dizendo que não consegue marcar uma consulta. E aí a gente já fez guia de referencia e não teve contra-referência... Nesses casos a gente acaba ligando para poder realmente confirmar uma informação do paciente. Que só vai ter consulta para não sei quando... Que se ele realmente foi ou se não foi. [HSMM 04]

Percebemos que o contato telefônico é feito para confirmar as informações, alegadas pelos pacientes, da dificuldade no funcionamento dos CAPS e, em menor medida, para tentar facilitar o acesso de algum usuário à consulta médica. Parece-nos, a partir das entrevistas e da observação, que quase sempre é uma conduta reativa, uma vez que acontece em resposta a casos individuais que, já encaminhados ao CAPS, buscam novamente atendimento no hospital, mas em desacordo à proposta de cuidado da instituição, pois não estão em crise franca. Uma vez que a resposta padrão para essa demanda seria de encaminhar ao CAPS, torna-se necessário rever o procedimento.

Posturas reativas justificam-se como respostas a eventos ou agravos não previstos em um serviço ou sistema de saúde (MENDES, 2011). Contudo, essas situações descritas são acontecimentos recorrentes, de forma que deveriam ser alvo de condutas planejadas, visando minimizar seus impactos negativos na continuidade da atenção. Vimos que a conduta de busca ativa produzia alguma recorrência desse contato, porém esta não é desenvolvida por todos os CAPS. E mesmo em relação ao serviço da SER III, a busca ativa parece não ter efeitos que abranjam todos os seus pacientes. No hospital, percebemos maior proatividade e sistematicidade apenas em relação aos pacientes encaminhados para os CAPS do interior, sendo realizado o contato telefônico já no momento da alta:

[...] às vezes nós estamos com um paciente de um CAPS do interior que está internado, [...] o serviço social do hospital entra em contato por telefone com o assistente social do CAPS. Na

capital, o que teoricamente deveria ser mais fácil, já que o hospital se localiza na capital, me parece que há menos contato. Ocorre mais desse tipo que eu falei, de ir só pelo papel. [...] Com o interior é mais fácil esse contato. É mais longe, mas é mais fácil. E um maior compromisso até. [CAPS/HSMM]

Isso acaba sendo feito às vezes, mais pontualmente, em casos individuais que há uma necessidade. No caso, eu tive um paciente lá da enfermaria que era do interior, tomava medicação de alto custo, e a gente fez contato lá, para ver [...] se no interior eles forneciam essa medicação, ou se a gente tentaria manter ele no ambulatório especializado aqui para receber a medicação [...] Mas assim, uma coisa mais pontual mesmo. [HSMM 06]

Quando o encaminhamento se refere a um serviço no interior, existe a preocupação em conhecer o estado da atenção em saúde mental na localidade. Quando é dirigido para os serviços do próprio município, a conduta de encaminhamento pressupõe que os CAPS estão funcionando adequadamente, apesar do relato recorrente, por parte dos profissionais do HSMM, de seu mau funcionamento.

Alguns profissionais descreveram esse contato telefônico ocorrendo de forma constante, divergindo dos demais relatos e do que conseguimos presenciar no período de observação:

Sempre ou quase sempre a gente vê serviço social daqui com contato com serviço social do CAPS: "Olha, tem um paciente aqui que tá precisando de agendamento do atendimento e vamos agendar porque assim que ele sai ele vai, existe o contato". De repente o serviço social de lá liga aí diz: "olha, nós estamos sem Haldol Decanoato. Estamos sem esse medicamento que o paciente tá tomando", aí a gente faz intercambio nesse sentido. [...] Existe uma certa troca de algumas coisas. [HSMM 02]

A gente tinha um contato de, digamos, o paciente chegou no acolhimento, a assistente social já pegava e fazia um contato direto com o CAPS da Messejana, da Regional VI e já dizia "olha, nós temos uma paciente assim, faz acompanhamento aí, esse paciente está com consulta marcada para tal dia, ele vai ser atendido? Ele não vai ser? O médico tá faltando? O médico tá de licença?". Tem essa articulação, tem essa preocupação também. [HSMM 08]

Outro instrumento que visa a comunicação entre os serviços, ocorre no uso da contrarreferência escrita. Um único profissional, do HSMM, mencionou o uso desse recurso para obter informações dos profissionais do CAPS:

Na hora a gente faz num receituário comum, [...] encaminhando o paciente para atendimento [no CAPS]. Aí no final a gente pede para que seja devolvido para gente uma data, caso precise de medicação até o dia da consulta. Só para a gente ter um respaldo de que o paciente realmente foi ao CAPS. [...] Se realmente o cara foi lá em janeiro e só vai conseguir marcar consulta para ele em março. Aí o CAPS devolve a contra referência para a gente, dizendo "olha, foi agendado para março, mas precisa ajustar dar o remédio até lá." Então a gente faz essa medicação até a data da consulta que veio nessa contrarreferência informal. Na verdade, não existe uma ficha. É um receituário comum, onde a gente acaba fazendo esse encaminhamento. [...] Todo mundo tem o hábito de fazer, mas não é uma orientação da direção, por exemplo. [HSMM 04]

Nessa situação a contrarreferência cumpre duas funções: em primeiro lugar, possibilita que a consulta realizada no pronto-atendimento não ocorra completamente desconectada dos demais serviços de saúde, pois a conduta do médico – prescrever medicação – é ajustada para o contexto de atendimento no outro serviço. Isso auxilia na organização da demanda junto ao CAPS, sem que o usuário fique momentaneamente desassistido. A outra função diz respeito à confirmação da veracidade das informações sobre o CAPS relatadas pelo usuário:

E muitas vezes acontece do paciente que vem só para pegar receita. Ou são dependentes de benzodiazepínicos. E aí eles dizem "Ah, já fui no CAPS três vezes e não tem médico!" E em alguns lugares a gente sabe que tem. E aí a gente pede só para ter essa resposta. Mais para garantir que o paciente vá, do que esperando uma resposta mesmo. [HSMM 04]

Ainda que o profissional refira que “todo mundo tem o hábito de fazer”, a contrarreferência escrita não foi referida por nenhuma outra pessoa, nem testemunhamos o procedimento em nossa observação-participante. Contudo, os contatos telefônicos cumprem a mesma função, sendo a principal forma de contrarreferência.

Pelo que notamos nos relatos e observação-participante, tanto o procedimento escrito como o contato telefônico geralmente ocorrem pela necessidade de maior organização e disponibilidade das consultas médicas nos CAPS. Ainda que a recorrência dessa preocupação evidencie a centralidade dada pelos profissionais ao tratamento medicamentoso, no campo da saúde mental, demonstra também a série de dificuldades que esse modelo enfrenta na atual disponibilidade de psiquiatras no CAPS. Alguns profissionais defendem que a dificuldades de alguns pacientes seria resolvida se a marcação de consultas médicas pudesse ser realizada no contato entre os serviços:

Por exemplo, eu estou no acolhimento e eu estou com um paciente [...] que não precisa de uma internação. [...] Então esse paciente precisaria de que? De que o serviço social do hospital entrasse em contato com a equipe do CAPS e já deixasse agendada uma consulta para eles. Só que acontece como: o serviço social tenta o contato. Quando é atendido, [...] a recepcionista não pode agendar, porque tem que esperar que o médico disponibilize um dia para atender esse paciente. Então o que se faz? Manda o paciente para casa com o protocolo e o próprio paciente vai lá sem nada agendado, ele vai com um papel em mãos, somente. [...] Uma coisa é você sair com uma garantia, e outra coisa é você sair com um papel para fazer uma tentativa, onde você vai passar por uma triagem e ver se você consegue marcar uma consulta. [HSMM 08]

Quando o paciente sai do hospital apenas com o formulário de encaminhamento, enfrenta ainda uma série de obstáculos de acesso, alguns dos quais não estão presentes nos serviços de pronto-atendimento, como a emergência do HSMM. Dessa forma, a percepção de que o acesso “é mais fácil” na emergência faz com que um tipo de demanda considerado inadequado permaneça buscando constantemente ao hospital.

Nesse caso, percebemos que o CAPS tem seu lugar legitimado junto aos profissionais do hospital não enquanto uma estratégia substitutiva, mas como um serviço complementar, uma vez que é solicitado para auxiliar na organização da demanda do serviço hospitalar. Percebemos a reprodução da mesma lógica de complementaridade que rege as outras especialidades em saúde, como no caso da relação entre ambulatórios e hospitais de especialidade e serviços de atenção primária (MENDES, 2011).

REUNIÕES DE GESTÃO

Endereçando também as dificuldades de marcação de consulta médica no CAPS, mas englobando também outros aspectos, foram citadas reuniões como forma de solucionar alguns problemas. Um profissional afirma a necessidade das secretarias de saúde estadual e municipal dialogarem, enquanto outro relatou que já foram feitas reuniões entre as coordenações dos serviços, mas não souber precisar seu efeito prático:

Eu vejo que o grande drama da saúde poderia ser resolvido da seguinte forma: se a coordenação de saúde mental do estado fizesse uma mesa redonda com a secretaria de saúde mental do município e pusesse as cartas na mesa e que resolvesse fazer um programa de ação conjunta. Aí eu vejo uma saída, do contrário existem essas dificuldades, de fogo cruzado. [...] De não conseguir chegar a uma conclusão. Não conseguir chegar a um objetivo. [HSMM 05]

A coordenadora do CAPS muitas vezes se reunia com a direção do hospital. A gente também vez visitas a todos os CAPS. [...] A própria direção do hospital também, manteve muitos contatos. Convidou [pessoas do CAPS] para ir lá no hospital, participar de reuniões. [...] E a coordenadora de saúde mental do estado, sempre se comunicava com a do município para ver se facilitava, ou arranjava meios para resolver o problema... [...]

ENTREVISTADOR: E pensando assim, no resultado dessas reuniões, você chegou a ver algum produto, alguma coisa que melhorou, que ajudou?

Não. {pausa} A única coisa que eu soube, é que tinham sido abertos dois CAPS 24 horas. [HSMM 01]

Considerando que o HSMM é uma instituição estadual, enquanto que os CAPS são de responsabilidade do município, o primeiro trechos das fala afirma a necessidade das coordenações de saúde mental das respectivas secretarias estabelecerem um plano conjunto, para ser seguido no âmbito dos serviços. Já a segunda fala revela que muitas reuniões foram feitas, mas que o único encaminhamento parece ter sido a criação de um novo serviço. Essas duas falas indicam que, mesmo que tenha havido outras pactuações importantes nessas reuniões, as deliberações não chegaram ao conhecimento dos profissionais, ou não foram reconhecidas como um produto do diálogo entre os serviços ou níveis de gestão.

Ainda que não se constituam fruto de uma única racionalidade integradora (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), como por exemplo, um plano de ação

conjunto, percebemos que as várias formas de relação entre o CAPS e HSMM evidenciam experimentações importantes, ao passo que revelam também graves limitações do encaminhamento como instrumento de conexão entre os serviços.

A variedade de interfaces entre os serviços exibe uma grande capacidade generativa dos profissionais, e conseqüentemente da rede. Porém, o uso assistemático de grande parte dessas interfaces evidencia a ausência de seu reconhecimento e regulamentação por parte dos gestores locais e de cada serviço. Com exceção da busca ativa, que pareceu fruto de um processo gestado e discutido pela equipe do CAPS, os demais tipos de relação merecem ser refletidos pelas equipes no intuito torna-los mais recorrentes, eficientes e eficazes. Os importantes efeitos obtidos com a realização da busca ativa, relatados por profissionais de ambos os serviços, evidencia o grande potencial imbuído nessa estratégia, argumentando em favor do desenvolvimento de novas relações a partir das reflexões em equipe, ou mesmo entre equipes de diferentes serviços.

5.4.3 Relações entre CSF e HSMM

ENCAMINHAMENTOS

As relações entre o Centro de Saúde da Família e o hospital psiquiátrico são escassas. Quando inquiridos sobre a existência de algum contato entre os serviços, profissionais de ambos os serviços responderam negativamente:

O hospital nada. Nenhum tipo de comunicação. Pra mim não. O CAPS até às vezes sim, porque eles vêm aqui, né? Tem aquele vínculo do CAPS daqui. O médico vem, tudinho a gente liga. Foi um trabalho que foi feito da regional. A regional exercitou esse trabalho, mas do hospital mesmo... [CSF 07]

Também desconheço, desconheço completamente esse tipo de interligação entre órgãos. Desconheço. Eu observo que é justamente o que estou dizendo, a distância é muito grande entre eles. [CSF 04]

Muito pouco. Muito pouco. Acho que até por conta do... de seguir o modelo. Claro que nesse contato com o posto de saúde acaba sendo muito mais pelo CAPS. Quando eles querem referenciar um paciente mais... menos grave, que tem um transtorno mental mais leve, eles acabam referenciando ao posto. Mas a gente que... talvez por ser um atendimento terciário, não tem contato com o posto. [HSMM 04]

O modelo citado pelo profissional do HSMM acima se refere à divisão do SUS em níveis de complexidade, de forma que o nível secundário – que seria o CAPS, na saúde mental – seria responsável pela mediação entre os níveis primário e terciário da

atenção. Contudo, nem sempre é possível, ou mesmo desejável, que as demandas transitem pelos três níveis de atenção. Alguns profissionais do CSF referiram inclusive que quando um usuário do serviço é internado, geralmente esse trânsito não é mediado nem pela EqSF, sendo responsabilidade da família tanto a decisão como o transporte da pessoa para o hospital. Conforme dois profissionais do CSF relataram:

ENTREVISTADOR: *Em relação ao encaminhamento para hospital psiquiátrico, não chega a passar por aqui no posto?*

Não. O hospital é muito raro, o paciente só vai se ele estiver em surto mesmo, ou então às vezes vai pro CAPS. Ai o CAPS às vezes é que manda para o hospital. Ou então vice-versa entendeu? Onde tem muito [contato] é no Hospital de Messejana com os CAPS. Lá tem. [CSF 07]

O paciente grave, nem passa por aqui. Vai direto para o hospital. O povo liga para o SAMU, o SAMU amarra e leva. É o paciente que nem entra aqui, nem tinha como entrar. É aquele grave, esquizofrênico grave, que sai correndo por aí. [CSF 06]

Vê-se que, na experiência desses profissionais, nem sempre o posto de saúde é procurado em uma situação de surto, havendo o contato direto com o hospital. Outros profissionais relataram já terem realizado encaminhamentos, ainda que seja uma situação incomum:

Paciente grave, de precisar internar, eu nunca atendi. Uma vez, no matriciamento, o próprio psiquiatra que encaminhou. Mas foi só esse. [CSF 06]

O internamento não é muito comum. Acontece, mas é uma coisa difícil de acontecer... A gente faz o encaminhamento, mas eu não sei nem se realmente o paciente vai. Eu não sei se o desfecho realmente acontece. A família solicita, conta a história pra mim, eu faço uma carta pro meu colega médico contando a história. Mas eu não sei, eu não tenho esse feedback pra saber como é que foi. [...] Eu não tenho esse feedback pra saber se ele foi internado, quanto tempo ele passou internado. [CSF 05]

Então eu ouvi falar que teve um episódio, que uma pessoa estava em crise em casa, e realmente ele... Aqui a gente não tem medicação de... o haloperidol, nenhum desses. E ele, no caso, precisaria ter a medicação ali, para controlar ele. E como ele não tinha, a gente teve que dizer para ou procurar o CAPS ou o hospital para tirar ele daquela crise. E dar continuidade. [CSF 03]

E aí ele [o médico] vinha com a resposta: "olha, eu mantive a conduta, porque eu ainda não conheço muito bem o paciente, não domino essa parte [de psiquiatria]. Então eu mantive." Aí a gente vai ver se consegue que o familiar traga [o paciente para o posto], ou, se o familiar não conseguir, ou deixar um encaminhamento para esse paciente ir ou para o hospital psiquiátrico ou para o CAPS. [CSF 03]

Ressaltamos que, por contar com um serviço de emergência, é previsto na organização do sistema de saúde que um hospital como o HSMM seja uma porta de entrada para o sistema de saúde, independente da hierarquia de complexidade. Não seria sensato exigir que, no caso de um evento agudo, os pacientes passassem inicialmente

pela atenção primária e secundária para só então acessar o hospital. Seria esperado, porém, que antes da emergência desse quadro agudo já houvesse um acompanhamento na atenção primária, independente da existência de um transtorno mental grave prévio, e também no CAPS, caso já houvesse sido identificado um transtorno mental grave.

A responsabilidade da atenção primária pela triagem de demandas para serviços específicos de maior complexidade, como o CAPS, prevê o contato maior com esse serviço por parte do CSF. Porém, nos casos de alta do hospital, torna-se responsabilidade tanto do CAPS como do CSF a continuidade do acompanhamento. Conforme discutimos anteriormente, a crença de que um paciente do CAPS ou do hospital psiquiátrico não necessita de outros serviços de saúde é errônea e nociva a essas pessoas, restringindo seu acesso à saúde. Contudo, foi mencionada a ausência de contrarreferência ao CSF por parte do hospital psiquiátrico:

ENTREVISTADO 1: *Isso aí é raríssimo. Ainda mais agora que fechou bem três ou foi quatro hospitais.*

ENTREVISTADO 2: *Nós não temos acesso.*

ENTREVISTADO 1: *Os pacientes, a gente não tem acesso nem da contrarreferência desses pacientes. O CAPS manda. O CAPS, quando vem encaminhado, ele manda: "encaminho paciente tal, com diagnóstico tal, com medicamento tal, para ser acompanhado, fazer organização de matriciamento na unidade." Mas o hospital, fazem seis ou sete anos que eu tô aqui, nunca peguei [uma contrarreferência]. [CSF 02]*

É mais difícil, principalmente pensando na internação porque o paciente que tá internado é um paciente mais grave que deve ser acompanhado pelo CAPS. Não é paciente de posto de saúde. {pausa} No máximo, o paciente além do quadro psiquiátrico tem algum quadro clínico que o posto acompanha, mas normalmente não... Não tem tanto essa referência. [HSMM 06]

Apenas um profissional do HSMM relatou tentar o contato com centros de saúde para tentar agendar o acompanhamento de demandas clínicas, via comunicação telefônica. Porém, só obtinha sucesso quando havia um contato pessoal com profissionais do CSF:

Nos postos de saúde, nem o telefone muitas vezes não funcionava. A gente tentava se comunicar, ligar, para ver se marcava, se agendava. A não ser quando a gente conhecia alguém que trabalhava lá, a gente dava o nome do paciente, para aquela funcionária, para ela agilizar a consulta. Que tinham duas funcionárias da prefeitura, dos postos, que são auxiliares lá do hospital mental. Então a gente fazia esse intercâmbio. [HSMM 01]

Além de prejudicar o acesso desses pacientes ao cuidado de outras questões clínicas, a ausência de contrarreferência também dificulta que a atenção primária contribua na manutenção do tratamento no CAPS, uma vez que o contato com os ACS pode ser utilizado para avaliar a adesão ao tratamento das pessoas do território:

[...] Em relação aos pacientes de hospital psiquiátrico. A gente nem sabia, o agente de saúde que descobriu. De uma pessoa que ficou em casa, não teve mais atendimento. Tentou retornar e não conseguiu. Acabou que teve um até que cometeu suicídio. Acontece essas coisas. Pela estrutura não ter essa filosofia né, de trabalho assim. [CSF 02]

Uma vez saindo do hospital, não há garantia de que o paciente irá continuar o tratamento em outro serviço. Ainda que todos saiam com um encaminhamento para o CAPS, não existe nenhuma checagem por parte do hospital, ou – o que seria uma solução bem mais simples e econômica – por parte dos serviços de atenção primária. Conforme vimos, também não é informado ao CAPS quando um paciente de sua responsabilidade territorial recebe alta. Ao descrever o funcionamento do CSF Fernandes Távora, percebemos que os ACS têm contato com esse público, porém seu acesso a informações de saúde ocorre por vias informais, não existindo um protocolo de comunicação com o HSMM ou o CAPS.

Resumidamente, podemos afirmar que as relações estabelecidas entre o CSF Fernandes Távora e o Hospital Mental de Messejana são apenas os encaminhamentos direcionados ao hospital. Pressupomos que o contato telefônico citado por um profissional do hospital não se referia ao CSF Fernandes Távora, uma vez que nenhum integrante do centro de saúde se referiu este tipo de contato, nem nas entrevistas nem durante nossa observação-participante. A classificação desses serviços em atenção primária e terciária não significa que as relações entre os mesmos são desprezíveis.

5.4.4 Relações do CSF, CAPS e HSMM com outros serviços de saúde

Quando indagados sobre contatos com outros serviços de saúde além do CSF, CAPS e HSMM, tendo em visto o atendimento de pessoas com demandas de saúde mental, obtivemos relatos bastante divergentes. Um profissional do CSF relatou que não reconhecia nenhum contato além do CAPS e hospital psiquiátrico:

Que eu tenho conhecimento, não. Se você tiver, até me oriente, porque é melhor. Quando mais informações eu tiver melhor até para o paciente, mais possibilidades para ele. [CSF 03]

Os únicos serviços citados recorrentemente nos três serviços pesquisados foram o Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e o SAMU. Em relação ao SAMU, no CSF foram ressaltados inicialmente aspectos desfavoráveis da interface com esse serviço, uma vez que os profissionais já observaram a recusa de atendimento a pacientes em crise:

Às vezes até mesmo transferir um paciente, por exemplo, o paciente tá em crise: você pede o SAMU. Às vezes eles se negam. Um paciente que tá em crise, grave. Eles pedem para ligar para

a polícia [...] A gente fica até surpreso com esses tipos de resposta. Graças a Deus, nunca mais aconteceu. Mas já teve casos disso. E é muito ruim, porque a família vê que o paciente não é um elemento de periculosidade. Ele tá em crise. [...] Acho que hoje, o SAMU já tá mais sensibilizado, passou por algum treinamento. Mas no início foi assim. Chegava: "não, esse aqui não dá para levar não!" [CSF 02]

No CAPS e no HSMM já observamos uma relação mais próxima com o SAMU. No CAPS, os relatos se referem a pacientes que não são perfil da instituição, e precisam ser levados ao hospital psiquiátrico. No HSMM pudemos observar, no período da observação-participante, vários momentos onde a ambulância do SAMU trazia um paciente, voluntaria ou involuntariamente, para a internação. Tanto no CAPS como no HSMM, o SAMU era reconhecido como uma opção mais adequada do que o transporte pela polícia, citada no excerto acima como uma alternativa dada pelo próprio SAMU. O SAMU também é defendido como a escolha mais interessante em uma pesquisa realizada por Jardim e Dimenstein (2008), ainda que ressaltem a necessidade equipamentos e fluxos adequados, assim como uma formação específica que possibilite a mudança de aspectos técnicos e culturais a respeito do cuidado em saúde mental.

Em relação ao NAMI, este é um serviço de média complexidade que serve de campo de estágio para os alunos de vários cursos da instituição, como medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. Nos três serviços pesquisados, o NAMI foi citado como possibilidade para atendimento psicológico de pacientes menos graves, especialmente crianças:

Também tem o NAMI, que é da UNIFOR, que são atendimentos psicológicos, né? [...] Ainda é mais distante ainda, só que as crianças que tem problemas tem que ser lá [...] em um CAPS infantil, mas não é muito aconselhável. É melhor você ir no NAMI mesmo. Ai lá também é outro processo. [ênfase] É MUUUUITO difícil. [ênfase] [...] Às vezes você chega lá e a agenda já está lotada até o meio do ano. Ai como é que faz? A criança vai ficar sem o tratamento? [CSF 07]

A gente encaminha muito pro NAMI, a questão do psicoterapia. [...] Pro atendimento psicológico, né? [...] A gente encaminha pro NAMI pra tentar ver essa questão de terapia, alguma ajuda. [HSMM 07]

A Unifor, eu trouxe isso de lá, porque eles estavam montando um ambulatório.[...] Porque são pacientes que não fazem parte do nosso perfil e a gente não tinha como dar conta e também não podia deixar desassistido. Então como eu fazia a enfermagem em saúde mental no NAMI, eu fui descobrindo isso. Conversei com a minha professora e vi a possibilidade de a gente conseguir e levei para o CAPS. [CAPS 01]

Tendo em vista a dificuldade de ambulatórios de psicologia no município, a atenção ofertada pelo NAMI é citada como a única alternativa para os casos que demandam psicoterapia, mas que não têm perfil para atendimento no CAPS ou no HSMM. Contudo, a oferta do serviço é insuficiente, uma vez que não é seu intuito ter

responsabilidade por toda a demanda de psicoterapia do município. Percebe-se ainda que, apesar de várias outras faculdades de psicologia possuírem serviços de clínica-escola, incluindo as universidades federal e estadual localizadas no município, apenas o NAMI foi recorrentemente citado pelos profissionais, ainda que se localize bastante distante do CSF e CAPS pesquisados. Mesmo o serviço de clínica-escola de psicologia da UFC não foi citado, o que causa estranhamento tendo em vista a parceria do CAPS com esta universidade.

Além do NAMI, também existem ambulatórios de saúde mental no CEMJA (psicologia, psiquiatria) e no Hospital Universitário Walter Cantídeo - HUWC (psiquiatria e neurologia). Esses serviços foram citados tanto no CAPS como no HSMM:

E a gente vai também, marcar na secretaria de saúde porque existe no CEMJA o ambulatório de Saúde Mental. Então assim, nesse ambulatório de Saúde Mental, existe um enfermeiro, um psiquiatra e um psicólogo. Então essas pessoas estão atendendo a essas demandas de todos os CAPS de Fortaleza. [CAPS 01]

Então, o que que a gente soube, logo que o governo fechou o IPC: tinha uma equipe atendendo os pacientes do IPC no CEMJA, na casa José de Alencar. [...] E a gente tava encaminhando para lá. Então a gente já recebeu o aviso de lá, que não mandasse mais, que não ia ter esse atendimento. Então... as informações tavam meio desconstradas. [...]. Mas a gente já... uma colega foi lá ontem, se informar, eles disseram que não tem mais esse atendimento, que a gente encaminhasse direto pro CAPS. [HSMM 02]

Ressaltamos que o serviço de saúde mental no CEMJA foi criado de forma emergencial para substituir a demanda ambulatorial do Instituto de Psiquiatria do Ceará, hospital descredenciado do SUS em 2012. Porém, novamente é um serviço que não visa suprir toda a demanda de casos leves, e que rapidamente foi excluído como possibilidade de encaminhamento a partir do HSMM. Já o HUWC, popularmente chamado de “hospital das clínicas”, surgiu com frequência no discurso dos profissionais CAPS, mas foi citado apenas por um profissional do HSMM e outro do CSF, de maneira breve:

Hospital das clínicas, que antes funcionava um ambulatório, mas não sei se ainda continua. [...] O hospital das clínicas tem o ambulatório, de psiquiatria. [...] Vai através do posto de saúde. [...] A não ser que algum médico conheça algum colega lá no hospital das clínicas, e encaminha diretamente né, falando com ele com antecipação. Mas geralmente é pelo posto de saúde. [HSMM 01]

Assim, pra internamento, [encaminha-se para] os hospitais São Vicente, Hospital de Messejana... Mas para a consulta, realmente, o CAPS, o ambulatório da faculdade de medicina, da residência de psiquiatria e o ambulatório do Hospital de Messejana que tem a

residência de psiquiatria. São esses três locais onde os pacientes são acompanhados ambulatorialmente. [CSF 02]

No CAPS, observamos uma facilidade de acesso, tendo em vista a proximidade geográfica e, principalmente, um fluxo facilitado pela parceria com a UFC. Além disso, percebemos que os profissionais do CAPS reconhecem e acessam outros serviços além do ambulatório, como os projetos de prevenção ao suicídio e de atenção a transtornos alimentares, assim como os leitos de internação psiquiátrica:

O hospital [Walter Cantídeo], ele tem o ambulatório de saúde mental. Quando não são atendidos lá geralmente eles encaminham para o CAPS. Certo? E quando a gente necessita também referenciar para o hospital, o paciente também quando faz parte do nosso perfil porque lá tem grupos de prevenção de suicídio, tem o [grupo] "Pra Vida", não é? Lá tem a nutricionista que trabalha com um grupo de prevenção à obesidade, né? Então a gente faz a referência para o hospital. [CAPS 01]

E também faltou citar que o hospital das clínicas, da Universidade Federal do Ceará, da faculdade de medicina, ele tem quatro leitos de clínica médica, mas à disposição do serviço de psiquiatria. Serviço de psiquiatria do hospital. Aí esses leitos pertencem a essa unidade hospitalar. Para a internação ocorrer ela tem passar pelo serviço de saúde mental do hospital. [CAPS/HSMM]

A parceria da gente é junto com o ambulatório. Porque assim, o CAPS da UFC ele é um CAPS... diferenciado no município. É um CAPS que ele foi implantado junto com a equipe da UFC. Por isso que é o CAPS da UFC, né? É um CAPS escola. Então assim, a parceria foi desde quando foi implantado. Então assim, quando a gente quer conseguir algo no hospital, é mais fácil. [CAPS 01]

Em relação ao acesso aos leitos psiquiátricos do HUWC, nenhum profissional do HSMM e do CSF referiu algum tipo de encaminhamento para o serviço, com exceção do profissional que trabalha tanto no CAPS como no HSMM. Vale ressaltar que os leitos do HUWC não são regulados pela central de leitos acessada no HSMM, o que colabora para a ausência de menção ao serviço. Atualmente o HUWC é o único hospital geral em Fortaleza que conta com leitos psiquiátricos, situação que revela a dificuldade da discussão da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica penetrar nos demais hospitais. Um profissional comenta enfaticamente sobre tal dificuldade:

Eu acho que esse processo [da Reforma Psiquiátrica] deveria ser menos trabalhoso. Mas como ele entrou na discussão não só técnica, mas ideológica, aí descambou de forma errônea. [...] Então ainda hoje, nós podemos ouvir do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), [...] um determinado diretor dizer "eu não quero negócio de enfermaria psiquiátrica aqui!" Um hospital do estado, onde a rede do estado tem o Hospital de Mental de Messejana... [...] E a instituição que pertence à rede do estado dizer isso? [...] Porque não criar uma enfermaria ali? Que contempla os princípios dessa Reforma? [...] Tem equipe. [...] Tem psiquiatras no hospital geral. Fazendo o que? Um atendimento de ambulatório, ou às vezes uma grávida da enfermaria, de gestação de alto risco, aí o psiquiatra vai lá. Mas é só se for outros pacientes que estão com sintomas psiquiátricos. Isso aí até que dá para tolerar. [...] Mas uma enfermaria

para doentes onde a doença de base é uma doença psiquiátrica? {imitando voz zangada} "Não, aqui não!" [...] Poderia ter sido feito, se tivesse tido interesse político. [CAPS/HSM]

Percebemos que o profissional reconhece que os entraves para a implantação de leitos psiquiátricos não são apenas técnicos, mas principalmente, ideológicos e políticos, ratificando a afirmação de Amarante (1994) sobre diferentes dimensões constituintes da Reforma Psiquiátrica. A dificuldade de estabelecer o hospital geral como um lugar legítimo para a saúde mental é uma tarefa ainda necessária junto aos gestores locais dos serviços, de forma que a efetiva implantação desses serviços só ocorrerá posteriormente a esse reconhecimento.

Observamos no HSM a emergência bastante intensa de falas sobre as dificuldades na interação com outros hospitais, especialmente no tocante ao cuidado de condições clínicas. Esse tema não surgiu tão fortemente nos outros serviços, mas mobilizou bastante os entrevistados do HSM. Transcrevemos duas situações emblemáticas, vivenciadas por profissionais diferentes, que por sua relevância optamos por apresentar em dois excertos longos:

Algum tempo atrás eu tava numa unidade de internação feminina, e uma senhora caiu. [...] Ela caiu da cama e fraturou o braço. Eu fiz uma verdadeira via sacra com essa paciente, eu era gestora da unidade e mandava pro outro serviço e quando era no outro dia de manhã, que eu chegava aqui, a paciente ainda aqui. Mandava pra outro serviço a paciente era atendida e mandada de volta, aí até que eu fui atrás da diretora clínica, diretora técnica: "Doutora [fulana], tou com um problema assim, assim, eu mando o paciente e o paciente volta, o hospital volta". E ela: "você faz o relatório disso?" "Faço. Tenho todos os encaminhamentos, todos os retornos e eu cito o nome de hospitais". Não é falta de ética porque eu estou falando do paciente que não foi atendido, então não é falta de ética. Falta de ética é você falar pra terceiros, mas eu vou falar pra promotoria. Aí eu fiz um relatório, eu não me lembro se foi de seis a oito encaminhamentos que eu fiz. [...] Aí, resolvi por amizade. Falei com um médico e pedi pra ele que tava com um problema assim e daí citei o problema. Ele era do [hospital] Frotinha de Parangaba e não tinha nada a ver com o Hospital de Messejana. [...] Eu disse assim "eu tou com um problema assim" e eu tinha uma irmã que trabalhava lá, e ele: "mande a paciente amanhã de manhã" e eu mandei a paciente com o filho, como eu fazia anteriormente. E o filho já saturado: "E aí, agora doutora, vai resolver?" "Meu filho, vamos, mais uma tentativa!". Já tinha mandado relatório pro Ministério Público e tal. Mais uma tentativa. Foi lá pra ser atendida e quando ela chegou lá, assim que chegou ficou internada e parece que foi no começo da semana e na sexta-feira seguinte ela já tava toda mudada. [...] Ele atendeu assim, prontamente. [HSM 03]

Te dou um exemplo da quinta-feira passada. O paciente estava na enfermaria, era um paciente esquizofrênico, crônico. Estava bastante desorganizado. Ele internou no domingo, e tinha sofrido um acidente. Tava com um corte profundo no braço direito. Veio para a enfermaria. Ele tava com uma sutura. Por conta da agitação dele, a sutura dele arreventou na enfermaria. Quinta-feira passada. Esse paciente teve muita perda de sangue. Foi na madrugada. Foi solicitado um exame de sangue, aí a gente pega o exame aqui, é colhido, esse exame vai para outro hospital e a gente só receberia o exame dois dias depois. Nesse meio do caminho, por conta desse sangramento, ele foi levado para o IJF. Chegou lá no IJF, o paciente estava muito agitado, o pessoal [de lá falou]: "Olha, não é nada. É só fazer uma compressão e voltar com ele

para lá". Quando a gente chegou, quando o paciente chegou aqui de volta, coincidentemente os meninos da enfermagem tinham pedido o exame de sangue de emergência. Ele chegou com o exame de sangue, [vimos] que [o paciente] tava com uma anemia muito importante. Ele precisava de uma transfusão senão ele ia morrer. Tava num caso muito grave. E ele chegou aqui [do outro hospital], com uma atadura, e uma toalha enrolada. A toalha estava toda cheia de sangue. Encharcada, toda cheia de sangue. O paciente ia morrer se não fosse transferido. A gente fez uma guia de transferência para o HGF. Na tentativa de um cirurgião vascular avaliar essa lesão e fazer a sutura. Ele chegou no HGF, precisando de sangue. O que eles fizeram? Não mexeram no curativo, deram uma bolsa de sangue e mandaram o paciente embora, que continuou sangrando. {pausa} É complicado para um médico de um hospital geral administrar um paciente esquizofrênico em crise? É. Mas as pessoas não conseguem medir a gravidade da coisa. Parece que, por ser paciente psiquiátrico, ele não ia poder morrer de tanto sangrar. O problema era da psiquiatria. [HSMM 04]

Esses casos demonstram uma série de dificuldades enfrentadas pelos pacientes psiquiátricos, que não decorrem apenas de uma insuficiência de vagas em hospitais gerais, mas do estigma presente nesses serviços. A dicotomia entre saúde mental e saúde física, e a conseqüente separação dos locais responsáveis pela atenção a cada uma delas, apresenta-se bastante presente nos hospitais clínicos de Fortaleza, segundo as percepções dos profissionais do HSMM. Isso também pode ser percebido em outras situações de emergência relatadas:

Mas se ele [o paciente] chega aqui vomitando sangue, o que é? Ele é um alcoolista, ele tá com problema de cirrose, o que aconteceu? Ele tomou um veneno, alguma coisa, tá com hemorragia? Você não tem como dizer e não temos esse serviço aqui, temos que mandar pra um colega no hospital, e [o paciente] nem sempre é atendido. [HSMM 03]

O paciente psiquiátrico, quando tem um infarto, é um Deus nos acuda. Porque ninguém quer ficar. [...] E é sempre esse desgaste. [HSMM 04]

A experiência dos profissionais com os outros serviços clínicos revela a desconhecimento das limitações de responsabilidade do hospital psiquiátrico, e as conseqüentes limitações técnicas. A dificuldade de estabelecer relações com outros serviços clínicos tem como pano de fundo uma mentalidade de que o hospital psiquiátrico na deveria ter necessidade do suporte de outros serviços, mentalidade essa que parece ter sido desconstruída com maior facilidade no próprio hospital psiquiátrico do que nas demais instituições hospitalares. As limitações técnicas dizem respeito não apenas aos procedimentos já destacados, mas também frente à necessidade de exames especializados:

Até em outros hospitais a gente vê muito, lembra que eu falei, até em outros hospitais, se eu peço o paciente daqui pra poder fazer exame X no hospital acolá e o paciente chegar na ambulância do Hospital Mental, já é um tratamento diferente. Alguns fazem rápido pra se ver

livre e tem outros que fazem menos caso. E não são pequenos os hospitais, são hospitais de grande porte também. [HSMM 03]

Nós temos clínico aqui, mas é muito assim, sutil, o que ele vê na hora que o paciente entrou, no todo. Ele não tem aqueles exames mais minuciosos. Se faz exame de sangue? Faz. Mas exame de pulmão? Não! Faz um ecocardiograma? Não! Qualquer outro problema que o paciente aparente ele tem que ser enviado pra outros serviços. [...] O paciente chega aqui com sangue, o médico não tem como ver imediatamente, e o que ele vai fazer? Ele vai mandar fazer uma avaliação aqui no colega aqui vizinho né, do hospital vizinho ou no outro hospital pra poder internar. Mas a família quer internar de qualquer maneira. [HSMM 03]

Existe [a necessidade de outros serviços] porque, de repente, uma ressonância, uma tomografia, a gente precisa de um outro hospital pra fazer isso. A gente tem o atendimento psicoterápico, terapêutico, farmacológico, mas o atendimento sonimagem não tem. Deveria existir outros locais pra poder atender esses pacientes. Não separar dos doentes mentais, devia ser um hospital clínico aí fazendo esse trabalho ou então equipar o Hospital Mental, [...] pra que não fosse necessário a gente pegar a nossa clientela pra levar pra outros locais, pra ser tão maltratados ou tão malvistas e discriminados e rotulados. [HSMM 03]

A necessidade de exames realizados fora do HSMM parece ser ainda mais frequente que as emergências mencionadas. Entretanto, a única menção positiva sobre a realização de exames foi feita em relação ao Hospital Infantil Albert Sabin, citado por um profissional:

A gente precisa às vezes de um exame. Há pouco tempo precisou uma criança fazer um exame cariótipo. Porque tem suspeita do [cromossomo] X frágil. Então quando é uma coisa assim, a gente liga, porque sabe que no Albert Sabin faz. Na hora, liga para o Albert Sabin. Mas quando é uma coisa mais urgente, mais séria, a gente liga para o diretor, fala com ele ou com a secretária dele. Pede para agilizar isso. [...] Não é uma coisa corriqueira não, mas às vezes a gente precisa. Só quando é um caso mais urgente, mais sério. [HSMM 02]

Porém, mesmo no caso acima onde a relação é avaliada positivamente, revela-se que ainda é necessário o contato direto entre profissionais, muitas vezes personalizado, para que as relações institucionais ocorram adequadamente. Essa prática foi relatada por outros profissionais, cabendo ainda ressaltar que nem sempre o contato telefônico mostra-se suficiente para o sucesso dos encaminhamentos:

[...] a gente sabe por coincidência, quem é o plantonista da UPA de hoje, da quinta feira. Que é o [Fulano]. Não conheço o [Fulano] pessoalmente, mas como ele manda paciente para mim, e eu mando paciente para ele, muitas vezes a gente conversa por telefone. Toda vez que a gente refere assim, um paciente para lá, eu ligo avisando. [...] Assim como ele às vezes diz "olha, tô com um paciente que eu acho que é psiquiátrico. Posso mandar para uma avaliação?" Não conheço pessoalmente, mas por coincidência de plantão, isso acaba acontecendo. [...] Facilita. Facilita muito. [...] Por mais que não exista esse contato da pessoa, você consegue pedir uma avaliação. E acho que isso vem meio que de uma "política de boa vizinhança". [HSMM 04]

Quando o profissional, com jeitinho, conversa com outro profissional com jeitinho, aí o outro faz a gentileza de aceitar o paciente como paciente. Mas nem sempre a gente tem esse tempo disponível pra esse contato telefônico em função da demanda do número de pacientes. [HSMM 05]

Depois até, se você quiser pegar no livro de ocorrências, tem várias ocorrências de chefe de plantão do HGF, de discutir com médico daqui, que não vai receber o paciente, que não tem como, que lá tá cheio, que a gente aqui também é um hospital, que tem que dar conta. Então, isso é bastante complicado. Complicação clínica para paciente psiquiátrico é muito ruim. É muito difícil. É uma situação que... precisa melhorar muito. [HSMM 04]

A facilidade conseguida mediante o contato entre profissionais mostra que não existe uma completa insensibilidade ao atendimento dos pacientes psiquiátricos. Contudo, a frequente percepção de que o hospital psiquiátrico “tem que dar conta” de todas as questões clínicas, remonta ao modelo dos antigos manicômios, que tinham a responsabilidade sobre todas as demandas de seus internos (AMARANTE, 1996). O fantasma da instituição total ainda permanece presente, mesmo depois das diversas mudanças realizadas no funcionamento dos atuais hospitais psiquiátricos. Atualmente, a presença de co-morbidades psiquiátricas em pacientes internados em hospitais gerais não representa exceção, com pesquisas encontrando prevalência média de tais quadros de 30% (SANDRI; BERTUOL; CONTE, 2000). Ainda assim, na perspectiva de muitos trabalhadores da saúde ainda existe uma dicotomia, ideia criticada pelos profissionais do HSMM, mas cuja defesa aparece em um profissional do CSF:

Como é que você vai pegar um paciente desse [com transtorno mental grave] e vai colocar no Frotão? [Hospital Instituto Dr. José Frotá]. Não tem condições do paciente com transtorno desses ficar com o paciente comum. Não dá. Primeiro porque o paciente comum, ele vai ter medo dele. Ai já vai provocar um clima. Outra, que se ele entrar em surto ele pode machucar o paciente que não tem nenhum tipo de transtorno. Eu não acho correto. Então eu gostaria muito que tivesse continuado com os hospitais psiquiátricos. [CSF 07]

Acontece um caso sério que o paciente psiquiátrico só tem direito à loucura. Não tem direito a outras doenças clínicas. E as pessoas não conseguem entender que, embora aconteça um projeto de reforma psiquiátrica e reforma de saúde mental, o hospital psiquiátrico ainda é um hospital {ênfatisando} PSQUIÁTRICO. [HSMM 04]

Nesse momento nós estamos numa Torre de Babel, aonde tá havendo um desrespeito entre os profissionais das instituições. Então o Hospital Mental de Messejana, no plantão, ele encaminha para um outro hospital clínico X, por uma intercorrência clínica e o profissional em serviço, por se tratar de paciente psiquiátrico, {ênfatisando} PSQUIÁTRICO, ele rotula e devolve pro hospital de origem, psiquiátrico. Como se o paciente psiquiátrico não tivesse outra necessidade. Então é uma coisa lamentável que tá acontecendo nesse momento. A falta que o Hospital Mental de Messejana sente de apoio quando tem intercorrência clínica. [HSMM 05]

[Sobre o médico do hospital geral que atendeu a paciente com fratura no braço:] E atendeu, foi porque realmente ele tinha essa visão de que o paciente é o paciente, independente do que ele tenha na cabeça. Então ele atendeu a parte física, que era exatamente o necessário: ele não era ortopedista, traumatologista? Então ele entendeu o que o paciente tinha, a cabeça ficou com a gente. Porque não tem a dicotomia, né? O pessoal por aí não separa a cabeça, né? E se pudesse deixar a cabeça do paciente aqui e levar só o corpo... pois é! Ele não, ele entendeu que o paciente era doente mental, mas que tava com um problema que precisava ser resolvido. [HSMM 03]

Observa-se que, mesmo dentro de um modelo biomédico, onde o paciente pode ser reduzido a sua doença, ocorre situação ainda mais radical no campo psiquiátrico. O paciente é reduzido apenas à doença psiquiátrica, não tendo o reconhecimento nem mesmo de outras dimensões patológicas, e estando ainda mais longínquo de sua consideração enquanto ser humano integral. A forma jocosa com a qual o profissional do último trecho citado cita a separação entre a cabeça e o corpo, revela a crítica ao modelo de compreensão do ser humano por meio de sua fragmentação não apenas em órgãos e sistemas, mas também, metaforicamente, entre cabeça e corpo, entre saúde mental e saúde biológica, entre medicina psiquiátrica e medicina clínica.

Na Reforma Psiquiátrica, o objeto das intervenções em saúde torna-se mais amplo e complexo, incluindo dimensões além da patologia psiquiátrica, dimensões sociais, relacionais, afetivas, e também biológicas, antes ignoradas em um modelo eminentemente psicopatológico (AMARANTE, 1994). Dessa forma, a complexificação do objeto de intervenção demanda simultânea complexificação da rede de atenção (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007), de forma que mesmo o cuidado ao aspecto biológico requer outros serviços além do hospital psiquiátrico. O que observamos na recusa dos pacientes “psiquiátricos” no hospital geral é a ratificação de um modelo fundamentado na fragmentação, que se conjuga com o estigma da periculosidade do louco para reificar um espaço de exclusão. Dessa forma, como o louco é perigoso, e seu problema é apenas a loucura, não haveria espaço para ele em um hospital clínico:

Na hora que esse paciente entra numa enfermaria, os médicos de outras especialidades, eles não conseguem se sentir aptos a fazerem uma prescrição. Que remédio usar, o que não usar. E como ainda são poucos os hospitais em que existe alguém da saúde mental, fica praticamente impossível isso. Porque eles não sabem dar conta. Então a equipe de enfermagem fica com medo. Existe toda uma dificuldade da situação, por conta disso, sabe? Por ter medo de lidar com esse paciente. Por não saber, desconhecimento, e até por falta de suporte. [HSMM 04]

Dessa forma, o hospital geral ainda constitui-se como uma fronteira a ser invadida pela Reforma Psiquiátrica, tanto enquanto ideologia (legitimação do hospital geral como local de assistência clínica) como em termos concretos (efetiva assistência aos pacientes). A incompletude da Reforma abre margem para o revisionismo do modelo antimanicomial, conforme a fala a seguir:

Existe todo um discurso de abrirem leitos psiquiátricos em hospital geral, mas que não sai do papel. [...] E aí o paciente acaba muitas vezes pagando o pato. O modelo antigo era muito ruim? Era muito ruim, sem dúvida. Mas essa questão da complicação clínica não existia. Nos grandes manicômios, você tinha um cirurgião, você tinha um clínico. [...] Aí a gente muda desse modelo para um modelo que não é o que tá no papel. A psiquiatria não está dentro do

hospital geral. Cria-se um modelo intermediário e o paciente fica completamente desassistido da questão clínica. Antes, bem ou mal, você tinha um [clínico ou cirurgião] ali. Não era o melhor clínico, não era o melhor cirurgião, muitas vezes tratava mal o paciente, mas você tinha um suporte. E aí: “não, vamos acabar com esse modelo!”. Ótimo, vamos acabar. Mas aí não deram um passo. E aí ficou uma coisa no meio do caminho. [HSMM 04]

Outro ponto nevrálgico da Reforma, ainda referente aos leitos psiquiátricos, diz respeito à implantação dos CAPS tipo III, comumente chamados de CAPS 24h. Esse serviço foi implantado recentemente em Fortaleza, mediante uma requalificação do CAPS Dr. Nilson Moura Fé, localizado na SER II, que anteriormente era modalidade II. Centrando-nos agora nas relações dos serviços pesquisados com o CAPS tipo III, percebemos que nesse momento inicial apenas os profissionais do CAPS Prof. Frota Pinho fizeram referência sobre o uso desse novo serviço:

Então tem pacientes que, assim, saiu do hospital [psiquiátrico] só com a receita, foi para casa, aí no momento de uma crise está indo para o CAPS. Então assim, nos dois primeiros meses, [...] a demanda aumentou ali no acolhimento e a gente teve contato diário com o CAPS 24h porque necessitava o paciente ficar no CAPS 24h. [...] Era por telefone, perguntando se tinha vaga. [...] A gente acolhia, a psiquiatra fazia uma avaliação daquele dia e já prescrevia as medicações e a gente já encaminhava. Ai o retorno a gente orientava para a família para ela buscar o CAPS, para não acontecesse mais a crise. [CAPS 01]

Pareceu-nos que o contato entre os dois CAPS era bastante intenso, e de modo mais próximo que com o hospital. Não apenas por conta dos contatos telefônicos diários, conforme descrito acima, mas também fato do acesso ao serviço 24h ser mediado pela avaliação do psiquiatra do CAPS tipo II, dispensando uma nova triagem no serviço de destino. Ainda que tenhamos poucos elementos para realizar afirmações conclusivas, esse aspecto da relação entre os serviços pode evitar uma repetição desnecessária de avaliações, uma vez que pressupõe que os critérios para encaminhamento utilizados nos serviços de origem são os mesmos utilizados como critérios de entrada no serviço de destino. Esse tipo de “confiança”, fruto de uma coerência entre os dois serviços, evita a criação de um mesmo fluxo de entrada para a demanda espontânea, que exigiria maior avaliação, e a demanda dos encaminhamentos, de forma a tornar o acolhimento mais eficiente. A fala a seguir aponta nessa direção:

Porque assim, olhe, o CAPS 24h, ele é próximo [do CAPS Prof. Frota Pinho] porque as pessoas que trabalham, que construíram esse CAPS, foram pessoas bem próximas. O pessoal do colegiado de saúde mental. Então são pessoas que realmente entendem do que é um processo de saúde mental, que ele pode se reinserir na sociedade. Eles a percepção [...] de reinserção e reabilitação. Já o hospital, ele ainda não tem esse entendimento. Ele ainda está dentro desse modelo que, alguns profissionais que eu percebo, [...] eles tem uma forma diferenciada de pensar. Alguns psiquiatras. [CAPS 01]

Tal proximidade é bastante interessante ao funcionamento articulado entre os serviços. Porém, pelo fato de haver apenas um serviço para o município inteiro, já se evidencia premente necessidade de ampliar a oferta, seja em capacidade de leitos ou em quantidade de unidades:

Então eles estavam, todos os CAPS [tipo II], mal eles estavam assim, conseguindo leitos. Então assim, foi até difícil, teve até que esperar por alguns momentos alguns [pacientes] saírem, para poder encaminhar. Não foi fácil. [CAPS 01]

Em resumo, podemos perceber que as relações do CSF Fernandes Távora, do CAPS Prof. Frota Pinho e do Hospital Mental de Messejana com outros serviços de saúde são bastante variadas, tanto em termos dos tipos de serviços acessados, como as formas de relação estabelecidas. Um último ponto das conexões da rede, ainda não contemplado, diz respeito às relações intersetoriais, que serão brevemente comentadas.

5.4.5 Relações do CSF, CAPS e HSMM com outros setores

As relações intersetoriais do CAPS, CSF e HSMM também são bem variadas. A modalidade mais citada foi de encaminhamento. Pudemos perceber que o CAPS recebe encaminhamentos de maior variedade de mais locais do que os outros serviços pesquisados, em relação a demandas de saúde mental. No CAPS, foram citados vários serviços ligados à assistência social, como CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e Conselho dos Direitos do Idoso, assim como solicitações advindas das Promotorias de Justiça do Idoso e da Saúde:

São encaminhados por serviços, como é que a gente pode dizer? Institucionais. Que é o que? O CRAS, o CREAS, o NASF, né? [CAPS 01]

Promotoria pública também vem muito, porque muitas vezes chegam denúncias de maus tratos, negligência. Ou então de uma pessoa que [...] o comportamento chama atenção e a vizinhança alerta aos órgãos públicos. [...] E as delegacias às vezes encaminham por questões legais mesmo vinculadas a violência. Conselho Tutelar, em alguns casos que a criança é atendida e se descobre que naquela família tem alguém com transtorno mental também e tão encaminhando eles pra cá. E dos CRAS [...]. Eles vêm de vários pontos da rede tanto da saúde como da assistência. [CAPS 04]

O que eu vejo de fora da área da saúde seriam os órgãos outros referentes à infância, adolescência, aos idosos. [CAPS/HSMM]

[No CAPS] É comum chegar casos encaminhados por promotorias. Promotoria da saúde, promotoria do idoso. [...] Promotoria da infância e adolescência. Mas muitas vezes solicitando não um acompanhamento, mas pedindo um parecer. Uma avaliação né. [CAPS/HSMM]

No Centro de Saúde Fernandes Távora, só foram citados encaminhamentos a partir do Conselho dos Direitos do Idoso:

[...] só se for conselho do idoso, né? Porque lá eles têm meio que muito idoso que tem problema mental e eles procuram, né? Pra resolver, assim... Porque eles vão pra uma coisa e junta e resolve a outra. [...] Porque quando chega lá ele vê que a pessoa tem problema mental, entendeu? Ai já entra nessa outra parte. [CSF 07]

Em relação ao HSMM, os encaminhamentos citados foram apenas em relação a determinações judiciais. Quando estas envolvem menores de idade, o Conselho Tutelar também se faz presente:

No hospital, o que tem acontecido são determinações. Internações compulsórias determinadas judicialmente. Isso tem ocorrido com frequência, e quase em sua totalidade, se não a totalidade, de pessoas menores de idade e dependentes químicos. [CAPS/HSMM]

No caso aqui, a gente sempre tem contato com o conselho tutelar. No caso do atendimento de menores. [HSMM 02]

A gente acaba tendo muita internação compulsória. O juiz faz uma determinação de uma internação. [HSMM 04]

Essas relações com a Justiça apresentam-se unidirecionais, no sentido de que o Ministério Público não é muito utilizado pelo HSMM. Um profissional se queixa dessa unilateralidade, afirmando a necessidade do Ministério Público questionar também o papel das famílias de pacientes:

E eu gostaria de também dizer, que é importante também no Ministério Público acordar que vão tantas comunicação de internação e reinternação da mesma pessoa. E os familiares se sentem imunes, porque nada vai acontecer com eles pela sua maneira não responsável em cumprir a proposta terapêutica e facilitar a reinternação. [HSMM 05]

Em termos de variedade de relações, percebemos que, no que diz respeito ao recebimento de pessoas, o CAPS é procurado por um número maior de lugares. Essa maior variedade é indicativa da capacidade de conectividade do serviço (OLIVEIRA; PASSOS, 2009), mais desenvolvida que nos outros dois serviços pesquisados. Não podemos precisar, apenas a partir dos achados da pesquisa, a razão dessa maior multiplicidade de relações, mas podemos especular que um dos motivos seja um maior espectro de situações relacionadas à saúde mental abrangido por esse serviço, em comparação com o HSMM e o CSF, sendo assim responsável por uma quantidade maior de pessoas. O CSF não tem como função principal a atenção à saúde mental, e o HSMM é responsável por um momento bastante específico dos problemas de saúde mental.

Além disso, acreditamos que o fato das solicitações provirem de muitos pontos indica também o espaço conquistado pelo CAPS junto às outras instituições, no sentido de se constituir a principal referência de serviço em saúde mental. Isso vai de acordo à proposta substitutiva do serviço em relação aos hospitais psiquiátricos, assim como ao seu papel de articulador da rede de cuidados em saúde mental (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Também é digno de nota a recorrência de encaminhamentos, solicitações e determinações, nos três dispositivos pesquisados, provenientes de órgãos voltados para a garantia de direitos: Defensoria Pública, Ministério Público, conselho tutelar e conselhos de direitos. As relações com esses órgãos revelam não apenas intervenções de tratamento compulsório, mas, fundamentalmente, ações voltadas para a reconquista de direitos civis, parte essencial da reabilitação psicossocial (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; KINOSHITA, 1996).

Ainda que em alguns momentos essa relação se estabeleça com a pessoa com transtorno mental/sofrimento psíquico sendo alvo de intervenções coercitivas (determinações de internação

A respeito de encaminhamentos provenientes do CAPS, CSF e HSMM, direcionados a outros serviços, percebemos que tanto o CAPS como o CSF não referiram realizar muitos encaminhamentos intersetoriais. No caso do HSMM, foram mencionados com frequência os encaminhamentos para abrigos:

Contato com abrigos. Quer dizer, eles não são da saúde, mas acolhem. A gente recebe também muito morador de rua. Que a gente tenta colocar esses pacientes em abrigos. [HSMM 02]

Alguns vão para o abrigo e vão para o CAPS, o abrigo mesmo se encarrega disso. Tem uns abrigos que acolhem pacientes com transtornos. [...] Quando o paciente recebe um benefício, ele paga um abrigo com esse benefício. [HSMM 02]

Assim, tem sempre contato, não sei se é exatamente o que você tá perguntando, com alguns abrigos. Porque sempre tem alguns pacientes indigentes, às vezes que não tem mais contato com a família e tal. Para não ficar institucionalizado, virar morador do hospital. [HSMM 06]

A gente tenta uma unidade de abrigo para aqueles pacientes que vêm se internar trazido pelo SAMU e que a gente não consegue encontrar uma família. Então, no hospital a gente tem a assistente social que faz praticamente milagre para poder colocar esse paciente em casa de novo, que é a grande preocupação. [HSMM 08]

Tendo em vista a preocupação do hospital de não institucionalizar os pacientes, o contato com abrigos frequentemente faz-se necessário para que indigentes ou pessoas sem vínculos familiares não sejam abandonados após a situação de alta. O abrigo surge como uma alternativa mais digna e mais saudável, em comparação com uma situação de

moradia no próprio hospital, sendo um espaço mais propício ao desenvolvimento de um grau mínimo de contratualidade (KINOSHITA, 1996). Também foram mencionados encaminhamentos do hospital para obtenção de próteses e cadeiras de rodas, relação reforçada também pelo contato telefônico, assim como para a perícia dos serviços de transporte público, para obtenção da gratuidade:

Lá na secretaria de ação social também, para a gente solicitar algum recurso, alguma prótese, alguma coisa desse tipo. Cadeira de rodas. [...] Através de um encaminhamento e de contato telefônico. Com o serviço social de lá. [HSMM 01]

Tem a gratuidade, a gente tem alguns pacientes aqui que tem gratuidade. Mas nem todo paciente doente mental que leva o relatório recebe gratuidade. Tem os pacientes que a gente jura que vai receber e é negado, ninguém sabe como que é feito essa avaliação, quem é que faz essa avaliação no SINDIONIBUS e na ETUFOR, se o paciente tem direito ou se o paciente não tem. [HSMM 03]

No CSF foram citados poucos encaminhamentos, sendo mencionados outros tipos de relação. Foram relatadas solicitações para o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente auxiliar no acompanhamento de alguns casos:

Tenho uma criança aqui, [...] que a menina não saía de dentro da rede, com 12 anos de idade. Desde 12 anos em uma rede, a urinar, não comia, não... [...] Ai a [ACS Fulana] disse: "eu estou achando que ela foi violentada pelo pai, ou ela foi violentada pela mãe dela. Aconteceu alguma coisa." Aí eu disse: "Já que ela não se levanta, vamos ligar para o... o... [conselho] dos direitos da criança e do adolescente, né?" Quando a gente ligou, as moças foram de lá, procuraram a [ACS Fulana], que levou elas até a casa da menina". [CSF 07]

No CSF também foram citados encaminhamentos para recursos da comunidade, assim como parcerias para o uso de espaços da comunidade para a realização de atividades do posto de saúde:

Mas eu acho que você tem que ver, que tem atividades que não são aqui. Se o posto desse estrutura, todas as atividades a gente faria aqui. Não dá, a gente tem que buscar na escola, a gente tem que buscar alguma coisa, na igreja... Para fazer essas atividades. Até o grupo de saúde mental era lá na maçonaria. A gente fazia lá de tarde. [CSF 02]

Não é um trabalho psicoterápico, mas um trabalho de acompanhamento. Tentar encaixar esses pacientes em algumas atividades da comunidade. Aí você tem que descobrir se na comunidade tem as terapias comunitárias, se tem os grupos de convivências, por exemplo, dos bombeiros... Há as questões religiosas, se a pessoa pode participar de algum grupo religioso. [CSF 02]

Tais relações revelam que o CSF dispõe de conhecimentos sobre seu território, ainda que prevaleçam relações de encaminhamento e de uso do espaço, não sendo relatadas ações conjuntas interinstitucionais ou junta a com sujeitos da comunidade. O estabelecimento formal de parcerias foi mais bem percebido no CAPS, onde além dos

encaminhamentos, foram apresentados projetos, produzidos pelo serviço, que envolviam usuários do serviço e outras instituições da comunidade:

Assim como, também, eu consegui fazer uma parceria na guarda municipal e hoje, né? Já faz o que? Dois anos e meio que eles estão na comunidade fazendo hidroginástica com os demais. Não foi fácil. Então eu levei um projetinho, e consegui. [CAPS 01]

Da Fundação Silvestre Gomes, que dá cursos de informática. [CAPS 01]

O mais significativo foi o projeto que eu fiz com uma ONG, do grupo E.N.T.R.E. [...] Há muito tempo, desde que eu tinha entrado no CAPS da UFC, eu tive um sonho de fazer essa inclusão produtiva com esses pacientes. Então assim, eu fui procurando dentro do território algo que eu pudesse, é... ingressá-los. Então, quando eu vinha passando eu vi: uma ONG de empreendedorismo de transformação de reciclado. Como eu gosto muito de trabalhar com reciclado, principalmente garrafas pet, eu entrei, e fui conversar com a coordenação. A coordenação me pediu um projeto para poder fazer essa parceria com o CAPS. Então eu fiz um projeto. [CAPS 01]

Nós, até por força da circunstância e mesmo pela ousadia da equipe, construímos e fomentamos muito trabalho de comunidade, né? Um trabalho de rede, articulando terapias complementares. [...] Essas terapias podem estar tanto incorporadas às unidades de saúde, como em outros equipamentos também na comunidade que a gente pode dispor. Por exemplo, aqui na SER III a gente tem terapia comunitária no Centro de Referência de Assistência Social; a gente tem terapia comunitária no equipamento da igreja aqui próximo; a gente tem dentro da Guarda Municipal. Então a gente vai identificando na comunidade onde é que tem esses espaços. Assim como tem dois, no máximo três em unidades básicas de saúde. [CAPS 03]

Tanto no CAPS como no CSF foram citadas as terapias comunitárias (BARRETO, 2005), e ainda que em ambos os serviços essa conexão se estabeleça por meio de encaminhamento, no CAPS a relação é mais sistematizada, com esse serviço possuindo um formulário próprio de encaminhamento. Esse formulário foi desenvolvido após o mapeamento de várias terapias complementares existentes no território, além da terapia comunitária: grupos de biodança, aplicação de reiki, reflexologia e massoterapia.

Percebemos novamente um grande potencial de conectividade no CAPS, ao desenvolver não apenas encaminhamentos e utilização de espaços da comunidade, mas a criação de atividades conjuntas, interinstitucionais e com o 3º setor. As relações de parceria mostram-se mais densas do que o encaminhamento, pois este implica apenas no trânsito do usuário, que fica então sob responsabilidade do outro serviço. No caso das parcerias, percebe-se a presença do serviço de origem na instituição parceira, no sentido de combinar o modo de acesso, o público e a responsabilidade do local que receberá as pessoas encaminhadas. Quando ocorre apenas o encaminhamento, os profissionais pressupõem o consenso sobre esses aspectos, situação nem sempre verídica, conforme os frequentes relatos de encaminhamentos “errados” para o CAPS e HSMM, descritos anteriormente.

A relação de parceria também é mais complexa que o mero uso do espaço físico de outras instituições, pois neste caso a responsabilidade continua sendo apenas do serviço de origem, que realiza por conta própria toda a atividade. É digno de nota, contudo, a variedade de recursos intersetoriais e comunitários acessados pelo CSF, fato importante tendo em vista que o cuidado em saúde mental na APS não pode se restringir a atividades internas aos centros de saúde, sendo fundamental o acesso a outros potenciais de saúde do território (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Outro aspecto observado no CAPS, ainda acerca das parcerias desenvolvidas, diz respeito ao desenvolvimento da autonomia dos usuários em algumas atividades. Ainda que o acesso inicial à atividade tenha sido mediado pelo serviço, a continuidade da participação não está condicionada à condição de “usuário do CAPS”. Essa qualidade foi percebida no “grupo ENTRE” e na cooperativa do CAPS, ambos voltados a atividades produtivas:

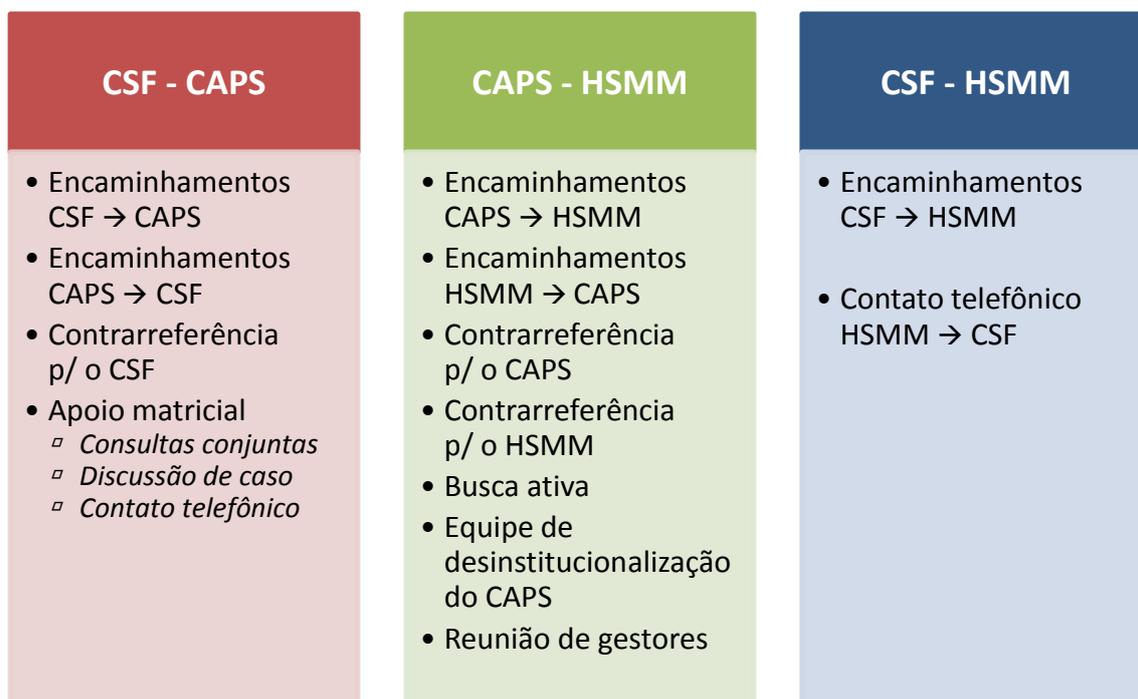
Outros a gente tem realmente uma parceria mais avançada. Por exemplo, a gente já tem aqui trabalhos, é... é... junto à COOPCAPS, que é uma cooperativa nascida aqui e que hoje já conquistou autonomia, mas que consegue dar conta de agir, isso claro, sob acompanhamento dos profissionais obviamente, mas de uma outra perspectiva de atividade terapêutica. [...] Alguns já não são mais nossos usuários, mas outros são. Ainda. [CAPS 03]

Já estão inclusive inseridas dentro de uma perspectiva de inserção produtiva, né? A exemplo do [grupo] ENTRE também, que foi o projeto que foi feito em parceria conosco, que é as reciclagens de material reciclado, que também é dentro dessa perspectiva de reinserção produtiva. Que muitos usuários também vão complementando nossas atividades aqui. [...] Na perspectiva de cuidado tem, continua vindo ao médico, continua fazendo o uso dessa medicação, mas em alguns aspectos ele já está na comunidade. Já está além do CAPS. [CAPS 03]

Se considerarmos como parte do objetivo desses grupos o desenvolvimento da autonomia, é necessário superar a relação de tutela que existe nos serviços de saúde, exigindo relações mais horizontais entre grupos e serviço (SAMPAIO et al., 2011). Além disso, a própria noção de autonomia, segundo Kinoshita (1996), está relacionada a depender de maior variedade de recursos, diferenciando “autonomia” de “independência”. Dessa forma, diminuir a dependência dos usuários ao CAPS como mediador de atividades, ainda que isso gere dependência de outros espaços, é um indicativo de desenvolvimento da autonomia.

Para finalizar essa seção, apresentamos uma sistematização gráfica que identifica as principais modalidades de inter-relações observadas no CSF, CAPS e HSMM:

Figura 5 - Relações entre CSF, CAPS e HSMM



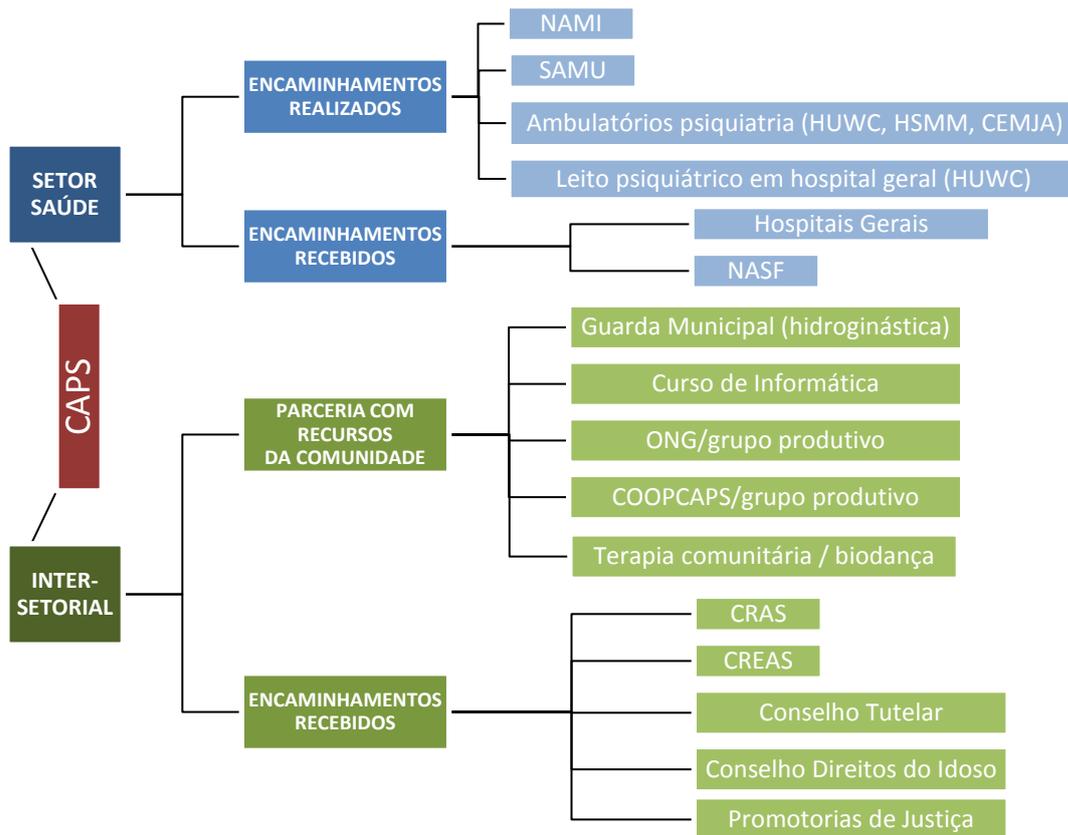
Fonte: autor

Figura 6 - Outras relações com setor saúde e intersetoriais: CSF Fernandes Távora



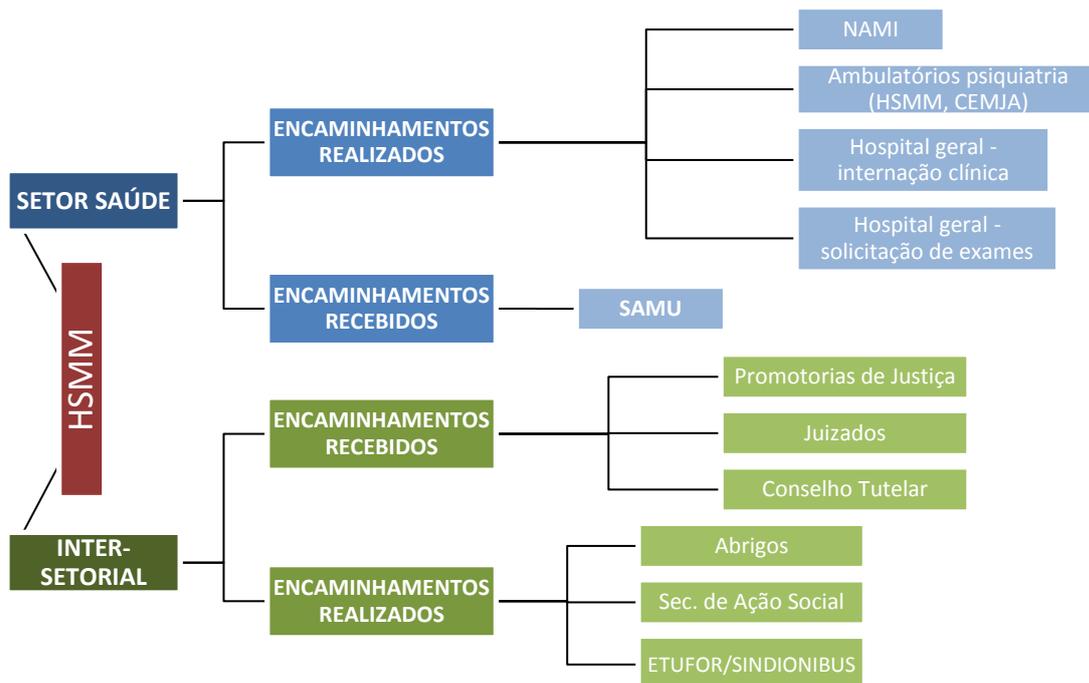
Fonte: autor

Figura 7 - Outras relações com setor saúde e intersetoriais: CAPS Prof. Frota Pinho



Fonte: autor

Figura 8 - Outras relações com setor saúde e intersetoriais: Hospital de Saúde Mental de Messejana



Fonte: autor

5.5. Integração da rede de saúde mental

Nessa seção discutiremos a integração da rede de saúde mental, analisada enquanto um efeito do conjunto de propostas de cuidado apresentadas pelos serviços e relações estabelecidas por eles. Coerência entre as propostas de cuidado, assim como recorrência e sinergia entre as relações indicam uma boa integração da rede, enquanto que incongruência e irregularidades apontam para sua fragmentação.

A avaliação da integração irá englobar três aspectos principais: a complementaridade entre os serviços, a continuidade do cuidado e, por fim, a coerência entre alguns aspectos dos serviços. Abordaremos a complementaridade no que tange a articulação de intervenções entre serviços, seja em relação aos diferentes níveis de complexidade da atenção, ou pela natureza das intervenções (promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde). Em seguida, iremos discutir a continuidade do cuidado em dois aspectos: como parte do exercício da complementaridade, ou seja, compreendendo a sinergia entre diferentes intervenções; e como manutenção de algum tipo de vínculo a um profissional ou equipe de referência ao longo do percurso do usuário na rede de saúde. Como terceiro ponto, iremos tecer algumas considerações sobre a coerência da rede, discutindo concordâncias e divergências observadas acerca do(s) objeto(s) da rede de saúde mental e o(s) objetivo(s) da mesma.

5.5.1 - COMPLEMENTARIDADE

O primeiro aspecto que identificamos em relação à integração diz respeito à complementaridade entre diferentes serviços. Em todos os serviços houveram relatos de profissionais reafirmando a articulação com outras instituições como necessária ao cuidado em saúde mental:

[...] o serviço só funciona se ele tiver minimamente articulado. [...] Eu acho que essas articulações, no cotidiano das ações, elas são sempre presentes. “Olha, eu estou te referenciando fulano de tal, que deve ser assim”. Seja alguém mesmo da atenção básica, ou um usuário que está em um processo de internação ou ter estado em um outro serviço como é o CAPS 24h, seja onde for. Eu acho que a base do atendimento é essa. Esse processo de trocas. [CAPS 03]

Eu vejo as coisas como, volta de novo a história, uma hierarquia. O que é que é uma hierarquia? É uma estratificação. É uma ordenação sistemática, gradativa. Eu vejo, primeiro nada melhor do que o Programa Saúde da Família mapear a sua realidade. [...] Então eu vejo que deve referenciar ao CAPS e o CAPS deve realizar sua contra referência, colocando se um é caso para o CAPS ou que possa seguir pelo Saúde da Família conforme as orientações em

anexo. Ou se o CAPS entende que não é nem pro PSF e nem pro CAPS e que em função da gravidade deve ser reencaminhado a um hospital psiquiátrico. [...] Seria nesse sentido. E não um trabalho dicotomizado, aonde cada um faz as coisas sem ter uma troca. [HSMM 05]

Porque nós não conseguimos trabalhar, o hospital sozinho. Nós precisamos trabalhar interligados com o CAPS... Por exemplo, a minha vivência no [ambulatório] infantil, eu vi que precisava de escolas para poder estar trabalhando as crianças junto à escola, junto à família, junto ao CAPS, junto a outras instituições. Na emergência, a gente vê que tem que ter um atendimento ligado ao hospital clínico, ligado ao CAPS, ligado à Santa Casa - que hoje tem a dependência química. Então tem que ser um serviço articulado. Não tem como trabalhar só a saúde mental do estado por meio de internações e pronto. Nós não temos ambulatório suficiente para atender a demanda de paciente que procura o nosso serviço. Bom seria se nós tivéssemos, mas nós não temos [HSMM 08]

Tem que se trabalhar em rede. Senão vai se continuar a ter esses mesmo problemas, e outros. Tem que ser uma construção em rede, com prontuário online, pelo ministério da saúde. Que seja aberto no CAPS, seja aberto no posto de saúde. [CSF 02]

É defendido o contato tanto com serviços do setor saúde, como da educação e assistência social. Conforme mostramos na seção “conexões entre os serviços”, todos os serviços pesquisados estabelecem relações intra e intersetoriais, mostrando que de fato é buscado algum intercâmbio entre as instituições.

A ideia de rede evoca fundamentalmente as noções de ligação e conexão (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007). Contudo, tais relações são justificadas pela necessidade percebida em um serviço de que determinada demanda de saúde pode se beneficiar das intervenções ofertadas em outros locais. Ao assumir a condição de interdependência com outro serviço, ou, pelo menos, da possibilidade de potencializar a melhoria do estado de saúde por meio da colaboração com outro dispositivo, estamos adentrando a esfera da complementaridade.

Em relação ao HSMM, foi bastante recorrente a ideia de que o hospital psiquiátrico e o CAPS são serviços complementares, onde a proposta de trabalho de um de cada um dos serviços pressupõe o funcionamento do outro:

Obviamente que eu, enquanto médico do hospital, uma vez o paciente recebendo alta, cumprindo minha meta, eu me preocupo que ele tenha um seguimento. Mesmo que eu não venha posteriormente verificar, confirmar esse seguimento, mas no processo de saída eu, como os outros membros da equipe, temos uma preocupação. De que esse seguimento aconteça. E enquanto membro do CAPS, meu objetivo é que ele não venha precisar de uma internação. Mas uma vez precisando, eu espero e acredito que o hospital [psiquiátrico] será o local que permitirá esse acompanhamento. Confiando também nisso. E me preocupando de que, ele uma vez indo, retorne para lá [para o CAPS]. [CAPS/HSMM]

Cada um [dos serviços] tem seus objetivos independentes, que são complementares. O objetivo do CAPS é um, que é o acompanhamento mais a longo prazo do paciente. O objetivo do hospital, que é o principal objetivo desse hospital ainda existir, é a questão internação. É outro objetivo, que é o de estabilizar, de tirar de uma crise, de uma coisa... E em seguida passar a

bola para o CAPS continuar esse acompanhamento, continuar intervindo para esse paciente não voltar a ter crise, continuar estabilizado. [HSMM 06]

Se ele for internado, aqui a gente faz o que? A gente vai trabalhar esse paciente, para que quando ele sair de alta, ele possa voltar para um hospital-dia, possa voltar para o CAPS e em alguns casos [...] ele pode voltar diretamente para o trabalho novamente, sem que precise ir para um hospital-dia, faça apenas o acompanhamento ambulatorial, ou no ambulatório da residência médica ou até mesmo no CAPS ou qualquer outro tipo de ambulatório particular. [HSMM 08]

Eu acho que é complementar [o hospital e o CAPS], porque dizer que o hospital vai deixar de existir é uma, uma utopia isso aí. Porque a gente sabe que as pessoas vão continuar adoecendo. A não ser que venha com aquela história da prevenção e tal e mude totalmente a realidade. Mas até então, não existe. Então as pessoas vão adoecer, né? Então o CAPS tem o papel de estar tratando dessas pessoas, de evitar as crises para diminuir as internações, e não acabar com elas. [HSMM 07]

Percebemos o reconhecimento dos limites de responsabilidade e de capacidade referente a cada serviço, aspecto fundamental a organização de redes de atenção (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008). A compreensão de que o hospital é responsável por um momento pontual de um quadro crônico mostra-se bem presente em seus profissionais. O acompanhamento longitudinal, também necessário, ficaria a cargo do CAPS, ou de outros serviços abertos. Essa noção sistêmica desconstrói a ideia do hospital como instituição total, autossuficiente e autônoma em relação ao restante do sistema de saúde (PEREIRA; RIZZI; DA COSTA, 2008). Não se pretende, portanto, a exclusão social do paciente, ainda que uma reclusão temporária continue sendo vista como imprescindível em muitos momentos. A noção de que é impossível evitar todos os momentos de crise, mesmo com acompanhamento adequado, estava presente nos relatos tanto do HSMM como no CAPS.

No CAPS, a ideia de complementaridade entre este serviço e o hospital psiquiátrico também surgiu:

Muitas vezes se luta, no movimento antimanicomial, diz que "ah, porque vai segregar o paciente, o hospital tá funcionando como depósito". Mas se você fecha as emergências psiquiátricas, você não está oferecendo aporte necessário para um paciente em quadro grave, agudo. Então só quem tem paciente com transtorno mental grave em crise, sabe o que que passa. Porque o paciente tem uma crise no meio da noite, crise grave. E aí? Vai para onde? E às vezes, a crise é grave, numa esquizofrenia refratária, que o paciente precisa ficar semanas internado. Até estabilizar. Mas o intuito não é deixar o paciente lá no hospital. É estabilizá-lo para que ele possa voltar a continuar seu acompanhamento no CAPS. Então o ideal é ter essa complementaridade. [...] "Não, como esse paciente precisa, ele vai ficar internado, quando for de alta ele volta aqui para gente". O ideal seria esse. [CAPS 06]

Elas [as intervenções] se complementam. Primeiro que você precisa, é o mais importante é a prevenção. [...] Lógico que às vezes o paciente chega para gente, a gente vai mantendo ele estabilizado, mas se em algum momento ou outro ele precisar de uma internação, de uma

intervenção emergencial, nós temos que entrar em contato com o hospital. E quando o paciente sai, não é só dar alta, dá a alta encaminhando ele para continuar o tratamento. Então um complementa o outro. [CAPS 06]

O mesmo profissional do relato acima argumenta em favor na interdependência dos serviços, fazendo analogia com outros quadros clínicos, defendendo a similaridade do transtorno mental com outros agravos de saúde:

O transtorno mental é um transtorno médico. Um transtorno de saúde. O transtorno mental grave, como qualquer transtorno não-mental, não-psiquiátrico, em algum momento ou outro, vai precisar de uma intervenção hospitalar. Se eu tenho uma sinusite, eu posso tratar ambulatorialmente. Se eu complico com uma pneumonia grave, eu tenho que ser internado [...] Se a gente compara com um paciente que hipertenso, ele vai fazer o acompanhamento no posto. No caso dele ter um AVC ou um infarto, ele vai precisar ficar internado. Mas ele saindo da internação, ele volta com um resumo de alta reencaminhando ele com o serviço onde ele era acompanhado. [CAPS 06]

A aproximação dos transtornos mentais com doenças físicas pode ser considerada um movimento interessante para diminuir o estigma associado aos portadores de transtorno. Todavia, o movimento da Reforma Psiquiátrica defende a necessidade de um entendimento multifatorial das necessidades das pessoas com problemas de saúde mental, como propõe um dos bordões do movimento, atribuído a Franco Basaglia, de “colocar a doença entre parêntesis” (AMARANTE, 1996; BASAGLIA, 2010). A expressão encontra eco nos relatos dos profissionais do CAPS, que, mais do que reafirmar a necessidade do hospital psiquiátrico, reclamam a necessidade de outros serviços para a efetiva transformação do modelo de atenção em saúde mental:

Infelizmente, a forma como a implantação desses CAPS ocorreu, que seria apenas parte de uma grande reforma na assistência psiquiátrica, ela ocorreu isoladamente. A implantação de outros serviços que deveriam compor essa rede, baseados nos princípios dessa reforma, isso não ocorreu. Pelo menos por muitos anos. Talvez esteja começaaaando a ocorrer agora. E isso de certa forma deturpou o papel do CAPS em relação a sua própria definição. [CAPS/HSMM]

Percebemos que no HSMM a complementaridade entre hospital e CAPS seria algo permanente, imanente à proposta dos dois serviços. Já no CAPS, essa complementaridade é vista como temporária, justificada apenas pelo estado de incompletude da rede, consoante às proposições da Reforma Psiquiátrica. A natureza dos outros serviços que seriam necessários mostrou alguma variabilidade nos entrevistados do CAPS. Muitos defenderam a necessidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, outros mencionaram a atenção primária, residências terapêuticas, espaços terapêuticos comunitários e ambulatórios de psiquiatria e psicologia:

*Falo porque a política de saúde mental, ela não se faz ancorada só nos serviços dos CAPS. Ela é uma política que, assim como o seu objetivo maior é mais complexo, a sua implementação requer um arcabouço de estruturas e serviços que também dêem conta da sua magnitude. Eu falo dos serviços dos CAPS, **residências terapêuticas, espaços terapêuticos na comunidade, a atenção básica** funcionando e fluindo em consonância com os ditames da saúde mental. [CAPS 03]*

*Na verdade, a reforma psiquiátrica era: primeiro, criar os CAPS - centros de atenção psicossocial. Seria criar os CAPS e criar **leitos psiquiátricos em hospitais gerais**. Então para você primeiro acabar com os hospitais psiquiátricos, você tem que oferecer alternativas para os pacientes que estiverem se internando. O que houve foi o fechamento dos hospitais sem que houvesse outras alternativas. [...] Então se a gente for olhar para a reforma como foi planejada, seriam os CAPS, mas tendo a possibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. E não fechar hospitais sem ter outras alternativas para isso. [CAPS 06]*

*Porque vamos entender, falta no nosso território, regional III. O que é que nós temos na regional III? Nós temos três serviços CAPS: geral, AD e i. Nós não temos **residências terapêuticas**. Nós não temos **hospitais gerais**, que estejam funcionando com leitos disponibilizados, que é um [dos serviços] também, né? É um dos serviços que comporiam o nível de assistência em saúde mental. Ainda esses leitos ainda não foram trabalhados. [CAPS 03]*

*Mas lá na minha clientela do CAPS, eu tenho muitos pacientes portadores de transtorno grave, que estão estabilizados. E que se não estivessem lá no CAPS estariam no hospital [psiquiátrico]. Mas também tenho outros tantos que não são graves, que estão também sendo acompanhados lá no CAPS. Que deveriam estar em uma outra instituição que não foi implantada. Um **ambulatório de saúde mental**. Um **ambulatório de psiquiatria**, que eu não entendo porque não há um ambulatório de psiquiatria. [CAPS/HSM]*

Vale ressaltar que todos esses serviços citados já existem no município de Fortaleza, segundo descrevemos no capítulo de metodologia, mas não apresentam uma disponibilidade adequada à população e extensão territorial do município, o que contextualiza o discurso dos profissionais acerca da necessidade de implantação ou ampliação de tais serviços. Percebemos que é claro para os profissionais que muitos desafios enfrentados em seu cotidiano de trabalho, em especial o que reconhecem como uma “demanda grande”, estão interligadas com o modo de funcionamento dos demais serviços da rede:

Agora eu vou te falar francamente: é um enorme desafio! Porque a gente só vai conseguir chegar a um patamar desse ideal, quando a casa, que é bem grande, que a casa que eu falo é a rede, tiver toda arrumada com seus pilares todos funcionando, né? [...] O fechamento do hospital psiquiátrico, como o que aconteceu recentemente, a atrofia do atendimento na atenção básica, inevitavelmente faz emergir e aumentar a demanda assustadora do acolhimento aqui. O tempo todo as pessoas procurando saber onde é que vão ser atendidas, mesmo aquelas leves. [CAPS 03]

Eu diria que o Hospital Mental faz tudo o que ele pode, mas uma andorinha só não faz verão. Então o problema não é internar no Mental. O problema é depois do Mental, tentar conduzir esse paciente. É essa lógica que eu quero deixar para você. Ser internado não é o problema. Enfrentar fila, tal, tal, tal. O problema é após a internação. É o seguimento. [HSM 05]

O hospital, ele tem uma capacidade, desde que ele tivesse uma rede funcionando como um sistema integrado, aonde cada um fizesse a sua parte e não houvesse essa ativação hospitalar tão acentuada. Eu não tô dizendo que eu sou a favor da internação psiquiátrica. Eu tô falando que o suporte psiquiátrico a nível hospitalar ainda se faz necessário. Então existe essa questão. [HSMM 05]

Nós ainda disponibilizamos uma quantidade de vagas para internações grande. Grande entre aspas, porque ainda não atende a demanda de pacientes que buscam o serviço na emergência. A gente tem a necessidade de ter um aumento de leitos ou então de ter uma assistência no CAPS maior para que tenha uma articulação. Mas a articulação entre o hospital e o CAPS ainda é uma dificuldade muito grande. Muito complicado... [HSMM 08]

A compreensão de que a “demanda” é uma construção social, envolve reconhecer que a busca por serviços de saúde não a expressão de um coeficiente objetivo de necessidades, mas o produto de uma intrincada disputa de legitimidade, para o convencimento da população e dos profissionais de saúde que determinadas práticas são adequadas e necessárias para a identificação e resolução de necessidades de saúde (CAMARGO JR, 2010). Dessa forma, podemos perceber que o influxo de usuários relatado representa escolhas mediadas pela legitimidade assumida por cada serviço para os usuários do SUS, e não apenas a reação à oferta (ou negação) de um serviço. Não apenas o aumento ou excesso de demanda foi relatado, mas também seu deslocamento para outros serviços:

Nós temos em Sobral, houve um fechamento de um hospital psiquiátrico lá, e hoje existe um hospital geral com 27 leitos. [...] Com o fechamento, não tenho informações que isso gerou problemas, e hoje funcionam aqueles 27 leitos. Tem dado, tem atendido.

ENTREVISTADOR: E imagino que aqui no HSMM você não mais receba pessoas de Sobral. Por ser referência estadual, aqui poderia receber...

É. É mesmo. Faz tempo que eu não vejo ninguém de Sobral aqui. [CAPS/HSMM]

Os vários relatos acima demonstram que a ligação entre os serviços não começa a existir a partir das conexões desenvolvidas intencionalmente pelos profissionais. Existe um tipo de relação entre eles que surge pela interdependência entre suas respectivas demandas, pelo fluxo espontâneo de usuários de um serviço para outro. Essa conexão, que podemos considerar como uma conexão lógica, é tornada concreta por tal fluxo de pessoas. Portanto, mesmo que não existisse nenhum encaminhamento ou troca de informações entre os serviços, haveria uma ligação entre eles, construída forçosamente pelo efeito que a ação (ou negação) de um serviço possui na busca pelo serviço seguinte. A integração, que defendemos como um princípio fundamental ao funcionamento eficiente da rede, tem como objetivo organizar de forma planejada e racional essa “relação imaterial” em “relações intencionais” entre os serviços.

Nessa direção, a concretização da integração na rede vem enfrentando alguns desafios não apenas pela quantidade insuficiente de serviços de saúde, citada anteriormente, mas também pelo modo de funcionamento dos serviços. Os profissionais do CAPS criticaram os hospitais psiquiátricos e, principalmente, a atenção primária:

Nós precisamos estar interligados, [...] a gente tem que trabalhar nessa rede as equipes intersetoriais. A formação dessa rede. Porque o hospital ainda não aderiu ainda, ainda está aquele modelo biomédico, aquele modelo asilar. Eu vejo ainda que não está bem. Já com os postos de saúde estão assim... em andamento. Eu posso dizer que está num processo ainda de adequação, né? De construção do matriciamento. [CAPS 01]

Tem médico [do posto de saúde] que diz mesmo "eu não quero e pronto". Não vou atender esse tipo de demanda [de saúde mental]. Ponto. E aí? A rede fica furada. Então essa articulação com a atenção básica, tem que haver diálogo. [CAPS 02]

ENTREVISTADOR: As ações dos vários serviços têm uma complementaridade?
Depende de qual serviço a gente está falando. Uns a gente só consegue ter isso dentro de uma perspectiva ideal mesmo, do que a gente deseja alcançar. Por exemplo, a atenção básica. [CAPS 03]

Apesar da existência da estratégia de busca ativa, as relações planejadas entre CAPS e HSMM ainda são muito eventuais. Em relação à atenção primária, já existe um posicionamento formal da secretaria municipal de saúde de aproximar os serviços da saúde mental, por meio do apoio matricial. Mesmo assim, esse movimento vem encontrando dificuldades, nem sempre obtendo êxito na aproximação entre serviços projetada.

Outra relação imaterial e indireta que também tem significativo impacto na demanda de cada serviço é o efeito de intervenções de prevenção de agravos e de promoção de saúde na demanda de intervenções de reabilitação. Nesse caso, essa relação não é construída pelo fluxo de uma mesma pessoa em mais de um serviço, e sim pela mudança na quantidade de pessoas que busca um serviço de maior complexidade de acordo com a exposição que tiveram a intervenções preventivas e promotoras de saúde. Defendemos que a complementaridade não versa apenas sobre organização de intervenções curativas de diferentes densidades tecnológicas, mas também à articulação destas com intervenções de promoção e prevenção. Em nossas entrevistas, indagamos aos profissionais sua opinião a respeito do tripé prevenção-promoção-reabilitação, no que diz respeito à saúde mental:

ENTREVISTADOR: Na saúde em geral fala-se muito de prevenção, promoção e reabilitação. Isso faz sentido também na saúde mental?

Eu acho que é a mesma coisa. Não é só porque é saúde mental... Eu acho que com certeza. Tem que ter. Eu acredito muito nisso. Falta organizar isso. Faz todo sentido. A prevenção, Ave Maria, tem que ter! Mas não existe uma prevenção. [CSF 02]

Faz sentido. Faz sentido SIM! {enfática}. Até para uma reflexão nossa e deles [dos usuários], é saber assim... Porque às vezes é tão simples. Dá para resolver tão simples, mas como ele [o usuário] não tem aquele conhecimento, não é conversado, repassado, eles acham que é só a medicação. Se fosse mais conversado, mais esclarecido, talvez eles aceitassem melhor outras maneiras sem ser a medicação. [CSF 03]

Tem um sentido principal! Agora o que eu vejo, de experiência: como essa questão centrada na medicina curativa... Ela está estabelecida há séculos... O que não é bom, porque a gente sabe que prevenir, é muito bom, nos mais variados aspectos, não só do sofrimento do humano, mas no econômico, financeiro e tudo mais. [...] Tem que se buscar definir ações nesses campos, o que levaria a uma mudança bastante favorável na atenção a saúde.[CAPS/HSMM]

Eu acho que sim. Eu acho que é uma discussão meio complicada. É muito mais difícil de se colocar em prática, mas tem todo cabimento. [HSMM 04]

Eu acho que a saúde mental também trabalha nessa linha. Só que a saúde mental ainda tem muito o que avançar nessa questão de trabalhar na prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Porque assim, você trabalhar a parte clínica na questão da prevenção é um tanto fácil. A saúde mental, para você fazer a prevenção da saúde mental, é complexo. [HSMM 08]

Observou-se que, em todas as instituições pesquisadas, os profissionais reiteradamente afirmam a importância dos três tipos de ação em relação à saúde mental, articulação que, segundo Pinheiro e Mattos (2003), representa um dos âmbitos do princípio da integralidade. Houve também o reconhecimento da predominância da medicina curativa, assim como da dificuldade em realizar ações de promoção e prevenção na saúde mental, tarefa considerada mais complexa que nos demais campos da saúde. Apenas dois entrevistados questionaram a possibilidade de prevenção e promoção, ambos do HSMM:

Esses casos mais graves, principalmente, que vão precisar da internação, muitas vezes há o fator determinante muito forte genético, então fica muito difícil falar na prevenção. [HSMM 06]

Ah sim, tu tá falando na outra saúde, não na saúde mental né, essa prevenção? Porque prevenir doença mental eu não sei como é que a gente previne não. Eu morro de medo de surtar. {RISOS} E me trabalho muito, mas ninguém tá livre disso né. Eu não sei se existe prevenção. [HSMM 03]

Ainda que o primeiro entrevistado ressalte a determinação genética dos transtornos mentais, relativiza-a como obstáculo determinante ao descrever ao longo da entrevista possibilidades de prevenção secundária, ou mesmo de prevenção primária em quadros neuróticos de transtorno mental. Já o segundo entrevistado afirma a imprevisibilidade das doenças mentais, e exemplifica seu argumento com a situação de

uma enfermeira do HSMM que, mesmo trabalhando na área de saúde mental, apresentou um surto psicótico, sendo internada na própria instituição. Explica, assim, porque “morre de medo de surtar”, e desconhece a possibilidade de evitar tal desfecho em qualquer pessoa.

Os dois relatos acima, além destoarem dos demais trechos que exaltam a prevenção e promoção, permitem-nos perceber que o significado de tais noções escondem diferentes interpretações por parte dos entrevistados. Também observamos uma grande dificuldade nos entrevistados de diferenciar promoção de prevenção, tendo feito alusão com maior frequência ao segundo termo.

Para nossa própria referência, nos baseamos em Czeresnia (2003), que define prevenção como “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (p.45). Acrescentaríamos à definição da autora a busca de evitar não só o surgimento, como o **agravamento** de doenças ou de outras condições de saúde indesejáveis. No campo da saúde mental, conforme argumentaram os entrevistados, tanto a conceituação como a operacionalização da prevenção torna-se mais difícil. Uma noção postulada na psiquiatria preventiva desdobra-se nos três níveis citados:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhora. (BIRMAN; COSTA, 1994, p.54)

Novamente, adicionaríamos à prevenção secundária as intervenções que, após o diagnóstico de um transtorno mental/sofrimento psíquico, visam evitar o agravamento dos sintomas, ou impedir desfechos desfavoráveis como, por exemplo, suicídio, automutilação ou heteroagressividade injustificada. Apesar da frequente confusão entre prevenção e promoção da saúde, ressaltamos que nenhum dos três níveis da prevenção inclui o conceito de promoção.

A promoção da saúde não se refere a um agravo específico: objetiva a transformação das condições de vida subjacentes aos problemas de saúde, buscando o aumento geral da saúde e bem-estar (CZERESNIA, 2003). A promoção diferencia-se também da prevenção terciária da psiquiatria preventiva, pela ênfase em mudanças nas condições de vida, e não na adaptação à vida social. A promoção da saúde está

associada ainda ao empoderamento pessoal e comunitário como obtenção da capacidade de realizar tais transformações (CARVALHO, 2004). Na saúde mental, observamos que a noção de promoção de saúde articula-se com a produção de autonomia e cidadania, e gradual emancipação tanto da doença, como do estigma e das próprias instituições de saúde (CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009).

Em nossas entrevistas, foi recorrente no CSF e HSMM a percepção dos profissionais de que, apesar de importantes, a prevenção de agravos e promoção de saúde não é realizada por seus respectivos serviços, ou mesmo pelo conjunto da rede:

ENTREVISTADOR: E você percebe aqui no hospital, ou em outro lugar da rede de serviços, essa questão acontecendo? Essa preocupação com a prevenção e promoção?

É... eu acho que colocar em prática, não está acontecendo, porque a demanda é tão grande, né? [HSMM 07]

Acho que existe, mas de qualquer forma acaba sendo tudo muito limitado. [...] É muita coisa. É muita coisa. E então trabalhar promoção assim fica muito difícil. Eu acho que todos os serviços são superlotados de coisas. Então, se a gente mal tá conseguindo dar conta da demanda, como é que a gente vai evitar que essa demanda aconteça? Como que a gente vai pensar promoção de saúde? Não dá. A gente não tá conseguindo dar conta da doença, que dirá promoção da saúde. [HSMM 04]

Pela dificuldade de profissionais, a gente não consegue trabalhar com promoção, prevenção e reabilitação. Mas faz sentido sim. [HSMM 06]

Eu escuto muito falar, mas não vejo muito agir. [...] "O certo é se fazer assim, o certo é ter isso assim". Mas eu... {faz expressão facial de descrédito}. [...] Não sei se isso é bem realizado, a contento. Essa parte da prevenção. Por nós também né. Até por despreparo. [CSF 03]

Longe disso, longe disso, muito longe disso. A nossa medicina ocidental é uma medicina puramente biológica. Puramente biológica, longe de ter essa preocupação com intervenções precoces. [CSF 05]

No CAPS identificamos algumas atividades de promoção de saúde, que visam ampliar a autonomia dos usuários, como os grupos produtivos e outras atividades externas. Ainda que essas atividades estejam de acordo com o que alguns autores defendem como promoção de saúde (CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009), os profissionais do CAPS não relacionavam tais intervenções com promoção de saúde. Nas entrevistas, apenas o apoio matricial foi mencionado como possibilidade de promoção de saúde, pelo seu aspecto educativo e de diminuição do estigma da loucura junto aos profissionais de saúde da atenção primária.

No caso do hospital, os profissionais argumentaram ainda que não é função do hospital realizar atividades de prevenção ou promoção, localizando essa responsabilidade principalmente na atenção primária:

Acho que em termos de hospital a gente não deveria mexer nisso. Acho que o papel do hospital é um papel mais terciário. A gente deveria ficar restrito a dar conta desses casos de crise mesmo. Necessários de uma internação psiquiátrica. [...] Acho que a promoção deveria ser feita num nível mais primário, secundário de atenção. E não do hospital. [...] O hospital deveria ser exclusivamente um lugar para tratamento. Só da recuperação da saúde. E não pra a promoção. [HSMM 04]

Então eu vejo que os pequenos agravos que podem ser prevenidos, evitados, eles devem ficar no âmbito do PSF. Devem ser encaminhados pro CAPS quando há indício de uma possível gravidade, pra uma investigação, uma avaliação diagnóstica e terapêutica ou quando é um paciente que mostra uma refratariedade em cessar seu sintoma. Então nesse caso, realmente o CAPS, ele vai fazer uma atividade assistencialista, de assistência clínica. É claro que ele não deve fugir da sua postura de prevenção de recaída e também toda a questão do processo educativo em saúde mental. [HSMM 05]

O último trecho destaca ainda uma diferença de papéis entre a ESF e o CAPS em relação às atividades de prevenção e promoção, revelando um ponto de divergência entre os profissionais do HSMM. Enquanto que a responsabilidade da atenção primária não foi questionada por nenhum entrevistado, as opiniões se dividiram no que tange ao CAPS. O profissional “HSMM 05”, do relato acima, defende a “prevenção de recaída” e “educação em saúde mental” como atividades de responsabilidade do CAPS, assim outros relatos provenientes do hospital:

Então eu vejo isso assim: será que o a instituição [hospital psiquiátrico] pode ajudar nisso? Pode. Mas a gente já tem tanta coisa para fazer, e ainda fazer promoção e prevenção? Não seria isso para outra instituição? Será que... não falo nem do hospital, mas será que o CAPS não podia atuar nisso? Eu acho que sim. [CAPS/HSMM]

Eles [os serviços de saúde da rede] não tão trabalhando dessa forma [realizando prevenção e promoção]. Talvez o CAPS pudesse fazer essa prevenção, essa promoção... [HSMM 01]

Outro profissional já defende que o encargo sobre tais intervenções não caberia nem ao hospital psiquiátrico, nem ao CAPS, uma vez que pertencem aos níveis de complexidade terciário e secundário, respectivamente:

Hoje em dia, na prática, acho que não tem ocorrido promoção e prevenção. E não tenho nem certeza, se seria para esses serviços, para o CAPS, por exemplo, ter essa disponibilidade não. Acho que talvez uma coisa direcionada realmente ao posto de saúde, que seria atenção primária, tentar trabalhar com essa parte de prevenção propriamente. [...] O hospital também já é um mecanismo terciário. Vai trabalhar com a crise mesmo, e tentar trabalhar com a reabilitação. [HSMM 06]

Ainda que nas entrevistas a atenção primária tenha sido o dispositivo mais citado como responsável pela prevenção e promoção, uma das entrevistas no CSF revela que não existe trabalho dessa natureza voltado à saúde mental no CSF Fernandes Távora:

ENTREVISTADOR: *E você percebe aqui no posto de saúde, em relação aos pacientes mais leves ou mais graves, alguma atividade de prevenção ou promoção na área de saúde mental?*

Não, que eu me lembre não. Como eu te falei, nesse posto geralmente é deficiente nessa questão de saúde mental. Geralmente a gente trabalha mais com questão de vacina, ou se tem uma campanha falando a respeito de tuberculose, hanseníase. Uma campanha de hipertensão, diabetes. A gente tem, assim, com dificuldade, um grupo de idosos. [...] Grupo de gestantes. Então é um trabalho preventivo, não deixa de ser, porque existem riscos ali. Mas em relação à saúde mental, não. Não tem esse trabalho não. [CSF 01]

A partir desse relato, percebemos que é necessário que o apoio matricial, ao legitimar a saúde mental como campo de atuação da ESF, fomentar também a inclusão do tema na agenda de atividades de promoção e prevenção, não restringindo-se a atividades curativas. Outro profissional do CSF questiona as exigências à atenção primária, ressaltando o aspecto multideterminado da saúde:

Porque a prevenção, eles querem que comece por aqui, tem que começar por aqui na atenção básica. Para não deixar surgir o problema... Só que na atenção básica, como é que você vai prevenir drogadicto? Passa por todo um sistema: moradia, saneamento, trabalho, segurança, escola de qualidade em tempo integral. São inerentes, que estão acima da gente... [CSF 02]

Percebe-se nesse trecho que tais questões parecem ao entrevistado fora da ingerência do CSF, sendo a saúde e a doença produzidas por meio de um “sistema” que inclui várias instâncias sociais. A identificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença pode produzir tanto um efeito explicativo nas situações de adoecimento vivenciadas pelos trabalhadores de saúde, como pode também produzir um esvaziamento de sua capacidade de transformação, no sentido de paralisar suas ações frente à magnitude do que é considerado como “o social”. No caso do entrevistado acima, o reconhecimento da determinação social da droga-adicção produz um sentimento de impotência, ao considerar que os problemas sociais superam a capacidade de intervenção das EqSF. Entrevistados do CAPS e HSMM relativizaram essa limitação, reconhecendo a possibilidade de ações intersetoriais para atividades preventivas e promotoras de saúde, destacando o papel de alguns espaços:

Essas ações passam... A meu ver, podem até partir de serviços de saúde, até devem. Mas passam por não ficar só dentro da instituição, sair. Quando trabalhei no hospital dia, eu sempre critiquei que a gente era uma “mini-enfermaria”. [...] E eu às vezes questionava, principalmente com os colegas assim das outras áreas: “vamos ver se a gente se engaja com as escolas, com as igrejas, com as coisas, para fazer a educação, levar informações, essa parte educativa”. [CAPS/HSMM]

[...] eu vejo a saúde mental como transversal, ela perpassa por todas as áreas. Ela está dentro da saúde clínica, ela vai estar dentro da saúde mental. Ela vai estar dentro dos direitos sociais. Ela passa também por essa promoção, porque isso é promoção e prevenção também. Então assim, ela perpassa por todas as áreas. Humanas, né? Ela passa pela área da saúde de

qualquer forma. Então ela passa no nível do direito. Então assim, a gente está em todas as instâncias posso dizer. Por isso que eu consigo ver isso. [CAPS 01]

Conforme ressaltamos anteriormente, os entrevistados responderam negativamente quando perguntamos sobre a existência de ações concretas de promoção e prevenção. Apesar dessas respostas negativas, percebemos que esses mesmos entrevistados reconhecem a existência de atividades dessa natureza, quando contextualizamos suas respostas imediatas no restante de suas respectivas entrevistas. Percebemos, por exemplo, que o papel complementar atribuído ao CAPS pelos profissionais do HSMM fundamenta-se no exercício da prevenção secundária, uma vez que é tal complementaridade é justificada pela possibilidade de evitar a exacerbação de sintomas que justificariam a internação. O mesmo pode ser dito a respeito da busca ativa nos hospitais realizada pelo CAPS, ou na preocupação dos ACS em vincular pessoas que aparentam sofrimento psíquico/transtorno mental ao CSF ou outra instituição de saúde. Uma vez que muitas situações de saúde mental exigem cuidados como de longa duração, são recorrentes as intervenções de prevenção secundária.

Acreditamos que essa aparente incoerência ancora-se na multiplicidade de entendimentos provocados pelos termos “prevenção de agravos” e “promoção de saúde”. Foge às pretensões de nosso trabalho aprofundar a compreensão desses significados por nossos informantes. Todavia, consideramos interessante destacar algumas outras possibilidades de ações preventivas e promotoras de saúde elencadas pelos próprios entrevistados, descrição que permite, indiretamente, um vislumbre de suas concepções.

Um primeiro uso observado da noção de prevenção diz respeito a evitar ou retardar o primeiro surto na vida de um indivíduo, ou evitar novos surtos e consequentes internações:

Mas por exemplo, qualquer ação que vá trabalhar, seja em escola, seja em posto de saúde, que vá trabalhar a questão de prevenir uso de drogas, você estaria fazendo uma prevenção não só da dependência química, que em si já é uma doença, e que pode levar algumas outras doenças, como é demonstrado hoje em dia que tanto a cocaína como a maconha podem servir como gatilho para o primeiro surto de esquizofrenia. Alguém que já tem uma tendência, uma coisa, e sem aquele gatilho poderia demorar bem mais a ter o surto, talvez até nunca passar por um problema estressante o suficiente para desencadear esse surto. [HSMM 06]

Então uma pessoa que teve um primeiro surto psicótico, se ela, ao longo dos anos, ao longo da vida, tiver tido apenas esse surto, o prejuízo que ela vai ter, que essa doença acarretou na vida, vai ser mínimo. Já aquele que teve três crises, teve um prejuízo um pouco maior. O que teve cinco, já teve um pouco mais. Então a importância de tratar, visando prevenir... [rindo] Agora é a união né, do curar e o prevenir. [CAPS/HSMM]

Primariamente, as unidades básicas de saúde devem priorizar isso [prevenção e promoção de saúde]. Para que a quantidade de pacientes que cheguem em um hospital de nível terciário seja pouco. [...] Então, você investindo numa prevenção, no sistema preventivo de saúde, você diminui bastante os custos com saúde. [...] Uma internação é muito mais custosa que um paciente acompanhado ambulatorialmente. Então deve ser essa a função da atenção básica de saúde. E aqui no CAPS evitar que esses quadros graves necessitem de intervenção mais emergencial. [CAPS 06]

Nesse caso, está novamente sendo ressaltado o nível secundário da prevenção, permitindo entrever a complementaridade entre o hospital psiquiátrico e outros serviços, não apenas o CAPS. O último excerto resalta ainda a economia de recursos proveniente dessa prevenção, argumento que fundamentou a reforma psiquiátrica norte-americana (AMARANTE, 1994), e que não pressupõe o aumento de complexidade necessário aos serviços de menor densidade tecnológica (SAMPAIO et al., 2011). Outra forma de prevenção apresentada foi de evitar o surgimento de agravos nos familiares de pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico:

Pensando não nessa questão das doenças mais graves, mas das doenças mais leves, as doenças mais neuróticas. Algum grupo que possa se fazer, de discussão, ou espaço para conversas, às vezes com mães de agudos, com mães que levam o paciente ao posto de saúde. Poderiam amenizar muitos sofrimentos, ansiedades, essas coisas que até são normal, mas pela falta de atenção, pela falta de apoio, vai se tornando mais grave até o ponto de se tornar patológico e precisar de uma intervenção mais objetiva, medicamentosa ou terapêutica mesmo. [HSMM 06]

Se você atende no CAPS, você tem que atender o familiar do paciente também. Porque o paciente já está doente, então ali não tem mais o que você estar prevenindo. Mas o familiar está convivendo, então você tem que trabalhar a prevenção. Do mesmo jeito é o profissional. O profissional está trabalhando com pacientes. Tem que trabalhar no profissional também a prevenção do adoecimento desse profissional. [HSMM 08]

Nesse caso, mais do que uma preocupação com o fator genético dos transtornos mentais, se expressa o reconhecimento dos familiares como um grupo vulnerável por conta de sua situação de cuidadores, considerando o estresse e sofrimento provenientes dessa condição como fatores de risco para o adoecimento psíquico. A sobrecarga emocional vivenciada pelo cuidadores é também um fator que influencia negativamente a adesão à proposta terapêutica dos serviços abertos (CAMPOS; SOARES, 2005).

Outro uso possível de prevenção/promoção pelos entrevistados diz respeito a ações educativas visando levar informações sobre saúde mental para pessoas com sofrimento/transtorno mental, profissionais de saúde e para a população de maneira geral:

Eu acho que cabe muito bem, o sentido preventivo, é como a gente falou, que é uma situação... que é absolutamente socioeducativa. A gente desmistificar esses tipos de preconceitos, esses assuntos. [CAPS 03]

O matriciamento é uma boa síntese disso. De promoção de saúde, porque a medida em que tu está te articulando com a equipe, promovendo saber, trocando experiência, né? Capacitando profissional, levando novas ideias, desconstruindo valores que estão muito arraigados. É promoção de educação em saúde, né? Possibilitando outro profissional a cuidar de uma outra forma, a ter um outro olhar, a ter uma outra escuta. [CAPS 03]

A mudança de mentalidade sobre como abordar pra evitar os agravos em saúde mental. Evitar os agravos. E quando eles ocorrem, como evitar que eles se exarcebem e as possíveis recaídas clínicas. Em termos de promoção. [...] Então a prevenção é você realmente usar a promoção. [HSMM 05]

O acesso ao conhecimento visaria tanto diminuir o preconceito, como melhorar a capacidade técnica das pessoas envolvidas de lidar com sofrimento psíquico/transtorno mental. Tal acesso poderia ocorrer não apenas pelo contato direto com profissionais de saúde, mas também pelo uso de veículos de comunicação e outras estratégias de marketing:

Eu vejo que a mídia é um excelente veículo pra se utilizar ferramentas de marketing pra induzir uma nova leitura, uma nova linguagem em saúde mental. Da mesma forma que o Governo Federal batalhou, batalhou, batalhou e através do Instituto Nacional do Câncer conseguiu alterar a visão do cigarro. Então eu vejo que se houver realmente interesse nessa promoção é por aí. Então eu vejo que são programas de rádio, como eu fazia em Iguatu, sobre dependência química. Então o CAPS era AD e o nome do programa de rádio era: “AD, uma conversa entre eu e você”. Então a promoção é fazer cartazes, é layout, entrevista, assim como se usa toda uma promoção contra acidentes do trânsito e etc. “Se beber não dirija”. [HSMM 05]

As ações educativas poderiam visar também à mudança em relação ao uso do sistema de saúde, tentando inculcar na população e nos profissionais de saúde uma espécie de “postura preventivista”, reconhecendo a importância de preocupar-se com a saúde antes da manifestação de algum agravo:

Você iria fazer uma promoção em saúde muito maior, trabalhando primeiro com os profissionais pra que eles tenham subsídios necessários pra fazer uma sensibilização junto à população. Porque a população ainda tem uma cultura social que eles preferem ainda correr atrás do prejuízo. Eles não têm a ideia, por exemplo, de que é chique ir a um psiquiatra como é chique ir a uma concessionária levar o seu carro e tá tudo bem. E que é um mico ser carregado pro psiquiatra como é um mico levar um carro guinchado pra concessionária faltando manutenção. Então nesses exemplos, o chique significa gastar menos em termos de energia, gasto de custos e em todos os sentidos, até de dissabores. [HSMM 05]

Novamente ressaltamos a importância de reconhecer o caráter social na construção da demanda de serviços de saúde, que implica na legitimidade de determinados tipos de intervenção. A “cultura de correr atrás do prejuízo”, atribuída à população, não é apenas uma resposta inadequada dos usuários às possibilidades do Sistema Único de Saúde. O modo como a medicina ocidental se desenvolveu

fundamenta-se nas práticas curativas, e a organização do SUS também prioriza atividades de tal natureza.

Também foi citada a prevenção junto a crianças, como forma de diminuir o surgimento de transtornos mentais ao longo do desenvolvimento. Nesse caso, o profissional associa o sofrimento emocional da criança com futuros transtornos. De forma semelhante, o mesmo entrevistado argumenta que o controle de natalidade poderia evitar o nascimento de crianças em famílias despreparadas, situação que considera ambiente propício ao sofrimento infantil:

Porque chega o momento que a gente vai acabar envolvendo instituições das mais diversas. A partir do momento que um menino tem um rendimento escolar ruim, por conta de uma situação de violência em casa. Se na própria escola a gente conseguisse detectar essa criança e fazer uma intervenção... [...]. Professores que conseguem detectar uma criança em estado de sofrimento emocional na escola, precocemente, que façam intervenções, [...] para dar esse suporte para a criança, para fazer uma aula separada, para tirar meia horinha e conversar com essa criança, as ações de conselho tutelar. O índice de transtorno mental nesse grupo, é muito menor do que as crianças que não passaram por esse programa. Então a gente tem uma gama de possibilidades de evitar aí transtornos mentais. [HSMM 04]

As chances de uma menina de 17, 18 anos conseguir abrir mão de uma vida toda para criar uma criança é muito menor. Então se a gente consegue fazer um esclarecimento, uso de preservativos, e essa criança não nasce, ou nasce quando essa menina em vez de 18 tem 28, a qualidade de vida que vai ser proporcionada a essa criança, tem uma tendência de ser muito melhor. [...] É uma discussão que é ampla, que eu acho que acabaria mobilizando muitos setores. Que aí eu acho que fica mais complicado. Mas eu acho perfeitamente possível. [HSMM 04]

Ao analisarmos o conjunto de possibilidades de ação descritas pelos entrevistados, percebemos que a atenção primária não é o único espaço legítimo de prevenção e promoção, muito menos o CAPS. Não apenas as sugestões transcendem os serviços de saúde, como se dirigem para outros alvos além da população mórbida. É interessante a importância dada não só à sensibilização e ao acesso a informação, mas a espaços relacionais, como o apoio matricial, a relação professor-aluno e programas de rádio. Ressaltamos também que a grande maioria das intervenções propostas diz respeito, a rigor, a ações de natureza preventiva, e não de promoção de saúde, tomando por base as definições que apresentamos a partir da literatura.

5.5.2 - CONTINUIDADE

Outro aspecto bastante próximo à complementaridade é a pretensão de continuidade assumida pela rede de serviços. A complementaridade muitas vezes ocorre pela sucedânea de várias intervenções; mas para que as ações se somem, produzindo

uma melhora crescente em uma situação de saúde, precisam estar adequadamente articuladas no tempo. Outro ponto fundamental da continuidade, que novamente expõe sua interligação com a complementaridade, é a necessidade de determinar, em cada momento de um agravo de saúde, as intervenções mais adequadas para a melhora do estado de saúde, e o respectivo serviço de saúde que deve ser responsável pelo cuidado.

Nas entrevistas foi questionada a capacidade de a rede prover o tratamento adequado no momento adequado. Os entrevistados afirmam que os usuários do SUS com frequência circulam em vários serviços sem conseguir o atendimento apropriado à sua necessidade:

O que tem é que mudar essa rede, né? Que tem que ser encarada a situação na realidade. Não adianta dizer, por exemplo do CAPS, não quer atender ansiedade e tem que mandar pro posto. Só que no posto muitos não aceitam. Então eu acho que tem que ser encarado como essas pessoas estão sendo atendidas. Vem pra cá [para o HSMM], aqui não atende. Vai pro CAPS, o CAPS não atende. Vai pro posto, o posto não atende, e fica nesse ciclo vicioso, só agravando a problemática dela. Eu acho que a saúde mental tem que se reinventar. Tem que procurar ver como se pode fazer, pra ter resolutividade em várias questões.[HSMM 07]

Se você tem um profissional que lhe dê o suporte, então eu vou tentar resolver os problemas, para que não bote o problema para frente. Por muitas vezes o que acontece na saúde no Brasil, é os profissionais colocarem o paciente para marchar. “Não, não dá para resolver aqui, vou mandar para ali”. Chega ali: “não, vou mandar para lá”. E o paciente só andando. Só andando, só andando e piorando. Piorando todo seu estado. [CSF 02]

Eu não gosto de ficar fazendo o sujeito andar. [...] Se ele sai daqui, com uma receita de fluoxetina, aí o cara vai gastar um vale-transporte lá pro CEMJA pra pegar a fluoxetina dele. Ou então ele vai lá pro CAPS. Porque esse tipo de medicação não tem na unidade básica. Então é mais uma dificuldade pro paciente ter acesso a sua medicação, porque às vezes ele não tem dinheiro pra ir, não tem vale, não tem porra nenhuma. Então ele passa mais algum tempo sem o medicamento, porque ele é consultado aqui, mas vai buscar em um outro canto, o outro canto não tem, aí vai pra outro canto, o outro canto não tem... [CSF 05]

Não é claro a divisão de responsabilidades, mesmo em quadro clínicos, não-psiquiátricos. O paciente vai e volta. [CSF 06]

O trajeto por vários serviços é interessante ao sistema de saúde quando é organizado de forma racional, representando vários momentos de um agravo sendo cuidados por diferentes partes do sistema (MENDES, 2011). Contudo, o que se revela na fala desses profissionais é a dificuldade de identificar o serviço adequado para cada momento da demanda de saúde mental, assim como dificuldades enfrentadas pelos usuários em cumprir o trajeto prescrito pela rede. Esse trajeto ineficiente revela a fragilidade da integração entre os serviços do sistema de saúde, e ocorre, em parte, pela ausência de definição clara dos encargos de cada serviço, conforme citado por um dos profissionais acima. De acordo com o que observamos na pesquisa, cada serviço tem

definido seu escopo de responsabilidade, mas na prática essas definições exigem várias reformulações, como pudemos perceber na criação de diferentes perfis de clientela no CAPS, na subjetividade envolvida na determinação do “risco do risco” no HSMM e na heterogeneidade de demandas presente na APS.

Além da dificuldade de precisar os limites de cada serviço, soma-se também a dificuldade de proporcionar uma atenção de qualidade às demandas que não fazem parte do perfil de atendimento do serviço, de forma a avaliar com precisão qual o encaminhamento correto para cada caso. Um profissional do CAPS menciona a importância dessa escuta:

Às vezes nem é para cá. Mas a gente faz esse acolhimento. Deixa a pessoa falar, se dizer. E aí vai fazendo essa triagem. Se é para cá, se é para atenção básica. Que tipo de encaminhamento eu vou dar. Mas eu preciso escutar. Eu penso que isso daí é fundamental no serviço da saúde mental. Se você não souber fazer essa escuta, você às vezes faz encaminhamentos indevidos. [CAPS 02]

Ainda que a atenção primária seja defendida como a principal entrada na rede de saúde (STARFIELD, 2002), o CAPS foi também planejado como um centro organizador das demandas de saúde mental, possuindo nesses casos o atributo do primeiro contato (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Como percebemos nas seções anteriores, o CAPS recebe bastante demanda espontânea, assim como de diversas instituições – inclusive de fora do setor saúde – que enviam usuários ao serviço para os primeiros cuidados em saúde mental. Observamos que, muitas vezes, tais quadros estão fora do perfil de gravidade definido pelo serviço, mas tal nível de gravidade só pode ser corretamente identificado por meio da escuta nesse serviço especializado. Portanto, pertence também ao CAPS, juntamente com a Atenção Primária, a responsabilidade pela organização da demanda de saúde mental na rede de saúde e intersetorial.

Quando investigamos a continuidade entre o CAPS e o HSMM, as dificuldades observadas não se encontram no direcionamento da demanda para o serviço adequado, mas de garantir a manutenção da atenção de forma apropriada. Os relatos dos profissionais do HSMM identificam duas causas principais para a quebra dessa continuidade: a dificuldade do CAPS absorver a demanda de egressos dos hospitais e evitar crises, principalmente em decorrência da indisponibilidade de atendimento psiquiátrico; e a incapacidade da família dos pacientes providenciar o suporte adequado

ao tratamento em regime aberto. Transcrevemos inicialmente os relatos concernentes a adversidades atribuídas ao CAPS:

ENTREVISTADOR: Há continuidade no cuidado em saúde mental?

Acho que não. Acho que por causa dessas dificuldades né... Que os CAPS tão passando. Eu acho que é difícil por isso. O paciente sai da internação, e deveria ir para o CAPS continuar o tratamento, e às vezes não consegue. [...] Fica sem medicação. A gente sabe da angústia desses profissionais também, desse serviço... Não é bem cuidado isso daí. A saúde como um todo né... [HSMM 02]

Depende do serviço. Acho que quando aconteceu uma internação de novo, acaba que [o tratamento] é continuado. Isso não muda muito. Mas por conta de agenda, às vezes acaba tendo uma quebra nesse cuidado. Às vezes o paciente sai de alta aqui, a gente libera medicação para trinta dias. E algumas vezes esse paciente não consegue uma consulta no lugar onde ele é acompanhado em trinta dias. E aí, seguramente ele fica descoberto. [HSMM 04]

Porque na realidade não é, porque o Hospital Mental não tem ambulatório, não tem mais... [...] Então, aquele paciente vem só mais em crise. Tem crise, se interna, depois volta pros CAPS e isso aí não está sendo garantido por conta da rede, que não está funcionando. A gente sabe que na realidade não está funcionando. Falta remédio, falta médico, falta tudo. [HSMM 07]

Essa questão da continuidade tá ligada a essa dificuldade do CAPS né. Que é o serviço que devia centralizar, devia coordenar e dar conta dessa questão das crises. Às vezes por dificuldade do CAPS, às vezes por dificuldade social da família, não tá dando conta de estar levando, de estar cuidando desse paciente. [HSMM 06]

Como se observa acima, no HSMM foram recorrentes afirmações sobre dificuldades em obter atendimento médico e medicação nos CAPS, e o excesso de demanda no hospital é atribuído a essa situação, que favoreceria novas crises e consequente necessidade de internação. Os profissionais do HSMM entendem que a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos foi realizada com a promessa de que os leitos desativados não mais seriam necessários, uma vez implantados os CAPS. Dessa forma, enquanto que a ideia de complementaridade é bem aceita pelos profissionais do hospital, a continuidade é questionada quando estes percebem que o número de pessoas que buscam internações psiquiátricas excede a capacidade do hospital.

Outro fator apresentado pelo HSMM para a ausência de continuidade, diz respeito à dificuldade da família cuidar do paciente em regime aberto. Nesse caso, a responsabilidade pelo insucesso não seria atribuída diretamente ao CAPS, mas à incapacidade da família de manter o acompanhamento nesse ou em outro serviço, e realizar partes do tratamento que seriam de sua responsabilidade:

Tem, tem muita quebra. Tem muito paciente aqui, nossos conhecidos, que já se internaram várias vezes. A questão do cuidado... Por conta da dificuldade mesmo do paciente, da família. É difícil... É difícil. [HSMM 02]

Eu acho que tem uma quebra muito grande, por exemplo, na ausência de um familiar para poder estar conduzindo essa situação. Porque o paciente sai da internação e é orientado para ir para o CAPS, no CAPS ele é orientado para ir no dia X para a consulta e receber a medicação e tomar a medicação em casa. Então quem me garante que esta medicação está sendo dada? Está sendo administrada em casa corretamente? Quem me garante que esse familiar está realmente levando esse paciente para a consulta? [HSMM 08]

Um profissional reconhece também que seria papel tanto do CAPS, como do HSMM, preparar as famílias para lidar melhor com as pessoas com sofrimento psíquico/transtorno mental grave, de forma a melhorar a atenção dispensada no domicílio dos pacientes:

Eu sei que não é fácil também o familiar se dedicar exclusivamente para o paciente, mas infelizmente, é o que necessita. Inclusive, nós precisaríamos ter - tanto o CAPS como o hospital - uma forma de trabalhar esse familiar antes de receber esse paciente de volta para casa, quando ele vai sair de alta. Porque nós profissionais sabemos como conduzir as situações, mas familiar que está em casa, como é que ele vai estar recebendo esse paciente? Será que ele tem uma estrutura organizada para receber esse paciente?[HSMM 08]

A continuidade da atenção não representa apenas a sucedaneidade de atendimentos no HSMM, CAPS e CSF, refere-se também a manutenção de um projeto terapêutico mais amplo, cujas etapas são realizadas em diferentes instituições. Sobre esse tema, obtivemos dos entrevistados opiniões apenas sobre o tratamento medicamentoso, divergindo as opiniões sobre sua continuidade:

Quando chega aqui [no HSMM], a gente sempre pede para o paciente trazer a prescrição de onde ele era acompanhado. [...] Aqui a gente acaba muitas vezes mantendo essa prescrição. No caso da medicação raras vezes a gente troca. Até porque normalmente acontece [a crise] pelo paciente ter interrompido o uso do remédio. Então... raramente a gente troca. Até por uma questão disso, da gente às vezes trocar por uma medicação mais cara, ele volta para o CAPS e não vai ter acesso. Então para evitar esse tipo de descontinuidade e o paciente entrar em crise de novo, normalmente isso é continuado. [HSMM 04]

Não, existe não. Muda a medicação. Principalmente, muda a medicação. Essa medicação de alto custo... [HSMM 01]

De dez idosos, cinco tão tomando benzo [benzodiazepínicos]. É errado. Só pode ser por três meses, nas crises agudas. Mas se eu não dou, eles conseguem em outro lugar, no hospital. E chegam tudo com a prescrição da psiquiatra. Ela sabe que não pode, mas prescreve. É errado! [CSF 06]

Apesar das divergências apresentadas, percebe-se que, além da avaliação da melhor indicação clínica para a medicação, faz-se necessário ponderar a disponibilidade de medicação para cada usuário. O acesso a alguns antipsicóticos e antidepressivos

atípicos é obtida no SUS apenas via o programa de medicação de alto custo, disponível facilmente somente em alguns hospitais. Pondera-se sobre as facilidades e dificuldades de acesso, principalmente na escolha da medicação para pacientes do interior do estado, onde seria necessário um trabalho junto à respectiva secretaria municipal de saúde para a solicitação desse medicamento. Por vezes, prefere-se alterar a medicação a correr o risco dessa articulação não ter sucesso e o paciente ficar desassistido. Porém, outro profissional posiciona a discussão dos psicofármacos em um contexto mais amplo:

O problema, a questão, não é essa. A questão é que não há consciência da necessidade de continuidade. Então o pensamento atual é apenas renovar a receita. E o que eu vejo é que para haver um trabalho de educação em saúde mental, tem que ter a receita sim, mas tem que ter a educação, pra que haja o vínculo com uma proposta terapêutica. Coisa que não tá havendo no momento, regra geral. [HSMM 05]

Para este profissional, a dificuldade não é apenas por conta da dificuldade de atendimento médico e obtenção das medicações, mas a vinculação a uma proposta terapêutica que não se reduz à medicação, apesar de inclui-la. Retoma-se aí a temática da complementaridade: a necessidade de articular coerentemente várias intervenções diferentes, sob responsabilidade de mais de um serviço de saúde. Contudo, percebemos que é difícil para os profissionais avaliar a continuidade do projeto terapêutico nos demais serviços, pois não existe a manutenção do vínculo após os encaminhamentos:

É, porque não existe busca de... Quando o paciente veio aqui [no CSF], e depois foi para lá. Não existe uma busca de contato que "olha, esse paciente esteve aí, como foi?". [CSF 03]

Quando eu encaminho, o paciente desaparece. Vai não sei nem para onde, e nunca mais vejo. Só encontro se for por acaso. [CSF 06]

O hospital... ele tira da crise, mas aí quando o paciente sai de lá, a gente não toma nem mais conhecimento de como o paciente está. Se ele tá continuando indo para o CAPS, se tá sendo atendido.. a gente perde... se ele tá internado em outro hospital... a gente perde o contato. [HSMM 01]

Como a gente faz essa busca ativa, procura saber se o paciente está continuando o tratamento. Às vezes há uma quebra. [...] Se a gente não tiver ali no hospital, fazendo busca ativa, eles não retornam ao CAPS. [...] Porque é uma continuidade. Eu vou para o hospital e tenho que retornar ao CAPS. E se eu encaminho para uma terapia complementar, é necessário que aquele local me dê um retorno desses pacientes. Se realmente estão assistidos ou não. [...] A gente às vezes tem essa contrarreferência através dos próprios pacientes. Porque tem locais que nos dão retornos e tem locais que não. Às vezes é difícil a gente ter esse controle. [CAPS 01]

Em todos os serviços pesquisados houve relatos da dificuldade de manter o contato com os usuários após o encaminhamento, ter acesso a informações acerca de seu estado de saúde ou mesmo de sua adesão ao tratamento no outro serviço. Isso indica

ausência de integração do cuidado, revelando uma formulação de rede enquanto conjunto de serviços (ZAMBENEDETTI; DA SILVA, 2008), e não como uma articulação orgânica de produção fluxos recíprocos (FRANCO, 2006).

Acreditamos que isso é particularmente preocupante em relação à atenção primária, uma vez que a responsabilidade sanitária das EqSF é constante, e não se resume apenas ao momento de adoecimento no qual o usuário procura o centro de saúde. Em relação ao CAPS, segundo publicação do Ministério da Saúde, algumas de suas funções incluem:

[...] regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.13)

Essa definição apresenta-se um pouco problemática. A compreensão do que significam os objetivos de “dar suporte e supervisão”, imputados ao CAPS, não é explícita, deixando margem para várias interpretações. Não estão definidas quais são as atividades de suporte, ainda que o apoio matricial venha ganhando bastante destaque como principal modalidade de suporte em saúde mental (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c, 2011c). Também não é claro se, em relação à Atenção Primária, essa responsabilidade diz respeito a supervisionar apenas aos casos graves ou à totalidade de demandas de saúde mental. No que diz respeito à supervisão das unidades hospitalares, onde se subentende tanto hospitais psiquiátricos como hospitais gerais, esse entendimento parece mais simples, conforme relatou uma entrevistada:

Porque alguns aspectos psiquiátricos necessariamente são nossos. Não tem um paciente que se interne por aí que não seja. Só se internam pacientes muito graves. Necessariamente eles são nossos, cadeira cativa. [CAPS 03]

Essa percepção sustenta o esforço desenvolvido na busca ativa, para o contato do CAPS com os pacientes internados, assim como a assunção automática observada no HSMM que seus pacientes precisam sempre ser encaminhados para o CAPS (ou para os outros serviços abertos). Todavia, o intercâmbio de informações entre os três serviços, especialmente a contrarreferência, não é uma prática comum na rede. Essa prática foi citada como importante por vários profissionais, conforme descrevemos na seção anterior, e em nossa fase de observação identificamos que todos os serviços possuem

uma ficha própria de contrarreferência. Entretanto, pelo que notamos na fase de observação, a contrarreferência não é uma prática corriqueira. Outros relatos do CSF corroboram essa percepção:

Referência e contra-referência não existe. Em nenhuma especialidade, mas a psiquiatria é a pior de todas. E está piorando, eu tenho ouvido falar que estão fechando tudo que é hospital por aí. [CSF 06]

Há uma fragmentação. Como eu te falei, não há contrarreferência. Do posto com o CAPS, até pode existir. Inclusive, assim, eles não procuram saber como é que tá aquele paciente. Não há um acompanhamento. Em relação ao hospital é completamente fragmentado. [CSF 02]

Não temos elementos para afirmar o motivo de a prática da contrarreferência ser negligenciada. Podemos, todavia, reconhecer os efeitos positivos que essa troca de informações tem na relação entre os serviços e na continuidade do cuidado, conforme existente na busca ativa e no apoio matricial.

Manutenção do vínculo

Além da continuidade entre serviços, também foi abordada a manutenção do vínculo com algum profissional ao longo do acompanhamento, tentando compreender se há uma preocupação em estabelecer uma referência fixa, independente do fluxo do usuário na rede ou no interior de um serviço. Em relação à estabilidade de uma referência dentro do serviço, no CSF a própria organização da ESF estabelece esse princípio: os usuários têm seu médico, enfermeiro, ACS e dentista determinados, de forma duradoura, por seu local de moradia. No CAPS, a construção de uma referência é obtida pela criação de estratégias no serviço, como a manutenção do mesmo psiquiatra ao longo do tratamento e o estabelecimento de “profissionais de referência” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) para cada caso, que fazem um acompanhamento transversal às atividades desenvolvidas pelo usuário:

ENTREVISTADOR: *Você acha que mesmo o usuário rodando em vários locais, é possível um profissional manter um vínculo com esse usuário de acordo com o acompanhamento? Perfeitamente. É o que a gente chama de profissional de referência, né? [...] Dentro do serviço para com o usuário. Sobretudo os mais graves, entendeu? [CAPS 03]*

Na saúde mental, mais do que nunca a questão do vínculo é muito importante. Porque se o paciente não fizer um vínculo, ele não adere ao tratamento nem volta à consulta. Mas isso varia de profissional para profissional. Mas geralmente os pacientes, quando fixam um vínculo, eles são bem vinculados. Aqui, a questão de desistência de paciente é muito pouca. Quase todos vêm, quando faltam avisam ou vêm no outro dia pegar a receita. Na verdade, às vezes o vínculo é tão forte que é difícil da gente desmamar. Quando a gente tem que encaminhar, dar alta, às vezes é difícil. O paciente quer se manter aqui. [CAPS 06]

Nesse caso, o profissional ou equipe de referência, além de construir um vínculo estável com o usuário, tem como função personalizar o acompanhamento de cada caso, de modo a ter um ou mais profissionais com uma responsabilidade diferenciada frente ao restante da equipe (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2010; PINTO et al., 2011; SILVA; DA COSTA, 2010).

No HSMM, os profissionais citaram que não é prioridade para a instituição garantir a manutenção do mesmo psiquiatra ou do restante da equipe em caso de reinternação, pois o principal determinante é a existência de vagas nas unidades de internação:

ENTREVISTADOR: *Uma vez que esse paciente circula nesses vários serviços, você consegue perceber se existe uma manutenção de um médico ou de uma equipe manter a referência com um paciente?*

No momento da internação não. Inclusive por uma questão de vaga né... Eu sou médico lá da unidade, eu acompanho 15 pacientes. Aqueles pacientes que já foram meus pacientes, se coincidir dele cair novamente num leito meu, no momento que eu estou dando uma alta, vou dar prioridade para ele. Mas muitas vezes isso não acontece, acaba caindo para outro colega. E por eu já estar com 15 pacientes, não tem como dizer "Ah, ele já foi meu paciente, eu quero voltar a atender ele". Ia acabar ficando complicada, essa ingerência. [HSMM 06]

Porque o hospital, dado o momento atual que ele tem passado, o paciente uma vez internado, ele não tem como direcionar para aquele profissional específico. Pode acontecer ou não. Não é uma coisa que... a estrutura não identifica. O que acontece às vezes é um paciente que eu acompanhei um período anterior, ele tá internado na mesma unidade que eu estou trabalhando, mas está sendo acompanhado por outro profissional. Ele me encontra, cumprimenta, fala... [CAPS/HSMM]

Mas o próprio paciente quando chega, ali na emergência, ele já vem com o nome do médico na cabeça, pedindo para ficar naquela unidade, porque quer ser atendido por aquele médico. Porque gosta daquele médico. Porque aquele médico já conhece a história. Quando não é paciente, é o familiar. [...] Mas nem sempre é atendido. Porque a vaga as vezes não é lá. Às vezes a vaga ... não tem nem a vaga no hospital. De lá, a central de leitos encaminha para outros hospitais, que tem convênio com o SUS. [...] Agora muitas vezes o médico tanto trabalha lá no hospital mental, quanto trabalha lá nesse outro hospital. Então ele já conhece bem. [HSMM 01]

Tendo em vista a natureza de um serviço de emergência, não é possível aguardar a liberação de um leito de um psiquiatra específico para iniciar o internamento, de forma que apenas por acaso é mantido o atendimento com o mesmo profissional médico. Considerando que tanto as duas unidades masculinas como as duas femininas possuem, cada uma, três psiquiatras, o paciente será acompanhado pelo primeiro dos seis profissionais que tiver um leito disponível. O mesmo vale para o restante da equipe, que também restringe seu contato com os pacientes designados para sua unidade. Essa

alternância de profissionais faz com que muitos pacientes não se recordem nem do nome dos profissionais que o atenderam no hospital:

Eles [os pacientes] sabem muito a medicação. Acho interessante isso. Ele chega na emergência: "o que que você toma?" Às vezes, quatro, cinco remédios, ele sabe. Mas o profissional... assim, às veeezezes ele sabe. Mas acho que o mais comum é ele não saber o nome do profissional. [HSMM 02]

Na situação relatada acima, parece que a relação com o medicamento é mais permanente do que com os profissionais que realizam o tratamento, mostrando a impessoalidade no cuidado. Em nossa fase de observação, alguns profissionais relataram a preocupação com a humanização do hospital, traduzindo esse conceito como limpeza das instalações, e a garantia de avaliações periódicas pelos profissionais, no mínimo duas vezes por semana por um médico, e uma vez por semana por cada um dos demais profissionais. Contudo, este princípio não se resume à qualidade de condições materiais, tendo na produção de vínculo um aspecto fundamental (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No setor de emergência do HSMM também não há continuidade de vínculo, pois o atendimento é feito por um dos profissionais que está de plantão no dia. Um entrevistado do hospital ressalta que há um prejuízo nesse tipo de atendimento de emergência, pois geralmente não é possível acompanhar o retorno de um paciente atendido, mesmo que este recorra novamente à emergência:

Como por exemplo, até na emergência, eu preciso dar uma receita, como é que eu vou saber o controle da absorção e resposta terapêutica desse paciente, se no dia em que ele voltar eu não sei se eu vou estar na escala, vai ser outro colega e eu vejo que ninguém pode fazer a prova pro outro. Não é que cada um seja insubstituível, mas eu vejo que cada um tem que ter uma responsabilidade pelo o que faz. E seriedade. [HSMM 05]

Essa dificuldade é inerente ao sistema de plantão, onde o profissional não está disponível todos os dias. Ainda assim, no hospital pode ocorrer a manutenção do vínculo em algumas situações excepcionais, tais como pacientes considerados “difíceis”, ou quando o acompanhamento é feito pelos residentes em psiquiatria, e não pelo médico assistente da unidade:

No caso dos residentes, que são os meninos que ficam acompanhando diretamente os pacientes. Se esse paciente já foi internado alguma outra vez, e era um determinado residente que acompanhava, em caso de reinternação, esse mesmo residente é designado a acompanhar o paciente. Então acaba que, de uma certa forma, ele já conhece esse paciente. E um monte deles acaba trabalhando no CAPS também. Então, por conta de trabalhar em mais de um local, você acaba seguindo, acaba tendo contato. Então acaba mantendo esse vínculo por conta disso. Acaba referenciando para ele mesmo no CAPS, e o tratamento segue [HSMM 04]

Também, um ou outro paciente mais difícil, mais complicado, que você já sabe de alguma coisa a mais, ou desperta o interesse, você acaba fazendo o possível para buscar ele, fazer alguma troca com o colega, para continuar com ele. Mas, via de regra, não acontece isso não. [HSMM 06]

Contudo, mesmo nessas situações, parece que a manutenção da referência no mesmo psiquiatra não é justificada pela importância do vínculo, e sim pelo conhecimento do paciente pelo profissional. Dessa forma, o paciente é objeto do conhecimento técnico do médico, e não uma pessoa capaz de se vincular afetivamente e, por meio dessa relação, potencializar sua melhora de saúde.

Investigamos a manutenção do vínculo não apenas no interior de um serviço, mas também nos trajetos na rede de saúde mental. Nesse caso, como já podemos perceber no trecho de entrevista transcrito acima, os psiquiatras que trabalham em mais de um local acabam tendo contato com o paciente em vários serviços, ainda que isso não ocorra de forma intencional. Apesar de não ser uma diretriz dos serviços ou da rede, essa situação foi identificada por mais de um profissional:

E acaba que, pela internação ser uma coisa mais pontual, essa questão de tirar da crise, isso acaba sendo o de menos. Por exemplo, na época, já que eu tava trabalhando lá no CAPS, como eu também trabalhava aqui, sempre que tinha algum paciente que também era meu paciente do CAPS, eu fazia o possível para eu ficar com ele, porque aí eu teria essa possibilidade de ter essa continuação ideal. [HSMM 06]

Eu percebo que hoje, a rede hospitalar foi muito reduzida, mas para quem trabalha em duas, três instituições, na sua profissão, na sua área de atuação, alguns pacientes já eram conhecidos. Muitas vezes o profissional estava em um hospital A, o paciente estava internado lá e recebeu alta, e com poucos dias, ele estava em outro hospital e quando viu, o paciente já estava lá também. [CAPS/HSMM]

Evidentemente, os dois relatos acima retratam situações bem diferentes. No primeiro caso, temos uma efetiva continuidade do tratamento, entre CAPS e hospital, e que em certos momentos se beneficia da eventual continuidade do vínculo com um profissional que trabalha em ambos os serviços. Já o segundo relato evidencia o fenômeno da “porta giratória” (OPAS/OMS, 2001), onde um paciente tem alta de um serviço hospitalar, para em seguida dar entrada em outro, sem ser adequadamente absorvido pelos serviços abertos. No caso da porta giratória, observa-se a ausência de vinculação também com relação ao serviço aberto, assim como também a ausência de troca de informações entre as diferentes instituições.

Ainda que não seja incomum, no hospital o vínculo continuado ocorre apenas de forma eventual. A situação mais frequente é dos profissionais perderem o contato com os pacientes, uma vez realizada a alta. No caso de uma reinternação, algumas

informações já estão contidas no relato da internação anterior, em um prontuário armazenado no hospital. Pelo que percebemos em nossas observações, os pacientes de primeira internação são minoria, e recebem uma marcação especial no quadro de leitos, para que a equipe possa dar-lhes maior atenção. No que diz respeito a um vínculo pessoal após a alta, um profissional resume bem a situação:

O vínculo assim, só de... de... quase que afetivo, né? De gostar. Porque na realidade não tem mais nada aqui com a gente. [...] Não tem mais nada aqui no hospital. [HSMM 07]

Esse relato demonstra a possibilidade de vínculos afetivos, mas que se desenvolvem naturalmente, não fazendo parte de uma estratégia de continuidade do serviço. Uma situação diferente é observada no CAPS, pois a utilização do profissional ou equipe de referência permite que, mesmo quando um paciente é internado em um hospital psiquiátrico ou clínico, ou mesmo quando é preso, seja mantido o contato com a referência:

ENTREVISTADOR: É possível algum profissional, alguma equipe, manter um vínculo com esse paciente, mesmo ele circulando nesses vários locais?

Consegue se ele tiver em algum grupo, porque em grupo a gente consegue ter esse controle, né? [...] Então assim: "olha, fulaninho está doente disso". "É, eu tô sabendo". "E aí? Vamos fazer o quando a visita?" Está entendendo? [...] E tem uns colegas também que eles mesmos dizem dos participantes de grupo. "Olhe, fulaninho nesse final de semana foi parar na delegacia." [...] Ou na delegacia, ou porque está com o problema com o filho e vai pra o SOS criança, não sei o quê da juventude. A gente está atento. Não tem essa não. Aonde ele precisar a gente vai. É isso que a gente faz. [CAPS 01]

Essa configuração diferente nos dois serviços é esperada, uma vez que a proposta terapêutica do CAPS é de atenção continuada a pessoas que enfrentam uma situação crônica, de modo a requerer acompanhamento por longos períodos, ao passo que o hospital psiquiátrico é responsável por um momento pontual desse quadro crônico.

Infelizmente não foi possível, a partir do discurso dos profissionais do CAPS, aprofundar mais o tema em relação a esse serviço. Em relação à constância da referência ao longo das linhas de cuidado da rede, obtivemos mais algumas informações a respeito dos profissionais do CSF. Estes, quando perguntados acerca da possibilidade do usuário manter o vínculo, expressaram tanto respostas afirmativas como negativas, e ainda outras mais cautelosas:

Tem pacientes extremamente vinculados. Já vem direto na gente. [...] Eles sabem que a gente tá aqui para isso. Em nenhum momento a gente se nega. Tem paciente aqui que começou com uma depressão leve, moderada, e chegou a ter depressão grave. E agente acompanhou mesmo no

momento que foi encaminhado. Foi encaminhado para ser internado, saiu, já está de novo na unidade de saúde. Melhorando pouco a pouco. Mas são pacientes que são intensivos né. Que vão e voltam. [CSF 02]

De conhecer o caso do paciente, não. Não tem.[...] Como vai de um setor para o outro, eu acredito que não. Porque o profissional que vai estar lá no CAPS, no caso: na oportunidade que o paciente estiver na unidade ou no hospital, ele não vai saber o que, naquela ocasião, o que realmente aconteceu, da realidade que ele estava no momento. Ele vai escutar do paciente, e não necessariamente ele vai conseguir perceber realmente, naquela hora, ali, naquele contato visual. Ele vai ouvir o relato do paciente, e não necessariamente o que aconteceu. Então assim, quando ele tem uma conduta, não seria tão acertada se ele estivesse presente na consulta anterior, no episódio anterior. [CSF 03]

Alguns têm. Alguns conseguem dizer "doutor, meu médico é o Dr. [fulano] lá da faculdade, meu médico é o Dr. [sicrano] do CAPS, minha médica é a [beltrana] do CAPS". Alguns fazem essa referência. [...] Não são todos. A maioria fica um pouco à deriva mesmo. [CSF 05]

O primeiro relato revela os profissionais da EqSF como uma referência constante, antes e após uma manifestação mais grave de transtorno mental/sofrimento psíquico. Já o segundo refere-se à impossibilidade de um profissional realmente conhecer o caso de um paciente, sem ter estado presente. Revela, indiretamente, a dificuldade de comunicação entre os profissionais, pois reconhece apenas o próprio paciente como fonte possível de informações sobre cada momento do cuidado. O último fragmento evidencia a possibilidade de vínculos dos usuários com profissionais psiquiatras de diferentes locais, conforme usuários afirmam ao entrevistado, em suas consultas no Centro de Saúde, ressaltando o caráter de exceção dessa situação.

Um dos pilares da atenção à saúde mental na atenção primária por meio do apoio matricial é o benefício observado pela manutenção da referência do usuário em uma equipe generalista (EqSF) (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 1999; FURTADO, 2007). Contudo, para que esse vínculo seja utilizado positivamente ao longo de outros itinerários da rede, é necessário que a equipe de referência participe minimamente da produção das linhas de cuidado (MAGALHÃES JUNIOR, 2002), e mantendo-se atualizada com informações sobre o estado de saúde do usuário. A situação que se apresenta na rede não conseguiu ainda produzir esse tipo de relação na atenção à saúde mental, mesmo com o apoio matricial. Quando consideramos que a maior parte das demandas de saúde mental não circula nas atividades de matriciamento, encontramos uma situação ainda mais precária.

Em relação especificamente aos pacientes atendidos no apoio matricial, observamos alguns resultados mais positivos. Um trabalhador do CSF menciona uma situação que vivenciou junto a uma usuária atendida no apoio matricial:

Quando ele [o usuário] está no CAPS tem [continuidade do vínculo]. Por exemplo, aquela moça que eu te falei [...]. Aí ela disse assim: "Mas Doutor, se eu chegar lá no CAPS e pedir pra ser atendida, eu vou ser atendida por outro médico e eu não vou ter coragem de dizer pro outro médico a mesma coisa que eu disse pro senhor". Ele disse: "Não, então não seja por isso". Na mesma hora, na frente dela, ele ligou e marcou a consulta dela, pra ele, com a atendente. "Olha, vai chegar fulana de tal aí me procurando segunda-feira, bote ela na minha agenda porque eu é quem vou atendê-la". Então ela criou aquele elo com ele. [CSF 07]

A possibilidade dessa conduta diferenciada ocorre para aproveitar o vínculo já iniciado na atenção primária, quando ocorre o direcionamento para o CAPS. Segundo esse entrevistado, isso tem um efeito positivo no tratamento, evitando inclusive mudanças inadequadas na conduta medicamentosa:

Porque eu acho que o paciente psiquiátrico, ele tem que ter um elo com o médico, porque se você fica de um médico pra outro, de um médico pra outro... Tanto você fica mudando a medicação, quanto você não faz o tratamento direito, porque você pensa uma coisa, eu penso outra. Outra pessoa pensa... Cada um tem uma maneira de pensar. Então o tratamento não vai ser eficaz. [CSF 07]

Jorge e cols. (2011) defendem que o vínculo favorece a integralidade, seja no estabelecimento de uma relação afetiva e de confiança entre profissional e usuário, seja por facilitar novas linhas de cuidado. Nos relatos apresentados pelos profissionais do CSF, podemos observar a presença desses dois aspectos do vínculo. No CAPS, também observamos a produção de tais vínculos de confiança, e uma preocupação com sua manutenção tanto nas linhas de cuidado desenvolvidas pelo serviço, como por incursões eventuais em outros espaços. No HSMM não foi identificada em nenhum momento tal preocupação, evidenciando uma diferença entre funcionamento de um serviço de emergência, e os outros dois serviços de saúde, de cuidado longitudinal.

5.5.3 - COERÊNCIA

Após discutirmos a complementaridade e a continuidade, um último aspecto da dimensão Integração diz respeito à coerência da rede. Ao indagarmos os entrevistados acerca da existência de um objetivo comum à rede, ou de objetivos difusos ou mesmo antagônicos, obtivemos informações relevantes sobre certo gradiente de coerência na rede. Além desses relatos, também analisamos conjuntamente as propostas de cuidado identificadas em cada serviço, no intuito de adensar a argumentação sobre esse complexo aspecto da integração.

A principal comparação que realizamos foi das propostas de cuidado do CAPS e HSMM, uma vez que não há uma clareza acerca do posicionamento do CSF na atenção à saúde mental. Apesar de em alguns momentos, trabalhadores tanto do HSMM como

do CAPS terem defendido a posição complementar ocupada pelos serviços, já ressaltamos que, para o CAPS, essa situação seria transitória, até uma futura implantação de outros serviços na rede, enquanto que o hospital argumenta pela ampliação conjunta dos serviços CAPS e hospitais psiquiátricos. As falas a seguir ilustram essa divergência:

Eu vejo que, quando está correndo junto, a gente está... Quando a gente tem um objetivo comum. Porque a gente ainda tem essa luta da Reforma Psiquiátrica, eu vejo isso. [...] A gente está nesse objetivo, quando percorre de uma forma diferente... [...] No hospital é diferente. Quando a gente vai buscar, não é o mesmo pensamento, né? [CAPS 01]

Os objetivos [na rede de saúde mental] ainda são difusos. A via hospitalocêntrica, eu acho que ainda perdura nos hospitais psiquiátricos. [...] Então, gerar leitos em hospitais psiquiátricos que, em sua maioria, são hospitais particulares, que são credenciados ao SUS, alimenta a um grupo de pessoas. [...] Que teriam como objetivo a manutenção desse vínculo. À medida que isso se diminui, impacta, né? Então a ideia deles é ainda desqualificar essa nova perspectiva de modelo de assistência que está surgindo. Que são os serviços CAPS. Obviamente, os CAPS ainda não conseguiram alcançar o que está posto lá... Por essa questão de conjuntura mesmo. Política. [CAPS 03]

Essa posição contrária ao hospital gera certo ressentimento em alguns profissionais do hospital, produzindo a percepção de que o CAPS intenta dominar todo o campo da saúde mental, mas tem fracassado tanto em evitar como em se responsabilizar pelas crises. Dessa forma, o combate à ampliação de serviços no hospital psiquiátrico, imputado ao CAPS, produz um incômodo nos profissionais do HSMM:

O CAPS acha que ele resolve o problema e o hospital muitas vezes acha que resolve o problema também. Sendo que o ideal seria o que? Os dois andarem juntos. E não eu tentar aqui impedir que o hospital tenha um ambulatório para atender esse paciente e o hospital tentar impedir que o CAPS tenha uma internação, coisa que o hospital - pelo menos até onde eu sei - não faz isso. Não tenta. Mas o CAPS, eu sei que acha que pode, que dá para resolver lá. Se desse para resolver lá, ótimo. O problema é que não dá. [HSMM 08].

Tanto no CAPS como no HSMM, os profissionais tem a percepção de que seu trabalho é desqualificado pelos colegas do outro serviço. Uma disputa ideológica que fatalmente torna-se personalizada nos profissionais, sendo esse atrito percebido também nas figuras de coordenação de cada serviço:

Olha já teve alguns momentos em que a coordenação [de saúde mental] era mais eficiente. [...] Coordenação X, Coordenação Y, não procuravam estar tanto em foco na mídia como melhor e nem a outra pior. [...] E via que algumas pessoas iam pra mídia pra dizer “eu tenho isso, eu faço isso, é isso, é assim”. Então teve alguns momentos que as coordenações falavam mais a mesma linguagem, sem essa disputa. Porque eu não gosto, quando você tem um paciente você não pode disputar, você pode ajudar. Aí eu via que existia uma certa disputa: “Eu tenho esse serviço. Eu faço” [...] Outras pessoas chegavam aqui e comentavam as reportagens que viam

na televisão: “Gente vocês viram ontem fulano falando assim, que não sei o que?”. Ai no outro dia já outro ia lá e falava não sei o que. Então a gente viu que, em alguns momentos a competitividade de espaços não foi bom pro paciente.[HSMM 03]

A existência desse antagonismo é perceptível apenas entre HSMM e CAPS. No CSF, apenas um profissional relatou uma discordância com o papel dos serviços CAPS na rede:

A gente não precisa de CAPS, o que eles fazem lá a gente faz aqui. O mesmo paciente que eles atendem lá eu atendo aqui. Algum que eu tenha mais dificuldade, eu levo para o matriciamento. [CSF 06]

Nesse relato, podemos perceber que o tratamento disponível no CSF é considerado equivalente ao do CAPS, mesmo com o serviço da atenção básica não possuindo o conjunto de atividades terapêuticas disponíveis no serviço especializado. Foi observada no CSF tanto a crítica da diminuição do número de hospitais psiquiátricos, como a defesa de um modelo aberto e territorial de cuidado. Desse modo, consideramos que no CSF os posicionamentos são superficiais, no sentido de desejarem, de forma inespecífica, a melhoria de todos os serviços de saúde mental.

De modo geral, um trabalhador do HSMM resume de forma simples a percepção dos profissionais de cada um dos serviços sobre os demais:

ENTREVISTADOR: Pensando no cuidado às pessoas com problemas de saúde mental, existe um objetivo comum, quando a gente pensa em todos esses serviços?

Não. Eu penso que não. As pessoas têm, afinal de contas, todo mundo tem uma visão diferente, né? Você pode ver o serviço de uma maneira e eu posso ver de outra. A que eu vejo pode ser errada a que você vê pode tá certa... Mas quem é que vai avaliar? Eu não vejo que exista uma visão em comum não. [HSMM 03]

A “visão comum”, considerada inexistente pelo entrevistado, pode se referir tanto ao consenso sobre o projeto terapêutico do paciente, que deveria extrapolar uma única instituição de cuidado, como à compreensão do que é o objeto da rede. Conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), esses dois aspectos representam, respectivamente, as integrações clínica e normativa.

Percebemos, pela proposta de cuidado do HSMM, que seu objeto é uma manifestação aguda do transtorno mental, pessoas em crise. Sob a perspectiva do transtorno mental como uma condição de saúde crônica, seria possível uma construção consensual com o CAPS acerca do objeto da rede de saúde mental. Porém, quando se considera outra forma de construção de objeto, mais complexo, sob a forma de “pessoa com transtorno mental/sofrimento psíquico enquanto sujeito de direitos” (WILLRICH et al., 2011), a importância da crise, ou mesmo do transtorno mental, torna-se secundária,

pois em muitos momentos outros aspectos do sujeito serão prioridade, matizando de forma mais intensa esse objeto. Assim, mesmo a “pessoa em crise” pode não apresentar como principal demanda a remissão de seus sintomas agudos, de modo que o CAPS ocuparia um lugar central na decisão sobre seu encaminhamento para uma eventual internação, seja em hospital psiquiátrico ou outros locais, pois seria o único serviço que reconheceria as múltiplas dimensões desse objeto complexo – ainda que não necessariamente consiga lidar com todas elas (PEREIRA; RIZZI; DA COSTA, 2008).

Partindo da constatação desse objeto-mosaico da rede de saúde mental, identificamos três posições acerca da pertinência do hospital psiquiátrico na rede. Uma primeira posição, mas facilmente identificável no HSMM, é de que a presença do hospital psiquiátrico é imperativa na rede, sendo necessário requalificar o hospital, ampliando seu número de leitos e investindo na criação de ambulatórios de psiquiatria. A existência de outras possibilidades de internação, como CAPS modalidade III e leitos em hospitais gerais, não justificaria a extinção do hospital, uma vez que a ideia subjacente a esse serviço mantém-se legítima. Considerando que os recursos para a saúde são limitados, uma consequência prática dessa proposta seria o redirecionamento do financiamento da saúde mental para os hospitais, caracterizando novamente a centralidade do hospital em termos de gastos públicos.

Uma segunda opinião, encontrada apenas no CAPS, defende a progressiva extinção do hospital psiquiátrico, reconhecendo que este ainda se faz necessário pela ausência dos outros serviços de internação e atenção contínua citados. A redução progressiva de leitos se faz necessária tanto pela necessidade de redirecionar o financiamento para a criação desses novos serviços, como para desvanecer no imaginário social a importância do hospital psiquiátrico, por meio da redução de sua oferta de serviços. Essa proposta é consoante com as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1994, 1995; DE PAIVA; YAMAMOTO, 2007; HEIDRICH, 2007)

Há ainda uma terceira posição, encontrada tanto no CAPS como no HSMM, também defende que o hospital psiquiátrico deve ser reduzido até a extinção, mas não pela necessidade de práticas psicossociais ou da reprodução social do usuário, mas pela semelhança que os transtornos psiquiátricos possuem com as outras doenças: da mesma forma que as doenças físicas, o melhor modelo de atenção pauta-se na atenção primária, com uma atenção longitudinal que previna a agudização dos quadros, representados no caso dos transtornos mentais, pelas crises. Nesses casos, é mais custo-efetivo o

tratamento dos episódios agudos em hospitais gerais e CAPS, visando ainda uma progressiva diminuição de tais ocorrências pela ampliação do acesso a serviços de menor complexidade. Essa posição parece ser defendida por alguns psiquiatras do CAPS, e por profissionais de diferentes categorias do HSMM. Nesse caso, a proposta assemelha-se ao modelo norte-americano de saúde mental comunitária, que prima pela redução de custos por meio do tratamento em centros de menor complexidade (AMARANTE, 1994; BIRMAN; COSTA, 1994).

No CSF, foi possível reconhecer aspectos parciais das três posições, revelando novamente certa superficialidade no discurso a respeito da saúde mental. Ainda que tal argumentação possa soar como uma crítica, ressaltamos que a diferença na densidade das problematizações acerca da rede de saúde mental é esperada, uma vez que CAPS e HSMM são serviços voltados para essa especialidade, enquanto que a ESF, além de possuir um caráter generalista, ainda encontra-se em um movimento polêmico de inclusão do tema em sua agenda de prioridades.

À guisa de conclusão, salientamos que coerência não implica em um consenso acerca de um tema, mas na possibilidade de construção de um eixo que direcione as intervenções em uma direção comum, negociando sua construção com os sujeitos envolvidos – profissionais de diferentes serviços, usuários, familiares e gestores. Atualmente, o eixo que sustenta e de certa forma une todos os serviços, é a percepção de que as pessoas com sofrimento psíquico/transtorno mental apresentam demandas que exigem as ações ofertadas especificamente em cada um dos serviços. No plano político, que inclui as proposições para o avanço e melhoria da rede, existem propostas divergentes, com espaços de disputa ocupados por profissionais de diferentes concepções ideológicas, reivindicando distintos *potenciais* para rede. Contudo, com muito mais intensidade, o cotidiano dos profissionais os defronta com a *atualidade* da rede, onde os processos de decisão precisam ser realizados com base nas condições presentes.

Nesse sentido, em que pese os diferentes poderes de negociação possuídos por gestores, profissionais, familiares e usuários, observamos que há uma coerência na organização da rede de saúde mental, de forma que esta não foi estabelecida de forma irrefletida. Apresenta-se como a resposta produzida pela progressão da política de saúde mental no município, conjugado ao contexto nacional mais amplo, promovido pelo Ministério da Saúde, de progressivo desenvolvimento de novos serviços articulados e

desestímulo à responsabilização isolada dos serviços, sejam hospitais psiquiátricos, ambulatórios ou CAPS.

6. CONCLUSÕES

Para finalizar nosso trabalho, iremos retomar o modelo analítico desenvolvido como etapa da pesquisa, de modo a tecer algumas considerações a partir das dimensões elencadas.

Em relação à dimensão **unidades mínimas** da rede, optamos por pesquisar a rede a partir de seus serviços de saúde como unidade de análise. Realizamos um mapeamento dos serviços disponíveis no município, incluindo seu estado atual e a história de seu estabelecimento, reconhecendo assim a presença de serviços variados, de diferentes níveis de complexidade e presentes em vários locais do município.

Dentro de uma compreensão histórica dos acréscimos e remoções de serviços da rede de saúde mental, percebemos importante diminuição dos leitos hospitalares, ainda que muitas vezes de forma unilateral pelos prestadores do serviço, e não como descredenciamento planejado pelas secretarias municipal e estadual de saúde. Todavia, essa diminuição de leitos não tem sido acompanhada pela abertura de leitos em CAPS tipo III ou enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Dessa forma, se destaca no panorama de serviços do município de Fortaleza a presença recente de um único CAPS tipo III, e o funcionamento de uma única enfermaria psiquiátrica no HUWC, contingente insuficiente para o manejo adequado de pessoas em situação de crise.

Após essa avaliação preliminar, optamos por investigar as três modalidades de serviços de saúde que consideramos mais fundamentais ao cuidado a pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico grave. Estabelecemos como objeto da pesquisa um recorte da rede de saúde mental de Fortaleza, uma “micro-rede”, dando prioridade aos serviços de uma única SER, e incluindo um hospital de referência estadual. Dessa forma, após a realização de observação participante e entrevistas em CSF, CAPS e Hospital Psiquiátrico, pudemos identificar a proposta de cuidado desenvolvida em cada um deles, assim como descrever suas formas de acesso.

No CSF Fernandes Távora observamos que sua proposta de cuidado em saúde mental encontra-se dissolvida entre diferentes atividades que não possuem um planejamento comum. Não há uma proposta consistente em relação à saúde mental, que parece ainda negligenciada em meio à multiplicidade de demandas de saúde sob responsabilidade do serviço. Ainda que o apoio matricial forneça algum direcionamento para a atenção em saúde mental, tendo inclusive auxiliado na criação de um espaço para esse campo dentro da rotina do serviço, essa tecnologia não foi ainda suficiente para

produzir uma identidade comum aos profissionais em relação às possibilidades de cuidado na atenção primária.

No CAPS a proposta de cuidado era descrita com grande coerência entre os profissionais, que compreendem que o serviço deve estar voltado para a reinserção social dos usuários, por meio do convívio familiar e comunitário e do desenvolvimento de atividades produtivas. Ainda que a remissão e evitação de sintomas agudos seja também uma preocupação constante, tal terapêutica ocorre conjugada à problematização do lugar social ocupado pelos usuários em decorrência dos sintomas e do estigma da loucura. Além disso, foi ressaltada a importância política dessa proposta de cuidado, no sentido de substituir um modelo promotor de exclusão, centrado exclusivamente na remissão de sintomas, que possuiria o hospital como fundamento do cuidado. Também foi mencionado o papel assumido pelo CAPS na formação de profissionais e produção de tecnologias consoante com sua proposta assistencial e política.

O aspecto central da proposta de cuidado do HSMM é a atenção à crise, no sentido de evitar ou mitigar sintomas e comportamentos que tornem o paciente um risco para si próprio ou para os demais. Desse modo, visaria retomar a capacidade de discernimento do paciente, pela eliminação dos sintomas mais agudos dos quadros psiquiátricos. Assim como no CAPS, os profissionais também citaram a importância da instituição na formação de profissionais da área de saúde, por meio de estágios de diversos cursos de graduação e da residência médica em psiquiatria.

Observa-se, no plano teórico, que a rede de saúde mental apresenta serviços que respondem aos diversos momentos das demandas de pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico. Percebemos que há uma distinção das responsabilidades entre cada instituição, ainda que, na prática, as linhas divisórias entre os encargos de CSF e CAPS, assim como entre CAPS e HSMM, não sejam totalmente claras. A presença de encaminhamentos e reencaminhamentos entre CSF e CAPS é fruto da dificuldade de estabelecer em todos os casos atendidos qual seria a proposta de cuidado que responderia mais adequadamente àquele momento específico vivenciado pelo usuário. Já em relação ao CAPS e HSMM, a dificuldade no tocante aos limites de responsabilidade se refere ao questionamento, por parte do CAPS, da pertinência da proposta de cuidado do hospital psiquiátrico, defendendo a necessidade de outros serviços substitutivos, como CAPS 24h e leitos em hospitais gerais.

O acesso inicial e fluxo em cada um dos serviços pesquisados ocorrem de modo diferente. Realizamos a descrição dos fluxogramas de atividades de cada serviço, com o

acesso representando o momento inicial do fluxo, assim como identificamos arranjos organizacionais que visam facilitar o acesso de forma adequada, em especial o acolhimento e classificação de risco.

No CSF percebemos que o apoio matricial organiza parte importante das atividades, mas que não representa uma tecnologia de acesso ao serviço. Dessa forma, salvo em casos de maior gravidade, a entrada das pessoas com problemas de saúde mental no serviço não possui um fluxo diferenciado, ocorrendo uma organização da demanda somente após o contato do usuário com profissionais médicos ou enfermeiros. Há necessidade de um arranjo organizacional específico que contemple as demandas saúde mental, conforme já existente para outros agravos prioritários. Além disso, ainda que a afirmação não tenha sido unânime, o relato de que as pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico grave não frequentam o serviço para tratar de outras questões clínicas revela um grave obstáculo de acesso, e coloca em cheque a função organizativa da atenção primária como primeiro contato. Se as pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico grave não utilizam os serviços primários, é provável que sejam responsáveis por acentuada ativação hospitalar por enfermidades físicas, muitas das quais poderiam ter sido tratadas em serviços de menor complexidade.

No que concerne ao CAPS, observamos o momento do acolhimento como importante tecnologia na organização do fluxo de atividades, assim como no contato inicial dos usuários com o serviço. Apenas a marcação de atendimentos médicos foi observada enquanto dificuldade de acesso, uma vez que o tempo de espera para a consulta é considerado inadequado pelos profissionais do serviço, e avaliado muito negativamente pelos profissionais de outros serviços. Consideramos ainda que a área de abrangência do CAPS é muito extensa e, conseqüentemente, representa uma população excessiva sob responsabilidade de um único serviço. Ainda que essa situação não tenha sido relatada diretamente pelos profissionais, podemos argumentar a partir da análise do indicador CAPS/100mil habitantes e da extensão territorial representada pela SER III.

No HSMM, por ser um serviço de urgência baseado no pronto-atendimento de casos graves, há uma preocupação constante com a agilidade do acesso. O desenvolvimento de uma tecnologia de acolhimento com classificação de risco revela o investimento da instituição em garantir o acesso da forma mais eficiente possível. Não obstante, tendo em vista a quantidade de pessoas que procuram o serviço, a qualidade do acesso tem sido prejudicada pelo número de leitos, considerado insuficiente pelos profissionais pesquisados. A existência de uma lista de espera em um serviço de

emergência, conforme observado, é inaceitável levando em consideração a própria natureza do serviço. Contudo, a redução dos leitos faz parte de uma proposta mais ampla de reorganização da assistência em saúde mental, de modo que a ampliação célere dos serviços que apresentam a opção de internação, como os CAPS III e leitos em hospitais gerais, é imperativa. Tal necessidade representa, em nossa opinião, uma das principais deficiências da rede de atenção em saúde mental de Fortaleza.

Ao considerarmos a dimensão **conectividade**, reportamos a existência de vários tipos de relação entre os serviços. Os encaminhamentos são ainda a forma de relação mais presente, tanto nas conexões entre os três serviços pesquisados, como na interação de cada um deles com outras instituições de saúde ou de outros setores. Além dos encaminhamentos, constatamos outras interfaces, como a contrarreferência e o contato telefônico, ambos bastante presentes no cotidiano dos serviços.

Além dessas formas de contato, determinados tipos especiais de relação se destacaram pelos efeitos que produziram nos serviços envolvidos. Entre CSF e CAPS, por exemplo, o apoio matricial mostrou-se de fundamental importância, possibilitando uma profunda mudança no modo de relação entre os dois serviços. Conforme mencionamos anteriormente, o apoio matricial consolidou o lugar da saúde mental na atenção primária, além de organizar o fluxo de grande parte das atividades voltadas para essa área no centro de saúde.

A busca ativa se mostrou bastante significativa na interrelação entre CAPS e HSMM: modificou a postura de alguns profissionais do hospital em relação ao CAPS na admissão e alta dos pacientes, sensibilizando-os para a troca ágil de informações. Além disso, permite também que a vinculação com o CAPS inicie (ou se intensifique) ainda durante a internação, aumentando as chances de adesão à continuidade do tratamento no serviço aberto. Também nos chamou a atenção a ocorrência de reuniões dos gestores dos serviços, ainda que não tenha ficado claro o resultado obtido a partir desse contato.

O contato entre CSF e HSMM mostrou-se pouco frequente, sendo citados apenas eventuais encaminhamentos e contatos telefônicos. Esse aparente distanciamento foi criticado por alguns profissionais do serviço de atenção primária, mas foi visto como pouco necessário pelo hospital. As internações hospitalares fazem parte dos dados que alimentam o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), porém as internações psiquiátricas não são monitoradas tão rigorosamente pelas EqSF. A mediação entre os dois serviços poderia ficar a cargo do CAPS, enquanto organizador da rede de saúde

mental, de forma que os pacientes que tivessem alta integrassem uma listagem a ser compartilhada tanto com o CAPS como CSF, permitindo tanto o acompanhamento de questões clínicas pela atenção primária, como um monitoramento compartilhado com o CAPS.

No contato com outros serviços de saúde, além de CSF, CAPS e hospital psiquiátrico, os relatos dos profissionais do HSMM evidenciaram pontos críticos na relação com outros hospitais clínicos. Nesse caso, foram os efeitos negativos que nos impressionaram nessas relações. A desassistência sofrida pelos pacientes do HSMM, tanto nas solicitações de exames como nos encaminhamentos para outros procedimentos, mesmo em situações de urgência, representa outro grave problema da rede de atenção em saúde mental.

No campo intersetorial, destacou-se a capacidade do CAPS de estabelecer parcerias com variadas instituições, mostrando efeitos positivos em comparação com a relação de uso do espaço, observada com maior frequência no CSF. Os dois serviços mostraram conhecimento de muitas atividades realizadas por outras instituições dentro de seu território de abrangência, porém apenas o CAPS possuía um mapeamento organizado e uma rotina sistemática de encaminhamentos a essas instituições. Outrossim, a responsabilidade compartilhada que surge a partir da noção de parceria é importante para a qualidade do acesso no serviço parceiro, apesar de exigir maior investimento por parte dos profissionais implicados.

Há uma predominância de relações intersetoriais no CSF, quando comparamos com o setor saúde. Isso indica a tentativa de construir um modelo ampliado de cuidado, ao mesmo tempo em que revela a fragilidade de recursos internos ao próprio serviço. Além da inconstância de sua proposta de cuidado, vários profissionais relataram a dificuldade enfrentada nas questões de saúde mental por conta presença infrequente de psiquiatras e psicólogos no serviço, mesmo contando com o apoio matricial e uma equipe NASF.

Avaliando o conjunto de relações estabelecidas por cada serviço, percebemos que o CAPS apresentou comunicação com um número maior de instituições (20 instituições citadas), além de relações mais sólidas e recíprocas, constituídas por meio de parcerias. Os demais serviços tiveram um número menor de relações, (13 instituições no CSF e 11 no HSMM), com predomínio de recebimento e envio de encaminhamentos. Obviamente, tendo em vista a natureza qualitativa da pesquisa, esses números não pretendem representar a totalidade de relações estabelecidas em cada serviço. São

interessantes à nossa pesquisa porque desvelam tipos predominantes de relação, assim como sua menção ao longo das entrevistas revela-os como os contatos mais significativos para os profissionais, e suas opiniões a respeito.

No que diz respeito à dimensão **normatividade**, percebemos que não existem diretrizes formais nos serviços, com exceção do acolhimento com classificação de risco, no HSMM, e o perfil de clientela do CAPS, estabelecido em portarias do Ministério da Saúde. Não foram observados outros protocolos clínicos ou linhas-guia formalizados, ainda que cada profissional possa individualmente basear sua conduta em evidências científicas ou determinações legais. Contudo, a ausência de procedimentos-padrão para os serviços revela outras formas de regulação das atividades. Foi possível identificar em cada serviço um modelo de fluxo de usuários, estabelecido mediante regras próprias da instituição, conforme apresentado nos apêndices 03 a 10. Os critérios utilizados nas decisões do fluxo também puderam ser identificados, mostrando regularidade em cada serviço.

No CSF foi apresentado como critério de entrada a moradia na área de abrangência do CSF, assim como a manifestação de sintomas psicopatológicos considerados leves. Casos mais graves são encaminhados ao CAPS, e no caso de um paciente “em crise”, é acionado o HSMM. Dentre os casos considerados leves, aqueles em que o profissional médico reconhece alguma dificuldade no manejo são incluídos no apoio matricial. Essa decisão nos parece absolutamente subjetiva, uma vez que visa propiciar um suporte ao profissional e não estabelecer uma regra geral para a demanda.

Os critérios de entrada no CAPS são, além da moradia no território da SER III, a presença de transtorno mental/sofrimento psíquico considerado grave, mas cujos sintomas no momento não exijam monitoramento contínuo, nem tornem o usuário um risco para os demais. Sintomas dessa natureza tornam necessário o encaminhamento do usuário ao HSMM, CAPS 24h ou internação psiquiátrica no HUWC, ao passo que a apresentação de diagnósticos considerados mais leves ou a ausência de psicopatologia tornam-se critérios para o encaminhamento à Atenção Primária. Internamente, além da definição da clientela como “perfil CAPS”, era estabelecido também um “perfil provisório” para pessoas que, apesar de exibirem as referidas demandas leves, ainda apresentam urgência na avaliação e medicação psiquiátrica.

No HSMM o critério de entrada relaciona-se a apresentação de sintomas agudos que colocam em risco a integridade do paciente ou de outras pessoas, assim como a

incapacidade de discernimento que possa criar situações de risco. Todos os casos que não são considerados perfil para internação são encaminhados ao CAPS. Nas situações de alta, novamente os casos são encaminhados ao CAPS, ou ao ambulatório e hospital-dia, dando preferência aos dois últimos serviços, quando há vagas. Nos casos de encaminhamento ao ambulatório ou hospital-dia também é levado em conta a proximidade da pessoa ao HSMM, e a vontade do paciente e família.

Ainda que os três serviços apresentem propostas de cuidado diferentes, a utilização da sintomatologia psiquiátrica estabelece um código comum entre eles, de forma que as decisões sobre “qual o serviço adequado” fazem uso dessa linguagem compartilhada. Além disso, a noção de risco presente ou pressuposto também aparece nos três serviços, como marcador da demanda para internação psiquiátrica. Apesar dessa linguagem comum, não há um prontuário unificado para os três serviços, de forma que as informações sobre o paciente geralmente são socializadas pelo próprio paciente ou seus familiares, e em uma minoria das situações, por meio de contrarreferência.

Somente no CSF foi possível identificarmos linhas de cuidado singulares para lidar com casos complexos. Tivemos acesso a essa informação apenas por conta da descrição feita pelos profissionais de alguns casos. Não estamos afirmando que tal processo não ocorra no HSMM e CAPS, mas que, por limitações nos procedimentos de obtenção de informações da pesquisa, não tivemos acesso a tais ocorrências.

No CSF Fernandes Távora percebemos que mesmo não havendo uma rotina de contato com algumas instituições, tais como conselho tutelar, conselho de direitos do idoso ou da criança e adolescente, CAPSia, foram criadas conexões temporárias para a resolução de alguns casos. Isso indica que as linhas de cuidado estabelecidas não apresentam uma rigidez que inviabilize reformulações frente a uma demanda de saúde singular.

No tocante à dimensão **integração**”, percebemos tanto no HSMM como no CAPS o uso complementar dos serviços. Não obstante, há uma diferença na postura dos dois serviços, uma vez que o HSMM avalia tal complementaridade como estrutural, enquanto o CAPS considera-a provisória. Esse caráter efêmero defendido no CAPS sustenta-se na expectativa de aumentarem a disponibilidade de outros serviços da rede, tanto para a atenção a crise - CAPS III, leitos psiquiátricos em hospitais gerais – como para melhorar o acompanhamento ao longo do tempo – saúde mental na atenção primária, espaços terapêuticos na comunidade, SRT, ambulatórios de saúde mental.

Os profissionais também reconhecem que, mesmo na ausência de relações estabelecidas intencionalmente pelos serviços, a demanda para cada instituição é modificada pelo funcionamento eficiente ou inadequado dos outros serviços. Há, portanto, uma relação lógica anterior aos contatos provocados pelos profissionais.

Observou-se no discurso dos profissionais a valorização das atividades de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, reconhecendo a pertinência de intervenções de diferentes naturezas no campo da saúde mental. Mas os mesmos profissionais reconhecem também que, na prática, apenas as ações de recuperação ocorrem com regularidade. A dificuldade de realização dessas ações foi referida em todos os serviços, mas foi percebida no CAPS Prof. Frota Pinho a presença de diversas atividades de prevenção secundária e, em menor grau, também no CSF Fernandes Távora.

O espaço identificado pelos profissionais como responsável pelas atividades preventivas em saúde mental foi, principalmente, a atenção primária. Ainda que em meio a divergências, o CAPS também foi apontado como espaço de prevenção. Ressalta-se também o relato de profissionais do HSMM, que defendem a hierarquização dos níveis de atenção em saúde, afastando do hospital a responsabilidade pelas ações preventivas.

A compreensão acerca da promoção de saúde mostrou frágil no discurso dos profissionais dos três serviços, e mesmo quando estes exemplificavam ações possíveis de prevenção e promoção, tais exemplos versavam apenas sobre intervenções preventivas. Identificamos apenas no CAPS ações de geração de renda e organização política que poderiam ser consideradas promotoras de saúde, ainda que não tenham sido nomeadas como tal por seus trabalhadores. Indo além dos serviços de saúde, as sugestões de atividades de natureza preventiva e promotora incluíram outros espaços, tendo como público-alvo pessoas “saudáveis”, além dos próprios usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

Na avaliação da continuidade, foram observadas rupturas tanto em relação à definição da intervenção e serviço apropriados para momentos específicos da demanda de cada usuário, assim como na garantia de acesso a outros serviços de saúde após alta ou encaminhamento de uma primeira instituição. A dificuldade de identificar o serviço adequado mostrou-se presente principalmente entre CAPS e CSF, enquanto a descontinuidade de acesso foi observada entre CAPS e HSMM. Nesse segundo caso, os profissionais, em especial do HSMM, responsabilizaram a indisponibilidade de

atendimentos médicos e dispensação de medicação, assim como a ação inadequada da família dos pacientes.

Outro aspecto problemático da continuidade refere-se à incapacidade dos serviços, em especial no CSF e HSMM, manterem contato com seus pacientes após o encaminhamento ou alta, havendo pouca troca de informações com os serviços de destino desses pacientes. Esse vazio de informações prejudica o monitoramento da continuação do tratamento, assim como o estabelecimento de projetos terapêuticos interinstitucionais. Observamos que no CAPS e no CSF é mais valorizada a manutenção do vínculo com os usuários, mesmo após encaminhamentos, enquanto que no HSMM a preocupação restringe-se ao atendimento presente. O vínculo é prezado no CAPS e CSF tanto pela obtenção de informações no decurso do acompanhamento longitudinal, como pelo estabelecimento de relações de confiança que facilitam a negociação e adesão a projetos terapêuticos e suas respectivas linhas de cuidado.

Ainda que haja pouca negociação dos projetos terapêuticos entre os serviços, contrapusemos as propostas gerais de cuidado dos serviços, aprofundando principalmente a relação entre CAPS e HSMM. Já adentrando a subdimensão Coerência, percebemos que as divergências sobre a natureza da complementaridade entre os dois serviços desembocam em posturas políticas opostas, entre a defesa ou crítica da instituição hospitalar, e conseqüentemente, em propostas discordantes para a qualificação da rede de atenção.

Atribuímos como ponto fundamental dessa contestação, a concepção do “objeto da rede” ser diferente entre os profissionais de cada serviço, ainda que se observe alguma coerência interna a cada instituição de saúde. Conforme discutimos em nosso marco teórico, a disputa pelos significados da loucura, doenças mental, transtorno mental e sofrimento psíquico não se apresenta como mero preciosismo nominal, possuindo efeitos profundos na forma de intervir e na expectativa de que intervenções são necessárias, elementos fundamentais na organização de uma rede de saúde mental, e de todo o sistema de saúde. A noção das pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico como sujeitos de direitos é reduzida no hospital como o “direito ao tratamento” (PEGORARO, 2007). Ainda que seja um direito legítimo, reconhecendo-se a realidade de crises que exigem a contenção química, monitoramento contínuo e reclusão temporária, tal processo de simplificação realizado pelo hospital coloca-o em choque com a construção de um objeto multidimensional concebido no CAPS, que reconhece não apenas o transtorno mental e a situação de crise, mas um amplo conjunto de

necessidades como parte do direito à saúde, assim como de outros direitos sociais garantidos pela condição de cidadão inerente a cada usuário dos serviços de saúde mental.

Tendo em vista esse objeto complexo, a ação do hospital responde a um aspecto bastante parcial das necessidades de saúde mental, e a percepção reduzida desse objeto torna-o incapaz de organizar a demanda de saúde mental considerando suas múltiplas dimensões. Frente a isso, o hospital psiquiátrico jamais deverá estabelecer-se como centro do cuidado, sendo necessária a ação tanto organizativa como terapêutica do CAPS fundamentar a proposta de atenção da rede de saúde mental.

Ainda que não tenha surgido um posicionamento claro dos profissionais do CSF, nem tenha sido possível depreender da proposta de cuidado em saúde mental do serviço algo semelhante, a literatura no campo da saúde coletiva defende o aspecto multideterminado da saúde e conseqüente necessidade de organizar intervenções, serviços e redes que respondam não apenas às doenças, mas a suas condições de produção e agravamento. Tal concepção coloca a Atenção Primária à saúde em posição fundamental nessa construção, estabelecendo que, em termos ideais, o cuidado à saúde mental na EqSF deva posicionar-se frente a um objeto complexo, conforme defendido pelo CAPS, e não na redução produzida pelo hospital psiquiátrico. Visto que o objeto a que se dirige a Atenção Primária em muito supera o campo específico da saúde mental, espera-se que os serviços dessa natureza estejam presentes em várias, senão todas, as redes temáticas em saúde, reafirmando o fundamento do Sistema Único de Saúde em tal nível de atenção.

No que tange à dimensão **subjetividade**, pudemos perceber no CAPS forte protagonismo político em relação à luta antimanicomial. Foi recorrente a defesa do modelo psicossocial, e afirmações contrárias ao hospital psiquiátrico. Tais posicionamentos foram mais frequentes entre profissionais não-psiquiatras, enquanto que os psiquiatras se referiam com mais frequência à desassistência frente à necessidade de internação de alguns pacientes. Percebemos no HSMM o incômodo dos profissionais frente a esse posicionamento presente no CAPS. No hospital a valorização da instituição geralmente aparecia de forma defensiva, como resposta a críticas do movimento antimanicomial, e até mesmo reativa, afirmando a incapacidade do CAPS de atender sua demanda de pacientes, e em especial as pessoas em crise. Contudo, é interessante perceber que não houve no HSMM a defesa do retorno ao modelo manicomial, ou alguma outra proposta de cuidado exclusivo no hospital. A necessidade de complementaridade, conforme já expomos, foi consensual. No CSF não houve um posicionamento claro em relação às questões da luta antimanicomial, ainda que tenha sido expressada certa consternação pelo fechamento de hospitais psiquiátricos no município.

No CSF, assim como no CAPS percebemos em alguns profissionais que sua relação com o trabalho inclui um compromisso ideológico com o SUS, sendo percebido especialmente no CAPS uma preocupação com o desenvolvimento de novas tecnologias para o sistema de saúde. No HSMM, apesar da preocupação com a formação constar como um dos papéis assumidos pelo serviço, não foi percebido um compromisso direcionado ao SUS, ainda que tenha sido comum o apreço ao serviço.

As formas de relação com os usuários apresentaram-se bem diferentes em cada serviço. No HSMM foi relatado que muitos pacientes não sabem o nome dos profissionais que os acompanham, o que nos causa certo estranhamento, pois ainda que sejam intervenções eventuais, e não contínuas, são momentos de convívio intensivo e constante do usuário com a equipe de profissionais. Em que pese o estado de intensa desorganização da maioria das pessoas internadas, é esperado que ao longo da internação ocorra a estabilização do estado do paciente, permitindo um relação mais “organizada” entre profissional e usuário. De forma divergente, alguns profissionais relataram a preferência de usuários e familiares em manter o acompanhamento após a alta com o psiquiatra do HSMM, o que revela uma relação positiva de confiança no profissional. Especificamente sobre o hospital-dia, foi relatada a vinculação afetiva dos pacientes, inclusive após a alta desse serviço.

No CAPS observamos a presença intensa de relações afetivas entre usuários e profissionais, ainda que não ocorram com todos os usuários do serviço. Manifestações de carinho, como abraços e beijos também foram vistos durante a observação-participante. Também foram presenciadas situações tensas e ansiogênicas durante a espera do atendimento psiquiátrico, com vários pacientes mostrando incômodo e até hostilidade em relação aos médicos por conta da demora para a consulta.

Alguns profissionais do CSF, especialmente os ACS e um enfermeiro, relataram uma vinculação que se aproximaria de amizade com alguns usuários. No caso dos ACS, especulamos que essa relação pode se estabelecer por vínculos alheios ao trabalho, uma vez que residem na área dos usuários, ou pelas relações de ajuda estabelecidas no trabalho. No caso do profissional de enfermagem, a vinculação ocorre exclusivamente por meio do trabalho.

Também percebemos que no CAPS existe um “compromisso com o usuário”, que faz com que os profissionais façam coisas que estariam fora da responsabilidade do serviço, tal como atender usuários fora do perfil de gravidade do serviço por conta do receio de uma desassistência na atenção primária. Isso foi observado e relatado tanto em relação a paciente no acolhimento, como referente a pacientes em acompanhamento psiquiátrico de longa data.

Após analisarmos todas as dimensões de nosso modelo analítico, afirmamos que, ainda que a rede de atenção à saúde mental de Fortaleza possua várias interconexões entre os serviços, apenas a existência dessas conexões é insuficiente para considerarmos a rede como adequadamente articulada. As lacunas existentes tanto na troca de informações como no trânsito programado de usuários entre os serviços evidenciam fragilidades importantes, cujos efeitos podem ser percebidos na dificuldade em manter um acompanhamento continuado e estabelecer uma efetiva complementaridade entre os serviços, elementos necessários para um projeto terapêutico interinstitucional.

A ausência de uma imagem-ideal clara e compartilhada acerca da rede dificulta o preenchimento dessas lacunas, uma vez que mesmo os profissionais concordando na importância do trabalho em rede, os esforços para a aproximação entre os serviços são insuficientes para a produção do consenso acerca de seu modo de funcionamento ideal. Cabe ressaltar, entretanto, que algumas interfaces entre os serviços, feitas de forma estruturada e recorrente - o apoio matricial e a busca ativa -, obtiveram êxito tanto na aproximação dos serviços, como em estabelecer mudanças duradouras na rotina de cada serviço individual.

Acreditamos que são essas transformações, produzidas dialeticamente *dentro e entre* os serviços, que estabelecem a articulação da rede e produzem consensos práticos (ainda que parciais) sobre seu funcionamento. Dessa forma, a rede passa a fazer sentido para seus trabalhadores, como forma de produzir efeitos positivos no cuidado, e responder à expectativa que investem em seu próprio fazer profissional. São movimentos que, em sintonia ou à revelia de instrumentos normativos como leis e portarias, vêm produzindo a rede de atenção em saúde mental de Fortaleza.

Palavras finais

Acreditamos que o uso de nosso modelo analítico mostrou-se proveitoso para a percepção de elementos sutis da rede de saúde mental de Fortaleza, resultando em um produto final extenso e, esperamos, interessante e inovador. Cremos que a pesquisa deixou produtos importantes, tanto em uma contribuição original no conceito de redes, como no retrato, provisório, da rede de atenção à saúde mental do município de Fortaleza. Contudo, a sensação de término de pesquisa é sempre de incompletude, onde o pesquisador continua em falta de algumas respostas, e desejoso de novas indagações.

Ainda que tenhamos inicialmente desejado incluir usuários e gestores como informantes da pesquisa, rapidamente tal empreitada mostrou-se impossível dentro dos limites do trabalho. Contudo, mantêm-se abertas as possibilidades de trabalhos futuros, desenvolvidos pelo Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde – LAPQS ou por outros pesquisadores, no intuito de compor um novo retrato, mais atual e abrangente, da rede de saúde mental de Fortaleza.

À primeira vista, já no período de elaboração do relatório final da pesquisa, profundas mudanças parecem estar sendo realizadas na rede de Fortaleza. Mudanças tanto na coordenação municipal como nos profissionais dos serviços, que inevitavelmente alteram de forma profunda seu funcionamento. Enquanto militantes do SUS e da saúde mental, esperamos que as alterações contribuam para a qualificação da rede. Essas reviravoltas, já esperadas no enfoque qualitativo de pesquisa, estabelecem novas possibilidades de investigação, ao mesmo tempo em que podem produzir o *novo* aprendendo com as experiências do passado, em parte retratadas nessa pesquisa.

Encerramos essa etapa de investigação com a expectativa de que nossos resultados possam trazer contribuições ao estudo de redes, assim como subsídios para mudanças na rede de atenção do município de Fortaleza e o reconhecimento das

experiências positivas desenvolvidas em seu âmbito. Além do compromisso com a escrita de outros produtos acadêmicos a partir dessa dissertação, havíamos estabelecido um acordo com os serviços que nos receberam para programar uma devolutiva presencial aos profissionais e gestores de cada local, além da produção de um resumo executivo destinado aos gestores do município. Essas iniciativas implicam não apenas na entrega de um produto, mas também na reavaliação de nossos achados pela perspectiva dos sujeitos pesquisados, visando tornar o conhecimento produzido mais próximo e útil aos verdadeiros protagonistas do fenômeno investigado.

Referência Bibliográfica

ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Informação e informação**, v. 12, n. esp, p. 1–12, 2007.

AMARAL, M. A. DO. Atenção à saúde mental na rede básica : estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 288–295, 1997.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 120

ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de Serviço Substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte - MG**. [S.l.] Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ANDRADE, L. O. M. DE; SANTOS, L. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. DA (Ed.). **Redes de atenção à saúde no SUS**. Campinas: IDISA/CONASEMS, 2008. p. 202.

ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRETO, A. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BARRIO, L. R. et al. Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais. In: BOSI, M. L.; MERCADO, J. (Eds.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. .

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo ? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389–394, 2005.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632–645, 2008.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. .

BOSI, M. L. A polissemia da qualidade na avaliação de programa e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L.; MERCADO, J. (Eds.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. .

BOSI, M. L. et al. Inovação em Saúde Mental : subsídios avaliativos multidimensionais. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1231–1252, 2011.

BOSI, M. L. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v. 17, n. 3, p. 575–586, 2012.

BOSI, M. L.; MERCADO, J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L.; MERCADO, J. (Eds.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87–117.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 224. . 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n.º 336. . 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS**. Brasília: [s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 1–86

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: Versão para Debate**. [S.l: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. . 2008 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 44

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da RAS. . 2010 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA 2.841. Institui o CAPS Ad III. . 2010 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. p. 152

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. . 2011 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.488. Aprova a política nacional de atenção básica. . 2011 c.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. D. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 573–580, 2008.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. D. A.; PEREIRA, I. M. T. B. A Interface entre as Políticas Públicas de Saúde Mental e Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 446–455, 2009.

CAMARGO JR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. DE A. (Eds.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2010. .

CAMPOS, F. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. [S.l.] Universidade Estadual de Campinas, 2000.

CAMPOS, G. W. DE S. Equipes de referência e apoio especializado matricial : um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

CAMPOS, G. W. DE S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 219–237, 2005.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669–678, 2004.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CECILIO, L. C. DE O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. DE (Eds.). **Construção da**

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 197–210.

CICCARELLI, P. **Princípios de redes.** Rio de Janeiro: LTC, 2009.

COELHO, F. M. DA C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 25, n. 1, p. 59–67, 2009.

COSTA, M. S. DA. Construções em torno da crise: Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 1, p. 94–108, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Ed.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39–53.

DA SILVA, M. T. et al. Transformação do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores. In: LANCMAN, S. (Ed.). **Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental.** [S.l.] Paralelo 15, 2008. .

DANTAS, M. **Redes de comunicação e computador.** Florianópolis: Virtual Books, 2010.

DATASUS. **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>.

DE PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 14, n. 2, p. 549–69, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia (vol.1).** Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DSM IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

ESCOBAR, C. H. **Dossier Deleuze.** Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Eds.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. v. 1.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007.

GADAMER, H.-G. **Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. São Paulo: Vozes, 2003.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis: Vozes, 2008. .

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz integralidade da atenção. **Saúde em debate**, v. 26, n. 60, p. 37–61, 2002.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

GUIZARDI, F. et al. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Eds.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

HARBOUR, R. T. **Sign 50**. Edinburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.

HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 2, p. 331–336, 2004.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. [S.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. DE S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v. 13, n. 1, p. 169–189, 2007.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. A crise na rede : o SAMU no contexto da reforma Psiquiátrica. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 150–160, 2008.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado : vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, 2011.

JORGE, M. S. B. et al. **Matriciamento em saúde mental**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2012.

JUCÁ, V. J. DOS S.; NUNES, M. DE O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173–182, 2009.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliando a política de saúde mental num CAPS : a trajetória no movimento antimanicomial. **Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ RJ**, v. 10, n. 1, p. 242–263, 2010.

KINOSHITA, T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Ed.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. .

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 127

LAWN, C. **Comprender Gadamer**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 95–106, 2008.

LIMA, M. et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 423–434, 2012.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Eds.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2002. v. 002.

MAIA, L. P. **Arquitetura de redes de computadores**. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

MANTILLA, M. J. “Riesgo”, “peligrosidad” e “implicacion subjetiva”: un analisis de las decisiones de internacion psiquiatrica en la ciudad de Buenos Aires. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 115–126, 2010.

- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo , Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 8, p. 1639–1648, 2006.
- MARI, J. D. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. DE A. F. DE; KOHN, R. (Eds.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. .
- MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 613–619, 2012.
- MASSARO, A. Redes de atenção à saúde: o que nelas se vê e o que se diz. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. H.; BARROS, M. E. (Eds.). **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. .
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2a. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, M. F.; TAVARES, A. J. P.; LIMA, M. T. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco como uma prática inédita em psiquiatria** Anais do II Congresso Brasileiro de Medicina de Urgência. **Anais...**Fortaleza: 2009
- MENDONÇA, C. S. Saúde da Família , agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1493–1497, 2008.
- MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1257–1266, 2003.
- MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 2, p. 177–184, 1993.
- MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa : teoria , passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.
- MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental : uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 26, n. 6, p. 1153–1162, 2010.
- MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 161–170, 2012.
- NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v. 17, n. 2, p. 265–287, 2007.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. DE S. A complexidade da atenção às situações de crise. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71–81, 2004.

NUNES, M. DE O. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 188–196, 2008.

NUNES, M. DE O.; JUCÁ, V. J. DOS S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 10, p. 2375–2384, 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. **Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 31–42, 2003.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção em saúde mental. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. H.; BARROS, M. E. (Eds.). **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 322–341.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 781–787, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. DE S. et al. (Eds.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. .

OPAS/OMS. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas: OMS/OPAS, 1990. p. 1

OPAS/OMS. **Relatório sobre saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Relatório+sobre+saude+no+mundo:+saúde+mental:+nova+concepção,+nova+esperança#0>>. Acesso em: 3 out. 2011.

PARENTE, A. Rede e subjetividade na filosofia francesa contemporânea. **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, v. 1, n. 1, p. 101–105, 2007.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Londres: SAGE, 2002.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241–258, 2004.

PEGORARO, R. F. **Receber e promover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico**. [S.l.] Universidade de São Paulo, 2007.

PELBART, P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura v.2**. São Paulo: Hucitec, 1991. .

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n. 2, p. 127–140, 1981.

PEREIRA, L. M.; RIZZI, H. J.; DA COSTA, A. C. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: LANCMAN, S. (Ed.). **Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008. .

PICCININI, W.; ODA, A. M. R. A loucura e os legisladores. **Psychiatry Online Brazil**, v. 11, n. 3, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2003.

PINTO, D. M. et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 293–302, 2011.

QUINDERÉ, P. et al. A convivência entre o modelo psicossocial e asilar em fortaleza. **Saúde em debate**, v. 34, n. 8, p. 137–147, 2010.

QUINDERÉ, P.; JORGE, M. S. B. (Des) Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 569–583, 2010.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista APS, juiz de Fora**, v. 13, n. 1, p. 118–125, 2010.

RIBEIRO, J. M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas**. Relatório apresentado ao Ministério da Saúde: [s.n.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_09_JMendes_SaudeMental.pdf>.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés Editora, 1991.

RODRÍGUEZ, A. **El Papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas** Congreso Rehabilitación en Salud Mental: Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo, realizado en Salamanca del 19 al 22 de noviembre de 2003. **Anais...**Salamanca: 2003

ROTELLI, F. **A instituição inventada.** Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf>.

RUSSELL, G. M.; KELLY, N. H. Research as Interacting Dialogic Processes: Implications for Reflexivity. **Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung**, v. 3, n. 3, 2002.

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**, v. 16, n. 12, p. 4685–4694, 2011.

SANDRI, A.; BERTUOL, C. S.; CONTE, C. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral: diagnóstico da situação total. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 22, n. 2, p. 138–147, 2000.

SANTOS, M. **A natureza do espaço.** 4a. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento : três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 130–140, 2009.

SCHNEIDER, J. F. et al. Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 131–135, 2009.

SILVA, A. L. A. E; FONSECA, R. M. G. Os nexos entre concepção do proceso saude/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 800–806, 2003.

SILVA, S. F. DA; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelos e diretrizes. In: SILVA, S. F. DA (Ed.). **Redes de atenção à saude no SUS.** Campinas: IDISA/CONASEMS, 2008. .

SILVA, E. A.; DA COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 4, p. 635–647, 2010.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Eds.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241–257.

STAKE, R. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam.** Porto Alegre: Penso, 2011.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta.”In: STARFIELD, B. (Ed.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. .

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare, Sobral**, v. 6, n. 2, p. 34–42, 2007.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 807–815, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. sup2, p. 190–198, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais I**. São Paulo: Hucitec, 2009.

VECCHIA, M. D.; 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**, v. 13, n. 28, p. 151–164, mar. 2009.

VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 2, p. 85–93, 2006.

VIDAL, F. B.; BRAGA, A. C.; SODRÉ, A. A abordagem da Crise na Psicose. **Intensa - Extensa**, v. 1, n. 1, 2007.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: methods and applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciencia y Enfermeria**, v. 16, n. 4, p. 2133–2143, 2011.

WILLRICH, J. Q. et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 47–64, 2011.

ZAMBENEDETTI, G. **Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública: uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental**. [S.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

ZAMBENEDETTI, G.; DA SILVA, R. A. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131–150, 2008.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v. 18, n. 2, p. 277–293, 2007.

**REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: UMA
ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE DIFERENTES
DISPOSITIVOS**

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO ANALÍTICO-CONCEITUAL DE REDES

DIMENSÃO UNIDADES MÍNIMAS

6. Determinação da unidade mínima da rede
7. Mapeamento dos pontos fixos
 - c) Enfoque atual
 - d) Enfoque genético
8. Identificação da proposta de cuidado oferecida por cada unidade
9. Identificação da responsabilidade de cada unidade
10. Avaliação do acesso a cada unidade

DIMENSÃO CONECTIVIDADE

5. Identificação e descrição das modalidades de relação existentes na rede
6. Qualificação das relações
 - c) Perspectiva dos profissionais envolvidos
 - d) Variedade das relações
7. Avaliação da capacidade de criar novas conexões e fluxos
8. Análise dos efeitos da Conectividade

DIMENSÃO INTEGRAÇÃO

3. Avaliação da Coerência:

- a) Identificar congruências ou divergências a respeito do **objetivo** e da **natureza do objeto** da rede por parte de suas unidades mínimas.

4. Avaliação da Continuidade e Complementaridade:

- f) Identificar a manutenção de vínculo ou referência a um profissional, equipe ou serviço
- g) Identificar a produção de linha de cuidado com diferentes serviços
- h) Avaliar a articulação de intervenções de diferentes níveis de complexidade
- i) Avaliar a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação
- j) Identificar a existência de complementaridade nas intervenções de diferentes serviços

APÊNDICE A – MODELO ANALÍTICO-CONCEITUAL DE REDES (continuação)**DIMENSÃO NORMATIVIDADES**

5. Identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao objeto da rede
 - a. Avaliar em cada unidade mínima a adesão a protocolos clínicos
 - b. Avaliar em cada unidade mínima a adesão a linhas-guia
6. Identificar em cada unidade mínima diretrizes não formalizadas
 - a. Identificar os critérios de entrada
 - b. Identificar os critérios de alta/saída
 - c. Identificar os critérios de escolha dos locais de encaminhamento
 - d. Investigar a coerência entre os critérios das diferentes unidades mínimas
7. Identificar a presença de códigos comuns de comunicação
8. Identificar a produção de linhas singulares de cuidado na gestão de casos complexos ou atípicos

DIMENSÃO SUBJETIVIDADE

- Identificar **protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos** de indivíduos, grupos ou instituições que perpassem aspectos das demais dimensões analíticas.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bom dia/ boa tarde, **fulano(a)**. Como nós conversamos anteriormente, eu estou fazendo uma pesquisa sobre a rede de saúde mental de Fortaleza, e gostaria de conversar um pouco com você sobre esse tema. Nossa conversa será gravada, para que depois eu possa transcrever e analisar suas respostas, assim como dos outros entrevistados, conforme eu expliquei no termo de consentimento. Podemos começar?

AQUECIMENTO:

Qual é sua formação, **fulano(a)**? Você se formou aqui em Fortaleza? Onde? E você exerce essa profissão há quanto tempo? E aqui no CAPS/Posto/Hospital, você trabalha há quanto tempo? (**No caso do CAPS:** A partir desse ano, com a troca de gestão na prefeitura, tenho percebido certa apreensão nos profissionais do CAPS. Como está sendo essa mudança?) (**No caso do Hospital:** *Você já trabalhou em outros setores além do setor que você trabalha agora?*) Além do CAPS/Posto/Hospital, você trabalhou em algum outro local voltado para o cuidado a pessoas com problemas de saúde mental?

1- Como você descreveria a proposta de cuidado em saúde mental aqui do CAPS/Posto/Hospital? **Em seguida:** O que você acha dessa proposta?

2- Em relação aqui ao CAPS/Posto/Hospital, eu gostaria de saber como é que as pessoas com problemas de saúde mental têm acesso ao serviço. **Em seguida:** E como é que é decidido que essa pessoa vai de fato fazer um acompanhamento ou tratamento aqui? (e por quem?)

3- Eu gostaria de saber o que acontece quando as pessoas com problemas de saúde mental que recebem alta daqui do CAPS/Posto/Hospital. Para onde essas pessoas vão?

4- Eu queria saber também nos casos em que as pessoas vêm aqui, mas não chegam a estabelecer um acompanhamento ou um tratamento aqui no serviço. O que acontece com essas pessoas? (2 perguntas)

5- E como é o acesso a esses outros serviços/locais/etc.?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (continuação)

6- Você enxerga algum tipo de contato entre o CAPS/Posto/Hospital e nesses outros serviços? (*fazer uma pequena explicação sobre o que estou chamando de vínculo*)

Caso haja relação/conexão: E como exatamente ocorre essa relação? (*identificar se é encaminhamento, referência/contra-referência, marcação direta no outro serviço ou apenas uma orientação para procurar o serviço; se há algum sistema/formulário/instrumento; se existe compartilhamento de informações do usuário ou mesmo do prontuário do usuário; se há comunicação direta entre os profissionais envolvidos*).

Caso haja relação/conexão: essa relação é algo formalizado, como uma diretriz do serviço, ou é algo que você próprio desenvolveu no cotidiano do trabalho?

Caso haja algum poder de decisão do trabalhador acerca do estabelecimento da relação/conexão com outro serviço: E como você decide que a pessoa precisa de algum outro serviço além do CAPS/Posto/Hospital

7- E o que you acha desses outros serviços? Qual sua opinião sobre eles? (*referindo-se aos serviços citados anteriormente. Incluir CAPS, APS e Hospital Psiquiátrico mesmo se não forem citados*).

Caso não seja citado nenhum espaço fora do setor saúde: Voltando agora a pensar no CAPS/Posto/Hospital, existem relações desse serviço com outros espaços fora do setor saúde?

8- Você diria que existe algum vínculo entre os profissionais desse serviço com profissionais de outros serviços? Quando falo vínculo, estou falando no sentido de algum contato direto entre os profissionais, ou de uma relação de confiança com alguma pessoa específica, ou a sensação de que se pode solicitar a ajuda dessa pessoa específica.

9- Considerando o conjunto de serviços aqui de Fortaleza que você mencionou, que realizam o cuidado a pessoas com problemas de saúde mental, você acha há um objetivo comum a todos esses serviços?

Em caso de uma resposta negativa: Por que não há um objetivo comum?

Em caso afirmativo: Qual seria esse objetivo?

Em caso afirmativo: E você considera que esses vários serviços funcionam de uma forma integrada? Quando eu falo integrado, estou falando no sentido das intervenções nos vários serviços serem complementares umas às outras, e acontecerem de forma coordenada. **Em seguida:** E porque ocorre dessa forma?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (continuação)

10- Observando os usuários do CAPS/Posto/Hospital, eu fiquei com a impressão que eles acabam sendo atendidos em diferentes serviços ao longo do tempo. Na sua experiência, você percebe isso acontecendo? **Em seguida:** Você considera que aqui em Fortaleza existe uma continuidade do cuidado em saúde mental? Quando eu falo continuidade, me refiro a uma pessoa ser cuidada em diferentes serviços ao longo do tempo, sem que ela fique descoberta quando passar de um serviço para o outro, ou seja, quando ela tem alta ou é encaminhada para outro serviço, ela não fica sem assistência.

11- E pensando agora a continuidade em relação aos profissionais, você consideraria que um profissional ou uma equipe consegue manter o cuidado de uma pessoa ao longo do tempo, mesmo quando ela está sendo atendida em outros serviços?

12- Por fim, novamente falando do conjunto de serviços daqui de Fortaleza que você citou: você acha que esses vários serviços, coletivamente, conseguem realizar atividades de prevenção, promoção e de recuperação, em relação à saúde mental?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Articulação em rede da atenção em saúde mental de Fortaleza

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não é obrigado a participar. Leia atentamente as informações abaixo e pergunte ao pesquisador o que você não compreender.

OBJETIVO DA PESQUISA: compreender as dificuldades e potencialidades da articulação em rede da atenção em saúde mental no município de Fortaleza.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Entrevista gravada, onde o participante responderá oralmente perguntas relacionadas à pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa não implicará em riscos, pois utilizará apenas entrevistas como técnica de coleta de dados. As informações que você relatar não permitirão sua identificação por outras pessoas, evitando quaisquer riscos ou benefícios individuais pela participação da pesquisa. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Este estudo trará benefícios aos usuários e profissionais dos serviços de saúde mental, pois poderá servir como instrumento para o aperfeiçoamento desses serviços.

OUTROS ESCLARECIMENTOS:

1. Garantimos acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para responder eventuais dúvidas;
2. Garantimos a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe ofereça nenhum prejuízo;
3. Garantia de que a divulgação das informações fornecidas ocorrerá mantendo o sigilo e impedindo a identificação de qualquer participante

Em caso de esclarecimento entrar em contato com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética:

Nomes: Carlos Eduardo Menezes Amaral (Pesquisador) ou Profa. Dra. Maria Lúcia Bosi (orientadora).

Endereço: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária. Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo. Fortaleza, CE. Telefone: (85) 33668045

Comitê de ética: Comitê de Ética da Universidade de Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza,CE. Telefone: (85) 3366-8344

O abaixo assinado _____, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Declara que leu cuidadosamente este documento e que teve a oportunidade de fazer perguntas sobre a pesquisa, recebendo explicações que responderam por completo suas dúvidas. Declara ainda estar recebendo uma cópia assinada deste documento.

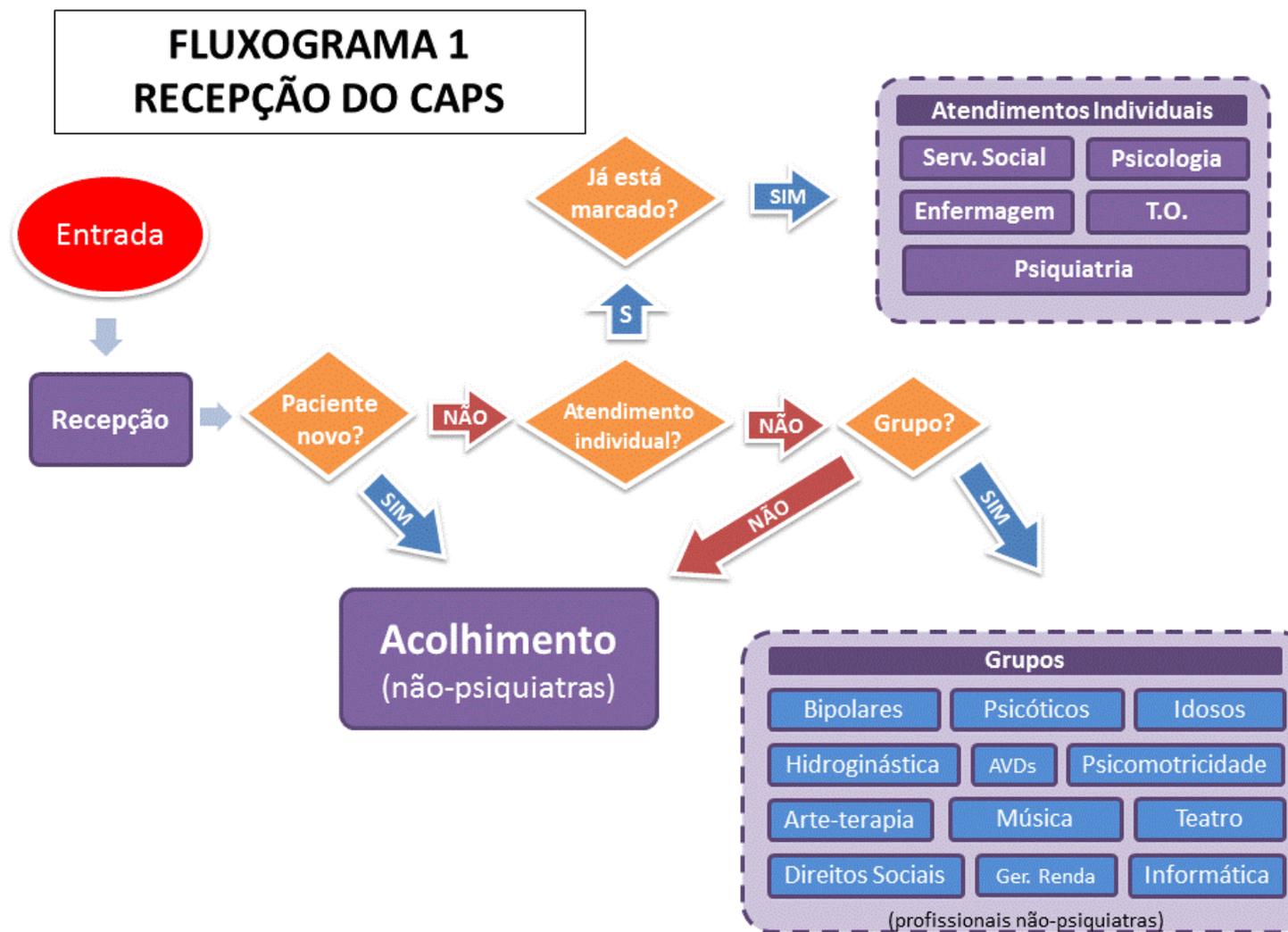
<p>_____</p> <p>Assinatura do participante</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura do pesquisador Carlos Eduardo M. Amaral</p>
--	--

APÊNDICE D – LEGENDAS DO FLUXOGRAMA

LEGENDA DOS FLUXOGRAMAS

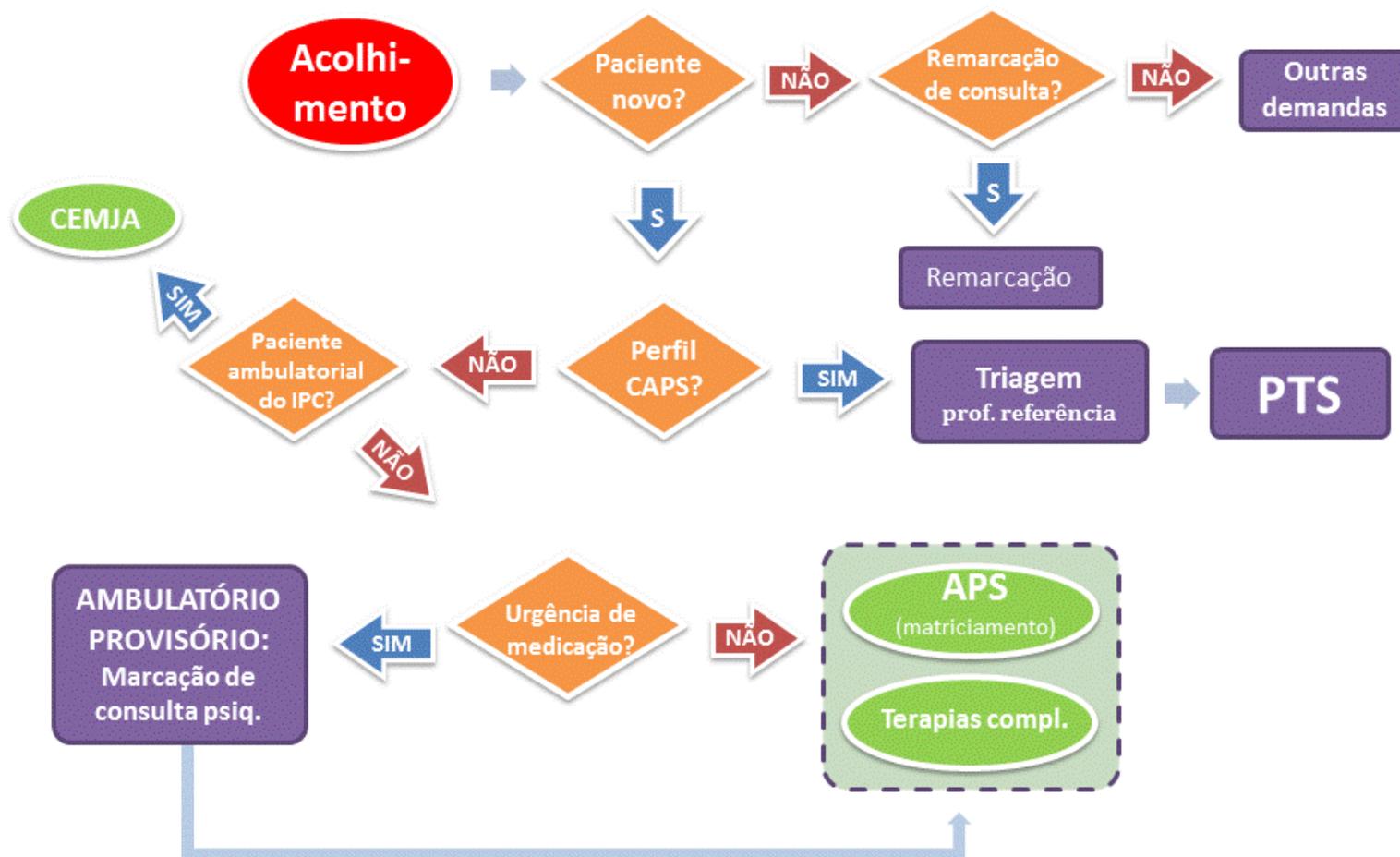
	Entrada do processo
	Saída do processo
	Momentos de decisão
	Procedimentos Realizados

APÊNDICE E - Fluxograma 1 - Recepção do CAPS



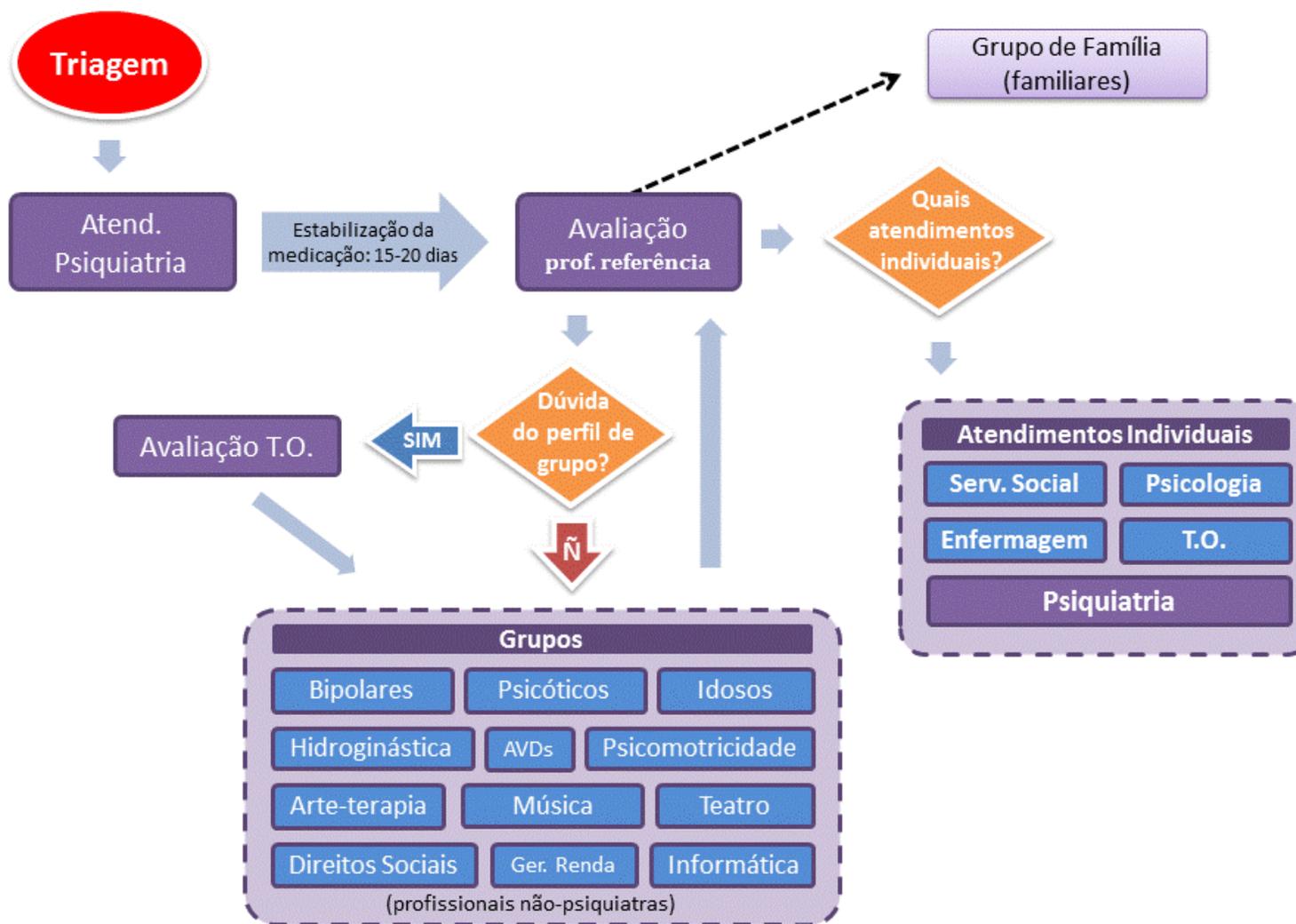
APÊNDICE F - FLUXOGRAMA 2 - ACOLHIMENTO NO CAPS

FLUXOGRAMA 2- ACOLHIMENTO DO CAPS

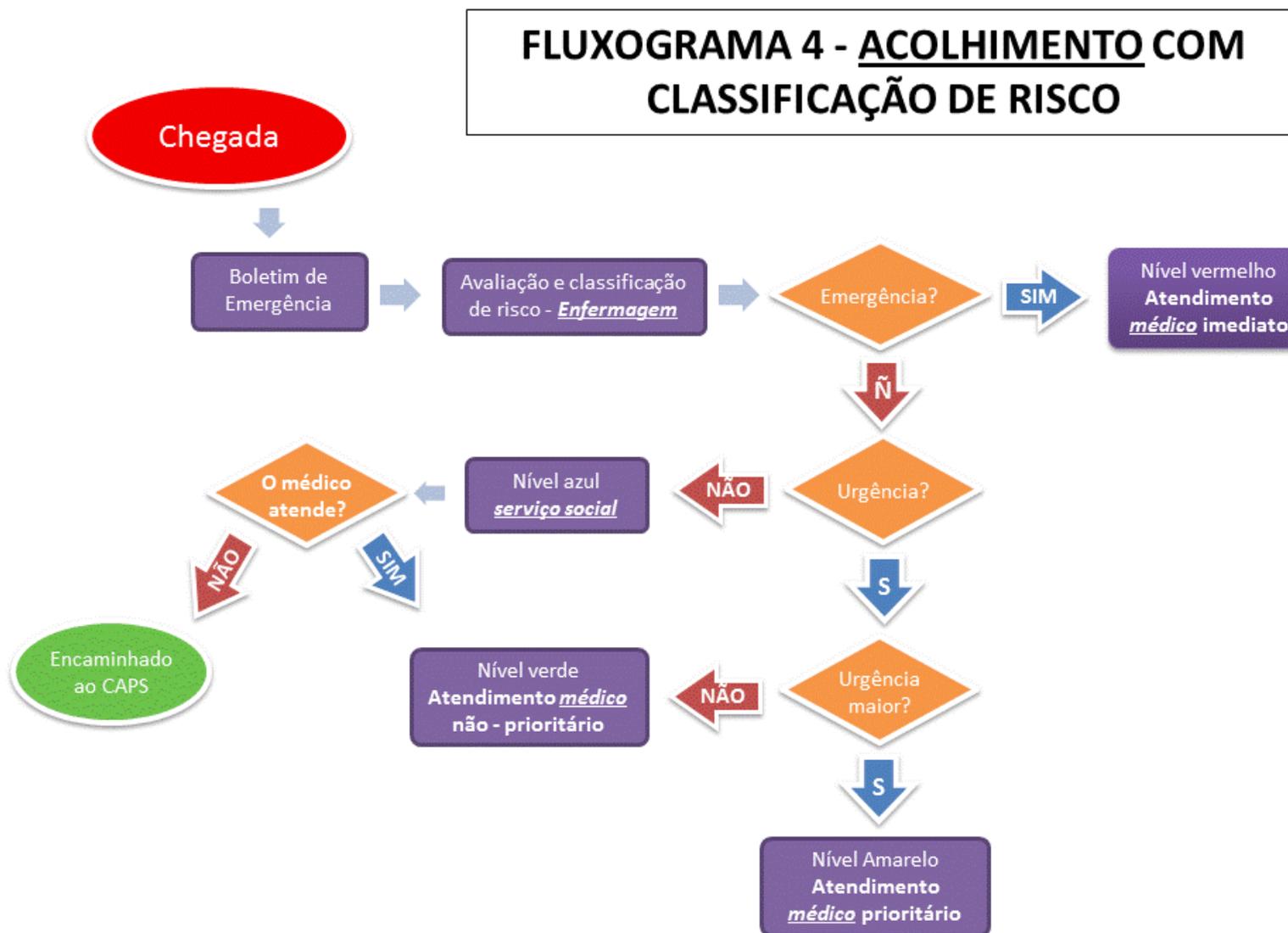


APÊNDICE G - FLUXOGRAMA 3 - CRIAÇÃO DO PTS NO CAPS

FLUXOGRAMA 3 - CRIAÇÃO DO PTS NO CAPS

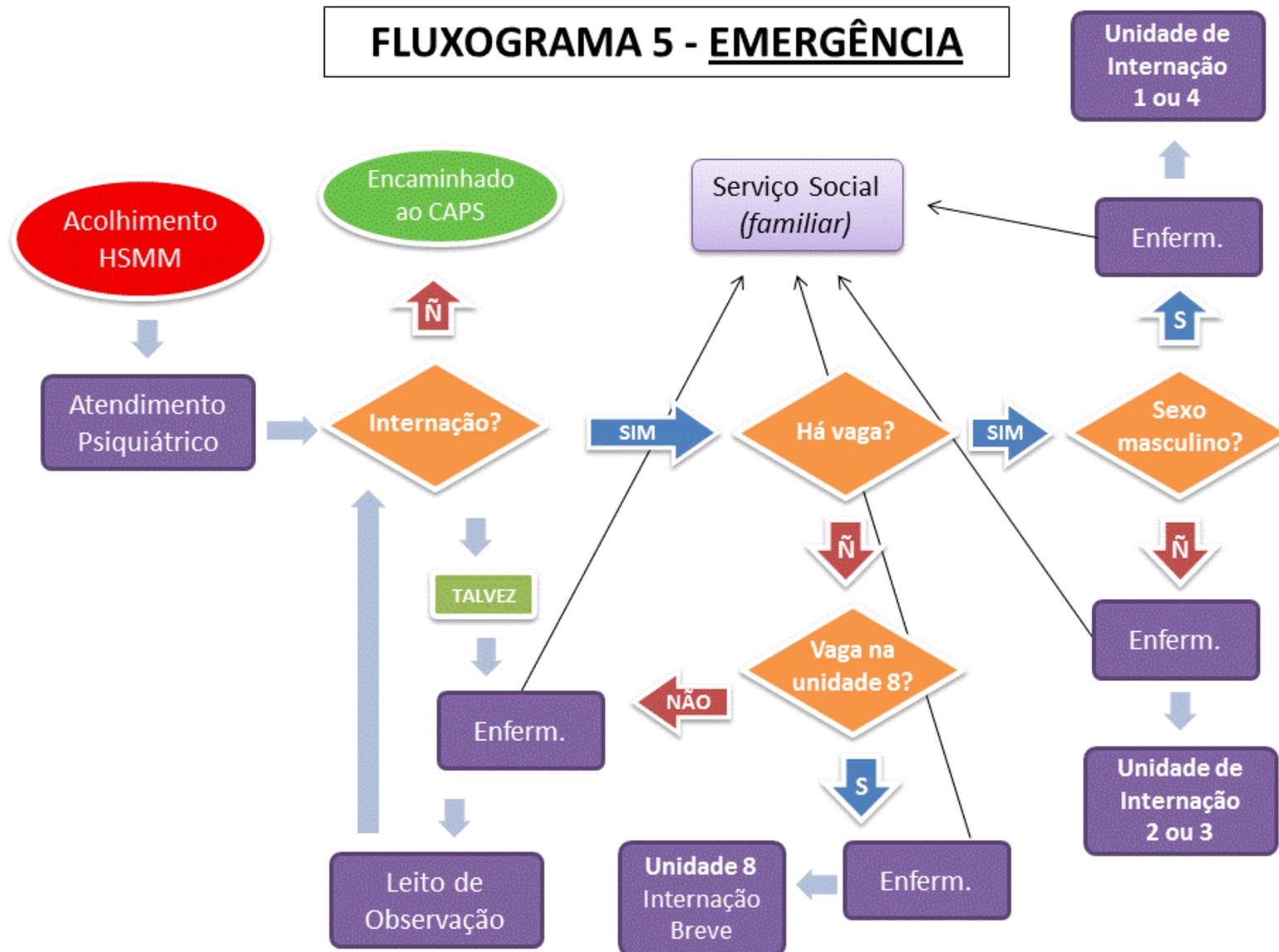


APÊNDICE H - FLUXOGRAMA 4 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO HSMM



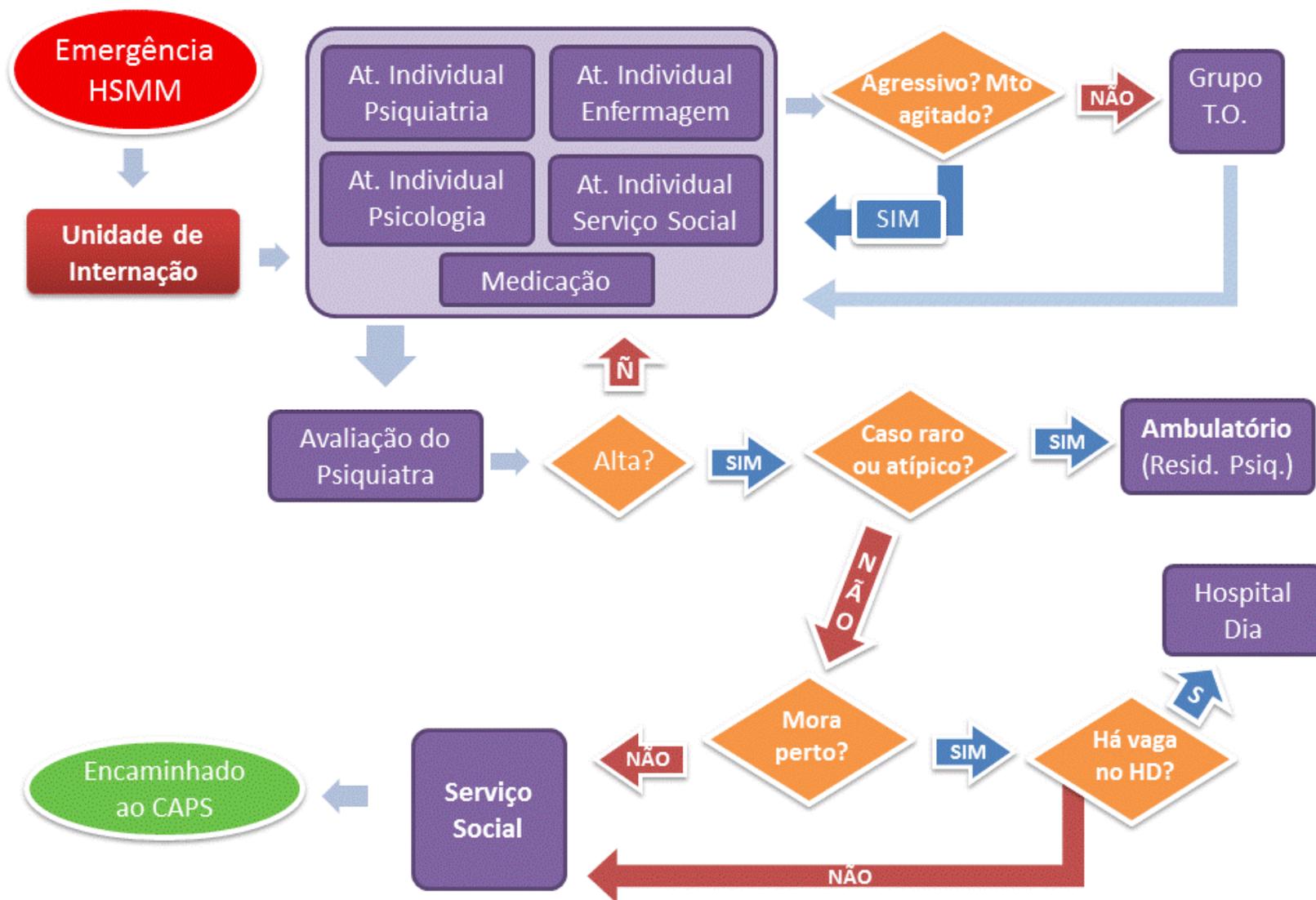
APÊNDICE I - FLUXOGRAMA 5 - EMERGÊNCIA DO HSMM

FLUXOGRAMA 5 - EMERGÊNCIA



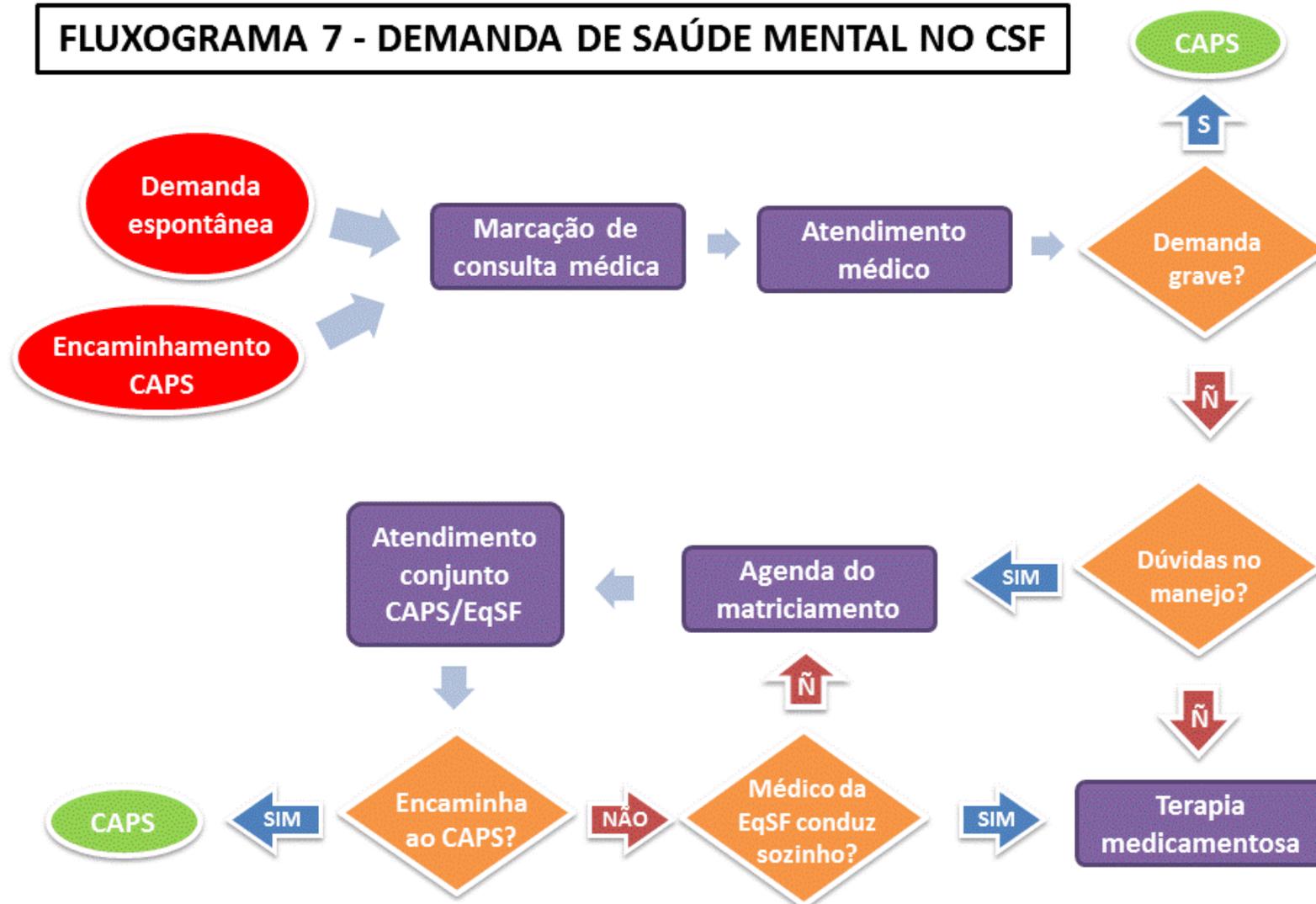
APÊNDICE J - FLUXOGRAMA 6 - INTERNAÇÃO DO HSMM

FLUXOGRAMA 6 - INTERNAÇÃO



APÊNDICE K - FLUXOGRAMA 7 - DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NO CSF

FLUXOGRAMA 7 - DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NO CSF



APÊNDICE L – Descrição do diário de campo 01

A sala de recepção do hospital está tranquila. Das 30 cadeiras, unidas em grupos de 5 como bancos de auditório, apenas a metade está ocupada. Além dos “candidatos a pacientes”, muitos familiares estão presentes. Os que estão ali já passaram todos pelo acolhimento inicial da enfermagem, e estão aguardando o atendimento do psiquiatra ou, em menor número, aguardando o surgimento de uma vaga, pois o hospital está lotado. À direita da recepção há uma pequena casinha, onde os que estão aguardando vaga fazem fila para receber suco ou uma sopa, providenciados pelo hospital. A casinha está recostada em um muro amarelo alto, de uns 15 metros, que circunda uma das unidades de internação. Em outros horários, é comum ver pessoas sentadas ou deitadas por lá, ou um pouco mais a frente, aproveitando a sombra de uma árvore frondosa. Geralmente estão à espera de uma vaga em algum dos hospitais da cidade.

De repente, começa certa agitação entre os presentes. As pessoas olham preocupadas para o muro, e alguns levantam das cadeiras para aproximar-se. Caminho também em direção ao muro, procurando a origem dessa comoção. Um homem de cabelos longos, de fisionomia indígena, está sentado lá em cima do muro, vestindo a camisola do hospital. Está vindo de dentro da unidade de internação, e parece surpreso em encontrar tanta gente olhando para ele. Todos entenderam rapidamente que era uma tentativa de fuga.

Dois guardas aproximam-se pelo lado externo do muro e gritam com o homem, mandando ele descer. Um número de curiosos começa a se aproximar, observando o desenrolar da cena. O homem grita que quer ir embora, que sua mãe ficou de buscá-lo desde ontem e ainda não apareceu. Afirma que, se ela não aparecer, ele vai embora sozinho. Argumenta que tem 30 anos, pode assinar ele mesmo assinar a alta e ir embora. A única coisa que precisa é de 2 reais para o ônibus. Sabe chegar sozinho em casa.

-Eu quero ir embora daqui, minha mãe ficou de vir me buscar e não apareceu. Se ela não vier, eu vou embora sozinho. Tenho 30 anos, posso eu mesmo assinar minha alta e ir embora. Só preciso de 2 reais para o ônibus. Eu sei chegar sozinho em casa.

-Desce daí rapaz! Você não pode ficar aí não! Desce antes que você caia!

Outro guarda chega, acompanhado de uma senhora de jaleco branco, ambos vindos da porta que dá para o atendimento psiquiátrico, que é o local de acesso à admissão no hospital. Um dos guardas que já estava do lado de fora grita:

-Pois pode descer, que sua mãe tá chegando. Desce que ela vem falar contigo! grita um dos guardas.

-Desce aqui que eu te dou o dinheiro! - responde um zelador do hospital, que também observava de perto a situação. Coloca a mão no bolso de trás, mostrando em seguida sua carteira, e aguarda a resposta do homem.

- Vocês acham que eu sou besta? Não vou descer porra nenhuma! Vão embora! Eu quero ir para casa!

A funcionária tira o celular do bolso e pede para ele descer, que ela vai ligar. O homem continua impassível:

-Fale com minha mãe primeiro, que depois eu desço!

Grita os números de cima do muro, enquanto os guardas continuam insistindo para que desça. Alguns curiosos parecem assustados, mas a maioria está entretida, acompanhando a situação. Riem e conversam baixinho uns com os outros. O homem diz que não está louco, e que quer ir embora, que estava melhor em casa.

continua...

APÊNDICE L – Descrição do diário de campo 01 (continuação)

-Que papel eu preciso assinar para ir embora?!, grita o homem para a mulher de jaleco.

-Meu querido, quem assinou sua internação foi sua mãe, só ela que pode assinar a saída. Você não pode!

-Mas eu quero sair, eu sou de maior já! Eu já tô de alta, eu tô bom já!

-Então quando ela vier, ela assina sua “alta a pedido” e você sai!

A primeira ligação parece não ter completado. A funcionária disca de novo os números no celular e, enquanto a ligação chama, pede que ele desça para falar com sua mãe.

-Não. Joga o celular aqui para cima.

Ela parece contrariada, talvez preocupada em perder ou quebrar o celular.

-Não. Aí em cima não dá!

-Porque não???

-Porque o celular é meu. Não vou te entregar aí em cima.

Um dos guardas sobe em cima da casinha, ficando mais próximo do homem. Este fica mais nervoso, põe-se em pé no muro, apoiando-se por pouco na folhagem de uma árvore próxima e grita, mirando o guarda:

-Você não suba não! Fique aí! –e, virando para a funcionária de jaleco - Então pergunte você onde está minha mãe, porque ela ficou de vir hoje e eu quero sair daqui hoje!

A funcionária consegue contato com a mãe, e pergunta onde ela está. Presume-se que a mãe responde que não virá hoje. A funcionária balança a cabeça de um lado para o outro, negativamente, e avisa para o rapaz:

-Ela disse que ninguém pôde vir hoje. Não consegui ninguém para vir. Disse que vem amanhã.

O homem se cala um instante, com as feições entristecidas. Parece derrotado. Diz que vai descer, que quer falar com a mãe. A funcionária propõe que eles liguem lá de dentro. O homem concorda. Mais uma vez os guardas tentam se aproximar dele, e ele grita, com um último resquício de autoridade:

-Não vem para cima de mim não. Se eu subi, pode deixar que eu desço. E pode deixar que eu vou entrar sozinho, não precisa ninguém me segurando.

Habilmente, o homem desce do muro para o lado de fora da unidade. A funcionária está mais calma, mas os guardas ainda estão tensos. Os curiosos acompanham com os olhos até que o grupo adentre novamente o hospital.

Um senhor de vestimentas simples, que estava assistindo a cena, vira pra mim e comenta:

-Rapaz, tem uns doido que, quem vê assim, acha que tá bonzinho né?

Sorriso e me afasto, pensando: “E talvez esteja... talvez esteja.”