UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: uma cartografia da rede de atenção em Fortaleza-CE.

ANA ZAIZ TEIXEIRA DE CARVALHO

FORTALEZA

2010

ANA ZAIZ TEIXEIRA DE CARVALHO

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: uma cartografia da rede de atenção em Fortaleza-CE.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Área de Concentração em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Linha de Pesquisa:

Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA
2010

Dedicatória

Dedico este trabalho:

À minha querida mãe, Edilce, a qual sou imensamente grata pelo amor, carinho e dedicação com que tem conduzido minha educação até os dias de hoje. Obrigada por ser este exemplo de luta e determinação que sempre inspirou minhas conquistas.

Ao meu amado e companheiro Franklin, que me incentiva e me fortalece nas minhas mais audaciosas buscas. Obrigada por seu amor e doação.

À minha amada e abençoada filha, Sarah, que esteve presente em todos os momentos deste mestrado, desde o ventre compartilhou todas as sensações a que fui submetida neste árduo e, ao mesmo tempo, prazeroso caminho. Hoje você é sem dúvida a razão do meu existir.

Aos meus irmãos, Anabelli e João Arthur, que mesmo distantes estão presente em meu dia-a-dia e torcem por minha felicidade.

À minha avó, Nedi (in memorian), de quem trago no coração as mais bonitas e singelas recordações de amor e amizade.

Agradecimentos

Principalmente a Deus, por conduzir meus passos até aqui: "Tudo posso naquele que me fortalece", por me permitir existir e compartilhar do amor de pessoas tão especiais nesta vida.

À minha orientadora Maria Salete Bessa Jorge, pela confiança e disponibilidade de compartilhar seus saberes.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, em especial, Diego, Germane e Danielle, pelas contribuições e amizade.

Aos companheiros do Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde, por compartilharem experiências e vivências no decorrer deste curso.

Aos profissionais do CAPS e da AB, que disponibilizaram seus preciosos tempos para contribuírem na construção do conhecimento.

Ao professor Túlio Batista Franco, pelas valiosas contribuições no decorrer deste estudo.

À professora Marluce Maria Araújo Assis, pelas pertinentes colocações no Exame de Qualificação, que me possibilitaram um novo olhar sobre o meu projeto.

À Maírla, pelo sorriso de todas as manhãs, tão disponível, mesmo diante de tantos afazeres.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nessa ponta extrema que separa nosso saber e nossa ignorância e que transforma um no outro.

Gilles Deleuze

RESUMO

A presente investigação tem como objeto de estudo a cartografia da produção do cuidado em saúde mental operado na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza-CE. A compreensão do que é "real", em uma prática cotidiana de um serviço ou até mesmo na vida pessoal de alguém, é uma tarefa que exige além de técnicas e saberes estruturados, exige desprendimento, doação e sensibilidade. A cartografia acompanha os movimentos desse processo, mergulhando nas diversidades para captar e expressar sentidos que estão enraizados e atrelados ao ser humano. Objetivou-se compreender a partir do itinerário de um usuário em ambos os serviços como se dá a articulação entre os Centros de Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica na busca da resolubilidade da atenção a saúde; descrever o fluxo assistencial do CAPS e da Atenção Básica na produção do cuidado em saúde mental e analisar os saberes e as práticas envolvidos com a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial. Trata-se de um estudo de caso exploratório e descritivo, dentro de uma abordagem qualitativa. O sujeito do estudo foi um usuário de 25 anos, com diagnóstico médico de Esquizofrenia do tipo não especificada, atendido nos dois serviços (CAPS e Atenção Básica) há quatro anos, bem como, os familiares deste usuário e os trabalhadores de saúde dos referidos serviços. Os dados foram coletados através de 2 (duas) técnicas: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. Como ferramenta de análise utilizou-se o fluxograma analisador proposto por Merhy (2002). Para melhor entendermos as questões levantadas com este estudo dentro de uma abordagem qualitativa, utilizamos uma aproximação da análise hermenêutica de Paul Ricoeur para compreensão dos discursos. Os resultados revelaram, que os profissionais da AB e do CAPS analisados neste estudo reconhecem a AB como um espaço privilegiado e uma oportunidade de se construir uma prática eficaz de cuidado aos usuários com transtornos mentais, porém, ainda há uma tendência de se fazer saúde mental "intra-muros", ou seja, as ações estão pautadas nas especialidades e nas práticas de cada profissional isoladamente. Este modo de agir está em consonância com o território existencial de cada trabalhador e leva em conta a formação e disponibilidade para com as questões da saúde mental. Em ambos os cenários, os profissionais reconhecem as fragilidades na articulação da rede e apontam o apoio matricial como uma possível ferramenta capaz de contribuir para mudanças positivas das práticas de saúde mental. Para que haja mudanças no plano das ações de saúde mental de forma compartilhada e integrada, torna-se fundamental o processo de desterritorialização de cada trabalhador, para que se pense no espaço do outro, não como uma local de distribuição de tarefas, mas como um espaço promissor de articulação e de compartilhamento de experiências.

Descritores: Cuidado; Saúde Mental; Atenção básica; Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This research has as object the production of mapping mental health care operated in Primary and Psychosocial Care Center in the city of Fortaleza-CE. The understanding of what is "real" in a daily practice of a service or even in one's personal life is a task which requires well structured knowledge and techniques, requires selflessness, giving and sensitivity. The mapping follows the movements of this process, dipping into the diversity to capture and express feelings that are rooted and linked to human. The objective was to understand from the path of a user in both services as the articulation between the Centers for Psychosocial Care Centers and Primary Care in the pursuit of solving the health care, to describe the flow of care centers and primary care in the production of mental health care and analyze the knowledge and practices involved with the production of mental health care in Primary and Psychosocial Care Centers. This is a case study exploratory and descriptive, within a qualitative approach. The study subject was a user of 25 years, with medical diagnosis of Schizophrenia unspecified type, attended the two services (CAPS Primary Care) for four years, as well as the families of users and health workers of these services . Data were collected through two (2) techniques: semi-structured interviews and systematic observation. As a tool of analysis used the flow chart proposed by Merhy analyzer (2002). To better understand the issues raised in this study within a qualitative approach, we use an analysis approach to the hermeneutics of Paul Ricoeur's understanding of discourse. The results showed that professionals in the AB and the CAPS analyzed in this study acknowledge the AB as a privileged space and an opportunity to build an effective practice of care to users with mental disorders, but there is still a tendency to make mental health "intramural" ie, actions are guided by the expertise and practice of each professional isolation. Such conduct is in line with the existential territory of each worker and takes into account the training and availability to mental health issues. In both scenarios, the staff recognize the weaknesses in the articulation of the network link and the support matrix as a possible tool to contribute to positive changes in the practice of mental health. For there to be changes in terms of mental health activities in a shared and integrated, it becomes essential to the process of dispossession of each worker to think that the space of another, not as a local distribution of tasks, but as a promising area of articulation and sharing of experiences.

Keywords: Care Mental Health; Primary health care; Psychosocial Attention Center·

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

AM – Apoio Matricial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do menor

FUNCAP – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GRUPSFE – Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e enfermagem

PSF – Programa Saúde da Família

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS – Sistema Único de Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Populacional de Fortaleza 36

Figura 2 – Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde 42

Figura 3 – Fluxograma analisador do processo de trabalho CAPS, AB, Fortaleza-CE. 50

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

CAPÍTULO 1 – A TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO 13

1.1 A Trajetória do Pesquisador 13

1.2 Objeto de estudo e pressupostos teóricos 14

CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A reforma psiquiátrica e sua interface com a atenção básica e centro de atenção 21

2.2 Produção do cuidado e rede de Saúde Mental 29

CAPÍTULO 3 - CAMINHAR METODOLÓGICO 35

3.1 Natureza e tipo de estudo 35

3.2 Campo empírico da pesquisa 36

3.2.1 Sistema municipal de saúde: atenção básica e saúde mental 36

3.3 Participantes da pesquisa 38

3.4 Técnicas de coleta de dados 40

3.5 Caminhar metodológico 42

3.6 Análise e interpretação dos resultados 43

CAPÍTULO 4 - COTIDIANO DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL: RESULTADOS 45

4.1. Mapa de um usuário: a trajetória e as decisões 45

4.1.1 O (des)velamento da história de Jeremias 45

4.1.2 O conhecer dos espaços de cuidado 47

4.1.3 Cartografia do cuidado: fluxograma analisador 49

4.1.4 Descrição do fluxograma analisador do processo de trabalho do CAPS 51

4.1.5 Os territórios de produção do cuidado: um olhar dos trabalhadores de saúde 55

4.1.6 A prática do Apoio Matricial uma possível ferramenta de articulação dos serviços de saúde mental 59

CONSIDERAÇÕES FINAIS 67

REFERÊNCIAS 70

APÊNDICES 77

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Superior 78

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Médio 79

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Usuários e Familiares 80

Apêndice D – Roteiro de Observação do campo 81

Apêndice E – Instrumento de coleta de dados – trabalhadores da AB 82

Apêndice F – Instrumento de coleta de dados – trabalhadores CAPS 83

Apêndice G – Instrumento de coleta de dados – usuário 84 77

Anexo – Parecer Comitê de Ética 85

CAPITULO 1. A TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1. A TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR

O interesse em realizar a pesquisa sobre o cuidado em saúde mental e as articulações entre a Atenção Básica e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte de um caminho de longas reflexões e inquietações com a temática.

Durante minha graduação em enfermagem pela Universidade de Fortaleza, realizei estágio curricular na disciplina de saúde mental, a qual me oportunizou conhecer e sentir a dimensão dos cuidados em saúde que os portadores de transtornos mentais necessitam. Desde então me sinto envolvida, sensibilizada e ao mesmo tempo inquieta com a temática, por se tratar de uma área de atuação do enfermeiro que necessita de um olhar integral e humanizado, bem como de cuidados eficazes.

Durante este período percebi que muitos profissionais de saúde da atenção básica e em muitos casos os próprios enfermeiros se distanciavam de usuários com transtornos mentais como se eles não fizessem parte da assistência de enfermagem, delegando o cuidado muitas vezes a outros profissionais de saúde como psiquiatras e psicólogos. Foi então que comecei a questionar-me o porquê desta negligência: Seria preconceito por parte dos profissionais de saúde? Falta de capacitação para abordar os usuários com transtornos mentais? A visão hospitalocêntrica para tratar os portadores de transtornos mentais ainda predomina na realidade destes serviços? Ou é apenas descaso? O que estão fazendo de fato pelos usuários?

O interesse em buscar respostas intensificou-se ainda mais ao realizar uma visita domiciliar em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), juntamente com a equipe do Programa Saúde da Família (PSF), na qual nos deparamos com um usuário com transtorno mental, vivendo em condições extremamente precárias e desumanas. Neste encontro pude observar o despreparo por parte da equipe em abordar as questões relativas ao doente mental, como orientações à família do doente, tratamento e encaminhamento.

Como forma de amenizar minhas indagações realizei um estudo, durante o curso de Especialização em Saúde da Família, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), o qual buscou conhecer a realidade da Atenção Básica no que tange ao cuidado em saúde mental no Município de Fortaleza-CE.

Pude evidenciar que as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde pesquisadas eram insuficientes e de baixa resolubilidade, havendo inúmeros encaminhamentos para os CAPS de forma desarticulada com os demais serviços, comprometendo desta forma a responsabilização dos trabalhadores para com a saúde dos usuários e surgindo, assim, novos questionamentos: Que saberes e práticas estão envolvidos com a produção do cuidado em saúde mental? Quais as articulações operadas pelo CAPS e ESF no ato de cuidar em saúde mental em busca da resolubilidade? De que maneira se organiza o fluxo de atendimento das redes assistenciais da atenção básica e CAPS?

Na perspectiva de dar continuidade na busca incessante de respostas relativas ao cuidado em saúde mental, sinto a necessidade de conhecer as articulações operadas entre a Atenção Básica e o CAPS, questões estas que não foram respondidas em estudo anterior.

Este interesse cresceu ainda mais ao ingressar no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de saúde e enfermagem – GRUPSFE na Universidade Estadual do Ceará. As discussões geradas em reuniões do grupo, bem como as produções realizadas no mesmo, contribuíram para que eu procurasse respostas aos meus questionamentos.

O aprofundamento no campo da pesquisa me propiciou conhecer pessoas competentes, que se dedicam intensamente a buscar respostas e aprofundar o conhecimento na saúde mental. Estas me inspiraram ainda mais a desbravar esta área rica e inquietante.

1.2. Objeto de estudo e pressupostos teóricos

O objeto do estudo é a cartografia da produção do cuidado em saúde mental operado na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza-CE.

A compreensão do que é “real”, em uma prática cotidiana de um serviço, ou até mesmo na vida pessoal de alguém, é uma tarefa que exige, além de técnicas e saberes estruturados, desprendimento, doação e sensibilidade. O processo de viver não é algo

estanque ou imóvel, e sim mutável, com valores, subjetividades e vivências embutidas neste processo.

A cartografia acompanha os movimentos desse processo, mergulhando nas diversidades para captar e expressar sentidos que estão enraizados e atrelados ao ser humano.

Rolnik (2007) difere a cartografia de um mapa geográfico que representa um todo estático, enfatizando se tratar de um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Trata-se de um desenho que se concretiza concomitantemente ao "desmanchamento" de certos mundos, e mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos que vão se tornando obsoletos no universo vigente.

Acerca desta discussão, Franco e Merhy (2007) propõem os mapas analíticos como ferramentas cartográficas que possam captar os movimentos contínuos e descontínuos do trabalho vivo, sendo estes as "lentes" do cartógrafo para enxergar o processo de trabalho e a produção da realidade na sua micropolítica, onde este olhar deve ser "vibrátil", pois ao vibrar com as intensidades, abre-se para as suas afecções e afetamentos, e por isso pode-se percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde.

O campo da saúde, ao longo dos últimos séculos, foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, predominando a hegemonia médica, porém, mesmo diante desse agir tecnicamente na produção do cuidado, há uma enorme multiplicidade de maneiras, ou modelos de ação (MERHY, 2007).

O modelo biomédico ainda predomina na realidade de muitos serviços, porém, a transformação pode vir a ocorrer a partir dos trabalhadores de saúde, diante da necessidade de incorporar novos saberes na busca de um cuidado responsável, resolutivo e integral.

A compreensão de cuidado, proposto por Ayres (2004), considera simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para este fim.

As diferentes concepções de cuidado se constituem na prática, no dia a dia dos serviços, embasados nas experiências, vivências e na subjetividade de cada trabalhador. O cuidar em saúde é uma troca contínua.

Sendo assim, o cuidado deixa de ser apenas um procedimento ou uma intervenção para ser uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva. (WALDOW, 2009).

Na enfermagem, ao se falar em cuidado, muitas vezes associa-se uma ideia de realização de procedimentos, sendo a técnica mais valorizada do que outros aspectos subjetivos, estes provenientes da própria formação pautada no modelo biomédico.

A prática reflexiva e a reflexão-na-ação no momento de cuidar, propostas por Waldow (2009), que significa pensar o que se faz enquanto se está fazendo, têm em vista o momento de cuidar, que constitui o encontro entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, e é sugerido que esta prática seja estimulada durante o processo de formação. Para tal, os docentes devem estar preparados. A prática reflexiva apresenta vantagens, tais como: atualização, renovação, geração de conhecimentos, entre outras.

Nesta perspectiva de reflexão sobre a prática de cuidado Leonardo Boff traz uma discussão sobre o cuidado como natureza essencial, sendo um modo-de-ser essencial do ser humano, além de nos fazer pensar em estratégias para uma nova prática de cuidado macro e micro, a partir de uma conversão de nossos hábitos cotidianos e políticos, privados e públicos, culturais e espirituais, no sentido do respeito e preservação de tudo o que existe e vive (SILVA et al, 2005).

Entretanto, o cuidado, além de ser algo solidário e afetivo, é, acima de tudo, uma responsabilidade, tanto do Estado, como sanitária, quanto da própria população, que deve ser autônoma no seu processo de saúde/doença. O trabalhador de saúde, nesta perspectiva, deve ser resolutivo e servir como um facilitador de todo este processo, como forma de atingir a integralidade da atenção.

A integralidade da atenção se faz necessária na produção do cuidado, com o intuito de suprir as necessidades de saúde dos sujeitos nos seus diferentes contextos sociais, para que de fato seja alcançada a resolubilidade da atenção.

Cecílio (2001) toma as necessidades de saúde como um “analisador”, em particular o potencial dos trabalhadores/equipes/serviços/rede em fazer uma escuta melhor das pessoas que buscam cuidados em saúde, sendo estas necessidades dos usuários o centro de suas intervenções e práticas.

A capacidade de olhar os sujeitos, nas suas diversas dimensões, não é uma tarefa fácil. Faz-se necessário vê-lo com um olhar apurado e como um ser individual, haja vista que estes são construídos socialmente e historicamente, tornando-se fundamental centrá-lo nas práticas de saúde.

A ideia de cuidado no plano mais completo de práticas de saúde é a de que cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele, sendo que a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. (AYRES, 2001).

A subjetivação dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar, seja por parte do sujeito que anseia por cuidado ou do profissional que se dispõe a cuidar, deve ser levado em conta ao almejarmos a resolubilidade da atenção à saúde.

A integralidade do cuidado só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Deve-se perceber que a integralidade nunca será plena, por melhor que seja a equipe, por melhor que seja a comunicação entre eles e por melhor que sejam os trabalhadores, nos remetendo a uma segunda dimensão da integralidade da atenção, ou seja, a integralidade como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde. (CECÍLIO, 2001).

Esta articulação se dará entre os diversos serviços de saúde, como, por exemplo, uma equipe do PSF, um hospital, dentre outros com uma rede mais complexa, composta até por outros serviços que não só os do setor saúde.

Corroborando com este pensamento, Cecílio (2001, p. 117) pensa a integralidade como orientadora de uma rede de serviços:

> A máxima integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

A articulação em rede deve partir das reais necessidades de saúde dos usuários, levando-se em conta o momento de vida de cada um, pois é a partir deste cenário individual que se pode identificar a tecnologia de saúde de que o sujeito de fato necessita.

Para Merhy (2007) não se deve julgar se os equipamentos são bons ou ruins, e sim observar quais razões instrumentais e intencionais os constituem, cabendo, portanto, questionar como operam sobre os modelos de tecnologia do "trabalho vivo em ato" e como se realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades, como intenções, ocupam na rede de relações que os constituem.

A denominação de "trabalho vivo" se caracteriza por ser construído em ato, permitindo a expressão dos desejos do trabalhador, operando constantemente no âmbito das relações. Já o trabalho morto está moldado aos meios de produção, ou seja, trabalha conforme determinados saberes e interesses. (MERHY, 2002).

Para Mendes-Gonçalves (1994), as tecnologias definidas em materiais são aquelas que expressam o sentido literal da palavra, se referindo a instrumentos, máquinas e equipamentos de trabalho; e em não materiais, que são os conhecimentos técnicos dos trabalhadores.

Merhy (2007) passa a trabalhar com as relações, aprofundando os conceitos de tecnologias para produção do cuidado em saúde, subdividindo-as em tecnologias leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são aquelas que envolvem relações como produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como forma de governar processos de trabalho; as leve-duras são aquelas que envolvem o conhecimento técnico que opera no processo de trabalho em saúde como da clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e já as duras se configuram em equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

As tecnologias de saúde podem estar em diversos cenários como em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados, ou seja, que utilizem as tecnologias duras. (CECÍLIO, 2001).

As referidas tecnologias anteriormente citadas são produtos de um trabalho já existente. A realização de um trabalho vivo em ato se dá através da tecnologia leve, uma vez que todo "trabalho vivo em ato" é relacional, pois este não se produz sozinho. Uma tecnologia não se sobrepõe a outra, as tecnologias se complementam e visam uma prática clínica integrada, articulada e focalizada no sujeito.

Neste momento de articulação entre os serviços, é que repensar as linhas de cuidado em uma perspectiva mais ampla, onde as redes de cuidado se conectam, torna-se imprescindível.

Ceccim e Ferla (2006) sugerem uma rede que seja a tradução de uma prática cuidadora centrada na concepção de saúde, além do tratamento das doenças, que seja capaz de produzir no sujeito, além da terapêutica, conhecimento, sensação de cuidado, autonomia e desejo de vida.

Nesta perspectiva, os autores (CECCIM E FERLA, 2006, p. 167) complementam que:

> A linha de cuidado implica, também, um redirecionamento permanente do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação uma existência encarnada num viver individual

Diante da concepção de rede, Franco (2006) discute o processo de trabalho na concepção da "micropolítica do processo de trabalho em saúde", entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra.

A concepção de imanência das redes na micropolítica do processo de trabalho trazida por Franco (2006, p. 462), que concebe a ideia de que um objeto está no outro, ou seja, as redes estão no processo de trabalho e vice-versa, revela que o funcionamento destas redes de cuidado em diferentes cenários (atenção básica, rede hospitalar, equipe saúde da família, dentre outros) se comunicam reciprocamente, o que infere que "o cuidado se produz sempre em rede."

A produção do cuidado em saúde deve se dar de forma articulada, intersetorial, acoplando os diferentes saberes das equipes envolvidas no processo de cuidar em saúde, levando em conta a subjetividade dos usuários envolvidos no processo. O usuário que utiliza o serviço é capaz de mostrar, através do seu cotidiano, idas e vindas entre os serviços, como se dá esta produção real de cuidado.

Diante destas colocações, o estudo aponta a seguinte questão condutora do processo de investigação: Como se conformam as articulações operadas pelo CAPS e Atenção Básica no ato de cuidar das pessoas em busca da resolubilidade em saúde mental?

Para estruturar a discussão teórica e também explicitar a formulação teórico-metodológica adotada formulam-se os seguintes pressupostos teóricos:

Primeiro Pressuposto – O cuidado em Saúde Mental operado na atenção básica e Centros de Atenção Psicossocial tem se mostrado fragmentado e com baixa resolubilidade. Os serviços de saúde "ainda" são pautados em um modelo asilar, sinalizando para uma assistência desarticulada com os demais serviços.

Segundo Pressuposto – O itinerário do usuário dentro de um serviço de saúde tem demonstrado que os repetidos encaminhamentos ocorrem pela fragmentação das ações e pela desarticulação entre os serviços, comprometendo assim a qualidade da rede de atenção em saúde mental.

Diante destes pressupostos e das colocações expostas, este estudo teve como objetivos:

- Compreender, a partir do itinerário de um usuário em ambos os serviços, como se dá a articulação entre os Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica na busca da resolubilidade da atenção à saúde.

- Descrever o fluxo assistencial do CAPS e da Atenção Básica na produção do cuidado em saúde mental.

- Identificar os saberes e as práticas envolvidos com a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial.

CAPITULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A reforma psiquiátrica e sua interface com a atenção básica e centro de atenção psicossocial

O cuidado em saúde mental vem sendo (re)construído ao longo do tempo, desde a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, visando a um redirecionamento dos saberes e das práticas dos trabalhadores de saúde, numa perspectiva integral e resolutiva do cuidado. Pois, esse campo da saúde era constituído como um lugar de consolidação de técnicas não cuidadoras, predominando uma hegemonia positivista de atenção (AMARANTE, 2001).

A reforma psiquiátrica, que se constitui como um processo social, onde recoloca uma demanda historicamente excluída (doente mental) na dimensão das relações na sociedade, traz consigo a noção de integralidade como eixo norteador dos sabres e práticas que supera a organização dos serviços e/ou constituição de modelos ideais. (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Para Pinheiro; Alves e Guljor (2006) o hospício foi fundado no século XVIII: "é preciso isolar para conhecer, conhecer para intervir" – ou seja, esse paradigma apontava o isolamento como instrumento de tratamento. Durante décadas, a prática de assistência em saúde mental foi orientada com base nestes pressupostos.

Na Europa, em 1786, Philippe Pinel foi um médico pioneiro no tratamento dos doentes mentais. Distinguiu vários tipos de psicose e descreveu as alucinações, o absentismo, e uma série de outros sintomas, além de abolir tratamentos como sangria, purgações e vesicatórios, em favor de uma terapia que incluía contato próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais e um programa de atividades dirigidas. Preocupava-se também em que o pessoal auxiliar recebesse treinamento adequado e que a administração das instituições fosse competente. (COBRA, 2003).

A loucura passa a ser identificada como doença mental quando Pinel, enquanto portador do discurso nascente da psiquiatria como ciência, começa a defender que a loucura seria um desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais. (NARDI et al, 2005).

Os asilos eram uma maneira de "retirar" os doentes do convívio com a sociedade. O modelo de assistência centrado no asilo permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento em psiquiatria. (PINHEIRO, ALVES E GULJOR, 2006).

Várias transformações ocorreram no campo da atenção à saúde mental, o movimento de reforma psiquiátrica revela sua importância por se tratar de uma manifestação social em prol dos direitos humanos e da cidadania, mantendo uma longa trajetória na consolidação de tais transformações no cuidado em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, de acordo com Amarante (2001), surge mais concreta, principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Trata-se de um importante avanço nos cuidados à saúde mental, pois a partir de então se passou a pensar em alternativas de tratamento, além dos hospitais psiquiátricos.

Amarante (2001) afirma que tendo como princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso prioriza-se, como direção do tratamento, a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, o que se torna um fator terapêutico.

Para Amarante (2001) a Reforma Psiquiátrica é 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.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão, as práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. (BRASIL, 2005).

A Reforma Sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, o movimento já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). (FLEURY, 2009).

Amarante (2001, p. 51) afirma que o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como marco um episódio:

> O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a "Crise da Dinsam" (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. (BRASIL, 2005). A partir deste período, começa a haver denúncias em relação à violência que os doentes mentais enfrentavam nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Surgem, então, debates nacionais sobre o papel do hospital psiquiátrico, que tem como temas principais a "reversão da tendência hospitalocêntrica" e o "resgate da cidadania do doente mental". Discutiam-se propostas para a reforma psiquiátrica, e, em 1989, é lançado o Projeto de Lei nº 3657 (Projeto Paulo Delgado – PT/MG), que propunha, em síntese, a implantação de uma rede de assistência extra-hospitalar, a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial e a comunicação compulsória das internações involuntárias. (GASTAL, et al, 2007).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987; e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), tendo como *locus* um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2005).

Concomitantemente a estes fatos, são implantados, no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas; são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira

demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível. (BRASIL, 2005).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos "Conselhos Comunitários de Saúde". (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2005).

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005).

A Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica é realizada em Caracas-Venezuela, em novembro de 1990. Nesse encontro foi divulgado um documento intitulado: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas (OPAS, 1990). Este critica o modelo convencional hospitalocêntrico e propõe medidas eficazes para a reabilitação psicossocial do indivíduo. (BRASIL, 2001).

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal 10.216 (lei de Paulo Delgado ou lei da Reforma Psiquiátrica) é sancionada no país. Após passar por promulgação a Lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica como política de governo é consolidada a partir da III Conferência, e confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2001).

Desde então o Ministério da Saúde vem criando estratégias para reduzir os leitos psiquiátricos.

Nesta perspectiva, Gonçalves e Sena (2001, p. 50) comentam:

> Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial, como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

A questão da desinstitucionalização é muito complexa, por se tratar não apenas de reduzir os leitos hospitalares, e sim de dar condições para que os pacientes, ao retornarem para seus lares, tenham subsídios para continuarem seus tratamentos de forma contínua e eficaz.

O processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa, e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros. (BRASIL, 2005).

De acordo com dados do relatório de gestão do Ministério da Saúde (2003-2006), foram reduzidos 11.826 leitos em todo o Brasil. (BRASIL, 2007).

Diante deste cenário é fundamental discutir a construção de redes de cuidado para consolidar a Reforma Psiquiátrica. A rede de atenção à saúde mental é parte integrante do SUS, rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. (BRASIL, 2007).

O SUS regula e organiza, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios

de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, organizações da Sociedade Civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2005).

Dentro da composição de rede em saúde mental, os CAPS, diante da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. (BRASIL, 2005).

Yasui (2007, p. 159) aponta o CAPS como um lugar capaz de articular as diversidades terapêuticas existentes com a subjetividade e particularidade de cada usuário que recorre ao serviço, pois o vê como "um lugar de produção de cuidados, de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social."

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Campos *et al* (2008) destaca na discussão de que a atenção básica à saúde (ABS) deveria ser a porta de entrada dos sistemas, não como a única e nem com a função exclusiva de garantir acesso ao sistema, uma vez que se espera muito mais dela, pois deveriam ser resolvidos grande parte dos problemas de saúde da população neste nível de atenção.

Para garantir a resolubilidade dos problemas de saúde na atenção básica, Campos *et al* (2008) apontam que esta deve se organizar baseada em algumas diretrizes, como o

trabalho em equipe interdisciplinar, responsabilidade sanitária por um território e vínculo entre as equipes e usuários (a equipe deve conhecer os condicionantes de saúde, identificar riscos, desenvolver projetos singulares de intervenção), articular a ABS em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde.

O campo da saúde pública, dentro de seus limites, vem buscando alternativas para intensificar a assistência aos doentes mentais. Houve, ao longo dos anos, uma melhora do acesso da população à assistência à saúde, embora se evidenciem algumas dificuldades relativas ao modelo médico vigente e a proposta conceitual do modelo de atenção, sendo a dificuldade de fixar profissionais médicos nas equipes de saúde da família e destes direcionarem o olhar para uma assistência integral, sem foco em especialidades, alguns exemplos destas dificuldades. (LYRA, 2007).

A saúde mental na atenção básica encontra-se em um momento de transformação diante da necessidade de atender à demanda em sofrimento psíquico, uma vez que, de encontro com os princípios da reforma psiquiátrica, dentre estes, a mudança de um modelo centrado na hospitalização por modelos substitutivos, os usuários demandam cada vez mais da atenção nas unidades básicas de saúde.

Campos e Gama (2008) apontam que uma demanda importante chega diariamente na atenção básica, porém depara-se com uma série de fatores que dificultam o acolhimento e tratamento dos usuários, dentre estes a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, o despreparo técnico profissional, falta de investimento dos gestores, condições precárias de trabalho, dentre outros, o que acaba implicando muitas vezes em um tratamento centrado apenas no medicamento, ou seja, na "medicalização do sofrimento".

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se insere como um modo de produzir mudanças neste cenário de atenção centrado na medicalização, propondo modos de atuação interdisciplinar e alternativos, além de ser um "espaço estratégico para se fazer a aproximação entre a saúde mental e atenção básica". (CAMPOS e GAMA, 2008).

A ESF se constitui um importante cenário para que os trabalhadores em saúde atuem, prestando cuidados ao doente mental, por se tratar de um programa que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a

população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. (BRASIL, 2006).

Tófoli e Fortes (2007) afirmam que há uma grande prevalência de transtornos mentais na atenção primária, dados mundiais e nacionais apontam que quase um terço da demanda atendida nas unidades básicas de saúde apresenta algum transtorno mental. Considerando as queixas difusas com sintomas psiquiátricos subsindrômicos, estes dados podem ultrapassar os 50% da demanda.

Diante desta demanda para a ESF surgiu a necessidade de aprimoramento dos profissionais de saúde, após ser constatado pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2001 e 2002, que 51% das equipes da ESF realizavam algum tipo de atendimento em saúde mental. Surge então a união das áreas técnicas da saúde mental, atenção básica e Ministério da Saúde, com a proposta de ação conjunta, tendo por base a metodologia de trabalho das equipes matriciais. (LYRA, 2007).

Para Gomes (2006), o Apoio Matricial é um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como por exemplo os Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e as UBS (Unidades Básicas de Saúde), numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontal as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde.

Lyra (2007) complementa que, além da qualificação dos profissionais e do serviço, e uma consequente melhora nos atendimentos, o apoio matricial pode também orientar a integralidade da atenção.

Dentre as medidas que visam a um atendimento multidisciplinar, integral, articulado em rede na saúde mental, a humanização da atenção à saúde deve ser enfatizada e valorizada, pois estamos lidando com seres humanos que necessitam de uma dimensão de cuidado maior do que a desenvolvida em muitos serviços pautados meramente na técnica.

Nesse sentido, a ideia de humanização, expressada por Dimenstein (2004), está relacionada diretamente com a da desinstitucionalização, na medida em que esta pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares. Para a autora humanizar não se restringe somente ao aumento de unidades prestadoras de serviço, nem à melhoria das condições dos locais onde os usuários são

atendidos, seja ambulatório, hospital-dia, sejam os serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

A intersetorialidade das ações de saúde surge como uma possibilidade de resolver os problemas sociais que demandam a população de um determinado território, buscando aperfeiçoar os recursos disponíveis, uma vez que a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social. (JUNQUEIRA, 2004).

Pensar a saúde mental em uma rede articulada, onde de fato se busque resolver os problemas de saúde, responsabilizando-se pelos sujeitos que demandam de cuidado, é um desafio para as equipes de saúde.

2.2. Produção do cuidado e rede de saúde mental

O cuidado em saúde é uma produção social constante das práticas de saúde. Os sujeitos implicados neste contexto são singulares e trazem consigo uma ampla bagagem de vivências e experiências que perpassam por todo o processo de construção de um cuidado integral pautado nos sujeitos e suas subjetividades.

O modo de produção do cuidado se revela, de forma eficaz, no âmbito da sua micropolítica, se houver um método que seja capaz de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo. (FRANCO e MERHY, 2002).

Entende-se por subjetividade o modo específico de cada ser humano agir no mundo, sendo este dinâmico e influenciado diretamente por valores culturais, sociais e históricos.

Esses valores estão implicados no homem e podem refletir diretamente na maneira de produzir cuidado a partir do seu processo de trabalho. Diante dos diferentes modos de agir humano no ato produtivo, Merhy (2005) discute o processo de trabalho na micropolítica das instituições e enfatiza que qualquer ato produtivo simples pode ser representado teoricamente em trabalho vivo e trabalho morto.

Por trabalho morto entende-se os produtos de trabalhos humanos, que foram elaborados, ou seja, não estavam prontos na natureza e expressam, no momento de sua utilização, um trabalho morto que foi resultado de um trabalho vivo anterior no momento de

sua produção. Já por trabalho vivo entende-se o momento em si do trabalho, dependendo fortemente do saber adquirido para sua realização, dentre estes suas subjetividades. (MERHY, 2005).

Para Merhy (2005), as possibilidades de agir dos trabalhadores diante de tantas possibilidades subjetivas do fazer são denominadas de "grau de liberdade" e o seu exercício relaciona-se com a presença simultânea das dimensões do trabalho (vivo e morto). Sendo assim, o autor utiliza o exemplo de um sapateiro artesão e o processo de trabalho em saúde, onde, na produção do cuidado em saúde, há o encontro do trabalho em si dos profissionais com certos materiais/ferramentas (trabalho morto) e para que ele possa pôr em prática a sua ação necessita também de um saber tecnológico que lhe permita expressar seu projeto (trabalho vivo).

Diante destes conceitos de trabalho vivo e morto, Merhy (2005) traz algumas discussões sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado, sendo que o primeiro autor a discutir o conceito de tecnologia em um sentido mais amplo foi Mendes-Gonçalves (1994), ao classificá-las em materiais e não materiais.

As tecnologias materiais são as máquinas, os equipamentos e os instrumentos de trabalho propriamente ditos, já as tecnologias não materiais introduzem um novo conceito de tecnologia, onde saberes e práticas orientam o trabalho em saúde através de ações materiais e imateriais. (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Aprofundando estes conceitos de tecnologias, Merhy (2002) passa a trabalhar com as relações, trazendo a tecnologia na produção cotidiana do trabalho, na prática diária e na rotina das instituições, ou seja, na micropolítica do trabalho em saúde. A tecnologia aqui referida é classificada em leve, leve-dura e dura.

As tecnologias leves são tecnologias de relações, ou seja, do trabalho vivo em ato, como acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e gestão, as quais funcionam como modos de governar processos de trabalho, já as tecnologias leve-duras são saberes estruturados que operam no processo de trabalho e as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. (MERHY, 2002).

A organização das práticas de saúde e o campo relacional na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilitam a manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde. (AYRES, 2004).

Sendo assim, urge a necessidade de deslocar o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados, como nos demonstra Merhy (2002), e este nos parece ser também o ponto central daquilo que o Ministério da Saúde denomina *"mudança do objeto de atenção"*, ou seja, deslocar o foco da doença e permitir que o sujeito seja visto integralmente como o centro do cuidado em saúde.

Para Pinheiro (2002), a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Sabemos que a integralidade no cuidado não se materializa somente com sua inscrição legal como princípio do SUS, mas como algo a ser construído cotidianamente pelos sujeitos em seu processo de trabalho no desenvolvimento do cuidado em saúde. A integralidade é uma ação social resultante da permanente interação dos sujeitos na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde. (PINHEIRO, 2003).

O uso de categorias de análise da demanda e oferta e suas relações nos serviços de saúde são capazes de apreender esta prática, que não é somente assistencial e tecnológica, mas também política. (PINHEIRO, 2001).

A garantia da integralidade nos serviços de saúde possui como principal ferramenta de sua observação as categorias de oferta e demanda. Estas, quando analisadas relacionalmente, construídas dinamicamente, resultantes de uma ação social que pode incluir a subjetividade e ou objetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas no interior das instituições. (PINHEIRO, 2001).

Nesta perspectiva de práticas subjetivas em que o sujeito deve ser o centro da atenção à saúde, visto em seu contexto real, histórico e social, Campos (2007, 2003) sugere o método Paidéia como uma forma de reorientar as práticas de saúde, voltando-as para ampliar a capacidade de análise e cogestão dos sujeitos, uma vez que a noção grega de “Paidéia” se refere à formação integral do ser humano.

O método Paidéia procura incluir o sujeito no trabalho em saúde, permitindo que estes façam parte do seu processo de construção de saúde com autonomia e responsabilidade.

Campos (2003) denomina a clínica do sujeito como sendo centrada nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte desta existência. A crítica se dá ao fato da doença ser o verdadeiro objeto de trabalho da clínica,

desconsiderando e diminuindo todo o resto do ser em questão, sugerindo, para tanto, a ampliação deste objeto de saber de intervenção clínica, incluindo o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica.

A clínica ampliada poderá também contribuir para aumentar o grau de autonomia dos usuários. Autonomia que é entendida como ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, aumentando sua capacidade de compreender e atuar sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. Esta somente será alcançada caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se a postura que tende a transformar o paciente em um objeto sem direitos de decisão sobre sua própria saúde. O grau de autonomia é medido pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros. (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Acreditar no sujeito como responsável e capaz de produzir saúde em si mesmo é considerá-lo como o centro da atenção à saúde, deslocando-se da lógica hegemônica da doença.

Campos (2003) afirma que a clínica, em sua ideologia, se assenta na preocupação de vender a imagem de uma instituição racional e humana, imaginando a existência de clínica única: a clínica científica e ética. O autor, no entanto, optou por trabalhar com a ideia de semblantes, de faces ou de dobras da clínica, ao considerar que, na prática, há uma diversidade de clínicas, nas quais há, entre elas, contiguidades e diferenças. Nesse sentido, considerou três semblantes principais sobre os quais a clínica se apresenta: uma Clínica Oficial, uma Clínica Degradada e uma Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito). Esta última está intimamente associada à ideia de uma clínica promotora de saúde.

Segundo Campos (2003), a Clínica oficial (clínica-clínica) é considerada limitada por trabalhar com um objeto de estudo e de trabalho reduzidos, além de construir métodos e técnicas de intervenção também limitados. Afirma haver uma desresponsabilização pela integralidade do sujeito, abordando mais a doença que o indivíduo, e mesmo quando este é considerado, pensa-se em um indivíduo fragmentado, um ser composto de partes que, apenas teoricamente guardaria alguma noção de interdependência. A Clínica Degradada é considerada como uma potencialidade para resolver problemas de saúde limitada, o que é resultante da mescla de uma política de saúde inadequada, com o *comportamento alienado* dos [trabalhadores de saúde] que a praticam, atendendo de forma padronizada, quase que

independente da gravidade e das necessidades de cada um dos usuários. Ainda existe por interesses econômicos ou por desequilíbrios pronunciados de poder. Já a Clínica do Sujeito é aquela ampliada, revista. Essa clínica, segundo Campos (2003), teria de enfrentar e derrotar os nós críticos que a Clínica Oficial não tem conseguido sequer analisar e muito menos resolver.

A clínica ampliada depende do trabalho integrado em equipe e, particularmente, da interação interdisciplinar entre diferentes formas do exercício clínico existente.

Esta integração demanda de uma articulação em rede dos serviços de saúde. A produção do cuidado em saúde mental requer um pensar coletivo dos saberes e práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Tomando como base a concepção de Starfield (2002), que aponta a Atenção Primária em Saúde (APS) como a "porta de entrada" dos serviços, iniciamos a discussão concebendo este espaço como propício para o desenvolvimento de ações em saúde mental dentro de uma lógica de produção de cuidado integral em saúde.

Neste contexto, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (2005), as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Sendo assim, nesta composição da rede em saúde mental, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização dos serviços. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental.

Nessa composição de rede a ESF se constitui um importante cenário para que os trabalhadores em saúde atuem, prestando cuidados ao doente mental, por se tratar de um programa que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas,

de forma integral e contínua. Assim, os trabalhadores de saúde podem compartilhar o cuidado com a população acompanhado na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização, que pode se efetivar a partir de discussões de casos em equipe, intervenções nas famílias e na comunidade. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde.

CAPITULO 3. CAMINHAR METODOLÓGICO

3.1. Natureza e tipo de estudo

Como possibilidade de alcançar os objetivos propostos, escolhemos a pesquisa qualitativa, que, segundo Minayo (2008), é capaz de incorporar a questão do significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A autora refere ainda que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo

> A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela. A possibilidade de enumeração dos fatos, por exemplo, é uma qualidade do indivíduo e da sociedade que contêm, em si, elementos de homogeneidade e de regularidades. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento e qualquer discurso político ou teórico que tente explicá-la (MINAYO, 2008, p. 42).

Diante da necessidade de entender um fenômeno social complexo, dentro de seu contexto real, como é o caminho percorrido de um usuário nos serviços CAPS e Atenção Básica, este estudo caracteriza-se também em um estudo de caso, exploratório e descritivo.

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. (MINAYO, 2008).

De acordo com Ludke e André (1986), o estudo de caso possui uma fase exploratória, que nada mais é do que o contato com o fenômeno observado. Esta técnica busca retratar a realidade de forma completa e profunda, procurando revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação, focalizando-o como um todo.

A fase exploratória do estudo consiste em proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve as experiências práticas com o problema pesquisado que estimulam a compreensão. (GIL, 1991).

O estudo possui um caráter descritivo, pois busca descobrir as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, econômica, política e nos demais aspectos do comportamento humano, abordando dados importantes para o estudo que o registro não consta em documentos. (CERVO e BERVIAN, 2002).

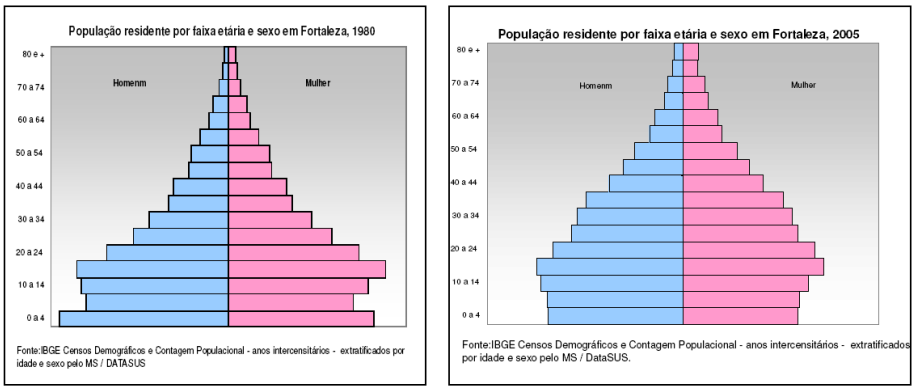
3.2. Campo empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um CAPS e uma Unidade Básica de Saúde no município de Fortaleza, sendo necessário expor alguns dados importantes sobre este município, no intuito de descrever o território social.

O município de Fortaleza localiza-se no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga; e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú. (FORTALEZA, 2007).

Fortaleza é hoje a quarta maior cidade do país, com população estimada pelo IBGE de 2.458.545 habitantes em 2007. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos. Apesar de ter população predominantemente jovem, essa situação vem mudando com o aumento progressivo da população idosa – Pirâmide Populacional (1872, 1980 e 2006), Figura 1. A população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total. (FORTALEZA, 2006).

Figura 1 – Pirâmide Populacional de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).



Transição Demográfica: Gradativo envelhecimento da população, devido à redução da natalidade, à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida.
Transição Epidemiológica: Substituição das doenças infecciosas pelas doenças não infecciosas e outros agravos e violências.

3.2.1. Sistema municipal de saúde: atenção básica e saúde mental

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços

interestaduais. A gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade do secretário municipal de saúde. (FORTALEZA, 2007).

O município dispõe de 2.407 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Destes, 3,74% são unidades básicas de saúde, do tipo centro de saúde, e a grande maioria, 66,47% são consultórios isolados. (FORTALEZA, 2007).

Dos estabelecimentos de saúde inscritos no CNES, 149 são públicos (7%) e 2.120 são privados (93%). Dos públicos, 122 são da esfera administrativa municipal (82%), 22 da estadual (15%) e 5 (3%) da federal. Os estabelecimentos públicos municipais correspondem a 73% e são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde. (FORTALEZA, 2006).

Destacamos o grande investimento da Secretaria Municipal de Saúde em ampliar o número de estabelecimentos do tipo clínica especializada/ambulatório especializado, onde, das unidades existentes, 14 são Centros de Apoio Psicossocial – CAPS. Em 2005, o município dispunha de apenas três CAPS cadastrados no CNES. (FORTALEZA, 2006).

Nos Centros de Atenção Psicossocial, os pacientes são assistidos em regime de atenção diária. Há atendimentos individuais, coletivos e oficinas terapêuticas. Uma equipe multidisciplinar – formada por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, farmacêutico, auxiliar de enfermagem e artista – trabalha no sentido de garantir o correto tratamento clínico, desenvolver a autonomia dos pacientes, despertar o exercício da cidadania e fortalecer o vínculo dessas pessoas com a comunidade.

Fortaleza possui 14 unidades do tipo CAPS em funcionamento, sendo estas distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) da seguinte forma: cada Regional de Saúde possui 01 unidade de CAPS na modalidade geral e 01 na modalidade de CAPS do tipo Álcool e Drogas (AD). Existem ainda 2 CAPSi (infantil) direcionados à atenção junto a crianças e adolescentes, sendo instalados na área da SER IV (referência para todas as áreas pares) e outro na SER III (referência para as áreas ímpares).

O CAPS selecionado para compor o estudo foi o CAPS geral da SER IV, localizado no bairro Jardim América.

Ainda dentro da perspectiva da assistência no nível primário de saúde, o Programa Saúde da Família é a estratégia da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que objetiva reaproximar profissionais e cidadãos, no intuito de mudar a concepção sobre a atenção em

saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias. (FORTALEZA, 2007).

De acordo com dados da Prefeitura de Fortaleza (2007), o primeiro passo para estruturar o trabalho foi a territorialização do município, que consistiu em uma radiografia do espaço urbano para identificar características e necessidades da população. O objetivo foi estabelecer critérios racionais de atuação das equipes, de acordo com o nível de risco das áreas residenciais. Fortaleza foi subdividida em quatro níveis de risco, cujo número de equipes é proporcional ao universo de pobreza da população. Esse trabalho também serviu para envolver a comunidade no novo projeto político, segundo a compreensão de que o SUS só pode ser viabilizado com a participação social.

Constatou-se, ainda, que um milhão e 600 mil pessoas, o equivalente a 70% da população de Fortaleza, necessitam do SUS de maneira mais efetiva. Para cobrir 100% desse contingente, seria necessário o trabalho de 460 equipes do PSF, com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e odontólogos, além de 2.700 agentes comunitários de saúde.

Com base nessas necessidades a Prefeitura realizou um concurso para a contratação até o final da gestão das 460 equipes do PSF. Os agentes serão contratados através de uma seleção pública, que os vinculará a uma autarquia pública.

Antes, somente 15% dos moradores de Fortaleza recebiam cobertura do PSF. Com o concurso realizado em fevereiro de 2006, houve um aumento de 102 para 200 equipes, inicialmente.

A Unidade Básica de Saúde escolhida para compor o estudo faz parte da SER IV e localiza-se no bairro Itaoca. Vale ressaltar que as unidades que compuseram nosso estudo foram escolhidas a partir da definição do usuário, ou seja, não tivemos a priori a preocupação de delimitar as unidades a serem estudas, pois esta escolha ocorreu após se definir o sujeito e este nos mostrar o percurso realizado por ele nos serviços de saúde.

3.3. Participantes da Pesquisa

O estudo se deu através da escolha de um caso, ou seja, de um usuário, que é o elemento central do fluxograma analisador. Entende-se que o caminho percorrido por este usuário pode revelar nuances reais da assistência prestada a ele no cotidiano dos serviços.

No intuito de selecionar o sujeito do estudo, inicialmente a pesquisadora procurou conversar informalmente com alguns profissionais dos CAPS e da Atenção Básica para que estes sugerissem, de acordo com suas vivências, um caso que se enquadrasse nos critérios de inclusão do estudo: possuir um longo período de tratamento (mínimo três anos de tratamento); estar em atendimento na atenção básica e ter sido assistido nos dois serviços – CAPS e Atenção Básica (para visualizarmos a articulação entre os serviços); ser, preferencialmente, um usuário Psicótico (entende-se que um usuário psicótico demanda mais do serviço, ou seja, exige mais do sistema e interroga mais o serviço, o que possibilita mostrar as dificuldades vivenciadas por ele na busca pela atenção à saúde); apresentar condições de comunicar-se e entender a pesquisa.

Após estas conversas informais, a pesquisadora participou de reuniões do Apoio Matricial, onde se deu finalmente a escolha do sujeito.

O usuário selecionado foi um homem, 25 anos, em tratamento no CAPS, há quatro anos com diagnóstico de Esquizofrenia não especificada, chamado neste estudo pelo nome fictício de Jeremias.

Participaram também da pesquisa todos aqueles envolvidos na trajetória da assistência deste usuário. Sendo estes os trabalhadores do CAPS e da Atenção Básica, e familiares. Estes foram definidos a partir da história de vida do usuário em questão, que foi realizado como etapa inicial do processo de investigação.

Para melhor visualizarmos os participantes estudados elaboramos um quadro com o número de sujeitos entrevistados, categoria profissional (se trabalhador) e o número das entrevistas (Quadro 1)

Quadro 1 – Participantes do estudo

Participantes	Categoria Profissional	nº de sujeitos entrevistados
Usuário	—	01
Trabalhadores de Saúde	Enfermeiros	03
	Médicos	02
	Assistente Social	01
	Agente Comunitário de Saúde	01
Familiares	—	04
Total	—	12

3.4.Técnicas de Coleta de Dados

Para coleta de dados foi realizada uma cartografia do cotidiano do usuário escolhido nos serviços analisados. Assim, foi realizado um estudo de caso com leitura do prontuário, aplicação do fluxograma analisador de Emerson Merhy (2002), observação sistemática das práticas dos trabalhadores (Apêndice D), entrevista semiestruturada com os trabalhadores do CAPS e da UBSF (Apêndice E e F), e entrevista com os familiares do usuário em questão (Apêndice G).

A entrevista pode ser considerada uma conversa que se caracteriza por sua forma de organização, no caso da entrevista semiestruturada, que combina perguntas abertas e fechadas, o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. (MINAYO, 2008).

Este momento propiciou a descoberta de dados importantes sobre a vida do usuário estudado, como, por exemplo, suas experiências e vivências anteriores, uma vez que, "é por meio das entrevistas que se processam as narrativas de vida, igualmente denominadas histórias de vida". (MINAYO, 2008).

A entrevista semiestruturada, segundo Triviños (1987), tem privilégio na pesquisa qualitativa, pois ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece liberdade aos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas na íntegra com a autorização prévia dos entrevistados. O material gravado foi analisado pela pesquisadora em questão, que se responsabiliza em garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados.

A observação do processo de trabalho das equipes da atenção básica e do CAPS foi fundamental para compreendermos como os modos de produção de cuidado se conformam no dia a dia dos serviços, a relação entre a equipe e os usuários, além de possibilitar conhecer os saberes e as práticas que regem este cuidado.

A observação sistemática (Apêndice D) foi orientada por um roteiro, com questões relativas ao processo de trabalho das equipes, saberes e práticas, dentre outras, no intuito de confrontar os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta nos serviços de saúde/saúde mental.

As observações foram registradas em um diário de campo, que, segundo Minayo (2008), nada mais é do que um caderno de notas que o investigador utiliza para anotar o que observa no dia a dia. O mesmo foi disponibilizado para os sujeitos participantes terem conhecimento das observações anotadas e, se necessário, acrescentarem mudanças no texto. Os registros foram utilizados como material de análise, após aprovação das pessoas envolvidas.

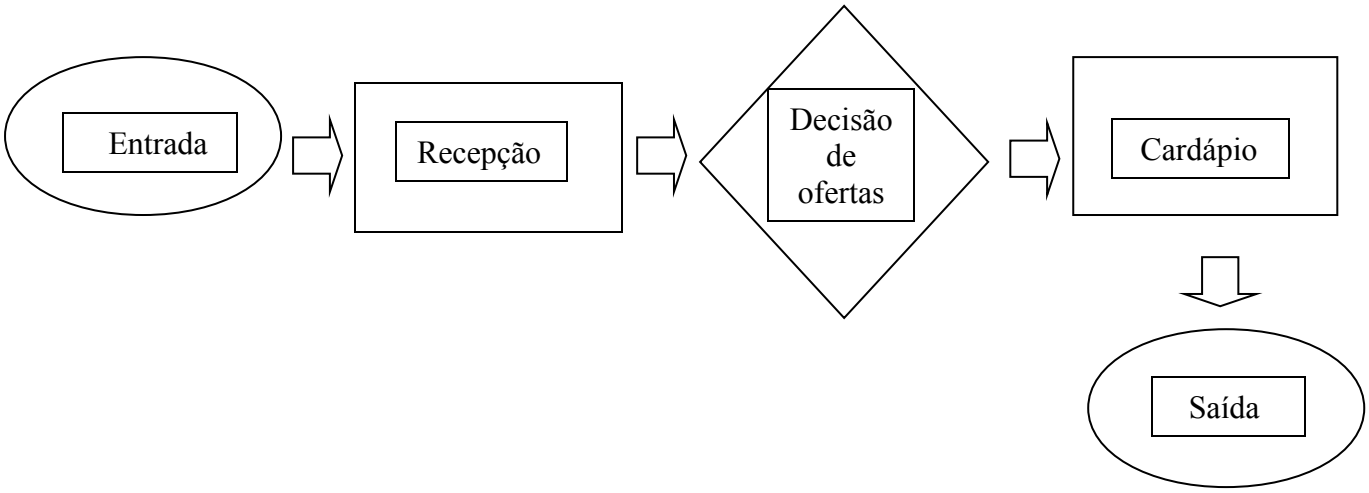
Este momento foi importante para registrar momentos singulares da prática dos trabalhadores e também criar um vínculo com os mesmos.

No intuito de caracterizar o objeto de trabalho nos dois serviços, CAPS e Atenção Básica, houve uma consulta ao prontuário do usuário, na busca de dados relativos ao tempo de seguimento no serviço, motivos de encaminhamento, queixas, internações anteriores, período de tratamento, dentre outras informações pertinentes ao estudo.

A ferramenta utilizada para ilustrar o caminho percorrido pelo usuário foi o fluxograma analisador, definido por Franco (2006) como um diagrama utilizado em diferentes campos de conhecimento, que “desenha” as etapas do processo de trabalho, no intuito de evidenciar a trajetória do usuário no serviço: entrada, percurso, decisões, ações e saída.

A representação gráfica do fluxograma analisador é feita por meio de símbolos: elipse, que representa a entrada ou saída do processo de produção dos serviços; losango, que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho; e retângulo, que diz respeito ao momento da intervenção, ação sobre o processo.

Figura 2: Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. Merhy (2002):



3.5. Caminhar metodológico

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade Estadual do Ceará, aprovado e protocolado sob o número: 10030517-2 (Anexo), o qual avaliou a estrutura metodológica do estudo, relevância, bem como os riscos e/ou benefícios a que os sujeitos da pesquisa estão expostos. A coleta de dados só teve inicio após a sua aprovação.

Foram adotados alguns procedimentos para que esta pesquisa estivesse de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética nas pesquisas envolvendo seres humanos: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A, B e C) de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como dos procedimentos que fizeram parte do estudo: resguardo da identidade dos informantes e a confidencialidade das informações; possibilidade do informante interromper sua participação

na pesquisa; e a responsabilidade do pesquisador em revelar as informações contidas no estudo.

Vale ressaltar que algumas falas foram apresentadas no corpo do trabalho, procurando preservar o anonimato. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde foram identificados pela categoria profissional, seguida de um algarismo arábico.

3.6. Análise e interpretação dos resultados

No primeiro momento nos apropriamos da cartografia, não como um método propriamente dito, pois a metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas, e a cartografia, por sua vez, aposta na experimentação do pensamento, sem abrir mão do rigor que esta tarefa exige. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Entendemos, portanto, a cartografia aqui representada como uma ferramenta metodológica que nos propiciou percorrer caminhos, acompanhar processos, experimentar sensações novas, enquanto pesquisadoras, e aprimorar a sensibilidade para sermos capazes de captar as subjetividades de todos os envolvidos na pesquisa.

Para ilustrar os caminhos percorridos utilizamos o fluxograma analisador em dois cenários distintos: no CAPS e na UBS, levando-se em conta a trajetória do usuário nestes dois serviços, descrevendo, portanto, cada etapa percorrida por ele. Esta descrição será exposta a seguir, no Capítulo I deste estudo.

Contudo, para nos aprofundarmos e melhor entendermos as questões levantadas com este estudo dentro de uma abordagem qualitativa, utilizamos uma aproximação da análise hermenêutica de Paul Ricoeur (1986) para compreensão dos discursos dos trabalhadores de saúde.

A hermenêutica é considerada por um dos maiores estudiosos do assunto, Gadamer (1999), como um movimento abrangente e universal do pensamento humano, que permite ao pesquisador se colocar no lugar do outro. (MINAYO, 2008).

Para Marques e Dario (1992) a palavra hermenêutica provém do grego “hermeneuein”, que significa interpretar, e do substantivo “hermeneia”, que significa interpretação.

No entendimento de Ricoeur, de que a realidade de uma pessoa é configurada por sua percepção de eventos no mundo, ele busca o sentido das palavras de maneira que o real seja percebido em sua totalidade, ou seja, compreender é entender e fundamenta-se numa intenção presente do texto. (TERRA *et al*, 2009).

Ricoeur (1978) descreve as fases em que ocorre a análise e a interpretação do discurso na hermenêutica, em leitura inicial do texto, que trata de uma *leitura superficial* no intuito de compreender o texto a partir de percepções dos primeiros significados, e devendo esta ser sem julgamentos, posteriormente uma *leitura crítica,* ou seja, uma leitura profunda com a intenção de compreender os prováveis significados embutidos no texto e a *apropriação* como o auge da compreensão e assimilação da mensagem desvelada.

Em linhas gerais, a hermenêutica proposta por Paul Ricoeur é um modelo de compreensão através do qual podemos entender o significado da experiência vivida, uma vez que ele não propõe uma interpretação da intenção do autor e sim a compreensão do sentido do texto, o qual faz analogia à experiência de vida, promovendo assim um conhecimento intersubjetivo. (CAPRARA, 2005).

Utilizando este processo metodológico, após a transcrição das entrevistas, realizamos múltiplas leituras no intuito de entender o conteúdo dos discursos em suas linhas gerais e identificamos duas categorias: Os territórios de produção do cuidado: um olhar dos trabalhadores de saúde e A prática do Apoio Matricial: uma possível ferramenta de articulação dos serviços de Saúde Mental.

CAPITULO 4. COTIDIANO DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL: RESULTADOS

4.1. MAPA DE UM USUÁRIO: A trajetória e as decisões

O caminho percorrido pelo usuário nos serviços de saúde é, de uma maneira geral, marcado por idas e vindas, expectativas, encontros, desencontros e os mais diversos sentimentos. O pesquisador precisa estar atento a estas nuances e apropriar-se de ferramentas que possibilitem uma aproximação real com o momento vivido por este usuário nos serviços de saúde. A cartografia permite ao pesquisador encontrar, sentir e expressar estes caminhos.

4.1.1 O (des)velamento da história de Jeremias

Diante da perspectiva de cartografar o cotidiano de Jeremias na atenção básica e no CAPS, torna-se indispensável conhecer a história de vida deste usuário. A descrição aqui relatada é baseada na entrevista individual, com os familiares e com os profissionais que acompanham o tratamento do usuário, na análise do prontuário, anotações pessoais, participação em reuniões do apoio matricial e na realização de visitas domiciliares, juntamente com a equipe do CAPS.

Mas porque escolhemos Jeremias, dentre tantos outros usuários que demandam os serviços em análise?

Este usuário não possui uma história de vida extraordinária ou inédita, até porque este não é o objetivo de nosso estudo, mas possui um caminho cheio de buscas e expectativas em relação aos serviços de saúde. Esta busca por acompanhamento, a expectativa depositada, bem como a relação deste usuário com os trabalhadores das unidades em que realizamos o estudo, motivou tal escolha.

Porém, não é uma tarefa fácil narrar a história de Jeremias, uma vez que os familiares mais próximos, como o pai e a mãe, possuem dificuldades cognitivas e emocionais, respectivamente, para relatar fatos importantes sobre a vida do filho, mas tivemos o imenso cuidado de buscar, em diferentes momentos e situações, por depoimentos da família, amigos, trabalhadores de saúde e do próprio usuário.

Jeremias, sexo masculino, 25 anos, nasceu em Mombaça, no interior do Ceará, solteiro, católico, cursou até a segunda série do ensino fundamental, trabalha com o pai como

catador de lixo, reside em uma moradia em condições precárias no bairro Parangaba, com a mãe, o pai e quatro irmãos, sendo estes três mulheres e um homem. A relação com os irmãos é bastante conflituosa, segundo relato da mãe.

A tia diz que desde a infância apresenta comportamento agressivo, chegando a agredir os pais com pedras.

Aos 16 anos começou a ingerir bebida alcoólica, fato este que só agravou a situação. Durante um momento de embriaguez fez uso de um comprimido (não soube informar o nome) fornecido por amigos e cometeu um homicídio, permanecendo dois anos na Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM).

Este delito teve repercussões intensas na vida de Jeremias e de sua família. Houve uma resistência muito grande por parte dos familiares em conversar sobre o assunto, por entenderem como sendo algo cruel e desonroso.

Após este acontecimento, ele passou a apresentar medo de relacionar-se com as pessoas e a descuidar-se da higiene pessoal e da própria alimentação, além de apresentar-se mais agressivo e agitado.

Uma semana após ter sido liberado da FEBEM foi encaminhado pelo conselho tutelar, em junho de 2004, para o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), referência para o atendimento em psiquiatria no estado do Ceará e integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual foi avaliado, medicado e retornou a sua residência.

Durante uma visita domiciliar da Agente Comunitária de Saúde da Unidade Básica de Saúde da área de Jeremias, foi detectado que o mesmo apresentava distúrbios mentais e a equipe da UBS o encaminhou para o CAPS.

No dia 06/07/04, após o encaminhamento da UBS, Jeremias chegou ao CAPS acompanhado do pai e da tia com queixa de agressividade e agitação. Neste momento ele passou por uma avaliação psiquiátrica e psicológica e lhe foi dado o diagnóstico de esquizofrenia não especificada (F 20.9 no CID 10).

No dia 16/08/06 ocorreu uma vista domiciliar do CAPS, que encontrou Jeremias sendo mantido contido em um espaço improvisado que se assemelhava a uma jaula. O mesmo estava utilizando chupeta e fralda, apresentando episódios constantes de delírio e sem fazer uso de medicação.

Diante deste quadro a conduta da equipe foi indicar o uso do medicamento Haldol Decanoato, 1 ampola, 1mg, 1 vez ao dia; e a realização das visitas domiciliares semanalmente. Na semana seguinte, Jeremias encontrava-se muito agressivo e houve resistência por parte do pai quanto à administração do medicamento. Devido ao quadro de agressividade foi solicitado pela equipe do CAPS o auxílio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para aplicação da medicação injetável.

Atualmente Jeremias é acompanhado pelo CAPS e eventualmente pela atenção básica. Não participa de atividades terapêuticas, pois a família resiste a levá-lo ao serviço.

Diante do objetivo de compreender, a partir do itinerário do Jeremias, em ambos os serviços, como se dá a articulação entre os Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica, e também no intuito de descrever o fluxo assistencial destes, torna-se fundamental conhecermos os serviços analisados e os trabalhadores envolvidos com o caso que nos propusemos a estudar.

4.1.2 O conhecer dos espaços de cuidado

Os espaços implicados neste estudo (UBS e CAPS) são constituídos de dois cenários distintos, porém com funções similares. Ambos se propõem, dentro de uma política de saúde instituída, promover um cuidado integral e resolutivo.

A Unidade Básica de Saúde escolhida para compor a análise deste estudo foi o Centro de Saúde da Família Professor Valdevino de Carvalho, localizado à Rua Guará, S/N, no Bairro da Itaoca, do Município de Fortaleza, inaugurado no início da década de 90. Surgiu como Centro Integrado de Educação e Saúde (CIES) Valdevino de Carvalho e atendia exclusivamente professores, alunos e seus familiares, da escola integrada à unidade de saúde.

Aproximadamente sete anos depois, o CIES passou a ser Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF). Na atual gestão a unidade passou a ser Centro de Saúde da Família (CSF). A unidade possui 04 equipes de Saúde da Família.

O território é subdividido em 04 áreas que oficialmente são consideradas de risco moderado (III), há uma área de risco I (um canal situado na Rua Diana) e outras duas de risco II (Oxalá e Trilho). Porém, as equipes reconhecem mais áreas de risco I, com microáreas onde o tráfico de drogas e as condições sociossanitárias precárias são realidades presentes.

O espaço físico da unidade é composto por: recepção/SAME; sala de Coordenação; sala de Curativo; sala de Epidemiologia; sala de Imunização; sala de Coleta de Exames Laboratoriais; sala de Prevenção; sala de Aerossol; sala de Esterilização; sala de Expurgo; cozinha; farmácia; Consultórios médico/enfermagem (6); Banheiros, com apenas 3 em condição de uso (6); e sala de Odontologia – com 3 cadeiras Odontológicas.

A partir de 2006, com a realização de concurso público no município, a unidade passou a contar com 4 equipes de ESF, sendo que atualmente a equipe III está atuando como PACS por falta do profissional médico, além disso atuam na Unidade: médica pediatra de 20 horas; 2 auxiliares de enfermagem de 20 horas; 1 auxiliar de enfermagem de 40 horas; 1 apoio à gestão; 6 auxiliares de serviços gerais; 1 porteiro; 11 agentes administrativos; 20 ACS (os ACS estão dentro das equipes de saúde da família); 1 coordenadora e 1 DNI.

O segundo espaço que compõe o nosso estudo é o CAPS GERAL IV, localizado na Avenida Borges de Melo, 201, no Bairro Jardim América, no município de Fortaleza. A equipe do CAPS é composta por: 1 coordenadora (terapeuta ocupacional), 4 médicos, 2 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional, 2 farmacêuticos, 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 4 auxiliares administrativos (recepção), 1 artista e 15 outras profissões (digitadores, guardas municipais, cozinheiro, entre outros).

O CAPS oferece diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias, e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia, ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias também, e igualmente às mudanças neste projeto, segundo as evoluções de cada usuário.

Atualmente o serviço conta com 220 pacientes, sendo, destes, 45 intensivos, 75 semi-intensivos e 100 não intensivos. É função do CAPS trabalhar articulado com a rede de serviços da região, pois tem a função de dar suporte e supervisão à rede básica também, além de envolver-se em ações intersetoriais – com educação, trabalho, esporte, cultura, lazer etc – na busca de reinserção dos seus membros em todas as áreas da vida cotidiana.

4.1.3 Cartografia do cuidado: fluxograma analisador

O fluxograma analisador proporciona uma representação gráfica do caminho percorrido pelo usuário desde o momento da sua entrada no serviço, perpassando pela conduta adotada pela equipe até o desfecho do caso.

Esta ferramenta proporciona um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. Ao aplicá-lo lança-se um olhar profundo em áreas até então não percebidas. (FRANCO, 2003).

Para tanto, será apresentado um fluxograma analisador relativo ao percurso de Jeremias no CAPS e na UBS. Vale ressaltar que Jeremias é acompanhado pelo CAPS e esporadicamente é atendido na UBS, e os registros relativos a estes atendimentos na unidade são escassos. Para tanto, graficamente me detenho ao percurso de Jeremias no CAPS, o que não impede e nem compromete nossa análise relativa à articulação de ambos os serviços.

Em um primeiro momento o fluxograma será exposto em forma de diagrama, para posteriormente serem descritas cada fase apresentada. (Figura 1).

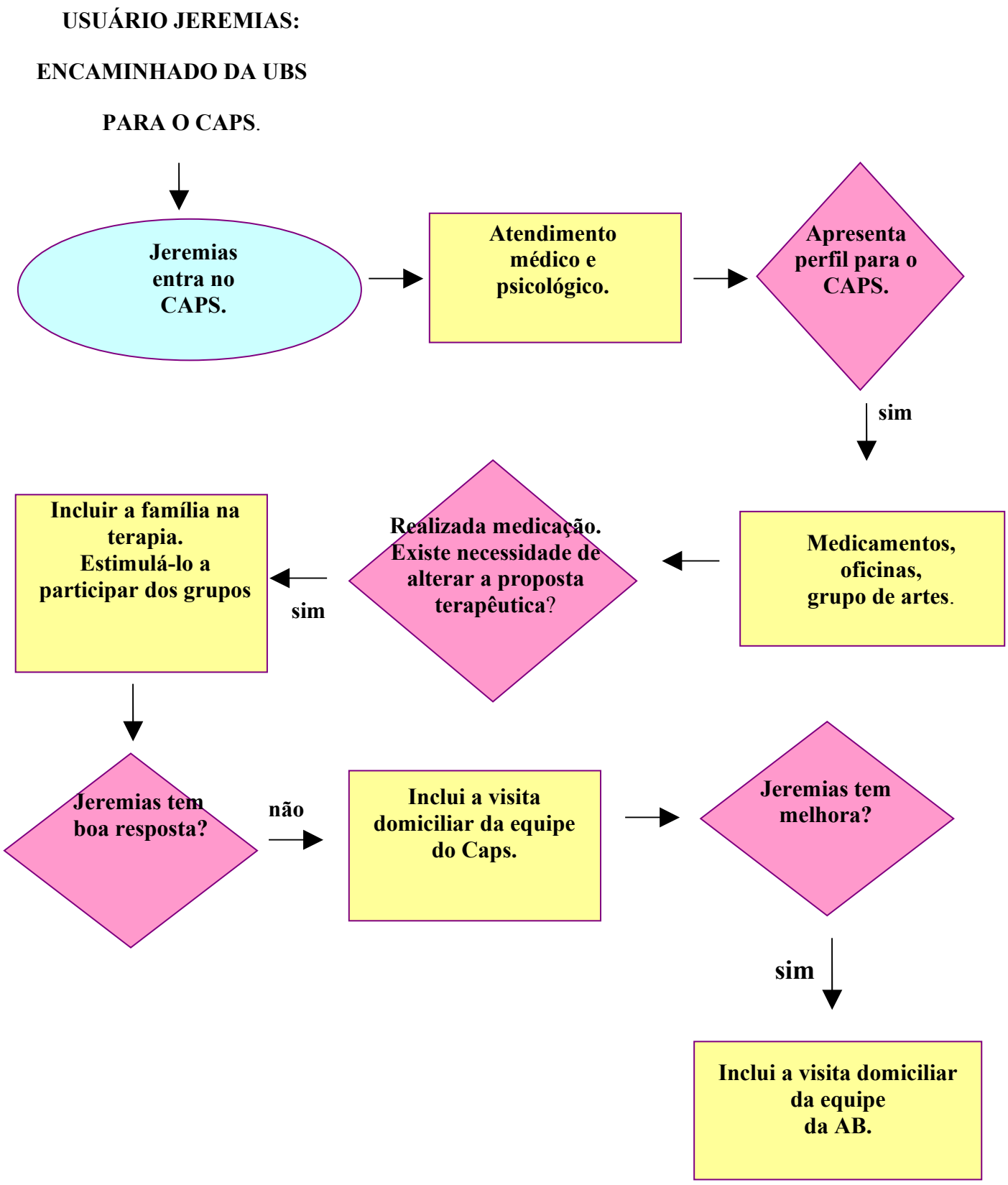


Figura 1 – Fluxograma analisador do processo de trabalho, CAPS, Fortaleza-CE.

4.1.4 Descrição do fluxograma analisador do processo de trabalho do CAPS

Entrada e Recepção

A concepção de saúde prevista na legislação brasileira garante, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A garantia deste acesso universal requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da construção de uma utopia igualitária, onde se considera a saúde como um direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com a construção de uma nova prática pautada na gestão democrática e participativa. (ASSIS, VILLA E NASCIMENTO, 2003).

Diante da necessidade da criação de um modelo que priorize a promoção da saúde e que possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras, Assis, Villa e Nascimento (2003) propõem um modelo que inclua dois eixos teóricos: um que incorpore os determinantes sociais do processo saúde-doença dentro de uma perspectiva integral às necessidades da população, e outro que reafirme a saúde como um bem público a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde, cabendo ao estado a sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem produz os serviços, se público ou privado.

Compartilhando deste pensamento, a atual gestão municipal de Fortaleza reafirma o compromisso estabelecido no programa de governo e pretende construir uma política de saúde mental que, dentre outras atribuições, favoreça a universalidade de acesso aos serviços de saúde em geral que se fizerem necessários às pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais. (FORTALEZA, 2007b).

No CAPS em questão, a entrada dos usuários pode ocorrer das seguintes maneiras: por demanda espontânea, encaminhado pelos hospitais gerais e psiquiátricos, pelas Unidades Básicas de Saúde, por consultórios ou outros serviços. No caso de Jeremias, este foi encaminhado pela UBS.

O cuidado em saúde mental necessita da união entre os diferentes níveis de atenção, visando ao cuidado integral em seus diferentes aspectos, apontando possibilidades de assistência, ou seja, uma “porta de entrada” que acolha o usuário no momento de expressão de

sua necessidade e, de certa forma, que aponte os caminhos percorridos por ele no sistema em busca da resolução dessa necessidade. (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010). Para StarField (2002), em consonância com os princípios do SUS, a atenção básica é apontada como a "porta de entrada" mais adequada para o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde.

Ao considerarmos a AB como este primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, adentramos na discussão sobre a hierarquização da rede de atenção à saúde. Esta deve estar ligada aos níveis de assistência (primária, secundária e terciária) e levar em conta as reais necessidades de saúde dos usuários, evitando a burocratização do acesso e consequentemente a impossibilidade da realização do acolhimento.

Sendo assim, Cecílio (1997), preocupado com a questão hierarquizante do acesso aos serviços, traz uma reflexão sobre a rede de saúde e propõe um modelo circular que permite novas articulações entre os diferentes níveis de atenção.

Podemos citar como exemplo deste modelo circular a articulação da AB (como "porta de entrada" dos serviços) com a rede substitutiva de cuidados em saúde mental, dentre estes os CAPS, que possibilitam a aplicação de dispositivos extra-hospitalares e que incluem a família e a comunidade na assistência dos usuários.

Os serviços analisados neste estudo estão inclusos nesta interconexão e contam com uma recepção onde os usuários são recebidos por duas trabalhadoras de nível médio, em regime de trabalho de 40 horas semanais, com função receber os usuários que chegam à unidade, verificar se se trata de uma urgência e encaminhar para o atendimento médico se necessário, marcar consultas diariamente, atender o telefone (marcação de consultas, recados, informações etc), dentre outras atribuições rotineiras de recepção.

O primeiro contato do usuário que chega à unidade ocorre com a recepção. Sabemos a importância deste momento, pois, a partir desse contato, pode ser gerada uma relação de confiança no serviço, o usuário pode sentir-se acolhido e vincular isso à equipe, o que influenciará na continuidade e resolubilidade do seu tratamento.

Para Campos (2003), o vínculo entre a equipe e o usuário serve como um estímulo para os grupos e organizações participarem da resolução dos próprios problemas. O vínculo nasce desta relação de necessidade de quem busca resolver algum sofrimento e a oferta de serviço, construindo-se ao estabelecer algum tipo de dependência mútua.

O vínculo positivo se dá no momento em que os grupos acreditam que a equipe possui capacidade de resolver os problemas de saúde, devendo esta acolher a demanda dos usuários ou organizações, apostando que os sujeitos são capazes de superar as condições adversas, evitando assim estabelecer um padrão paternalista de vínculo. (CAMPOS, 2003).

Porém, no CAPS em questão, o acolhimento acontece com o objetivo de triagem, no qual uma das profissionais da recepção identifica se o paciente já é usuário do serviço e está retornando ou se é o seu primeiro atendimento, e então encaminha para o profissional "responsável".

Destacamos a palavra responsável, pois sabemos que a saúde dos usuários que demandam o serviço não é de um ou de outro profissional e sim da responsabilidade de todos, de um trabalho multidisciplinar e intersetorial que visa à integralidade da atenção em saúde.

Podemos facilmente evidenciar a ideia de acolhimento por parte da recepção do CAPS a partir do relato da recepcionista: *"Nossa função aqui, na prática, é marcar pros médicos, ver se o paciente já é atendido aqui e, se for, a gente manda pra sala do acolhimento. Só os de segunda vez que tão retornando... eu não faço acolhimento não, quem tem que fazer isso é um profissional, né?!"*

A ideia de acolhimento não é bem clara para os profissionais da recepção, desconsiderando a importância deste momento na produção e garantia de um cuidado posterior a este encontro. O acolhimento deve ser compreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta. (SANTOS *et al*, 2007).

A sala onde ocorre tal recepção é parcialmente aberta, pois, ao invés de parede, em um dos lados da sala existem grades que proporcionam uma visão da rua e mais claridade para o local. Há um portão que se tem o cuidado de estar fechado, mas não é trancado com chaves.

Para a garantia da preservação do patrimônio município existem dois guardas municipais que prestam serviço diariamente.

Segundo relato dos guardas, este serviço é indispensável, pois visa proteger o patrimônio do município desde o espaço físico aos profissionais e usuários: *"... claro que, se*

for necessário ajudar a conter um paciente, a gente faz, mas não é nossa função aqui... nossa função é zelar pelo patrimônio, não é comum ocorrer agressividades por parte dos pacientes, mas alguns, em momento de crise, se tornam muito fortes, e os profissionais não conseguem segurar, e também nós ajudamos a organizar aqui o pátio, eles são muito legais com a gente e nos respeitam bastante. Às vezes, por verem a gente assim, de farda, pensa logo que nós vamos conter alguém, e tal, mas não é nossa função, e sim dos profissionais, se for preciso, claro."

Em um primeiro instante, a presença dos guardas pode transmitir uma ideia de força, contenção ou inibição para com os usuários, porém, no contexto do cotidiano do serviço, é notória a boa relação que eles apresentam, tanto com a equipe, como com os próprios usuários.

Decisão

Este é o momento em que o serviço avalia se o "problema de saúde" que o usuário está apresentando pode ser objeto de ação do serviço, onde possa haver uma intervenção por parte da equipe, ou se este não se enquadra para o atendimento neste local. Sendo assim, o usuário terá basicamente três caminhos a seguir: será atendido, será encaminhado para outro serviço, ou será negado a ele qualquer tipo de assistência.

No caso de Jeremias, foi detectado que ele se enquadrava nos critérios de atendimento do CAPS, por este apresentar, no momento do acolhimento, um comportamento agitado e também pelo relato do pai de que este apresentava um comportamento agressivo.

É função do CAPS geral prestar atendimento aos usuários com transtornos graves, dentre as demais atribuições. (BRASIL, 2005).

A primeira decisão tomada em relação ao caso de Jeremias foi, após o parecer do médico, a aplicação de medicação injetável, devido ao quadro que apresentava: agitação e agressividade.

Cardápio

Após o acolhimento neste CAPS, existe uma rotina em relação ao atendimento prestado ao usuário. No primeiro momento o usuário é encaminhado para a avaliação médica,

posteriormente para a Psicologia e logo em seguida lhe é pensado um projeto terapêutico específico baseado nas suas necessidades de saúde e no que a unidade tem para oferecer.

O cardápio terapêutico de Jeremias no momento de sua admissão foi escasso, uma vez que ele se encontrava em crise e a medicação naquele momento era indispensável. Porém, após este quadro lhe foi oferecido o grupo terapêutico de arte-terapia, o qual ele nunca frequentou.

A arte-terapia constitui uma modalidade terapêutica com características próprias e diferencia-se através de duas linhas de atuação: arte como terapia, ou seja, o foco no processo artístico; e arte psicoterapia, onde os recursos artísticos são considerados dentro do processo psicoterapêutico. (ANDRADE, 2000).

Atualmente só é oferecido aos usuários o grupo terapêutico de arte-terapia e, ocasionalmente, as oficinas realizadas por alunas de cursos de graduação, em várias áreas, como enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, dentre outras.

Saída

A saída neste serviço pode se dar através do abandono do paciente ao tratamento, cura e óbito.

No caso de Jeremias, ele ainda se encontra em tratamento. Atualmente são realizadas visitas domiciliares a cada 15 dias para aplicação da medicação injetável e avaliação do seu quadro.

Na UBS analisada Jeremias é acompanhado por meio de visitas domiciliares e através da busca espontânea pelo serviço. Como dito anteriormente são poucos os registros realizados na unidade em relação aos atendimentos e intervenções feitas ao usuário em questão. As intervenções feitas pela equipe foram relatadas pelos profissionais durante a realização das entrevistas.

4.1.5 Os territórios de produção do cuidado: um olhar dos trabalhadores de saúde

Neste momento, após nos aproximarmos da história de vida de Jeremias e ao mesmo tempo compartilharmos momentos do cotidiano dos trabalhadores do CAPS e da UBS, cabe-nos questionarmos como estes serviços compartilham suas ações, experiências, vivências e subjetividades.

Para tanto, iniciamos esta discussão enfatizando que o perfil do cuidado não é definido pelo lugar físico onde este se realiza, mas pelo território no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, o qual anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho. (ROLNIK, 2006).

Rolnik (2006) nos traz a discussão sobre os "territórios existenciais" para nos dizer dos processos de formação e desconstrução destes territórios, ou seja, a concepção de que o que tem dentro de cada um define sua forma de significar e interagir com o mundo e esse agir é singular, o que o torna múltiplo diante de tantos mundos quantos são os que o habita.

A forma como é produzido o cuidado vai depender das singularidades dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem, variando os significados de valor para cada um deles. Sendo assim, é necessário compreender tais subjetividades, para só então compreendermos suas práticas.

Buscamos, para tanto, inicialmente, analisar a visão destes profissionais em relação ao seu próprio espaço produtor de cuidado e, posteriormente, o espaço do outro (para uma possível articulação).

Pode-se evidenciar, através dos relatos dos trabalhadores, que ambos os serviços estão conscientes de suas funções e atribuições, porém ainda de uma maneira individual. Em linhas gerais, os trabalhadores do CAPS defendem a concepção da desconstrução do saber psiquiátrico e da superação de práticas manicomiais, enquanto a atenção básica defende fortemente a questão da prevenção como a melhor estratégia em todos os âmbitos da saúde.

Não queremos dizer, com isto, que esta é uma visão errada ou equivocada. O que nos faz refletir e nos inquietarmos é a construção de uma visão coletiva, pautada no sujeito como centro da atenção integral, que ainda está em processo de construção.

A questão chave deste estudo se baseou na seguinte pergunta: Os usuários com transtornos mentais devem ser atendidos na atenção básica? E diante desta pergunta surgiram inúmeras justificativas, as quais tentaremos discutir no decorrer deste estudo, mas todos foram unânimes em suas respostas: SIM.

Podemos então ser otimistas? Afinal, avançamos na concepção de cuidado integral, já que a saúde mental na atenção básica é um grande desafio?

Vejamos os seguintes relatos:

> "SIM. Sem dúvida eles (usuários com transtornos mentais) devem ser atendidos na atenção básica... porque muitos casos leves podem ser resolvidos lá e nos ajudaria muito aqui, estamos sobrecarregados com casos que até poderiam ser resolvidos lá". (Enfermeira 1 – CAPS).
>
> Olha! Nós já temos tanta coisa para fazer aqui na AB, não sei se iria resolver de fato, mas com certeza sobrecarrega o serviço... (Enfermeira 1 – AB).

Ambos os relatos concordam que a atenção básica deve ser um espaço para as práticas de saúde mental, porém convergem nos propósitos que as levam a tal assertiva. No primeiro relato existe uma preocupação com a questão da sobrecarga do serviço e vêem na AB um aliado para "repartir" tal demanda. O conceito de sobrecarga se refere à percepção de demandas excessivas para a pessoa e ao sentimento de ter um peso a carregar em consequência destas demandas. (MAURIN e BOYD, 1990).

Um estudo realizado no ano de 2006 para avaliar a satisfação e a sobrecarga dos profissionais de saúde mental demonstrou que baixos níveis de satisfação com o serviço e a sobrecarga sentida pelos profissionais em decorrência da demanda excessiva podem afetar seu bem-estar e saúde mental, podem ter consequências na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e, portanto, na qualidade dos serviços. (BANDEIRA, ISHARA E ZUARDI, 2006).

A demanda excessiva nos serviços de saúde é, sem dúvida, uma realidade em muitos serviços do país. A grande preocupação é que o número excessivo de atendimentos, que leva em conta apenas o quantitativo, pode levar o trabalhador a executar seu trabalho mecanicamente, deixando-se de lado o uso das tecnologias leves, acarretando na desvalorização dos sujeitos que demandam o cuidado.

Ao considerar que as questões de saúde mental podem ser "resolvidas" na atenção básica apenas como uma forma de distribuir os serviços em ambos os espaços, se desconsidera a intenção de compartilhar e integrar um cuidado que compreenda o sujeito em toda a sua totalidade.

A concepção de cuidado integrado que aqui nos referimos diz respeito à interrelação entre os diferentes profissionais entre si e com os usuários que demandam os serviços de saúde, em seus diferentes espaços, considerando-se suas vivências e subjetividades.

Sendo assim, o usuário é o elemento central e estruturante deste processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das

necessidades de forma compartimentalizada, levando-se em conta a multiplicidade de saberes. (FRANCO E JÚNIOR, 2007).

A multiplicidade dos saberes envolvidos nesta relação implica em um encontro entre os diferentes atores envolvidos na produção do cuidado e este traz questões existenciais de cada sujeito. Segundo Franco (2006), o trabalho em saúde se dá a partir destes encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, ou seja, são fluxos permanentes entre sujeitos, e se configuram como operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intricada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo.

A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera, mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxosconectivos com outras equipes e unidades de saúde, e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário. (FRANCO, 2006).

Diante desta colocação nos reportaremos novamente ao caso de Jeremias, onde a agente comunitária de saúde, ao encontrá-lo em condições precárias de saúde, fez conexões com a equipe da atenção básica, com a equipe do CAPS, com o próprio usuário e seus familiares. A partir deste encontro já houve uma multiplicação de redes com alta capacidade conectiva, operando na produção do cuidado.

Porém, a lógica das ações realizadas "intramuros", ou seja, de forma isolada, cada um no seu espaço, com sua formação e especialidade, desconsiderando muitas vezes o saber do outro, ainda ocorre nos serviços analisados, como podemos evidenciar através dos registros de atendimentos realizados no caso de Jeremias. Esta forma de agir em saúde causa inúmeros desencontros na forma de produção de cuidado operada nos serviços.

Não podemos desconsiderar que trabalho em saúde é, portanto, um processo relacional que ocorre após o encontro entre o trabalhador e o usuário, e este é produzido através do trabalho vivo em ato, ou seja, no mesmo instante em que é produzido. (MERHY, 1997).

Neste mesmo instante, para que essas dimensões alcancem as transformações do processo de trabalho desejadas, é fundamental que nos territórios existenciais, ou seja, lugares onde se inscrevem a subjetividade, ocorram os chamados movimentos de (des)territorialização.

Entende-se por desterritorialização a ruptura no plano existencial e subjetivo com o território anterior, é uma ruptura de si mesmo (do que está inscrito em você). O território que se inscreve nas práticas de saúde ainda é pautado no modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico. (ROLNIK, 2006).

A desterritorialização exige um novo território existencial, o (des) territorializar é produzir uma nova subjetividade. Um território de produção do cuidado que leve em consideração as tecnologias leves e uma nova metodologia de ensino-aprendizagem, sendo necessário, para tanto, uma análise, um pensar e repensar do cotidiano do processo de trabalho e das relações entre os usuários e os trabalhadores. (ROLNIK, 2006).

O olhar do trabalhador de saúde sobre o seu espaço cuidado deve lançar mão deste processo de desterritorialização, buscando um novo território existencial, para que deslumbre do espaço do outro, não como um local de distribuição de tarefas, mas como um espaço de compartilhamento de experiências, aprendizagem, comunhão, comunicação e de articulação da produção do cuidado.

4.1.6 A prática do Apoio Matricial: uma possível ferramenta de articulação dos serviços de saúde mental

Ao nos aproximarmos dos trabalhadores de saúde pudemos evidenciar que a busca por um cuidado integral e resolutivo tem levado estes profissionais a refletirem sobre suas práticas e os tem desafiado a construir um cuidado pautado na inclusão dos sujeitos no centro das suas estratégias, respeitando-os diante de suas singularidades.

A organização do processo de trabalho e a articulação da prática dos trabalhadores são fatores determinantes para que o sujeito seja o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, resultando em um trabalho integrado e um saber-fazer múltiplo.

Cabe, portanto, um rompimento de ações unilaterais, fragmentadas e desarticuladas, que reduzem os sujeitos às patologias e impedem que o cuidado aconteça de forma intersetorial, multiprofissional, integral e humanizado.

A luta por este cuidado integral, articulado em rede, e por uma prática inovadora capaz de transformar a realidade vigente, onde prevalece a fragmentação das ações de saúde e a desarticulação dos serviços, tem desfiado trabalhadores da rede de saúde mental que

anseiam por ferramentas capazes de redirecionar, organizar e expandir seus universos de cuidado.

Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde apresenta, como uma proposta possível para a articulação saúde mental e atenção básica, um arranjo denominado Apoio Matricial. (BRASIL, 2004). Este se configura como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde.

A proposta do matriciamento preconiza que os profissionais da saúde mental acompanhem frequentemente as equipes da ESF, propiciando um suporte teórico-prático que não se pauta na lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência, mas sim numa responsabilidade compartilhada dos casos, aumentando a capacidade resolutiva das necessidades de saúde dos usuários. (DIMENSTEIN; BEZERRA, 2008).

Portanto, o apoio matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. É um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários. (FIGUEIREDO, 2006).

Os profissionais de ambos os serviços (CAPS e AB) apontam o apoio matricial como uma ferramenta capaz de articular a rede de saúde mental:

> O que temos hoje é o apoio matricial que tem nos ajudado a chegar junto na atenção básica. Sem isso fica difícil, pois a saúde mental precisa dessa união dos serviços para ser efetivada. (E 1- CAPS).

> O matriciamento nos possibilita discutir os casos e aprender muito sobre a saúde mental também, tem sido bom, é um espaço para discussão. (E 1- AB).

Estes profissionais apontam o apoio matricial como um lugar privilegiado para discussão de casos e apontam como um meio de desenvolver ações conjuntas em conformidade com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (2005), estabelecidas pela articulação das políticas de saúde mental e atenção básica, tendo como princípios

fundamentais a organização da saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, noção de território, interdisciplinaridade e promoção /construção da cidadania.

O apoio matricial, a partir da discussão dos casos, possibilita a construção de momentos relacionais, onde se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários. Permite que as equipes da atenção básica vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a resolubilidade da atenção em todo o sistema de saúde.

A relação estabelecida entre os trabalhadores de saúde, usuários e instituições, além de propor um atendimento focado no indivíduo, reforçam o vínculo, que por sua vez, se trata de um dispositivo de atenção à saúde que proporciona às pessoas a oportunidade de serem ouvidas, através de uma relação dialógica e horizontal, que favorece uma escuta com responsabilidade, a partir da qual se constituem compromissos que norteiam os projetos de intervenção. (RAMOS; LIMA, 2003).

Dessa forma, as tecnologias das relações (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia) foram identificadas como dispositivos construtores de práticas integrais e inovadoras, que se pautam na integralidade do cuidado e nas necessidades de saúde dos usuários/familiares numa dimensão biopsicossocial/espiritual/cultural:

> Eu vejo como ponto positivo do apoio matricial o vínculo que criamos, não só com o usuário, quando nos aproximamos de sua história de vida e de seus problemas, mas com a equipe do CAPS também. (A.S- CAPS).

O vínculo entre a equipe/comunidade/usuário é capaz de estabelecer estas relações de confiança que são necessárias no momento de exposição do usuário sobre os seus problemas de saúde. A visão do trabalhador sobre o matriciamento em saúde mental reflete este momento:

> ... o usuário cria um vínculo com a equipe da atenção básica e isto é muito bom, pois garante que ele dê continuidade no tratamento. (E 1 CAPS).

Para Campos (2003), o vínculo entre a equipe e o usuário serve como um estímulo para os grupos e organizações participarem da resolução dos próprios problemas. O vínculo nasce desta relação de necessidade de quem busca resolver algum sofrimento e a oferta de serviço, construindo-se ao estabelecer algum tipo de dependência mútua.

Neste momento a responsabilidade pelo cuidado passa a ser compartilhada, reconhecendo a importância dos saberes do outro:

> Não podemos mais acreditar que estamos fazendo saúde apenas prescrevendo medicamentos ou mandando este usuário para terapia, é importante escutar o que o colega tem a dizer. (M. 1- AB).

As ações conjuntas têm possibilitado pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares, propiciando, assim, a participação de várias equipes de referência.

A construção coletiva do cuidado, ou seja, a interligação entre a atenção básica e as redes de cuidado, de acordo com Arona (2009), passa a ser um espaço capaz de gerenciar as demandas de seus pacientes. Desta forma, se faz necessário ampliar as clínicas especializadas nas equipes de saúde da família e nas unidades básicas por meio do apoio matricial. O apoio matricial como dispositivo de articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental possibilita a organização das ações de saúde e amplia o acesso dos usuários às equipes de saúde da família.

Além disso, o apoio matricial enquanto ferramenta de cuidado tem possibilitado a interdisciplinaridade das ações, o que tem contribuído significativamente para a redução dos encaminhamentos desarticulados.

Assim, em princípio, a lógica do encaminhamento deve ser reduzida, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde. Uma vez que a equipe do cuidado e o serviço precisam estar preparados para atender o sujeito em sofrimento psíquico, sem compartimentalizá-lo por especificidades de demanda ou "repassá-lo", ao se deparar com a complexidade das questões. (PINHEIRO, ALVES E GULJOR, 2006, p. 229).

Corroborando com o relato, Costa (2007) refere que, o trabalho em equipe, quando visto como processo, demanda o repensar dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos já instituídos. O trabalho assim organizado superaria a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde e interviria na divisão vertical do processo de trabalho, considerada impeditiva da resolubilidade dos serviços.

O trabalho desenvolvido em equipe contribui significativamente na redução dos encaminhamentos e, consequentemente, na melhoria da assistência. Os trabalhadores

destacam que com a implementação do apoio matricial houve uma melhora no fluxo, uma facilidade no acesso dos usuários e a redução de prescrições de medicamentos.

> O matriciamento tem ajudado a diminuir o fluxo para o CAPS e os encaminhamentos para hospitais psiquiátricos. (E. 2 - CAPS).
>
> Com o apoio matricial podemos pensar em outras formas de cuidado que não só com os medicamentos. (E. 1 - AB).

Diante dos relatos dos profissionais de saúde, observa-se que o apoio matricial favoreceu a visão dos problemas de saúde mental, além do diagnóstico da doença, incluindo um olhar mais voltado para o usuário como componente de seu território, cujos problemas podem ser resolvidos dentro de sua comunidade, com a participação dos profissionais de saúde, no qual se estabeleceu vínculos.

A este respeito, Figueiredo e Campos (2009) comentam que o matriciamento contribui para evitar práticas que levam à "psiquiatrização" e à "medicalização" do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Uma vez que a saúde não se resume às especificidades das doenças, mas permeia a realidade em que vive o usuário/família, e como ele próprio vê sua necessidade, fazendo-o descobrir sua autonomia para, junto com o trabalhador de saúde, a partir dos vários saberes, poder intervir no seu modo de vida.

A visão positiva dos trabalhadores sobre o processo do apoio matricial propõe uma prática que valorize estes diferentes saberes e impliquem em um cuidado integral e resolutivo. Porém, mesmo diante de um olhar encorajado e entusiasmado dos profissionais sobre o apoio matricial como uma ferramenta capaz de articular a rede de saúde mental, estes apontam algumas dificuldades e desafios a serem alcançados para que este objetivo seja alcançado.

A primeira questão, que emerge dos relatos dos profissionais, diz respeito à inclusão das questões de saúde mental em seus processos de trabalho. O estigma sobre a doença mental ainda é um fator impeditivo na inclusão destes sujeitos nas práticas de saúde dos trabalhadores. O estigma, no contexto da atenção básica, pode se justificar pela falta de capacitação dos profissionais para atuar na área de saúde mental ou diante do apoio matricial como facilitador nos atendimentos conjuntos. A dificuldade pode estar na disponibilidade para aprender.

Além do mais, não faz parte da formação e da prática dos profissionais das equipes de saúde lidar com o subjetivo, com o afetivo e o psíquico dos usuários ou comunidades. (CAMPOS, 2006).

> Confesso que trabalhar com a saúde mental é um desafio. Nossa formação não nos prepara para isso. (E.2 - AB).

> Olha, o matriciamento existe, mas os profissionais não se interessam, e acaba ficando só com aqueles que gostam mesmo (E.2 - AB).

A formação baseada na lógica da cura pede espaço para um outro tipo olhar sobre os sujeitos, uma vez que não há um desfecho imediato nas questões relativas ao psíquico e isto pode gerar uma certa frustração nos profissionais, resultando em encaminhamentos desnecessários para os serviços especializados, o que compromete o acesso dos usuários que demandam pelo cuidado.

O apoio matricial pode ser um grande aliado dos profissionais da atenção básica para diferenciar melhor situações individuais e sociais que necessitem de encaminhamentos para serviços especializados em saúde mental. (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009). Desta forma, os profissionais se sentem mais seguros para abordar os casos de saúde mental, com isso haverá uma resposta a esta demanda e consequentemente a ampliação do acesso destes usuários.

Porém, mesmo com o apoio matricial como aliado neste objetivo, os profissionais da AB queixam-se de não estarem capacitados para este tipo de demanda:

> Olha! Eu acredito que os usuários devem sim ser atendidos por nós (AB), desde que os profissionais se sintam capazes. Este é o grande problema, não são. (E 1 - AB).

> ... é para ser atendido aqui (AB), mas não sei se estamos preparados. (ACS – AB).

A Coordenação de Saúde Mental, em seu Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica, prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento no interior dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses núcleos estão se constituindo com representantes de SMS, SES, unidades acadêmicas envolvidas etc. São, portanto, instrumentos de apoio/cooperação para os municípios que estiverem realizando

ações de saúde mental na atenção básica no sentido de qualificar a rede e o cuidado, e de repensar as estratégias de formação. (BRASIL, 2005).

O Apoio Matricial possui também esta função pedagógica nos cotidianos dos serviços, pois, ao discutir as experiências das equipes de saúde, há uma troca de saberes e práticas destes profissionais.

Outra grande dificuldade apontada pelos profissionais se refere à centralização do matriciamento na figura do psiquiatra, demonstrando assim a perdura do modelo biomédico nos serviços de saúde:

> O grande problema que eu vejo é que se não tem um médico no dia do encontro não tem reunião, ninguém mais quer ir, ainda não rompemos com isso. (E2 - AB).
>
> A gente acaba ficando rotulada: "a enfermeira da saúde mental", se a gente não vai não tem reunião, principalmente se o médico não for. (E1 - AB).

O modelo médico-centrado ainda perdura nos espaços de cuidado. Novamente a ideia de "resolver", do imediatismo, da medicalização, se sobressalta no cotidiano dos serviços e acabam incutindo neste profissional a responsabilidade pelo atendimento que deveria ser compartilhado, discutido e não imposto por uma única conduta ou opinião.

> Neste momento me encontro na recepção da unidade, esperando ocorrer a reunião do apoio matricial. A reunião estava marcada para as 13h30 e são exatamente 14h10 neste momento. Quando perguntei se a reunião iria começar logo, ouvi da enfermeira que o médico não havia chegado e, portanto, não sabia se iria haver ou não. (OBSERVAÇÃO).

Esta observação demonstra, mais uma vez, a centralidade no médico para as discussões, seja por insegurança dos demais em dar continuidade ao trabalho a que se propõe o apoio matricial ou pela falta de compromisso e interesse pelo mesmo.

Esta falta de compromisso de alguns profissionais para com a saúde dos usuários atendidos pelo serviço tem início quando não se busca conhecer o que este serviço tem a oferecer para o usuário, como o leque de ações para a resolução de seus problemas de saúde. A resolução dos problemas de saúde não pode ser limitada à equipe de saúde da família, mas engloba todo o sistema de saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, e deve ser conhecida e estar à disposição dos profissionais de saúde para a troca de saberes.

Porém, há a necessidade de existir, entre os trabalhadores de saúde, além da valorização do saber do outro, a troca constante destes saberes, ou seja, uma comunicação efetiva entre os serviços:

> O grande problema que eu vejo é que tá! Nós reunimos, no apoio matricial, discutimos os casos, e pronto, cada um continua seu trabalho. Eu não vejo ocorrer uma discussão depois disso, sabe, dar continuidade. (ACS1 – AB).

> Olha, a gente entra em contato com o CAPS se for preciso, se ele entrar em crise e tal, senão a gente vai acompanhando por aqui. (ACS1 – AB).

> Eu realmente diria que os serviços trabalham juntos se eles se comunicassem, mas eu não vejo isso. (ACS1 – AB).

A comunicação discutida neste momento diz respeito à continuidade da assistência após os encontros matriciais. Reportaremos-nos novamente ao caso de Jeremias, uma vez que esta fala surgiu, fazendo referência ao seu caso.

Consideramos de fundamental importância os relatos acima citados, pois demonstra um momento de contradição com a lógica de articulação dos serviços. Há um encontro entre os trabalhadores de saúde nas reuniões do apoio matricial, porém, não há uma comunicação posterior, seja para avaliar o cuidado prestado ou até mesmo para se pensar em novas estratégias.

A profissional acima citada refere que, no caso de Jeremias, não está ocorrendo uma comunicação CAPS/AB. Ambos estão realizando suas atividades isoladamente e utilizam o apoio matricial como um espaço de discussão finito, ou seja, definem quais ações devem ser tomadas e cada um segue com suas atividades específicas, o que acaba ocasionando apenas os encaminhamentos para outros serviços, quando necessário.

A unilateralidade das ações desenvolvidas pelos trabalhadores que compõem este estudo compromete a integralidade das ações e impede a articulação da saúde mental na rede.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminhar deste estudo, através dos passos de um usuário nos serviços de saúde CAPS e AB, nos conduziu a um rico percurso de sentimentos, experiências, vivências e subjetividades que são construídas e experimentadas através das relações estabelecidas entre os sujeitos nestes espaços de produção do cuidado.

Mesmo diante desta longa caminhada e aproximação com a prática operada nestes serviços, não temos a pretensão de generalização destes achados para outros espaços de cuidado, uma vez que realizamos o estudo de um caso em particular.

O campo da saúde mental é mutável, estas transformações estão diretamente ligadas aos sujeitos que estão implicados neste processo e, para tanto, pode ou não haver diferenças no modo de ver, sentir e agir de outros espaços.

Além do mais, trata-se de uma cartografia, e esta por excelência acompanha os movimentos inacabados dos diferentes territórios que buscamos nos aproximar. Portanto, este estudo mais do que apenas trazer respostas prontas de um ideal de cuidado, almeja desfrutar de um momento de reflexão, discussão, de um repensar das práticas de cuidado em um campo tão inquietante e instigante quanto o da saúde mental.

Para tanto, no intuito de nos aproximarmos o máximo possível da realidade experimentada pelos usuários no cotidiano dos serviços analisados, buscamos conhecer a história de vida de um usuário que por um longo período de tempo vem sendo acompanhado por estes serviços.

Tentamos identificar, nesta trajetória, dentre suas idas e vindas, a dinâmica operada pelos trabalhadores de saúde na produção de cuidado para com os usuários que vivenciam o adoecimento psíquico.

Sendo a questão condutora deste estudo, como se dá a articulação entre o CAPS e a AB na rede de saúde mental, evidenciamos pela história de Jeremias, sujeito de nosso estudo, que sua entrada no serviço se deu pela atenção básica, considerada a "porta de entrada" dos serviços, através de uma visita domiciliar, e a partir de então, depois de detectado o sofrimento psíquico, ele passou também a ser acompanhado pelo CAPS.

Este momento de encontro dos serviços é a questão norteadora deste estudo, bem como o olhar dos trabalhadores de saúde sobre a AB como um possível espaço capaz de

atender a demanda de saúde mental dentro de uma concepção de rede e de cuidado integral à saúde. E, neste instante, pudemos constatar que os profissionais reconhecem a AB como um espaço privilegiado e uma oportunidade de se construir uma prática eficaz de cuidado a esta demanda, porém, ainda há uma tendência de se fazer saúde mental "intramuros", ou seja, as ações estão pautadas nas especialidades e nas práticas de cada profissional isoladamente.

Este modo de agir está em consonância com o território existencial de cada trabalhador e leva em conta a formação e disponibilidade para com as questões da saúde mental. Para que haja mudanças no plano das ações de saúde mental de forma compartilhada e integrada, torna-se fundamental o processo de desterritorialização de cada trabalhador, para que se pense no espaço do outro, não como uma local de distribuição de tarefas, mas como um espaço promissor de articulação e de compartilhamento de experiências.

A aproximação com os profissionais de saúde em seus cotidianos de trabalho nos permitiu sentir a dimensão e a pluralidade dos modos de cuidar em saúde mental. Embora os cenários estudados sejam distintos em sua política estrutural, perduram questões, inquietações, frustrações e expectativas muito semelhantes.

Em ambos os cenários, os profissionais reconhecem as fragilidades na articulação da rede e apontam o apoio matricial como uma possível ferramenta capaz de contribuir para mudanças positivas das práticas de saúde mental. Este foi um ponto marcante em nossa discussão, por se tratar de um elo de articulação entre a saúde mental e a atenção básica evidenciado no cotidiano destes serviços.

Sendo assim, alguns pontos positivos da prática do apoio matricial na atenção básica foram apontados pelos profissionais: o vínculo que se estabelece e/ou se fortalece com o usuário; o compartilhamento dos diferentes saberes durante as discussões de casos; a possibilidade da interdisciplinaridade das ações; redução dos encaminhamentos; melhora no fluxo; facilidade no acesso dos usuários e a redução de prescrições de medicamentos.

Contudo, esta prática também apresenta alguns pontos críticos para sua efetivação enquanto ferramenta propulsora de articulação dos serviços: o estigma sobre a doença mental; falta de capacitação para lidar com as questões da saúde mental; centralização do matriciamento na figura do psiquiatra; identificação pessoal com a área da saúde mental e falta de comunicação entre as equipes CAPS/AB para além das reuniões do apoio matricial.

Nesse sentido, as dificuldades elencadas neste estudo, sobre a união entre a rede básica e a rede de saúde mental colocam-se como entraves para o entrelaçamento das ações

em saúde mental, o que compromete a atenção integral pretendida pelo SUS. A troca de saberes e práticas, bem como as alterações nas estruturas de poder estabelecidas e a lógica do trabalho interdisciplinar, se conformam como desafios para a prática existente dos serviços.

Cabe ressaltarmos a importância de se retomar publicações relativas à saúde mental no contexto da atenção básica, contribuindo para uma discussão sobre essa articulação, ressaltando a superação dos desafios identificados acima e a (re)construção dos saberes e das práticas utilizadas no processo de cuidar. Pois, as concepções, ações e as práticas de saúde na Atenção Básica não comportam mais um olhar fragmentado e isolado dos sujeitos, sendo necessário um trabalho multi e interdisciplinar como importantes potencializadores de autonomia dos usuários/trabalhadores.

As experiências descritas neste estudo são expressivas e demonstram as potencialidades e as fragilidades da Atenção Básica e do Centro de Atenção Psicossocial na produção do cuidado em saúde mental. Dessa forma, considera-se que o avanço desse cuidado depende fortemente de um conjunto de ações políticas/administrativas/jurídicas/institucionais, que englobem os sujeitos (usuários) em todo o seu contexto de vida.

Por fim, concebemos que para alcançarmos o ideal de uma assistência integral à saúde é imprescindível a reorganização dos processos de trabalho em toda a rede de saúde mental dentro de um processo dialético, inovador e criativo.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, Washington Luiz y ARAÚJO ASSIS, Marluce Maria. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva** [online] 2010, vol. 15 [citado 2010-10-27]. Disponível em Internet: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63012432018. ISSN 1413-8123.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** A trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

AMARANTE, P.; GUALJOR, A. P. Reforma Psiquiátirca e Desinstitucionalização: a (Re)cosntrução da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

ANDRADE, L. Q. **Terapias expressivas**. São Paulo: Vector, 2000.

ARONA, E. C**.** Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

ASSIS, M. M. A., VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p.815-823, 2003.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p. 16-29, dez. 2004.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.6, n.1, jan. 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde, Brasília DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Editora MS, 2003.

BANDEIRA, M. ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. 56, n.4, p. 280-286. 2007.

CAMPOS, Gastão. Wagner de Souza. **Saúde paidéia.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão. Wagner de Souza; AMARAL, Maria Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

CAMPOS, R.O; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.) **Manual de Práticas de Atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p.221-246.

CAMPOS, G.W.S. *et al*. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.) **Manual de Práticas de Atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo:HUCITEC, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAPRARA, A; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p. 131-146, Set/fev.2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde .** Rio de Janeiro: IMS-UER, 2006. p.165-184.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E; ONOCKO. R. (orgs) **Agir em Saúde.** São Paulo:HUCITEC. 1997. p. 161-168.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.)

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-123.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A**. Metodologia Científica.** 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COBRA, Rubem. Q - **Phillippe Pinel, pioneiro da psiquiatria**. Disponível em: <www.cobra.pages.nom.br>. Brasília, 2003. Acesso em 03 de ago de 2009.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental.** Barbacena, v.5, n.8, p.107-124, jun. 2007.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia Ciência e Profissão .** Brasília, v.24, n.4, p. 112-124. 2004.

DIMENSTEIN, M.; BEZERRA, Edilane Nunes Régis. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, p. 632-645, 2008.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M. & SEVERO, A. K. DE S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família **Pesquisas e Práticas Psicossociais** *4*(1), São João del-Rei, Dez. 2009.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, n.3, 2009.

FIGUEIREDO MD. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campins (SP) [dissertação]. Campinas:Universidade Estadual de Campinas, 2006.

FIGUEIREDO M. D.; CAMPOS R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, 14(1):129-138.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da Cidade.** Imprensa Municipal. 2007.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza-CE.** Imprensa Municipal. 2007b.

FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, mai./jun. 2009.

FRANCO T.B; MERHY E.E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível em: < www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>. Acesso em: 29 ago. 2009.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde .** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 459-474.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, Emerson Elias; *et al*. (Orgs.) **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª. ed. São Paulo:HUCITEC, 2006.

GASTAL, Fábio Leite et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. 29, n.1, jan./abr. 2007.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. A produção Imaginária da Demanda e o Processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPES/UERJ: ABRASCO, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na Assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; et al. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 125-133.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde;** Rio de Janeiro,CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, V.G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. Trabalho de Conclusão de curso. UNICAMP, São Paulo, 2006.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino Amaricana Enfermagem.** v.2, n.9, p. 48-55, mar. 2009.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 13, n.1, p. 25-36. 2004.

LUDKE, M.; ANDRË, M.E.D.A. **A pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LYRA, Maria Almeida Alves. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB** , Rio de Janeiro, n. 24, p. 57-656, 2007.

MARQUES, C.D.; DARIO, M.L. Linguagem e hermenêutica. **Revista Reflexão.** PUCCAMP, Campinas, n. 53, maio/dez. 1992.

MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p.39-64 2001.

MAURIN, J.T; BOYD, C.B. Burden of mental illness on the famliy: a critical review. **Arch Psychiatr Nurs**. v. 2, n.4, p. 99-107. 1990.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, Emerson Elias.Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento : o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.162.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

NARDI, Henrique Caetano; TITTONI, Jaqueline; RAMMINGER, Tatiana. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Caderno Saúde Pública**, V. 21, n. 4, Jul./Ago. 2005.

PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: SULINA, 2009.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS:** relatos de experiências. Brasília, 2002. P.15.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; ALVES, Domingos; GULJOR, Ana Paula.**Cuidado- As Fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006, p.65-112.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S.. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 19, p. 27-34, jan/fev, 2003.

RICOUER P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica.** Rio de janeiro: Imago, 1978.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2006.

SANTOS, A. M.; et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, LWS. *et al*. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Revista. Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 58, p. 471-475, jul./ago. 2005.

TERRA, G.T. *et al.* Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricouer como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem**. Acta Paulista Enfermagem**, v.1, n. 22, p.93-99, 2009.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primaria no município de Sobral-CE: o relato de experiência. SANARE: Sobral, 2007; jul/dez: v. 6, n. 2, p 34-42.

WALDOW, Vera Regina. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 140-5, jan./fev. 2009.

YASUI, Silvio. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R.; JUNIOR, A.G.S; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Superior

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: uma análise da rede de atenção em Fortaleza-CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado em saúde mental. Os trabalhadores da área de saúde mental têm acumulado experiências na produção do cuidado, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucionais, por meio de algumas estratégias. Assim, a compreensão das práticas dos trabalhadores de saúde no Programa Saúde da Família (PSF) e Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE, bem como as suas articulações, norteará uma discussão das práticas de saúde operadas pela equipe no processo de produção do cuidado em saúde.

A pesquisa objetiva: Compreender, a partir do itinerário de um usuário, em ambos os serviços, como se dá a articulação entre os CAPS e a Atenção Básica na busca da resolubilidade da atenção a saúde; descrever o fluxo assistencial do CAPS e da Atenção Básica na produção do cuidado em saúde mental; e discutir os saberes e as práticas envolvidos com a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo, que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

_____

Assinatura do(a) Participante

_____

Ana Zaiz Teixeira de Carvalho

Pesquisador – Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Nível Médio

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: uma análise da rede de atenção em Fortaleza-CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado em saúde mental. Os trabalhadores da área de saúde mental têm acumulado experiências na produção do cuidado, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucionais, por meio de algumas estratégias. Assim, a compreensão das práticas dos trabalhadores de saúde no Programa Saúde da Família (PSF) e Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE, bem como, as suas articulações, norteará uma discussão das práticas de saúde operadas pela equipe no processo de produção do cuidado em saúde.

A pesquisa objetiva: Compreender, a partir do itinerário de um usuário, em ambos os serviços, como se dá a articulação entre os CAPS e a Atenção Básica na busca da resolubilidade da atenção a saúde; descrever o fluxo assistencial do CAPS e da Atenção Básica na produção do cuidado em saúde mental e discutir os saberes e as práticas envolvidos com a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade, condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo, que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

_____

Assinatura do(a) Participante

_____

Ana Zaiz Teixeira de Carvalho

Pesquisadora – Mestrado/C. Clínicos em Saúde/UECE

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Usuário e Familiares

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: uma análise da rede de atenção em Fortaleza-CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIOS E FAMILIARES

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado em saúde mental. Os trabalhadores da área de saúde mental têm acumulado experiências na produção do cuidado, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucionais, por meio de algumas estratégias. Assim, a compreensão das práticas dos trabalhadores de saúde no Programa Saúde da Família (PSF) e Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE, bem como, as suas articulações, norteará uma discussão das práticas de saúde operadas pela equipe no processo de produção do cuidado em saúde.

A pesquisa objetiva: Compreender, a partir do itinerário de um usuário, em ambos os serviços, como se dá a articulação entre os CAPS e a Atenção Básica na busca da resolubilidade da atenção a saúde; descrever o fluxo assistencial do CAPS e da Atenção Básica na produção do cuidado em saúde mental e discutir os saberes e as práticas envolvidos com a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo, que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

_____

Assinatura do(a) Participante

_____

Ana Zaiz Teixeira de Carvalho

APÊNDICE DO ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA/CAPS/AB

Atendimento:
- Recepção do usuário
- Tempo de espera
- Relação estabelecida trabalhador/usuário
- Acolhimento
- Demanda
- Principais queixas
- Satisfação após o atendimento
- Marcação de consultas/retornos/encaminhamentos

Processo de trabalho/ CAPS/AB:
- Atividades desenvolvidas
- Instrumentos de trabalho
- Articulação entre profissionais
- Relação entre os profissionais
- Relação entre profissionais e usuários

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TRABALHADORES DA AB

Dados de identificação
Entrevista n^0:_____
Sexo: ( )feminino ( )masculino
Iniciais:_____ Idade:_____
Função:_____
Especialização:_____
Tempo de trabalho:_____

Caso:_____

ENTREVISTA
Relate-me o caso de saúde mental acompanhado por você e vinculado à Estratégia Saúde da Família.

1) QUAIS FORAM AS FACILIDADES E AS DIFICULADADES ENCONTRADAS AO ACOMPANHAR ESTE CASO?

2) O CASO PODERIA, NA SUA OPINIÃO, TER OUTRO DESFECHO?

   SIM - O QUE PODERIA TER SIDO MUDADO?

   NÃO - POR QUÊ?

3) OS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS DEVEM SER ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA? POR QUÊ?

4) QUAL A FUNÇÃO DO AB DIANTE DESTE USUÁRIO?

5) QUAIS AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, INDIVIDUALMENTE, POR VOCÊ, AQUI NA AB?

6) EM SUA OPINIÃO, HÁ UMA ARTICULAÇÃO DO CAPS COM ATENÇÃO BÁSICA? SE SIM, COMO VOCÊ DEFINE A ARTICULAÇÃO DO CAPS COM A ATENÇÃO BÁSICA?

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TRABALHADORES CAPS

Dados de identificação
Entrevista n^0:_____
Sexo: ( )feminino ( )masculino
Iniciais:_____ Idade:_____
Função:_____
Especialização:_____
Tempo de trabalho:_____

Caso:_____

ENTREVISTA
Relate-me o caso de saúde mental acompanhado por você e vinculado à Estratégia Saúde da Família.

1) QUAIS FORAM AS FACILIDADES E AS DIFICULADADES ENCONTRADAS AO ACOMPANHAR ESTE CASO?

2) O CASO PODERIA, NA SUA OPINIÃO, TER OUTRO DESFECHO?

SIM - O QUE PODERIA TER SIDO MUDADO?

NÃO - POR QUÊ?

3) OS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS DEVEM SER ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA? POR QUÊ?

4) QUAL A FUNÇÃO DO CAPS DIANTE DESTE USUÁRIO?

5) QUAIS AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, INDIVIDUALMENTE, POR VOCÊ, AQUI NA CAPS?

6) EM SUA OPINIÃO, HÁ UMA ARTICULAÇÃO DO CAPS COM ATENÇÃO BÁSICA? SE SIM, COMO VOCÊ DEFINE A ARTICULAÇÃO DO CAPS COM A ATENÇÃO BÁSICA?

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – USUÁRIO

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevista n^0:_____
Sexo: ( )feminino ( )masculino
Idade:_____
Nível de escolaridade:_____
Tempo de tratamento no CAPS:_____
Tempo de tratamento na Atenção básica:_____
Já fez tratamentos em outros serviços?_____

2.HISTÓRIA DE VIDA

Conte a sua história de vida.

3. QUESTÕES ORIENTADORAS

- Acesso ao serviço: como chegou aqui(AB)?
- Como é feito seu tratamento nesta unidade?
- Descreva seu tratamento aqui na unidade desde a primeira vez que foi atendido?
- Como é sua relação com a equipe de saúde?
- Você acha que os seus problemas de saúde são resolvidos aqui na unidade?
- O que poderia melhorar?

ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética