



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO: articulação com o
processo de referência e de contrarreferência na rede
de serviços de saúde mental de Fortaleza-Ce**

PATRÍCIA GOMES BENEVIDES

FORTALEZA – CE

2009

PATRÍCIA GOMES BENEVIDES

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO: articulação com o
processo de referência e de contrarreferência na rede
de serviços de saúde mental de Fortaleza-Ce**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA - CE

2009

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO: articulação com o
processo de referência e de contrarreferência na rede de
serviços de saúde mental de Fortaleza-Ce**

Mestranda: **PATRÍCIA GOMES BENEVIDES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
(Orientadora)

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
(1º. Membro)

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
(2º. Membro)

Benevides, Patrícia Gomes

Rede de saúde mental de Fortaleza-Ce: A produção do cuidado articulada ao processo de referência e de contrarreferência/
Patrícia Gomes Benevides. – Fortaleza, 2009.

Orientadora: Maria Salete Bessa Jorge

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)

– Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Integralidade; 2. Saúde Mental; 3. Políticas de saúde; 4. Organização dos serviços de saúde. I -. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

DEDICATÓRIA

Aos grandes amores da minha vida - Nertan e Gabriel, pelo incentivo e apoio incondicional em todos os meus projetos de vida, os quais se tornaram os deles também.

AGRADECIMENTOS

A conclusão do mestrado foi mais que uma conquista profissional, a realização de um sonho, e esse sonho não foi solitário, pois pude contar com a ajuda de muitas pessoas nessa trajetória. Assim, meus agradecimentos não vão apenas para as pessoas que estiveram diretamente relacionadas ao mestrado, mas também para aqueles que se fizeram presentes em minha vida ao longo desse caminho pessoal e profissional. Sabendo que não é possível citar todos os nomes, alguns agradecimentos nominais não podem deixar de ser feitos:

- A Deus, fonte de força, bondade, fé e perseverança, que me concede tantas graças em um mundo marcado por tantas iniquidades.*
- A minha mãe – Lucia, ao meu pai – Paulo, meus irmãos – Paulo e Danielle e as minhas tias Beth, Stela e Jandira pelo incentivo e confiança.*
- À Professora Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge, minha orientadora, pelo aprendizado e confiança em meu trabalho, sua dedicação ao ensino é admirável!*
- Ao professor Dr. Alcides Silva de Miranda, pelas contribuições valiosas nas etapas iniciais desse trabalho.*
- À Professora Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis, pela prontidão e sabedoria em me ajudar.*
- Aos colegas do GRUPSFE pelo carinho, acolhimento e perseverança, em especial: Djanira, Renata, Germane e Paulo Quinderé, pela amizade surgida com a convivência, com quem pude dividir mais de perto minhas dúvidas, angústias, choro e, com certeza, sonhos.*
- Aos professores e funcionários do CMA SP, pelo profissionalismo e colaboração efetiva no percurso desta caminhada.*
- As minhas amigas: Fabiana, Lena, Liliane e Samantha, pelo companheirismo nessa trajetória. O apoio de vocês foi essencial!*
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento e viabilização do projeto de pesquisa.*
- Às equipes de trabalhadores de Saúde Mental do Apoio Matricial da Secretaria Executiva Regional IV, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional VI e do Hospital de Saúde Mental de Messejana, pela disponibilidade e luta diária na defesa de um sistema de saúde mais justo.*
- Aos usuários e familiares de toda a Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza-CE, por me inspirarem cada vez mais a esperança, a dignidade e o respeito pelo outro. Vocês são exemplos de que fazer pesquisa nesse país vale a pena.*

“... A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível (...).”

SARACENO

RESUMO¹

O objeto do estudo é a análise rede de saúde mental tomando como recorte a produção do cuidado articulada ao processo de referência e de contrarreferência sob a óptica de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental dos três níveis de complexidade na cidade de Fortaleza-CE. A produção do cuidado integral decorre da concepção estabelecida por meio das relações em que o acesso, a resolubilidade, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são disponibilizados no processo de trabalho dos atores sociais envolvidos nessa dinâmica. Objetivou-se contextualizar as linhas de produção do cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza, no âmbito das Políticas de Saúde do SUS; compreender como se operacionalizam as linhas de produção de cuidados na Rede de Saúde Mental em Fortaleza e analisar os dispositivos que orientam a Integralidade na perspectiva das tecnologias leves de atenção à Saúde Mental. O percurso metodológico se orientou pela pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítico-analítica, sendo escolhida, pois possibilita a compreensão do fenômeno social e suas relações no contexto investigado. Os sujeitos do estudo foram: (11) usuários, (08) familiares e (15) trabalhadores de saúde mental de nível superior das equipes do Apoio Matricial - SER IV, do CAPS - SER VI e do HSMM - SER VI do município de Fortaleza-CE sendo utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática para a coleta de dados. A análise dos dados pautou-se nos pressupostos da análise de conteúdo crítico-analítica Minayo (2006 e 2008) e Assis (1998) com uso da ferramenta do fluxograma analisador de Merhy (1997). Os resultados revelam que apesar dos avanços ocorridos na rede de saúde mental de Fortaleza-CE nos quatro últimos anos, o modelo de atenção a saúde mental do município ainda não tem se estruturado de forma articulada quanto às ações em saúde mental dentro dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Os serviços de saúde mental de Fortaleza configuram suas portas de entrada a partir da perspectiva dos princípios da hierarquização e regionalização do SUS, organizando-se de maneira verticalizada. A rede de saúde mental ainda encontra-se em processo de articulação entre o estabelecimento da produção do cuidado de seus usuários e familiares e entre os serviços que a compõem. Conclui-se que a linha de produção do cuidado na rede de saúde mental de Fortaleza apresenta sérias dificuldades para estabelecimento efetivo de ações integrais entre os serviços de saúde nos três níveis de complexidade, comprometendo o fluxo adequado de atendimentos e dificultando o processo de referência e contrarreferência.

Descritores: Integralidade; Saúde Mental; Políticas de saúde; Organização dos serviços de saúde.

¹ Essa pesquisa foi redigida conforme as alterações introduzidas na ortografia da língua portuguesa pelo *Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa* aprovado, no Brasil, pelo Decreto Legislativo nº 54, de 18 de abril de 1995 e implantado, no mesmo país, a partir de janeiro de 2009.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the Mental Health Network (MHN) specifically the production of articulated care to the reference and counter-reference processes under the viewpoint of customers, family members and mental health workers on the 3-level complexity in Fortaleza, Ceará. The total care production comes from the established conception by means of relations where the access, the resolve, the welcoming, the bond, and responsibility are made available during the process where the social actors are involved in this dynamics. It was decided to focus on the care production of SUS health policies on the MHN in Fortaleza; to understand how the care production on MHN in Fortaleza work and to analyze the devices that orient the integrality on light technologies of MH attention. The methodology was guided by qualitative research within a critical- analytical perspective. This was the choice because it makes it possible to understand the social phenomenon and its relations on the investigated context. The population consisted of: (11) customers, (08) family members and (15) mental health workers, all with a college degree and taking part on the matrices support team – SER IV, CAPS – SER VI AND HSMM – SER VI of Fortaleza through semi-structured interview and systematic observation to the data collection. The data analysis was based on Minayo's critical-analytical content (2006) and Assis's (1998) and also on the Merhy use of analytical diagram tool (1997). The results showed that the care production on MHN in Fortaleza, which is articulated to the level of complexity, and considering the access, resolve and the health care production, is related to the integrality from the welcoming technologies, bond and responsibility. The results still showed that despite the advancement going on in the MHN in Fortaleza in the last four years, the model used in this municipality is not yet structured as well as articulated in the mental health actions within the several levels of complexity in the health system. The main entrance of the mental health service in Fortaleza is from the perspective of SUS ranking and regionalization principles in a vertical way. The network is still in process of articulation between the establishment of the care production for the customers and family members and the services it offers. In conclusion the care production line in the mental Health network in Fortaleza presents some difficulties to effectively establish integral actions between the health service within the three levels of complexity jeopardizing the adequate flow of the opening hours and making the reference and counter-reference process more difficult.

Key words: integrality, mental health, health policies, health service organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

<i>Figura 1 – Produção do ato em saúde</i>	47
<i>Figura 2 – Mapa de distribuição das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza</i>	59
<i>Figura 3 – Teia da Co-gestão da Produção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	61
<i>Figura 4 – Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza</i>	62
<i>Figura 5 – Interação entre os atores sociais envolvidos no estudo</i>	66
<i>Figura 6 – Apresentação do processo de trabalho em saúde</i>	81

QUADROS

<i>Quadro 1 – Caracterização dos grupos representantes do estudo</i>	66
<i>Quadro 2 – Confronto dos depoimentos do Grupo I</i>	72
<i>Quadro 3 – Confronto das unidades analíticas entre os Grupos I, II e III</i>	72
<i>Quadro 4 – Confronto das categorias empíricas do Grupo I</i>	73
<i>Quadro 5 – Confronto das categorias empíricas entre os Grupos I, II e III</i>	74

FLUXOGRAMAS

<i>Fluxograma 1 – Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde proposto por Merhy (1997b)</i>	74
<i>Fluxograma 2 – Organização da Linha de cuidado na rede de assistência integral</i>	79
<i>Fluxograma 3 – Linha de produção do cuidado de usuários com diagnóstico de Psicose na SER IV-Apoio Matricial</i>	113
<i>Fluxograma 4 – Linha de produção do cuidado de usuários com diagnóstico de Psicose na SER VI - CAPS</i>	114
<i>Fluxograma 5 – Linha de produção do cuidado de usuários com diagnóstico de Psicose na SER VI-HSMM</i>	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial – Infância e adolescência

CCSM – Coordenação Colegiada de Saúde Mental

CFS – Centro de Saúde da família

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Cadastro Nacional de Saúde

CRSM – Coordenação Regional de Saúde Mental

CTT – Composição Técnica do Trabalho

ESF – Equipes de Saúde da família

GRUPSFE – Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem.

GTH – Grupo de Trabalho de humanização

HSMM – Hospital de Saúde Mental de Messejana

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPC – Instituto de psiquiatria do ceará

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PDR – Plano Diretor Regional

PNH – Política Nacional de Humanização

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROS – Programação e Orçamento da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RASM – Rede Assistencial de Saúde Mental

SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência

SER – Secretaria Executiva Regional

SMS – Secretaria Municipal de saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TM – Trabalho Morto

TV - Trabalho Vivo

UBS – Unidade Básica de Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1. AS PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	17
<i>1.1. As primeiras aproximações da pesquisadora</i>	<i>18</i>
<i>1.2. A construção do objeto de estudo</i>	<i>20</i>
<i>1.3. Questões norteadoras</i>	<i>24</i>
<i>1.4. Objetivos</i>	<i>25</i>
<i>1.5. Pressupostos Teóricos</i>	<i>25</i>
2. EIXO TEÓRICO	27
<i>2.1. Conformação histórica das políticas de saúde no Brasil e suas articulações com a Saúde Mental</i>	<i>28</i>
<i>2.2. Políticas de Saúde Mental e a Organização dos Serviços</i>	<i>33</i>
<i>2.3. A Integralidade como eixo orientador na organização de serviços de Saúde Mental</i>	<i>40</i>
<i>2.4. A Micropolítica do processo de trabalho em Saúde: os modelos tecnoassistenciais na saúde e a produção de Linhas de Cuidado em Saúde Mental</i>	<i>44</i>
<i>2.5. Garantindo as “Linhas de produção do Cuidado” no âmbito da Rede de Saúde Mental</i>	<i>48</i>
3. PERCURSO METODOLÓGICO	57
<i>3.1. Tipo e Natureza do Estudo</i>	<i>58</i>
<i>3.2. Cenários da Pesquisa</i>	<i>59</i>
<i>3.3. Sujeitos da Pesquisa</i>	<i>65</i>
<i>3.4. Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados</i>	<i>68</i>
<i>3.5. Estratégias Metodológicas do Estudo</i>	<i>69</i>
<i>3.6. Tratamento e Método de Análise do Material Empírico</i>	<i>71</i>
<i>3.7. Questões Éticas</i>	<i>75</i>

4. AS CATEGORIAS DE ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
4.1. Categoria 01 – A Produção do Cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza – CE: articulações entre os níveis de complexidade	79
4.1.1. O Acesso e a Resolubilidade na Rede de Saúde Mental na perspectiva dos atores sociais nela envolvidos	84
4.2. Categoria 02 – Atenção e Produção do Cuidado em Saúde – Integralidade: acolhimento, vínculo e responsabilização	95
4.3. Análise do Fluxograma Descritor na rede de serviços de Saúde Mental de Fortaleza	113
5. REFLEÇÕES, LIMITES DO ESTUDO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	12
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	136
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista – Trabalhadores de Saúde Mental	137
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista – Usuários e familiares da Saúde Mental	138
APÊNDICE C – Roteiro da observação sistemática	139
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido – Trabalhadores de Saúde Mental	140
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido – Usuários e familiares	141
ANEXOS	142
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	143
ANEXO B – Formulário de Encaminhamento para tratamento	144

1. AS PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Tudo passa – sofrimento, dor, sangue, fome, peste.

*A espada também passará, mas as estrelas ainda
permanecerão quando as sombras de nossa presença e nossos
feitos se tiverem desvanecido da Terra. Não há homem que não
saiba disso. Por que então não voltamos nossos olhos para as
estrelas? Por quê?*

Mikhail Bulgakov

1.1. – As Primeiras Aproximações da pesquisadora

O interesse pela construção desse estudo decorreu de experiências profissionais vivenciadas em serviços de Saúde Mental. Esses experimentos permitiram a observação, a partir de inúmeras situações ali ocorridas, como por exemplo: Qual a trajetória produzida por usuários e familiares da rede de saúde de Fortaleza-Ce em todos os seus níveis de complexidade?

No decorrer dessas experiências profissionais em serviços de Saúde Mental, tornou-se perceptível que os conhecimentos teóricos assimilados durante o curso de graduação em Psicologia na Universidade Federal do Ceará entre os anos de 1993 a 1998, mostraram-se insuficientes para dar conta dos questionamentos específicos do domínio da saúde mental e coletiva. Quanto a isso, atualmente, a Psicologia tem buscado trilhar mais efetivamente por essa linha de trabalho, oferecendo o suporte teórico-prático necessário para uma eficaz atuação em estabelecimentos diversos, que não se restrinjam a clínica, organização e escolas.

A possibilidade de trabalhar junto a uma abordagem psicossocial aconteceu logo após a graduação, no curso de especialização em Saúde Mental na Universidade Estadual do Ceará. Essa escolha foi difícil devido a inúmeras possibilidades de formação na área clínica, em que as abordagens psicoterápicas em uma determinada escola teórica que trabalha a forma individual ou coletiva poderia ter sido mais fácil, pois não sairia da zona de conforto unicamente ofertada, até então, para uma recém-graduada em Psicologia.

A experiência como extensionista no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Walter Cantídio – atividade desempenhada durante e após a graduação – e a especialização em Saúde Mental foram fundamentais para que novas concepções quanto ao campo da saúde mental fossem construídas. A abordagem psicossocial, o trabalho coletivo e o paradigma extra-hospitalar formaram ingredientes estruturadores da compreensão desse campo de trabalho.

Porém, o ingresso no universo da saúde mental aconteceu logo após o término da especialização mediante a tarefa de implantar centro de atenção psicossocial no interior do estado, em um município de pequeno porte, com baixo índice de desenvolvimento humano e de geografia dificultosa aos outros municípios de médio e de grande porte, chamado de Jardim-Ce.

A experiência de trabalho no município de Jardim se mostrou bem peculiar e, portanto, bastante diversa de outras experiências profissionais, até então, desempenhadas. Deu-se ali, pois, o início das observações empíricas de como se davam os fluxos de usuários e familiares na busca de suas necessidades em saúde. Durante esse experimento, foi implantado um CAPS tipo I que serviu de exemplo para muitos municípios circunvizinhos. O principal objetivo desse centro era fazer saúde mental com criatividade, paciência e qualidade.

Posteriormente, surgiu à necessidade de mais qualificação e o desejo de adentrar em um mestrado despertava com mais intensidade. Para tanto, o caminho de volta para capital tornou-se necessário e a perspectiva do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública se aproximava. Nesse meio tempo, ocorreu a oportunidade de trabalhar em um serviço de Saúde Mental, agora na capital. Adentrar a dura realidade em saúde mental não construída nas décadas e gestões anteriores aqui em Fortaleza significou enfrentar, mais uma vez, o desafio de estar na implantação de uma nova política de saúde mental para essa cidade, desafio esse que surgia de forma incitante.

Outro experimento também considerável foi a participação na equipe de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas - (CAPS ad) na Secretaria Executiva Regional IV, onde a adaptação a essa peculiar abordagem (álcool e drogas) resultou em mais uma oportunidade vivenciada de forma desafiante e intensa. Ali se deu a percepção do limitado domínio ainda possuído no que se refere ao desempenho de um trabalho sob a perspectiva do álcool e das drogas e a descoberta de que o campo de trabalho de Psicologia na visão psicossocial era vasto. A partir de então, o experimento de implementar ações de saúde mental em um centro de saúde da família, em uma policlínica de Fortaleza na mesma regional, passou a ser uma constante.

O trabalho na atenção básica em saúde foi estritamente necessário para a aquisição de experiência profissional e de aprendizado sólidos. Soma-se a isso o processo de implementação de fato da Estratégia Saúde da Família via concurso público em Fortaleza. A aproximação com as equipes de saúde da família formava um elo fundamental para o desenvolvimento de adesão às ações de saúde mental na atenção básica e o caminho encontrado foi dar suporte às equipes através de abordagens individuais e grupais junto à perspectiva ora recém-implantada de forma pioneira pelo Apoio Matricial em saúde mental regional de saúde – SER IV.

Vale ressaltar que nas duas últimas experiências profissionais vivenciadas a aproximação com o objeto de estudo dessa pesquisa já se mostrava intenso: como agora se constituía os fluxos de usuários e familiares de saúde mental, descritos a partir da referência e da contrarreferência na rede de saúde mental da capital do Ceará?

Paralelo a esse processo de inquietação citado acima, a entrada no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi decisiva para que o objeto de estudo dessa pesquisa se desenhasse de forma mais clara, e, especificamente, a inserção no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) determinou o ponto de encontro com a temática abordada.

Com perspectivas em saúde mental com eixo transversal na Integralidade da atenção a saúde voltadas para organização de serviços, abordagens terapêuticas, linhas de produção do cuidado, o GRUPSFE é um espaço de ampliação do conhecimento, realização de projetos de pesquisas científicas financiadas pelos órgãos de fomento, que projeta o campo da saúde mental nas pesquisas científicas em todo o estado do Ceará. Nesse espaço, as discussões são intensas e a delimitação de pesquisas ocorre a cada momento.

A construção dessa pesquisa, ora apresentada sobre a Rede de Saúde Mental de Fortaleza-Ce com ênfase na produção do cuidado articulado ao processo de referência e de contrarreferência, busca contribuir para discussões acerca do ponto de vista de usuários, familiares e profissionais sobre suas inserções e trajetórias na rede de saúde mental, refletindo sobre os construtos teóricos e práticos que permeiam o Sistema Único de Saúde.

1.2. – A Construção do Objeto de Estudo

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS –, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais. Foi criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei nº. 8.080/90, conhecida como a Lei

Orgânica da Saúde (LOS), e pela Lei nº. 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. O SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada subsistema (BRASIL, 2003).

A figura clássica de uma pirâmide é usada para representar o modelo tecnoassistencial utilizado pelo SUS ainda nos dias atuais. Sua base é representada por um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela **Atenção Primária** à população adscrita em suas áreas de cobertura. Estas unidades devem oferecer atenção integral à saúde das pessoas. Dentre as atribuições estabelecidas para o nível de Atenção Primária, estaria a chamada “porta de entrada” para os níveis de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam os serviços de **Atenção Secundária**: serviços ambulatoriais com suas especialidades, serviços de apoio diagnóstico, de urgência e de emergência e os hospitais gerais, como por exemplo, os CAPS. No topo da pirâmide, finalmente, estariam os serviços hospitalares de maior complexidade de caráter regional, estadual ou até mesmo, nacional, caracterizando a **Atenção Terciária**.

Cecílio (1997) fala que a representação desse desenho de pirâmide seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e de contrarreferência, em que as necessidades de assistência às pessoas pudessem ser operadas nos espaços tecnológicos adequados.

A concepção do sistema como uma pirâmide está muito distante da realidade do usuário real. A tese que se procura apresentar e discutir no próximo ponto é a seguinte: não adianta mais insistir na idéia de que o modelo da pirâmide é ótimo e que falta apenas implantá-lo definitivamente para que tudo fique bem para os usuários. Pelo contrário, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhando-os a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Daí que se propõe um “arredondamento” da pirâmide, num movimento sutil, mas determinado, que, quebrando seus duros ângulos, leve a conceber o sistema de saúde como a mais perfeita forma geométrica conhecida pelos homens: o círculo! (CECÍLIO, 1997).

Pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz. A pirâmide só faz sentido, no senso comum, quando vê-se sua base mais larga voltada para baixo e a mais estreita para cima. A sua imagem contrária, apresentada de forma invertida, dá idéia de instabilidade e transmite a sensação de que algo está errado. Assim, a associação do modelo assistencial à figura da pirâmide conduz a uma armadilha dos sentidos, que, fatalmente, faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema (CECÍLIO, 1997).

Com tal concepção há de se romper com radicalidade, pois o círculo se associa à idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e de saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS: trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os prontos-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social.

No sentido de serem essas portas de entrada espaços privilegiados de acolhimento e de reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, e de serem esses espaços, porém, sujeitos a fatores de risco, agravando, portanto, a possibilidade de adoecimento e de morte, a primeira estratégia efetuada nessa pesquisa será, então, a de qualificar todas essas portas de entrada para a partir do reconhecimento dos grupos que se utilizam desses espaços, organizá-los com o intuito de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso.

O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e de terapia (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

Vale ressaltar, porém, que, no Brasil, já se falava em municipalização desde a década de 1950, embora esse processo tenha sido interrompido pelo regime militar. No entanto, o Sistema de Saúde brasileiro, que a partir da década de 80 passou a enfatizar os princípios de regionalização em suas políticas, encontra-se em um grau de organização ainda

precário, incapaz de garantir a continuidade da assistência, o que gera duplicação de trabalho e de custos, além de transtornos para os usuários (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Saito (2004) refere que, dentre as várias formas de assegurar a mobilidade da população/usuário dentro do sistema de saúde são, geralmente adotadas nestes a metodologia organizativa os mecanismos de referência e de contrarreferência. Para a autora a escolha por esses mecanismos baseia-se no pressuposto de que a rede hierarquizada deve proporcionar articulações interinstitucionais, racionalização de recursos e organização do sistema de saúde.

Nos dias atuais, é possível constatar fatos importantes que refletem, diretamente, no atual (des)cuidado com a saúde: excesso de encaminhamentos para especialistas, alto consumo de exames, ausência de resolubilidade nos serviços, deixando portanto, de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário. Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, certa subjetividade, uma história de vida, que também são determinantes do seu processo de saúde-doença. Formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos exames, medicamentos e consultas especializadas (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

A organização dos processos de trabalho surge como questão central a ser enfrentada para a mudança de paradigmas dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e em suas necessidades. Tal questão assinala do ponto de vista sistêmico, que o fluxo assistencial das unidades carecem de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece, no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1997a).

Para Franco; Magalhães Jr. (2003) mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Essencialmente, quando se encontra na questão da integralidade um valor a ser defendido nas práticas de saúde se expressando nas inter-relações estabelecidas entre

usuários², familiares³ e trabalhadores de saúde⁴, o debate em torno da Integralidade converge para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais (SANTOS, 2005).

Assim, durante toda caminhada profissional nos serviços inicialmente citados, foi possível a observação de que o estabelecimento dos meios em que se desenvolvem a linha de produção do cuidado, especificamente, em Saúde Mental, em termos de referência e de contrarreferência, por exemplo, torna-se, em geral, ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde.

Os questionamentos convergem para o fato de que há grandes dificuldades de resolubilidade por parte de gestores e profissionais para com usuários dos serviços de Saúde Mental e para com os familiares desses usuários, visto que convivem diariamente com uma grande demanda de recursos assistenciais, com o enfrentamento de longas filas de espera para alguns atendimentos, o que, por sua vez, dificulta intensamente o acesso aos serviços de saúde como um todo.

Busca-se refletir se os problemas comumente ocorridos na produção das linhas de cuidado em saúde mental decorrem da falta de organização e de esclarecimento sobre as medidas que podem facilitar a sua efetivação, atingindo diretamente as Políticas de Saúde Mental no Brasil, no Estado e no Município.

Tais motivos corroboram o que se verifica, por vezes, na realidade dos serviços de saúde: usuários e familiares percorrem caminhos diversos, desorientados e sem possibilidade de obter a eficiência na resolução dos seus problemas de saúde de forma integral. O cenário até aqui apresentado conduz à reflexão sobre a forma como a produção da linha de cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza vem acontecendo dentro e fora dos serviços, apresentando-se assim nas condições de saúde da população.

² Usuários: pessoas cadastradas na Unidade de Saúde (PAÍM, 1994).

³ Familiares: pessoas com vínculo de cuidados para com os usuários (PAÍM, 1994).

⁴ Trabalhadores de Saúde: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo ou não deter formação específica para desempenho da função atenuante no setor (PAÍM, 1994).

1.3 – Questões Norteadoras

Diante dessas perspectivas, algumas questões norteadoras se tornam explícitas:

- Como vem se conformando a linha de produção de cuidados na Rede de Saúde Mental de Fortaleza, no período entre 2005 a 2008 na perspectiva da Integralidade?
- Como são estabelecidos os dispositivos das tecnologias leves em Saúde Mental dentro da linha de produção de cuidados na Rede de Saúde Mental de Fortaleza?

O recorte temporal deste estudo intenciona discutir os quatro anos de uma mesma gestão municipal, finalizando com uma proposta de intervenção. Entende-se que essa pesquisa não é estanque, nem se pretende esgotar a questão aqui já explicitada, mas refletir adequadamente sobre novos dispositivos de organização da Rede de Cuidados em Saúde Mental. Além disso, objetiva-se discutir os problemas citados acima com a expectativa de melhor garantir a continuidade da assistência, sem que sejam gerados graves transtornos para usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

1.4. – Objetivos

Neste sentido, a presente pesquisa tem como principais objetivos:

Contextualizar as linhas de produção do cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza, no âmbito das Políticas de Saúde do SUS;

Compreender como se operacionalizam as linhas de produção de cuidados na Rede de Saúde Mental em Fortaleza;

Analisar os dispositivos que orientam a Integralidade na perspectiva das tecnologias leves de atenção à Saúde Mental.

1.5. – Pressupostos Teóricos

Iniciando a discussão sobre o estudo, alguns pressupostos teóricos, que permitem uma melhor compreensão dos capítulos que se seguem, são aqui formulados:

1º. Pressuposto teórico: a Rede de Saúde Mental do município de Fortaleza deve se desenvolver nas perspectivas das linhas de produção do cuidado em conformação com as Políticas de Saúde Mental municipal, estadual e federal;

2º. Pressuposto teórico: a Rede de Saúde Mental de Fortaleza deve ter como eixo orientador a Integralidade do cuidado em saúde a partir da micropolítica do processo de trabalho pautada nas tecnologias leves;

3º. Pressuposto teórico: a integração da Rede de Saúde Mental de Fortaleza com os demais níveis de atenção à saúde ainda se dá de forma parcial.

2. EIXOS-TEÓRICOS

*O homem foi criado para alegria e dor
E quando conhecemos esse sabor
Seguros saímos pelo mundo com amor.
Alegria e dor são tecidos finos
Que vestem os espíritos divinos*

William Blake - Alegria e dor

2.1. – Conformação histórica das políticas de saúde no Brasil e suas articulações com a Saúde Mental

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que é considerada como um marco na formulação das propostas de mudanças do setor saúde e como base para as proposições da Constituinte de 1987, a saúde passa a ser tomada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e a serviços de saúde”. Mediante essa nova concepção de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de garantir à população em geral o acesso a serviços de saúde foi estabelecido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 os parâmetros para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1986; 1988).

Posteriormente, o SUS foi instituído pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais e de iniciativa privada em caráter complementar. Essa lei regula as ações e os serviços de saúde a serem efetivados em todo território nacional e discorre sobre a organização, a direção e a gestão do SUS, bem como sobre as competências e atribuições das três esferas político-administrativas – federal, estadual e municipal – responsáveis pelo seu funcionamento e, ainda, sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, da política de recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 1990a).

Em sequência, foi também disposto, na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde. Um exemplo da atuação comunitária na gestão do SUS seria a organização dos Conselhos de Saúde, que devem ser compostos por representantes do governo (gestores), prestadores de saúde e usuários com (50%) de representação. Essa lei trata ainda da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e do seu repasse, de forma regular e automática, para os municípios, Estados e Distrito Federal. Para recebimento desses recursos, essas três esferas político-administrativas devem contar com Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (BRASIL, 1990b).

As Leis 8.080 e 8.142 de 1990 regulamentaram, portanto, o SUS em seus princípios doutrinários, a saber: Universalização – significa que o acesso deve ser garantido a todas as pessoas independente de renda, gênero, etnia etc.; Equidade – significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (é o princípio da justiça social); Integralidade – significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades; Promoção da saúde; Prevenção de doenças; Tratamento; Reabilitação.

Como visto, em seus princípios organizativos estão a Regionalização e a Hierarquização. Isso significa que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, sendo organizados, pois, a partir da referência e da contrarreferência.

O princípio da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde supõe a distribuição espacial dos equipamentos e dos estabelecimentos em função das características epidemiológicas de cada localidade, descentralizando, assim, os serviços mais simples e concentrando os mais complexos (PAÍM, 2003).

Esses princípios pressupõem que as unidades de saúde sejam organizadas por nível de complexidade tecnológica crescente, articuladas entre si através de um sistema de referência e de contrarreferência normalmente estabelecido, que permita o acesso da população de acordo com a gravidade e a complexidade de seu problema (CEARÁ, 2002).

A representação da hierarquização é destacada entre os níveis de atenção dentro do sistema através do modelo de pirâmide, conforme já explicitado no capítulo anterior. Porém, ainda que bastante difundido, tal modelo é alvo de questionamentos constantes, quando se pensa em atenção à saúde dentro da realidade atual dos usuários, haja vista a existência de uma alta concentração de demanda no Nível Terciário do modelo de pirâmide, perspectiva essa permeada de uma visão hospitalocêntrica, oriunda de um modelo médico-hegemônico dominante no Brasil há décadas.

A pirâmide expressa a intenção da universalização do acesso aos serviços de saúde, a mudança do modelo centrado no hospital para a atenção nos espaços das unidades básicas de saúde, ampliando as práticas de prevenção à doença, de racionalização dos custos e dos serviços de saúde, dentre outras. Essas idéias, presentes na construção do SUS, foram difundidas e defendidas por todos os agentes do setor de saúde que carregaram a forma da

pirâmide como representação do sistema de saúde voltado para o ideário de justiça social (SAITO, 2004).

A hierarquização dos serviços em níveis de complexidade e de capacidade resolutiva crescente dos serviços de saúde ancora-se na premissa da necessidade de integração das ações de saúde, procurando evitar demanda desigual e duplicidades de serviços, que contribuem para desperdício e encarecimento da atenção à saúde (FÁVERO, 1986).

É com o surgimento das Normas Operacionais Básicas – NOB's – de 1991, 1993 e 1996, entendidas como instrumentos transitórios de regulação do processo de descentralização, que os aspectos de divisão de responsabilidades, as relações entre os gestores e os critérios para transferências de recursos para os municípios passam a ser discutidos.

A partir da NOB 01/91, são considerados como “municipalizados”, dentro do SUS, os municípios que atendam aos seguintes requisitos básicos: (a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde; (b) criação do Fundo Municipal de Saúde; (c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos; (d) Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde; (e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; (f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação (BRASIL, 1991).

Posteriormente, a NOB 01/93 estabeleceu a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; habilitou municípios como gestores; e definiu o papel dos Estados de forma frágil, entretanto, esses ainda passaram a assumir o papel de gestores do sistema estadual de saúde. Nesse ínterim, são constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, de pactuação, de articulação e de integração entre gestores (BRASIL, 1993).

A NOB 01/96, por sua vez, incorporou as ações de Vigilância Sanitária, criando o incentivo para a efetuação das ações básicas desse setor; incorporou as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças; promoveu a reorganização do modelo de atenção, adotando como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de incentivo financeiro; aprimorou o planejamento e definiu a elaboração da Programação Pactuada e

Integrada (PPI); definiu as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições da Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios. (BRASIL, 1996).

As NOB's, de modo geral, representaram à efetivação do SUS, deixando, portanto, os municípios mais autônomos para resolução dos problemas de saúde ali vivenciados e mostrando avanços do processo de municipalização dos serviços de saúde, com ênfase, sobretudo, na Atenção Primária e na participação da comunidade através dos Conselhos Municipais de Saúde.

Ainda na perspectiva sistêmica, observa-se que as estratégias de regionalização devem estar orientadas pelas diretrizes organizativas da hierarquização e da descentralização política e administrativa dos sistemas de serviços. Essa logística está regulamentada pelas Normas Operacionais da Assistência a Saúde - NOAS – SUS (2001 e 2002), que definem a implantação da política e das estratégias de regionalização do SUS, a partir da garantia de acessibilidade com qualidade e equidade (BRASIL 2001a; 2002). As NOAS (2001 e 2002) preveem, entre outros, como instrumento essencial para ordenação do processo de regionalização, os Planos Diretores de Regionalização (PDRs) e as Programações Pactuadas Integradas (PPIs).

Segundo a NOAS 01/2001, o Plano Diretor de Regionalização deve seguir na perspectiva de garantir aos cidadãos o acesso a um conjunto de ações e de serviços vinculados a: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; tratamento de intercorrências mais comuns na infância. Essa assistência deve ser proporcionada o mais próximo possível da residência do usuário.

Mediante a NOAS/SUS 01/2002, foram estabelecidos os critérios de regionalização e de planejamento integrado e foi instituído o Plano Diretor de Regionalização da Assistência – PDR –, que refere-se à organização dos territórios estaduais, em regiões/microrregiões, e dos módulos assistenciais de formação de redes hierarquizadas de serviços – fluxo de referência e de contrarreferência intermunicipais.

Os Planos Diretores de Regionalização – PDR – determinam, assim, características locais, definindo as necessidades de ações e de responsabilidade e garantindo as pactuações necessárias para efetivação da integralidade a partir de critérios que

estabeleçam os municípios assistenciais, as regiões e micro regiões de saúde e os municípios pólo.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) constitui um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo (ANDRADE, 2001).

A proposta de uma Programação Pactuada Integrada (PPI), como inovação na gestão do sistema, foi lançada inicialmente através da NOB 96, e por intermédio desta norma, traduzem-se as responsabilidades, os objetivos, as metas, as referências intermunicipais, os recursos e os tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, enquanto instrumento negociado entre gestores.

Diante do exposto, as PPIs integraram as ações e os serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de média e de alta complexidade, conformando um instrumento essencial de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS para a alocação de metas e de recursos (físicos e financeiros) entre municípios, regiões e estados federativos, além da definição e distribuição de competências entre as três esferas de governo. No que se referem, especificamente, às referências entre serviços e âmbitos de gestão, as PPIs definiram o que pode ser caracterizado como referência programada.

Inúmeros pesquisadores têm discorrido sobre como se apresentam os processos de referência e de contrarreferência nos serviços de saúde de localidades diversas, dentre eles, são referências em estudos: (Araújo, 1988; Julliani, 1996; Miranda et. al, 1995; Moraes et. al, 2000; Sousa 1997).

Sousa (1997) em uma investigação que teve como propósito pesquisar os tipos de vinculação desenvolvidos pela clientela com os serviços que prestam assistência psiquiátrica em Fortaleza, realizou um estudo qualitativo, com uso da abordagem histórico-cultural, constatando a precariedade dos sistemas de referência e de contrarreferência entre os serviços analisados.

O funcionamento dos mecanismos de referência e de contrarreferência de pacientes em uma rede de serviços básicos de uma microrregião do estado da Bahia foi estudado por Araújo (1988). Essa autora elaborou uma revisão conceitual e histórica dos elementos mais relevantes para a implementação das políticas de saúde no Brasil, constatando

que o desenvolvimento e a organização da referência e de contrarreferência somente serão incrementados pela via do processo de construção de um novo modelo organizativo, no qual estejam assegurados os critérios de regionalização, hierarquização, integralização e democratização.

Em busca de compreender e desvelar os sistemas de referência e de contrarreferência no contexto do SUS de Botucatu/SP, Julliani (1996) analisou a experiência de enfermeiras quanto a este tipo de procedimentos. Para tanto, a referida autora realizou uma pesquisa qualitativa do tipo fenomenológica, cujos resultados evidenciaram que o sucesso e a agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos pessoais e da informalidade.

Em um estudo descritivo sobre os registros de referência e de contrarreferência em Quixadá/CE, Miranda et. al (1995) analisaram 3.017 fichas de encaminhamento dos serviços do Programa Saúde da Família desse município. Esses autores também aplicaram um questionário para todos os profissionais de nível superior, revelando informações relevantes sobre registros das fichas de referência e de contrarreferência, tais como: somente 21% dos registros eram de contrarreferências; 86,6% dos encaminhamentos eram de médicos; 9% das fichas de contrarreferência estavam registradas como novos encaminhamentos do paciente para outros níveis de assistência mais complexos. O estudo concluiu que a qualidade dos registros clínicos das fichas era satisfatória.

Visando fazer um levantamento inicial de dados acerca de indicadores de qualidade do atendimento ambulatorial público de Campinas/SP, Moraes et al. (2000) realizaram um levantamento utilizando questionários semiestruturados para analisar a opinião dos profissionais que trabalham em serviços públicos que prestam atendimento às crianças com dificuldades mentais ou emocionais. Esses autores constataram que mais da metade dos entrevistados concordam que os procedimentos de referência e contrarreferência são falhos e pouco utilizados. As queixas são maiores quando se trata da comunicação com os serviços de Nível Terciário, o qual, segundo os autores, praticamente não existe.

2.2. – Políticas de Saúde Mental e a Organização dos Serviços

Historicamente, a exclusão social, o estigma e o confinamento do portador de transtorno mental foram condições amplamente difundidas pelas instituições manicomiais

que, coniventes com o paradigma tradicional de doença mental, contribuíram para a perda do valor social do doente, influenciando, até hoje, no modo como a sociedade encara o portador de sofrimento psíquico (JORGE et al, 2006).

O manicômio só foi percebido como necessário e terapêutico, à medida que se apresentou como o resultado concreto de uma sociedade que naturaliza a exclusão, pois o processo é retroalimentativo. A sociedade constitui o manicômio como um dos seus agentes estruturantes da exclusão. Por sua vez, essa instituição e seu conjunto de práticas cotidianas atuam como um dos agentes concretos da exclusão.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciada na década de 1980, para disseminar suas idéias críticas, só pôde vicejar na proporção que encontrou uma atmosfera crítica legitimadora de suas ações críticas. Em outras palavras, não foi ao acaso que a Reforma Psiquiátrica Brasileira começou a ser implementada no Brasil pelos partidos de esquerda que se opunham à ditadura (JORGE et al, 2006).

Observa-se que a política e as estratégias de reorganização da rede pública dos serviços de Saúde Mental, como integrantes do SUS, também vêm adquirindo uma nova configuração. Tal fato tomou corpo a partir do impulso do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que enfatiza a organização de serviços de saúde integrados, orientados para prevenção e centrados na participação ativa da comunidade, constituindo, assim, uma rede alternativa ao internamento no hospital psiquiátrico.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente 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, sobretudo, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram

submetidos os pacientes internados nos inúmeros e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios.

Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário. Tal movimento alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2001).

Para Tenório (2001), a crítica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de Movimento da Reforma Sanitária – um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive no setor psiquiátrico.

O funcionamento do modelo de prestação de serviços vigente em diversos países é caracterizado pela alta prevalência da internação asilar e pela privatização da assistência. A maioria dessas internações é realizada em instituições privadas que são remuneradas pelo setor público. É o chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados proveem a internação da clientela pública mediante remuneração do estado. Antes, a remuneração era feita pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, depois, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, e, hoje, é feita pelo SUS.

A Proposta de Política de Saúde Mental de 1985 mostrava que a crítica germinada nos dez ou quinze anos anteriores não mudara a política de financiamento de internações. Dos recursos gastos pelo INAMPS em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar e 4% à assistência ambulatorial.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da Reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (TENÓRIO, 2001).

Surge no âmbito nacional o MTSM e o Movimento de Luta Antimanicomial, assumindo-se como movimentos eminentemente sociais, denunciando torturas, corrupções e fraudes à assistência psiquiátrica feita pelo governo militar. Com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômio”, buscavam discutir sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. Esses movimentos desenvolvem um papel relevante pela garantia e direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Outro marco fundamental foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental que expôs em seu relatório final a recomendação quanto à proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; a redução progressiva dos leitos existentes nesses hospitais; a criação de leitos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica; a reversão da tendência hospitalocêntrica; e, por fim, a recomendação quanto ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional com referência assistencial ao paciente, inserindo-se, assim, na estratégia de desospitalização.

A I Conferência representa, portanto, o início da trajetória de desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, suas formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro posterior institui um novo lema: "Por uma Sociedade sem Manicômios" e estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o 'ato de saúde', que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora, ainda, novos aliados, entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2001).

Um último ponto diz respeito à participação da sociedade no processo da reforma e à ampliação dos setores nele envolvidos. Nesse aspecto, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, é um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira. A intensa participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental deixa-se ver no fato de que 20% dos delegados na conferência eram representantes dos usuários dos serviços (pacientes) e de seus familiares.

Os movimentos em torno da Reforma Psiquiátrica ganharam força e multiplicaram-se em vários Estados, principalmente do Sudeste, intensas discussões acerca do novo modelo assistencial em saúde mental. Junto ao Movimento dos Trabalhadores da Saúde

Mental, vieram outras iniciativas que fizeram crescer o corpo da reforma psiquiátrica no Brasil, como os Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (1985), e, posteriormente, estendidas às demais regiões, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), como uma extensão da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Por outro lado, o cenário internacional fundamentou, de forma teórica, o arcabouço da Reforma Psiquiátrica através das idéias e experiências da tradição italiana de Franco Basaglia⁵ e da realização do III Encontro latino-americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em dezembro de 1986, na cidade de Buenos Aires, do qual participaram muitos militantes do MTSM, proporcionando, então, uma profunda reflexão quanto ao pensamento e ao trabalho dos profissionais em saúde mental (AMARANTE, 1995).

Paralelamente a esses momentos, no plano do poder executivo, tramitava, no Congresso Nacional, o projeto de Lei no. 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e de recursos extra-hospitalares de atenção, como hospitais diurnos, hospitais noturnos, pensão e centros de convivência, estimulando, assim, o debate sobre a loucura em todo país.

Vale ressaltar que até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara dos Deputados, encontrando dificuldades no Senado. Ainda assim, seu aparecimento possibilitou muitas discussões em todo Brasil e estimulou a apresentação e a aprovação de projetos de lei em muitos estados como Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco.

Em 06 de Abril de 2001, a Lei nº. 10.216 foi sancionada, sendo publicada no Diário Oficial da União em 09 de Abril de 2001, doze anos depois de ter sido dado entrada do projeto no parlamento. Essa lei estabelece ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Essa assistência deve ser prestada em estabelecimentos de Saúde Mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. A internação, em qualquer de suas modalidades, só deve ser indicada, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001b).

⁵ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática.

A mobilização de familiares, de usuários, de profissionais e de gestores e o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Luis Cerqueira (CAPS), em 1987, no estado de São Paulo, e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), pela prefeitura de Santos, dão início a um novo processo de transformação da saúde mental no país.

Os CAPS tendem a ser regionalizados em termos da adscrição da clientela, embora eles sejam desobrigados a apresentar a mesma capacidade de resolução para as emergências e a dar conta da totalidade da demanda de saúde mental – em geral limitando o atendimento à clientela inscrita no serviço e às triagens, com funcionamento diurno e restrito aos dias úteis e sem leitos de internação.

É com a proposta de implantação dos CAPS⁶, que ele passa a ser considerado como divisor de águas para a transição do modelo manicomial e hospitalocêntrico para implementação da proposta de uma nova Política de Saúde Mental conforme o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil, configurando-se simbólica e numericamente como a grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional, tendo em vista ser a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas (ONOKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

O Ceará começou a escrever a história das práticas da psiquiatria hospitalar em 1886 com a inauguração do Asilo para Alienados São Vicente de Paula, como parte pertencente à Santa Casa de Misericórdia até 1979. Os processos de hospitalização e de isolamento social seguiram juntos à criação da Casa de Saúde São Gerardo, em 1935, como primeira iniciativa privada, e do Hospital de Saúde Mental de Messejana, em 1963, o primeiro e único de natureza estadual até a atualidade. Além disso, assistiu-se, entre 1965 e 1974, à criação de 70% dos leitos psiquiátricos atuais, subsidiado pela Previdência pública centralizada. (SAMPAIO; BARROSO, 2000)

Em 1991, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu, foi inaugurado o primeiro CAPS do estado, objetivando a criação de um modelo de atenção à

⁶ De acordo com a ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, os CAPS estão atualmente regulamentados pela Portaria GM nº. 336/02, que estabelece as modalidades de serviços dos tipos I, II (com subtipos II i – infantil - e II ad - álcool e drogas) e III (BRASIL, 2002).

saúde mental alternativo ao hospital psiquiátrico. Desde então, assiste-se a um movimento crescente, vitorioso, porém sofrido, dada a escassez de recursos financeiros, em direção à criação de serviços substitutivos extra-hospitalares, de resolubilidade, municipalizados e capazes de conduzir à reabilitação psicossocial.

No ano de 1993, foi aprovada a Lei Estadual nº. 12.151, de autoria do Deputado Mário Mamede, que dispõe sobre internações compulsórias e delinea um modelo não hospitalocêntrico e cidadão de atenção à saúde mental (SAMPAIO; BARROSO, 2000).

Cento e oito anos depois da criação do primeiro Hospício, o Ceará conta hoje com 09 (nove) hospitais psiquiátricos na rede do Sistema Único de Saúde, 07 (sete) localizados na capital e 01 (um) no município do Crato. Em termos de atenção extra-hospitalar, conta-se com 84 (oitenta e quatro) em todo estado, sendo que 14 (catorze) deles, entre CAPS geral, CAPS ad e CAPS i, que estão localizados na capital do Ceará em suas Secretarias Executivas Regionais.

A localização da maioria dos serviços que se orientam pelos parâmetros da Reforma Psiquiátrica, nas cidades do interior do Ceará, não ocorre por acaso. Isso se explica, em grande parte, pela resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados da cidade de Fortaleza, inibindo o surgimento dos novos serviços na capital. A operacionalização da reforma tem enfrentado outras dificuldades como: a não aceitação da desospitalização dos pacientes psiquiátricos pelos familiares destes e pelos trabalhadores humildes do setor, devido ao medo, respectivamente, de perder o hospital psiquiátrico como opção de tratamento e de perder o emprego; os profissionais da área de saúde mental se dirigem aos novos serviços com uma formação e uma prática consolidada no interior de hospitais convencionais que prestam assistência do tipo asilar (PONTES; FRAGA, 1997).

A partir das considerações apresentadas, pode-se considerar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira configura-se como um movimento histórico transformador de caráter político, jurídico, social, econômico e cultural do lugar social atribuído à loucura.

Em suma, os serviços de saúde mental devem estar integrados à rede de serviços de saúde de um município. Mais uma vez, a questão das linhas de produção do cuidado, nas práticas da referência e da contrarreferência, por exemplo, torna-se um ponto chave para as ações de Saúde Mental, visto que se encontram em consonância direta com a complexidade das demandas encontradas em tais serviços. Vale ressaltar, também, que tais serviços são

espaços que tornam possível a expressão da subjetividade humana na abordagem do sofrimento psíquico, seja ela individual ou coletiva, perspectiva que denota mais ainda a questão da qualidade no âmbito do serviço.

2.3. – A Integralidade como eixo orientador na Organização de Serviços de Saúde Mental

O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de ‘linhas do cuidado’, que significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender às necessidades dos usuários. Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. A ‘linha do cuidado’ disponibilizada aos usuários movimentam-se acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e, nesse ponto, forma-se o “encontro” entre o mundo das necessidades e o mundo das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Sabe-se que a realidade dos serviços de Saúde Mental, de uma forma geral, ainda exclui demandas e necessidades que dizem respeito aos mais amplos aspectos da vida do indivíduo, comprometendo, assim, a Integralidade na Atenção à Saúde.

Portanto, se um paciente é usuário de um determinado nível de um serviço de saúde mental, pressupõe-se que suas outras necessidades em saúde, por vezes, não são consideradas adequadamente pela rede de serviços. Dessa forma, como acontece, a referência e a contrarreferência dos usuários de serviços de Saúde Mental, quando há necessidade de referenciá-lo, respeitando o princípio da integralidade? Como se operacionaliza tal procedimento dentro da rede de Saúde Mental de Fortaleza?

O princípio da Integralidade, na Constituição brasileira, está relacionado à segunda diretriz do SUS – como já citado nesse estudo –, em seu artigo 198, como atendimento integral. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Mattos (2001) destaca três sentidos diferentes para maior caracterização da integralidade. O primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem, diante de seus pacientes, uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou do aparelho no qual se especializaram.

O Movimento de Medicina Integral lançou críticas à postura médica fragmentária diante dos pacientes, entendendo que tal postura resultava na impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes dos usuários, marcando uma atitude reducionista, enfatizada pelas dimensões biológicas, em detrimento dos fatores psicológicos e sociais implicados na determinação das doenças.

Foi o Movimento de Medicina Integral que propôs as reformas curriculares com o intuito de qualificar os profissionais com atitudes menos deterministas, capazes de compreender as necessidades dos usuários como um todo.

A integralidade se relacionava a uma atitude desejável (dos médicos), dada pela recusa à redução da experiência do adoecimento (do paciente) a fatores e saberes concernentes aos sistemas biológicos. Essa recusa, fruto do reconhecimento da necessidade de uma abordagem biopsicossocial, considerada como boa prática médica deveria ser "produzida" nas escolas médicas. Segundo Mattos (2001), a integralidade deve ser um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor a ser expresso na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procura. A medicina, nesse sentido, busca dar respostas que sejam anteriores aos sofrimentos humanos. As técnicas de diagnóstico precoce demandadas pelos usuários associam-se à prevenção (de acordo com o grau de sofrimento humano), devendo ainda aliar-se a possibilidade da identificação de riscos.

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade que merece ser destacado relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. A

criação, na década de setenta, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – a primeira era pensada como sendo da alçada do Ministério da Saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência Social. Uma das razões para tal dissociação era o reconhecimento de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais eram bastante distintas (MATTOS, 2001),

Esse segundo modo de entender a integralidade relaciona-se com a tradição organizacional da saúde brasileira em dicotomizar as ações e os serviços de prevenção e de assistência. Essa dicotomia originada na década de 1970 é apresentada pela divisão de responsabilidades de prevenção e de assistência entre duas diferentes pastas ministeriais: prevenção ficava com o Ministério da Saúde e a assistência ficava sob com o Ministério da Previdência Social.

Do ponto de vista organizacional, o reconhecimento distinto de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais marcam ainda uma centralização da saúde pública, enraizada desde o anterior modelo tecnoassistencial privatista, atingindo diretamente a oferta e a demanda nos serviços de saúde.

Outra questão importante é a de que a epidemiologia chega como possibilidade de atender às reais necessidades de saúde da população, passando a definir as atividades programadas para cada segmento populacional, priorizando os agravos mais frequentes e propondo ações de controle, sem considerar, porém, as necessidades de saúde da população, deixando, pois, a relação entre oferta e demanda nos serviços de saúde desigual e pouco resolutiva.

Assim, a Integralidade, é julgada pela variedade de serviços disponíveis e pelo caráter indispensável de se atender às necessidades comuns de todas as populações (STARFIELD, 2002).

A Integralidade é assumida, então, como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – em que se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – em que se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001).

O que foi sendo forjado nesse processo foi uma outra concepção de programação dos serviços de saúde, horizontalizada, posto que foi pensada desde o plano de um serviço de saúde que tem certa população-alvo. Concebia-se uma nova programação que consistia em organizar o trabalho nesse serviço de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população, apreendidas epidemiologicamente. As questões postas iam desde as formas de aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea para aplicar protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde até o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade (MATTOS, 2001).

Organizar o serviço apenas para responder às doenças de uma população, embora ele deva responder a tais doenças, parece ser algo pouco eficaz. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

De acordo com Mattos (2001) a Integralidade surge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca, também contínua, de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional a partir do diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada do serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer.

Ainda conforme Mattos (2001) um outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações de certas políticas⁷ específicas, chamadas aqui de políticas especiais, que trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos. O termo assistência integral procurava indicar essa ampliação do horizonte na qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados. Integralidade aqui quer dizer umas recusas, por parte dos que se engajam na

⁷ Mattos, 2001, opta pelo termo política ao termo programa, para ressaltar a dimensão mais abrangente da resposta governamental a certos problemas públicos. Contudo, nesse trabalho o autor reserva o termo programa a um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto, orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente.

formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.

Desse modo, políticas acabam por assumir posições de programas com reducionismos e delimitações. Outras especificidades de adoecimento acabam por ser negligenciadas, visto que os programas ainda são verticalmente construídos. O que Mattos (2001) destaca é o fato de as respostas governamentais aos problemas de saúde se configurar, fundamentalmente, pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e o fato disso, portanto, ampliar o horizonte de problemas a serem tratados pela política.

É nessa perspectiva que o princípio da integralidade rege necessariamente os sistemas de referência e de contrarreferência, devendo acontecer de forma cuidadosa e conhecida por todas as instâncias que o compõe, dado o encaminhamento dos usuários para os níveis de maior complexidade.

A perspectiva da Integralidade e da Saúde Mental deve primar, portanto, pela intersectorialidade, tendo como base a Declaração de Caracas⁸ 1990, a Legislação Brasileira em Saúde Mental pós-1991, com ênfase nas ações comunitárias e tendo os CAPS como eixo integrativo de atenção primária – secundária – terciária em saúde mental, objetivando, dessa forma, uma abordagem psicossocial.

A integração da Saúde Mental com os níveis de atenção à saúde deve respeitar a noção de território; a organização da atenção à saúde em rede; a intersectorialidade; a reabilitação psicossocial; a interdisciplinaridade; a desinstitucionalização; a Promoção da cidadania dos usuários; e a construção da autonomia possível de usuários e familiares.

2.4. – A Micropolítica do processo de trabalho em Saúde: os modelos tecnoassistenciais na saúde e a produção de linhas de cuidado em saúde mental

Há algum tempo, tem-se observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho (MERHY; FRANCO, 2003).

⁸ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre a partir de certas contraturalidades entre estes atores sociais e políticos. Mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (MERHY, 2003).

O que se percebe é que se têm buscado compreender os modelos assistenciais como formas de organização da produção de serviços. Essa produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho e a um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo.

Olhando sobre a conformação dos modelos assistenciais, com foco na micropolítica de organização dos processos de trabalho, tem-se como primeira referência as contribuições de Gonçalves, (1994) que trouxe para este campo de análise os conceitos de ‘tecnologias materiais’ para os instrumentos usados na produção da saúde e ‘tecnologias não-materiais’ para o conhecimento técnico necessário para essa produção (MERHY; FRANCO, 2003).

Porém, mesmo que as tecnologias mais estruturadas se consolidem dentro de um modelo hegemônico, há um outro postulado fundamental, o das relações, que se tem verificado como fundamental para a produção do cuidado. Parte-se do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho realizado no momento em que esse ato está produzindo. Essas relações podem ser de um lado sumárias e burocráticas, em que a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, elas podem ocorrer como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. Essas relações são chamadas, portanto, de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que as coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado (MERHY, 2002).

Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto ser originado a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização

micropolítica do trabalho em saúde, esse modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu microespaço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, tem-se constatado que, ao realizar o cuidado, ele opera, no seu processo de trabalho, um núcleo tecnológico composto de ‘trabalho morto’ (TM) e de ‘trabalho vivo’ (TV) (FRANCO, 2003).

Esse encontro entre TM e TV no interior do processo de trabalho reflete certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. Essa correlação é chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV (MERHY; FRANCO, 2003).

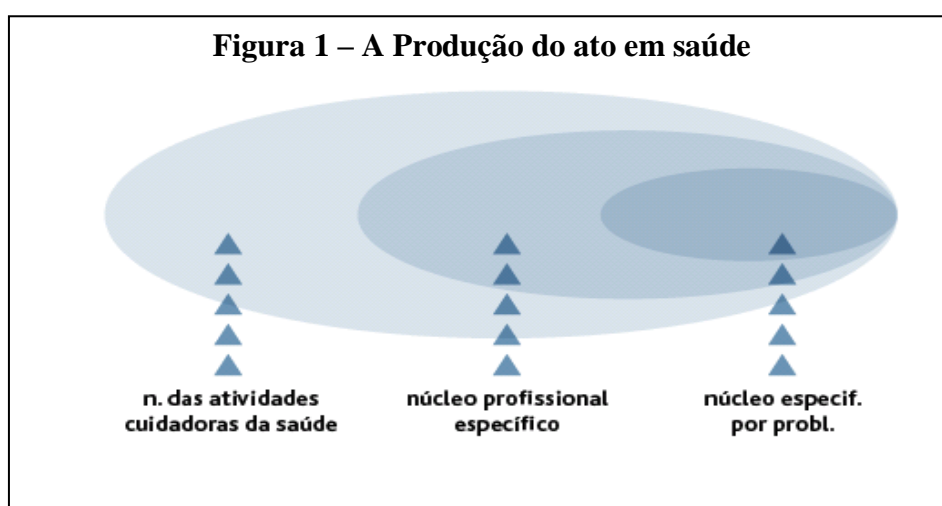
O modelo assistencial advogado nesse estudo deve, portanto, ofertar todos os recursos tecnológicos ao cuidado dos usuários e mesmo que eles necessitem, para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado a hegemonia do ‘trabalho vivo’, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o seu acesso e utilização sejam sustentados pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada ‘linha do cuidado’ que garanta a integralidade da atenção (MERHY; FRANCO, 2003).

Desse modo, o que se espera é que modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber potencializar as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comportam o conjunto das ações de saúde.

No esquema a seguir (ver figura 1, na próxima página), Merhy e Franco (2003) mostram que, na produção de um ato de saúde, coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema.

Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar, o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistência social, entre outros que também são núcleos onde são operadas, centralmente, as tecnologias duras e leve-duras, recorta esse problema concreto portado pelo indivíduo. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os

processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários. É o que se espera no percurso de usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares na rede de saúde, acompanhado pelo profissional ou pela equipe com a qual formou seu vínculo, que, portanto, se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um caminho de cuidado, garantindo toda atenção ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do ‘trabalho vivo’, a sustentar o princípio da integralidade da atenção e a operação das linhas de cuidado.



Fonte: Merhy e Franco (2003)

Esse agir na saúde traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, às quais é sugerido que tenham a hegemonia do ‘trabalho vivo’ em ato, calçando um trabalho mais relacional – tecnologias leves. Isso significa romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial que a captura do ‘trabalho morto’ exerce, em todos os níveis da assistência. Para que se consiga operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades descritos aqui, o espaço da micropolítica do processo de trabalho aparece com evidência, uma vez que esse espaço é um lugar, por excelência, de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, e, portanto, local onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

A definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende, fundamentalmente, do esforço e da vontade política em integrar esses serviços. Em outro nível, aparece como fundamental a rede de conversas estabelecidas em cada serviço, que irá compor a ‘linha do cuidado’.

Essa rede de conversa deve ocorrer entre os trabalhadores como parte integrante de uma rede de petição, em que há mútua implicação com o processo produtivo que é, por natureza, formado a partir dos saberes e fazeres que vão se expressar em atos como o de acolhimento em cada serviço, indo deste à vinculação de clientela e à responsabilização com seu cuidado e, sobretudo, a um trânsito seguro na linha do cuidado, para o qual é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico. (MERHY; FRANCO, 2003).

2.5. – Garantindo as “Linhas de produção do Cuidado” no âmbito da Rede de Saúde Mental

Ayres (2004) propõe uma desconstrução teórica, com vistas a contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de saúde que se quer trazer ao debate a presente reflexão sobre o Cuidado. Trata-se de compreender as práticas de saúde, inclusive aquelas que constituem o substrato dos seus discursos renovadores, sob uma determinada perspectiva que, se feliz em seus propósitos, poderá agregar-se ao esforço de adensamento conceitual e filosófico desse novo sanitarismo. O autor acima referido, a partir da exploração da categoria cuidado, tal como proposta pelo filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) em seu trabalho *Ser e Tempo*, trás em sua base teórica uma primeira delimitação de pressupostos filosóficos e aproximações hermenêuticas consideráveis para o tema em questão. Dessa forma, baseado na abordagem de Ayres (2004), foram destacados a seguir alguns aspectos relevantes para a discussão que será feita mais adiante acerca do cuidado no âmbito específico da saúde:

1. O Cuidado como categoria ontológica. Normalmente quando se fala em “cuidado de saúde”, ou “cuidado em saúde”, atribui-se a essa expressão um sentido já consagrado pelo senso comum: cuidado em saúde trata-se de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Contudo, quando se pensa em cuidado em saúde como uma categoria ontológica não se está remetendo simplesmente a um conjunto de recursos e medidas terapêuticas nem a procedimentos auxiliares que permitam efetivar a aplicação de uma terapêutica. Dentro de um construto filosófico, seria o cuidado em saúde uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma

interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade, tais como:

Movimento: O cuidado aponta para um aspecto fundamental na construção da identidade de um ser vivente, que é o caráter pragmático da construção da própria identidade. Em outras palavras, a identidade humana não é uma construção, a priori, inscrita como um destino inexorável para a própria biografia no momento em que se nasce. Essa identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver mediante a ação de pôr-se em movimento pelo mundo.

Interação: O cuidado é permeado de interações que constroem a trama das relações.

Identidade e alteridade: Um aspecto muito relevante das diferentes interações é que as identidades existenciais só se estabelecem no próprio ato dessas interações, tendo como princípios que a identidade de cada um se faz sempre na presença de seu outro e a alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa.

Plasticidade: Na base de todo o movimento e de todas as identidades e alteridades criadas pelo movimento, encontram-se na plasticidade a plástica, ou seja, a matéria de nossa existência, que se não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência.

Projeto: Toda essa construção do cuidado não seria possível se não fosse o potencial criador, isto é, a capacidade de conceber e de construir projetos próprios ao cuidado.

Desejo: De um imponderável cogitar, surge o projeto, que se constrói a partir da expressão de um livre e imensurável desejo de manifestação, de presença. Desejo de presença que se mostra por intermédio do fluir das dimensões corpóreas e espirituais da existência humana, tanto quanto por intermédio da aspiração de dar um sentido existencial a ambas as dimensões, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro.

Temporalidade: O Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que se encontra sentido em falar sobre cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência.

Não-causalidade: O cuidado exige ser pensado como "com possibilidade", só podendo ser compreendido como um "círculo hermenêutico", no qual cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido, imediata e radicalmente, dependente de cada uma de suas partes.

Responsabilidade: A responsabilidade tem aqui o duplo e, assim como os outros saberes acima conceituados, o inseparável sentido de responder por si e responder para si (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar, porque se responsabiliza.

2. O Cuidado como categoria genealógica. Sob a perspectiva heideggeriana, constrói-se a concepção de como o cuidado de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos. O cuidado seria, pois, uma ação regida por princípios de aplicação geral, embora esses princípios sejam orientados para uma prática de escopo e de responsabilidades absolutamente individuais. Desse modo, o cuidado deixa de ser visto como mais um prazer ou uma prerrogativa. O não cuidar-se significaria sucumbir, e para não sucumbir seria preciso conhecer a verdade que a razão a todos podia dar acesso.

3. Cuidado como categoria crítica. O terceiro plano de aproximação da questão do cuidado que agora será referido diz respeito ao cuidado como modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos, restringindo-se, porém, às tecnologias já configuradas como o campo institucional das práticas de saúde. Quando se pensa na assistência à saúde, vem, de imediato, à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em geral, a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e, assim, produz-se a saúde. Todavia, faz-se necessário considerar que a direção inversa também é verdadeira: o modo como se aplica e se constrói tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. É importante estar claro também que nem tudo que é relevante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E, por fim, mas fundamental, é essencial estar atento para o fato de que, quando se assiste a saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, a presença na frente do outro não se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos.

4. Cuidado como categoria reconstrutiva. Atribui-se, aqui, ao cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, o que significa referir-se à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva acima descrita, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida. Em outras palavras, há a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que se chama de Cuidado. O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação "dessubjetivadora", isto é, de uma interação obcecada de tal forma pelo "objeto de intervenção" que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali podem se realizar. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Essa interação se estabelece a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas, para isso, é necessário enxergar seus interstícios.

5. O Cuidado e os desafios da reconstrução. São diversos os desafios que se colocam para a reconstrução das práticas de saúde no sentido "reconciliador" acima apontado. Não tem-se aqui a pretensão de listá-los exaustivamente, tampouco de estabelecer qualquer tipo de hierarquização ou ordem de prioridades. Contudo, é possível identificar alguns desses desafios mais imediatamente visíveis, os quais serão agrupados conforme três motivações fundamentais: voltar-se à presença do outro; otimizar a interação; e enriquecer horizontes.

Um enfoque sobre as linhas de produção do cuidado em Saúde Mental oferece a real noção de como o "cuidado", nesse âmbito, segue em direção oposta ou não à Reforma Psiquiátrica, especialmente no que se refere às propostas de reabilitação psicossocial e de reinserção, que buscam garantir a autonomia e a cidadania de portadores de transtornos mentais e que são a tônica das políticas públicas de saúde mental.

A reabilitação é uma concepção que deve estar presente não somente no dia-a-dia de todo profissional de saúde comprometido com sua profissão e solidário com o portador de sofrimento psíquico, mas também nas ações que caracterizam o sistema sociopolítico e os diversos segmentos da sociedade, uma vez que, nesse processo, todos são os agentes sociais (JORGE et al, 2006).

Tal enfoque diz respeito a um espectro amplo de dificuldades que vai desde questões salariais e condições de trabalho até a falta de capacitação que viabilize a produção de novas formas de cuidado; o investimento insuficiente e inadequado do SUS para os serviços substitutivos; o aumento considerável da demanda em saúde mental (egressos de

hospitais psiquiátricos, uso constante e inadequado de benzodiazepínicos, álcool e outras drogas); e a diminuição, ainda tímida, dos gastos com internação psiquiátrica (o que reflete a política ideológica dos hospitais), bem como da falta de articulação entre esses serviços e a rede de atenção básica.

Para Dimenstein (2006), isso implica a produção de um tipo de atenção à saúde mental pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente na produção de saúde no meio social do indivíduo. Assim, esse modelo torna-se paradoxal àquele de assistência à saúde proposto pela Reforma Psiquiátrica e a seus aspectos fundamentais: a desconstrução de saberes e de práticas restritos à mera desospitalização e a produção de cuidados em núcleos de base comunitária, na concretude cotidiana dos espaços onde circula a loucura.

É preciso, dessa maneira, avançar nos processos de expansão e de articulação da atenção na rede básica e substitutiva e fortalecer o lugar do CAPS como, por exemplo, organizador da rede de cuidados em saúde mental, tal como idealizado pelo Ministério da Saúde, na forma de dispositivo transitório que funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existente e promovendo a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio (DIMENSTEIN, 2006).

Diante do que foi posto acima, torna-se evidente o fato de que há a necessidade de se estar em constante observação quanto à forma de ocorrência do processo de trabalho dentro dos serviços de saúde mental como um todo. Qualquer possibilidade de evidências de cronicidades e de modos de gestão resistentes deve ser sempre questionada.

Para Barros (2003), há três "ordens de cronicidade" a serem discutidas:

(1) as "novas cronicidades" dos pacientes que se tornam "usuários-pacientes", pois estão e/ou são postos como passivos frente ao desafio de produção de outra subjetivação, seja porque o contexto sócio-familiar é refratário à inclusão e o sociopolítico é adverso e precário, seja porque as condições socioculturais mais amplas são marcadamente discriminatórias em relação aos chamados "pacientes psiquiátricos", de modo que as ofertas como as de trabalho são raras e acompanham o modelo formal do mercado capitalista, ao exigir profissionalização e disciplinarização;

(2) a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, refletida pela dificuldade em aliar a discussão clínica à análise dos processos de trabalho e das instituições (ou seja, aliar a clínica à política), bem como a dificuldade de aliar a formação permanente às práticas dos serviços, de modo que as marcas da segmentarização, dos especialismos e da centralidade (não territorialização das práticas nos contextos diversos) da formação sejam superadas;

(3) a cronicidade produzida pela inexistência ou pela fragilidade de uma efetiva "rede" de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, que se verifica na existência desorganizada de várias portas de entrada e a falta de portas de saída, de modo que a rede não se faz, pois, características essenciais como a acentralidade, a conectividade e a produção permanente não se operam, e o que vemos é "um conjunto de pontos ligados frágil e burocraticamente".

Dessa forma, merece ser pensada uma proposta para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, que comece pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e seja somada a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que diz Cecílio e Merhy (2003: 02):

(...) uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (...).

Para Franco e Magalhães Jr. (2003), a Integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como as do acolhimento e da vinculação de clientela, nas quais a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Esse cuidado é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, aos quais se associam os da vigilância à saúde e os dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, devem ser levados ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico.

A perspectiva é a de que usuário e familiares sejam elementos estruturantes de todo processo de produção da saúde, cindindo a forma tradicional do modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma fragmentada. O trabalho aqui é visto como integrado e não

fragmentado, reunido em uma linha produtiva do cuidado, saberes e práticas interdisciplinares.

A organização das linhas de produção do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, assegura que as equipes de saúde mental, em seus diversos níveis de complexidade, tenham a responsabilidades sobre o cuidado, devendo gestar os projetos terapêuticos de seus usuários, garantindo o acesso aos demais níveis de complexidade e a referência e contrarreferência como forma de continuidade do vínculo aos cuidados de todos que necessitam do serviço.

Essa discussão dá sentido à idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais.

A pactuação para que as linhas do cuidado funcionem se produz a partir do “desejo”, da adesão ao projeto, da vontade política, dos recursos cognitivos e materiais, que é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Essas linhas de cuidado se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003):

- a) Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado;
- b) Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”;
- c) Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- d) Contrarreferência para as equipes de saúde da família - ESF's na Unidade Básica, onde se deve dar o vínculo e o acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial;
- e) Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento

seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos;

f) Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais;

g) Busca pela asseguarção da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e de doença.

Além dessas diretrizes, faz-se necessário trabalhar com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que garanta um fluxo seguro do usuário da rede básica, ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais. Isso é particularmente importante em relação aos prontos-atendimentos, que devem servir de pontos de captação de usuários, atendimento adequado ao problema apresentado, com responsável encaminhamento posterior ao centro de saúde de sua referência, construindo uma linha de cuidado a partir daí.

Para Franco e Magalhães Júnior (2006) a garantia da integralidade torna-se necessária para operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, da rede de atenção à urgência e de todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar.

Assim, a organização dos serviços de saúde mental deve se constituir, dentro de uma organização em rede, pelos diversos serviços que compõem a saúde mental no município, nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, pelas equipes multiprofissionais existentes no território, pelo poder de articulação dos serviços entre si e pelos demais setores sociais.

Conforme já discutido nesse estudo, o modelo piramidal de hierarquização da saúde trás a perspectiva de níveis de complexidade rígidos, sem poder de flexibilização das ações, limitando a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema e não de acordo com as necessidades dos usuários.

A organização em rede vem exatamente a romper com o modelo tradicional hierárquico. Para Franco (2006), todo processo de trabalho em saúde opera em rede, pois parte da perspectiva de que a relação entre os trabalhadores e deles com usuários que estão inseridos num dado território possibilita a interlocução entre os atores na construção de redes de articulação na produção do cuidado, porém, a construção dessa rede pode estagnar e ficar

enrijecida pelos procedimentos burocráticos e normativos, através de regras preestabelecidas que repetem velhos métodos de gerir o cuidado.

Mendes (2001) discorre acerca de uma proposta sistemática de redes de atenção à saúde, sob a forma dos sistemas integrados de saúde, colocada como o dilema microeconômico entre a fragmentação e a integração do SUS.

Os sistemas fragmentados, conforme conceituação apresentada por Mendes (2007) são caracterizados por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, sem uma população adscrita.

Ao contrário dos sistemas fragmentários, os sistemas integrados baseiam-se em três características centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados; a integração desses pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes; e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde (MENDES, 2007).

Nessa perspectiva de sistema integrado, no campo da saúde mental, o que se espera é a possibilidade de construção de redes afetivas de conversações e de trabalho, onde pedidos e compromissos sejam pactuados em função da Produção de Saúde, da Produção de autonomia, da valorização de seus agentes e a sua sustentabilidade, através da organização horizontal de serviços de saúde definidos em territórios “vivos” (identidades) com responsabilidade sanitária bem determinada.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

*Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força
para qualquer sociedade.*

Albert Einstein

3.1. – Tipo e natureza do estudo

Considerando o ato de investigar, cientificamente, a realidade que se apresenta e de produzir conhecimentos que possibilitem novas práticas dessa realidade ou novas formas de ação sobre o problema estudado, a metodologia qualitativa foi a escolhida para esse estudo por estar comprometida com as formas complexas de expressão do sujeito e com o processo permanente de produção de conhecimentos em uma realidade pontual, a partir da exploração aprofundada do fenômeno pesquisado.

A metodologia, conforme Minayo (2006), pode ser entendida como o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade. Em linhas gerais, a metodologia consta do processo por meio do qual os fenômenos se desenvolvem.

O estudo das relações, das representações, das opiniões e das percepções da produção interpretativa humana sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar nesse universo complexo e ativo (MINAYO, 2006).

Para Deslandes; Gomes (2004) a natureza da abordagem qualitativa considera que o objeto envolve dimensões subjetivas e intersubjetivas relacionadas ao trabalho de um grupo social. Portanto, esse tipo de abordagem permite o estudo dos fenômenos e de suas relações em seu meio natural, atribuindo um sentido a partir dos significados que os sujeitos lhes conferem. Desse modo, tal método mostra-se apto para se apreender os aspectos subjetivos, os quais não estão aparentes na realidade posta.

Nessa perspectiva, Minayo (2006) considera que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, tendo em vista que ela se ocupa, no campo das ciências sociais, com um nível da realidade não reduzível a números, por se tratar de um universo composto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

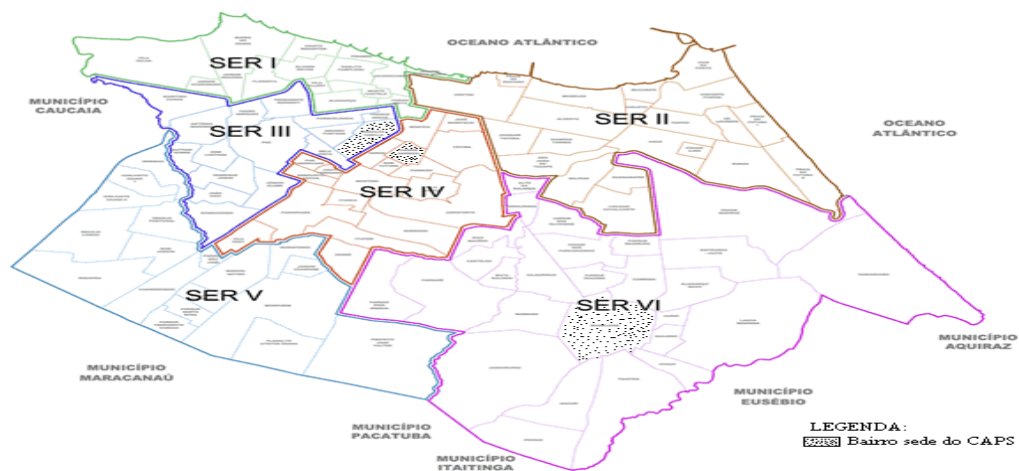
Nesse estudo, escolheu-se por analisar a Linha de produção do cuidado na rede de Saúde Mental de Fortaleza-Ce, sob o eixo da integralidade, junto às perspectivas do Apoio Matricial, do CAPS e do Hospital de Saúde Mental de Messejana – configurando, assim, os três níveis de atenção à saúde –, estando a análise dessas perspectivas articulada ao referencial teórico do tema em questão.

3.2. – Cenários da Pesquisa

O município de Fortaleza está localizado 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, sendo hoje a quarta maior cidade mais populosa do país, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE de 2.458.545 habitantes em 2007. Destes, 53,2% são do sexo feminino; 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos; e 7,48% apresentam idade igual ou superior a 60 anos (FORTALEZA, 2007).

Em termos administrativos, o município de Fortaleza está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER's), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Para tanto, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-Estrutura. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER's, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A figura 02, a seguir, ilustra a divisão administrativa de Fortaleza em Secretarias Executivas Regionais (FORTALEZA, 2007).

Figura 2 - Mapa de distribuição das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza



Fonte: Fortaleza (2007)

O município de Fortaleza encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, ainda em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o que coloca para a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde (FORTALEZA, 2007).

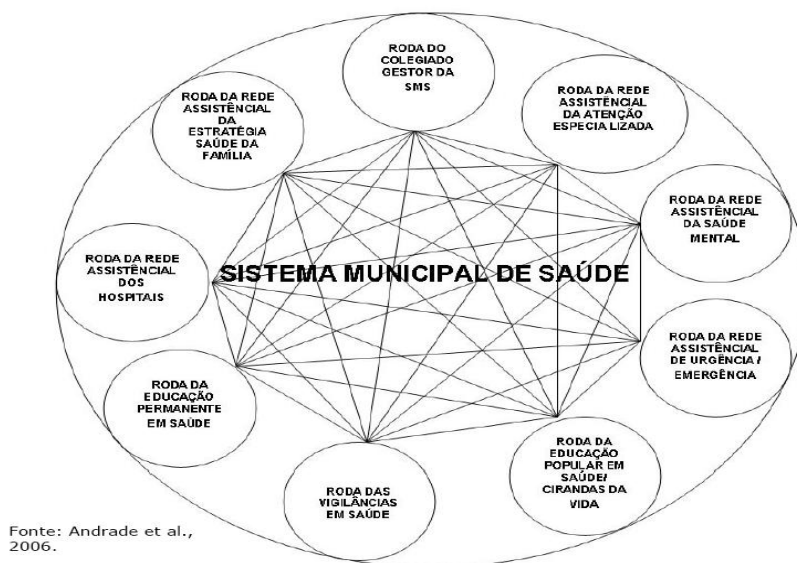
O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais, disposto em 2.269 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Destes, 3,96% são unidades básicas, do tipo Centro de Saúde, e a grande maioria, 65,9%, são consultórios isolados; 566 são estabelecimentos ambulatoriais especializados, entre clínicas, policlínicas, unidade de apoio, diagnose e terapia, representando um percentual de 24,9%. Em termos de unidades hospitalares, tem-se 86 estabelecimentos (3,79%). 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 05 da federal (3%). Dos estabelecimentos de saúde inscritos no CNES, 6% estão sob a gerência direta de uma das esferas governamentais de gestão do SUS (142), e 92% são empresas privadas (2.082). Dos estabelecimentos públicos municipais, 73% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2007).

A rede constitui-se de 133 estabelecimentos públicos (8%) e 1.578 privados (92%). Dos públicos, 107 são da esfera administrativa municipal (80%), 21 da estadual (16%) e 5 (4%) da federal. Dos privados, 141 (9%) prestam serviços para o SUS de Fortaleza, e dos públicos municipais, 81% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2007).

O modelo de atenção integral à saúde adotado pelo sistema local pressupõe as seguintes concepções/diretrizes:

(...) transdisciplinar, pelo fato da saúde ser produzida socialmente, inserindo em seu processo de produção múltiplas dimensões requerendo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento; intersetorial, por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes e condicionantes da saúde, no sentido de transformação positiva do processo saúde-doença e multiprofissional, por requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deverá potencializar a integralidade da atenção à saúde (BARRETO et al., 2006, p.34).

Figura 3 - Teia da Cogestão da Produção de Saúde no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza



Fonte: Fortaleza (2007)

Quanto às políticas de saúde mental, a atual gestão municipal reafirma o compromisso estabelecido no programa de governo e pretende construir uma política que:

- I - Implemente a promoção de direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, [...];
- II - Conceba o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral, seguindo as diretrizes do HUMANIZA SUS;
- III - Promova a integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica como eixo da rede de serviços de saúde em geral e dos serviços específicos de saúde mental;
- IV - Promova cuidados de saúde mental a nível comunitário, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde junto à população, de forma a estimular o envolvimento das comunidades, familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental na discussão e implementação de práticas não excludentes das pessoas em situação de sofrimento mental e/ou portadores de transtornos mentais;

V - 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;

VI - Incentive constantemente a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental [...] (FORTALEZA, 2009).

As diretrizes da política de saúde mental concebem o sofrimento psíquico e a atenção para com os sujeitos e a sociedade neste campo também como um direito de cidadão, propiciando a proteção social na comunidade.

A Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza, como se pode observar na figura 4, a seguir, está sendo construída com serviços públicos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, interligados aos demais serviços públicos de saúde e a equipamentos, dispositivos e recursos existentes na própria comunidade (ANDRADE et al, 2001).

Figura 4 - Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza



Fonte: SMS / Rede Assistencial de Saúde Mental.

Fonte: Fortaleza (2007)

A estruturação da RASM está sendo realizada na perspectiva de cogestão, sendo coordenada por uma Coordenação Colegiada de Saúde Mental – CCSM. Em cada Secretaria Executiva Regional – SER – existe um Coordenador Regional de Saúde Mental – CRSM –

(no total de 06 coordenadores regionais), compondo um colegiado com os coordenadores dos serviços de saúde mental e coordenadores de serviços localizados no âmbito de cada território (FORTALEZA, 2009).

A Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza é constituída pela existência de CAPS, como unidades de atendimento às demandas de média e maior complexidade em saúde mental. A RASM, no ano de 2006, ampliou o número de CAPS na cidade de Fortaleza de 03 para 14 CAPS, como também, o número de profissionais, que de 54, nas três equipes existentes (CAPS Geral SER III, CAPS Geral SER IV e CAPS Geral SER VI), passou para 333 profissionais lotados em todas as SER de Fortaleza. O número de equipes de Apoio Matricial também foi ampliado. Atualmente, conta-se com 24 equipes distribuídas nas seis SER's e com duas portas de entrada para emergências psiquiátrica com dois hospitais públicos: o Instituto de Psiquiatria do Ceará - IPC e o Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM. (FORTALEZA, 2009).

Essa pesquisa foi, portanto, realizada no território do apoio matricial na SER IV por ser esta a primeira equipe a implementar tal dispositivo; no CAPS e no HSMM localizados na SER VI, por contemplarem atenção secundária e terciária em uma mesma SER. Nessa perspectiva, os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) configuram o objeto desse estudo através do delineamento da linha de produção do cuidado, com base no referenciamento e no contrarreferenciamento.

As equipes de apoio matriciais da SER IV vêm realizando seu trabalho de matriciamento na Atenção Básica desde outubro de 2006. A iniciativa de formação dessa equipe aconteceu de forma gradual, de modo que hoje conta com a participação de profissionais de áreas afins lotados nos CAPS de Fortaleza, cada um com uma carga horária de um turno semanal para a cobertura de oito Unidades Básicas de Saúde dessa Regional. As atividades realizadas incluem atendimentos em conjunto com profissionais do PSF e reuniões sistemáticas de avaliação da proposta, junto à Coordenação Regional de Saúde Mental – SER IV (FORTALEZA, 2008).

Nesse contexto, o Apoio Matricial é um arranjo institucional criado para promover interlocução entre os serviços de saúde mental, como os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destina-se, principalmente, a contribuir com a implementação de uma clínica ampliada; a favorecer a corresponsabilização entre as equipes; a servir de apoio

para as equipes de referência; a promover saúde e diversidade de ofertas terapêuticas. Para isso, é necessário que o profissional da saúde mental acompanhe frequentemente as equipes das UBS, especialmente aquelas que não possuem equipe de saúde mental, propiciando um suporte teórico-prático. Para Dimenstein (2006), o apoio matricial é diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e da contrarreferência, porque implica a responsabilidade compartilhada dos casos. Visa, portanto, aumentar a capacidade resolutiva da equipe local.

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes, sendo tais serviços, portanto, ferramentas indispensáveis para humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004).

O apoio matricial surge com a adoção de um sistema diferenciado de referência entre profissionais e usuários. Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos.

O CAPS da SER VI foi um dos primeiros serviços extra-hospitalares a ser implantado em Fortaleza, responsabilizando-se por atender a 26 bairros de secretaria regional, que se totalizam em 483.777 habitantes, e disponibilizando suas estruturas para capacitações de graduandos dos cursos de saúde da UECE, UFC e UNIFOR. O número de atendimentos em saúde mental entre os anos de 2005 e 2007 foi de 37.097, entre visitas domiciliares, atendimentos individuais e atividades grupais (FORTALEZA, 2009).

Esse serviço tem como pressuposto básico a intervenção na crise e como objetivo principal qualificar a intervenção psiquiátrica, na tentativa de diminuir as internações julgadas desnecessárias.

A RASM trabalha em parceria com o SAMU e o com o Corpo de Bombeiros. Quanto aos Hospitais Gerais Municipais, a Coordenação Colegiada de Saúde Mental participou da roda da rede hospitalar, visando à sensibilização dos diretores para que acolham nas emergências as demandas de saúde mental e para que façam o encaminhamento necessário. (FORTALEZA, 2007)

Dentro da perspectiva da RASM, a emergência psiquiátrica deverá partir do pressuposto básico de que a intervenção se dá somente na crise e de que seu objetivo principal deverá ser diminuir as internações julgadas desnecessárias.

O HSMM é um centro de referência para atendimento psiquiátrico para capital e o interior do estado, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Foi inaugurado em 23 de março de 1963, contando, pois, 46 anos de fundação. O cenário do HSMM foi escolhido para fazer parte desse estudo por representar um serviço público, único a nível estadual, de alta complexidade em saúde mental no estado do Ceará.

A opção por pesquisar em um serviço de emergência psiquiátrica permite observar o percurso de demandas espontâneas/referenciadas que vêm em busca de realizarem um pronto-atendimento, sendo referenciados para o próprio hospital ou outros serviços de saúde mental de Fortaleza.

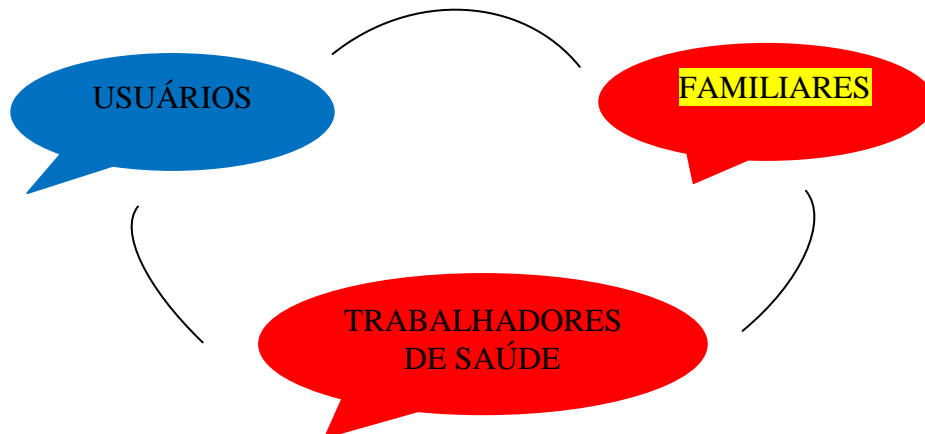
A emergência psiquiátrica conta com trabalhadores de saúde mental das seguintes categorias: psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, residentes da especialidade de psiquiatria, e todos realizam suas atividades no serviço de emergência cumprindo sua carga horária em regime de plantão.

Essa pesquisa busca evidenciar, portanto, os aspectos mencionados no parágrafo acima, encontrando na emergência psiquiátrica hospitalar um outro nível de complexidade das ações em Saúde Mental de Fortaleza, a fim de que se possa verificar como se desenha o desenvolvimento da linha de cuidado em Saúde Mental neste nível de atenção.

3.3. – Sujeitos da Pesquisa

Foram envolvidos na pesquisa usuários, familiares e trabalhadores de saúde de nível superior, que atuam na rede de Saúde Mental de Fortaleza.

Assim, somente no decorrer da produção de dados foi delimitada a amostragem considerada ‘ideal’, aquela que, segundo Minayo (2006), possibilita a abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Portanto, a amostragem adequada será a intencional não probabilística. Os sujeitos configuraram-se em três grupos destacados a seguir (ver quadro 1, na próxima página):

Figura 5 - Interação entre os atores sociais envolvidos no estudo

Fonte: Construção da autora

Quadro 1 – Caracterização dos grupos representantes do estudo

GRUPOS	REPRESENTAÇÕES
I	<p>(11) Onze Usuários com critérios diagnósticos de Transtornos Psicóticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – (CID - 10), tendo em vista que a linha de produção do cuidado destes segue nos três níveis de atenção à saúde. Desses 11 usuários,</p> <p>(06) - seis são usuários do CAPS – SER VI.</p> <p>(05) - cinco são usuários do HSMM – SER VI.</p>
II	<p>(08) Oito familiares de usuários com critérios diagnósticos de Transtornos Psicóticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – (CID - 10), tendo em vista que a linha de produção do cuidado destes segue nos três níveis de atenção à saúde. Desses sujeitos,</p> <p>(02) – cinco são familiares de usuários do CAPS – SER VI.</p> <p>(06) - seis são familiares de usuários do HSMM – SER VI.</p>
III	<p>(15) Quinze trabalhadores de saúde mental, com nível superior, que compõem a Equipe de Saúde Mental do: CAPS, do HSMM – SER VI e da Atenção Básica - Apoio Matricial – SER IV, compreendendo: (03) psicólogas, (02) assistentes sociais, (06) enfermeiras, (02) psiquiatras e (02) terapeutas ocupacionais, correspondendo:</p> <p>(05) Trabalhadores - Atenção Primária – SER IV</p> <p>(04) Trabalhadores - Atenção Secundária – SER VI</p> <p>(06) Trabalhadores - Atenção Terciária – SER VI</p>

A escolha e a compreensão da produção da linha de cuidado dos usuários citados acima podem ser caracterizadas pelo fato de que a categoria diagnóstica de transtornos Psicóticos é uma das formas mais comprometedoras da saúde mental dos sujeitos que procuram os serviços dessa natureza e que tais transtornos podem ser descritos pela Classificação Internacional de doenças (1999) entre os códigos F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

Esse agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante desse grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios. Os transtornos esquizoafetivos foram mantidos nessa seção, ainda que sua natureza permaneça controversa. Esse agrupamento contém as seguintes categorias de acordo com a Classificação Internacional de doenças (1999):

- F20 - Esquizofrenia
- F21 - Transtorno esquizotípico
- F22 - Transtornos delirantes persistentes
- F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- F24 - Transtorno delirante induzido
- F25 - Transtornos esquizoafetivos
- F28 - Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
- F29 - Psicose não-orgânica não especificada

No apoio matricial não foi possível realizar entrevistas com usuários e familiares que estivessem em acompanhamento, pois todos estes são referenciados para os CAPS ainda no primeiro encontro do atendimento conjunto. A observação sistemática realizada no decorrer desse estudo constatou que, em nível de atenção primária, os transtornos mentais graves/severos, de fato, ainda não tem o acompanhamento devido em seu Centro de Saúde da Família.

Observou-se, também, que a grande maioria dos casos de usuários com transtornos mentais graves/severos já tiveram passagem pelo CAPS de sua regional, e é fato que os CAPS são a referência desses usuários e seus familiares e não o Centro de Saúde da Família. Percebe-se que o estabelecimento do vínculo ocorre de forma mais efetiva ainda com as equipes dos CAPS, dificultando todo e qualquer encaminhamento para a atenção primária,

visto que, na maioria das vezes, o próprio usuário ou familiar decide ficar realmente com seu acompanhamento no CAPS.

Corroborando com o que foi observado no campo empírico, os CAPS de fato devem atender a uma clientela constituída de casos graves, que em outras circunstâncias certamente seriam internados em hospitais psiquiátricos. Nessa perspectiva, a urgência deixa de ser endereçada de forma específica ao Psiquiatra, escapando do modelo de assistência nos moldes excludentes e normativos que se ordenam em torno da psiquiatria.

É possível que, em um futuro próximo, o dispositivo já citado do apoio matricial, por meio da atenção primária, permaneça na intenção de aprimorar o princípio clínico de que cada usuário deve ter um Projeto Terapêutico específico construído com sua fundamental participação, sobretudo usuários com transtornos mentais graves/severos e persistentes.

Tal perspectiva deve ainda provocar nas equipes dos CSF's e CAPS uma reflexão contínua sobre as estratégias utilizadas na condução de cada caso, no sentido de se evitar uma nova cronicidade.

3.4. – Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram à entrevista semiestruturada e a observação sistemática. As entrevistas com informantes-chaves dos grupos e as observações da prática serão orientadas por um roteiro, no qual constarão informações acerca do participante do estudo e do dispositivo de referência e de contrarreferência, bem como sobre as tecnologias relacionais descritas no capítulo 02 (dois) desse estudo: acolhimento e vínculo, oferta, demanda e necessidades em saúde e acesso e resolubilidade nas relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que atuam, se responsabilizam ou se articulam com a prática de saúde mental em Fortaleza.

Para coleta de dados, como já informado no parágrafo anterior, foi utilizada a entrevista, que, conforme Minayo (2006), “não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na quais as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador”. Tal técnica, ainda segundo o referido autor, possibilita o alcance de informações referentes a

fatos, crenças, idéias, sentimentos, conduta ou comportamento, o que permite uma descrição mais próxima dos fenômenos sociais.

Diante da diversidade de tipos de entrevistas, decidiu-se por escolher para essa pesquisa a entrevista semiestruturada devido ao fato de ela incluir a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais. O roteiro servirá de baliza de modo a não cercear a fala do entrevistado, mostrando dessa forma a sua importância para a construção do conhecimento sobre o social (MINAYO, 2006).

As entrevistas foram realizadas após a legitimação do comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, com auxílio de roteiros (ver Apêndices), objetivando orientar os relatos dos entrevistados, e, ao mesmo tempo, permitir-lhes expressarem seus pensamentos de forma ampla e direcionada ao objeto em estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas, com autorização dos respectivos entrevistados, como forma de garantir o registro dos discursos com mais fidedignidade, e realizadas no local de trabalho dos (as) entrevistados (as), porém, em local reservado e privativo.

A segunda técnica de coleta de dados foi à observação sistemática, aquela em que o pesquisador, antes da coleta de dados, elabora um plano específico para a organização e registro das informações (GIL, 1995). Essa técnica possibilitou o confronto entre o discurso e a prática do cuidado realizada pelos sujeitos do estudo, pois apenas a entrevista poderia deixar de fora aspectos importantes que deveriam ser captados pelo “olhar” da pesquisadora (PIRES, 2007).

As atividades observadas foram registradas em um caderno, desde a recepção dos usuários, a sala de espera, os encontros entre usuários e trabalhadores de saúde, a estrutura física da unidade, as suas condições de higiene, iluminação e organização do serviço, até as práticas de relação que se estabeleceram durante o desenvolvimento das atividades.

3.5. – Estratégias Metodológicas do Estudo

Para a análise do material empírico das entrevistas semiestruturadas, optou-se pela análise de conteúdo, uma perspectiva crítica e reflexiva, conforme proposta por Minayo (2006, 2008) e ASSIS (1998), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a

explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens.

Esse método permite apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento. A noção de tema está ligada a uma afirmação acerca de determinado assunto. Comporta, portanto, um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Portanto, permite a descoberta de núcleos de sentido da comunicação, cuja frequência ou presença representam nexos e explicação de significados do objeto em apreensão. A partir dessa perspectiva, a análise dos dados será sistematizada, seguindo alguns passos operacionais. Esses passos permitirão o estabelecimento de relações entre as diferentes fontes, buscando estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado, na tentativa de responder aos questionamentos e objetivos que nortearam o estudo. Dessa forma, os passos seguidos foram esses:

1. Ordenação dos dados – essa etapa se configura como o primeiro contato com o material empírico coletado. Consiste na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da realização da leitura do material transcrito; na organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas; e nas observações realizadas no campo de investigação.

2. Classificação dos dados – consiste na organização das informações, tomando por base a relação entre os dados empíricos, os objetivos e os pressupostos teóricos da pesquisa. Esse processo permite uma primeira aproximação com os significados manifestos e latentes nas falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentido. Compõe-se de três etapas, a saber: 1ª Etapa: período de realização da leitura flutuante e exaustiva do material transcrito das entrevistas e das observações, com o objetivo de estabelecer núcleos de sentido a partir das idéias centrais sobre o tema. Dessa forma, a atenção imergente do pesquisador sobre o material possibilitará, gradualmente, a construção das categorias empíricas. Sendo o passo futuro confrontá-las com as categorias analíticas. 2ª Etapa: momento em que se realiza a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. 3ª Etapa: consiste na possibilidade de, a partir da releitura dos textos, identificar os conteúdos manifestos e latentes e relacioná-los com as categorias empíricas eleitas. Enfim, é o momento de compreender e interpretar os elementos mais relevantes que aparecem nos dados em análise (MINAYO, 2006).

3.6. – Tratamento e Método de Análise do Material Empírico

Os dados contidos nas entrevistas foram classificados a partir de categorias que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos, a saber: acesso; resolubilidade; acolhimento; vínculo; e responsabilização.

A identificação das categorias nas entrevistas e nas observações contribuiu para a estruturação das categorias empíricas.

Após a elaboração das categorias empíricas, foram selecionadas, em cada entrevista e observação, as falas e os registros no diário de campo que se identificaram com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, foi feita a síntese de todos os trechos recortados em cada categoria, e montados dois quadros de análise para os trabalhadores entrevistados e as instituições observadas.

Em cada entrevista, foram recortados os discursos correspondentes às unidades categoriais e, em seguida, foi feita uma síntese. Ao final, foi montado um quadro, mostrado a seguir, para cada grupo de entrevistados, no qual se confrontam as categorias de cada texto.

Após a montagem dos quadros de análise para os grupos de entrevistados e instituições observadas, iniciou-se a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das unidades temáticas empíricas. O cruzamento das idéias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise fez-se na filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos, buscando-se o confronto de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, em um processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

Foi elaborado um quadro para cada grupo de entrevistados (I e II) como representado no modelo a seguir (ver quadro 2, na próxima página). Posteriormente, foi feito o confronto da síntese de cada unidade entre os diferentes grupos, conforme segue descrito (ver quadro 3, na próxima página).

No processo analítico, o resultado no confronto entre as sínteses horizontais dos grupos e, na contínua revisão do conteúdo das entrevistas, foram construídas as unidades temáticas empíricas do estudo.

Quadro 2 - Confronto dos depoimentos do Grupo I

Unidades analíticas	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 7	Síntese horizontal
ACESSO				
RESOLUBILIDADE				
ACOLHIMENTO				
VÍNCULO				
RESPONSABILIZAÇÃO				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998)

Quadro 3 - Confronto das unidades analíticas entre os Grupos I, II e III

Unidades analíticas	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	Síntese horizontal
ACESSO				
RESOLUBILIDADE				
ACOLHIMENTO				
VÍNCULO				
RESPONSABILIZAÇÃO				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998)

Etapa II – leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Por fim, de forma mais acurada sob o material analisado, foi possível realizar a articulação dos temas relacionados com o objeto, de modo a refazer e reagrupar as categorias deste estudo.

Assim, foi realizado o confronto com todos os sujeitos do estudo, e, posteriormente, entre os 3 (três) grupos. O confronto pressupõe a própria dialética das idéias e das posições dos sujeitos no campo da práxis em saúde mental. O referido confronto foi buscado por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re)construção dos saberes e concepções nele emergidas.

Quadro 4 - Confronto das categorias empíricas do Grupo I

Categorias Empíricas	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Síntese horizontal
A Produção do Cuidado e a Rede de Saúde Mental: articulação entre os níveis de complexidade				
Atenção e Produção do cuidado em saúde – Integralidade: acolhimento, vínculo e responsabilização.				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998)

Quadro 5 - Confronto das categorias empíricas entre os Grupos I, II e III

Categorias Empíricas	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Síntese horizontal
A Produção do Cuidado e a Rede de Saúde Mental: articulação entre os níveis de complexidade				
Atenção e Produção do cuidado em saúde – Integralidade: acolhimento, vínculo e responsabilização.				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998)

O registro das observações não foi analisado a partir de quadros classificatórios. As categorias empíricas consistiram no eixo norteador da interface de análise entre os discursos confrontados e as situações vivenciadas e observadas pelos pesquisadores.

3. Análise final – consiste no movimento, a partir da profunda inflexão sobre o material empírico. Para uma maior compreensão do objeto de investigação, foi procedida a análise das falas das entrevistas e das observações, trazendo também a contribuição de alguns autores e a experiência do investigador, gerada a partir do contato com o campo de estudo e sua própria visão de mundo, pois no processo de pesquisa, sobretudo a que se aproxima da pesquisa social, não há neutralidade absoluta. Nesse sentido, Minayo (2006) afirma que a

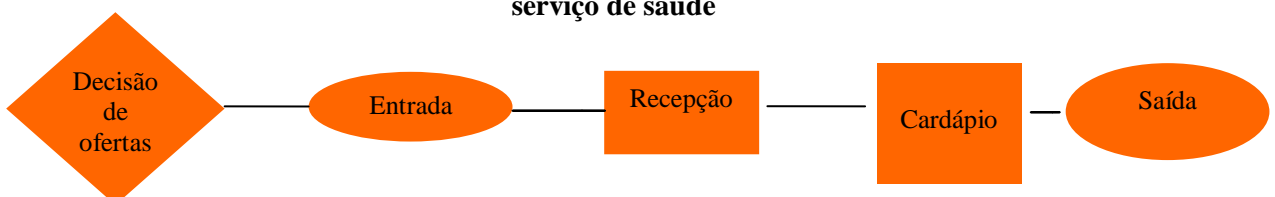
pesquisa social, como processo de produção e produto, configura-se como objetivação da realidade e, ao mesmo tempo, como objetivação do pesquisador que se torna também produto de sua própria produção.

Para análise da observação sistemática, foi utilizado o fluxograma analisador do modelo de atenção em um serviço de saúde (MERHY, 1997), que é uma ferramenta que permite analisar os serviços de saúde, no intuito de perceber algumas situações e características sobre o trabalho no cotidiano das instituições de saúde.

O fluxograma, de acordo com Mehry (1997) é “um diagrama muito usado em diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de ‘desenhar’ um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si, em torno de uma certa cadeia de produção”. Por isso, o autor acima citado considera que qualquer serviço assistencial de saúde poderia ser analisado por esse diagrama e que, além de representar o que acontece com os serviços de saúde, poderia esquematizar e operar, também, sobre os processos de trabalho nele existentes. O que ocorre é a representação gráfica do processo de trabalho, desenvolvido em qualquer serviço de saúde, onde o usuário seja o centro do projeto terapêutico.

O fluxograma é mostrado nos diagramas abaixo. A partir da sua descrição, ele permite a percepção dos aspectos micropolíticos da organização do trabalho e da produção de serviços de saúde, podendo ser utilizado para a análise dos serviços de saúde mental. O Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde proposto por Merhy (2006b) pode ser descrito da seguinte forma:

Fluxograma 1 - Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde



Fonte: proposto por Merhy (1997)

Dessa forma, cada figura geométrica representa, simbolicamente, uma etapa do serviço, tendo em vista o “percurso” que se desenhará para o usuário dentro e até mesmo fora

desse serviço. Dessa forma, o losango representa o momento em que, na cadeia produtiva, enfrenta-se um processo de decisão de caminhos, possibilitando a definição do percurso a ser seguido na próxima etapa dentro ou até mesmo fora do serviço; a elipse representa a entrada e a saída dos serviços; o retângulo, os momentos nos quais se realizam etapas importantes do trabalho na cadeia produtiva, nas quais se operam o consumo de recursos e a produção de produtos bem definidos (o primeiro retângulo simboliza o primeiro contato do usuário com o serviço; o segundo o que ocorre no interior do serviço, no contato com os trabalhadores)

O processo de investigação no campo social e humano é produzido e produz, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade, assim como a objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 2006).

3.7. – Questões Éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 083519467. A pesquisa de campo somente teve seu início após aprovação, conforme o parecer (Anexo A). Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ao assinar, assumiram que estavam esclarecidos sobre a participação na pesquisa, sob os auspícios éticos delineados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados (ver Apêndices).

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 1998). O pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

Na submissão e conseqüente aprovação do Comitê de Ética foi realizada uma visita junto a um membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, bem como a cada direção e coordenação citada a seguir: Coordenação do Hospital de Saúde Mental de Messejana; Coordenação do CAPS da SER VI e Coordenação Regional de Saúde Mental da SER IV, junto às quais o projeto de pesquisa foi explicitado em relação ao corpo teórico e metodológico do estudo. Vale ressaltar a boa

receptividade e o apoio incondicional para realização da pesquisa proporcionados por todos os gestores dos referidos serviços.

O contato prévio, por meio de apresentações pessoais a usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental, dada a exposição da proposta de estudo, favoreceu a flexibilização das relações entre pesquisador e sujeitos da pesquisa no sentido da disponibilidade presencial em interagir com todas as etapas almejadas.

O período de obtenção dos dados ocorreu entre os meses de Outubro de 2008 e Janeiro de 2009.

A coleta foi iniciada com a realização das entrevistas. Nesse momento, a disponibilidade do pesquisador, por ser mais requisitada, devido à dinâmica de atendimento diário do serviço público que ainda mantém um excesso numérico de atendimentos, consultas, visitas e outras atividades, ocorreu de forma integral, já que a condição referida acabava por diminuir o tempo dos usuários, familiares e trabalhadores para a devida disponibilidade, dificuldade maior encontrada na Atenção Primária (Apoio Matricial) e Atenção Terciária (HSMM).

No último mês de estudo no campo empírico, foi necessária a reinserção para aprofundamentos e conclusões de lacunas no Hospital de Saúde Mental de Messejana, devido à implantação da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco, devendo-se ressaltar mais uma vez a boa receptividade por parte de usuários, familiares e profissionais em suas contribuições com a pesquisa.

Em relação à aceitação e à privacidade (presentes no Termo de Consentimento) no momento da realização das entrevistas, foi feita de forma adequada ao se reservar um espaço mais privativo, e, também, confortável para obter mais facilidade em disponibilizar as informações por parte da equipe.

A observação sistemática ocorreu de forma simultânea com o período de entrevistas, pois o reconhecimento de “viés” em relação ao processo precisou ser minimizado, fato este facilitado também pela experiência acumulada no campo de conhecimento da saúde mental, naquele momento, pelos pesquisadores. Assim para o desenvolvimento da pesquisa, buscou-se atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece diretriz e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos. O

projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará, que avaliou a proposta do projeto, bem como seus objetivos e suas justificativas, e os riscos e os benefícios a que poderiam estar vulneráveis os sujeitos dessa investigação. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE, solicitando um agendamento para discutir/divulgar o projeto e prestar esclarecimentos sobre a pesquisa. A partir daí, a pesquisa foi iniciada mediante o consentimento dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando tomaram conhecimento sobre a proposta da pesquisa, finalidade/objetivo, campo de investigação/técnica de coleta de dados, riscos e benefícios, e deram permissão para divulgação com publicação dos resultados em revistas, eventos técnico-científicos nacionais e internacionais e artigos, conscientes de que, como sujeitos da pesquisa, ser-lhes-ia garantido o sigilo, o anonimato e sua privacidade.

4. CATEGORIAS DE ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*(...) se antes de cada acto nosso,
nos puséssemos a prever todas as consequências dele,
a pensar nelas a sério, primeiro as imediatas, depois as
prováveis, depois as possíveis, depois as imagináveis,
não chegaríamos sequer a mover-nos de onde o primeiro
pensamento nos tivesse feito parar.*

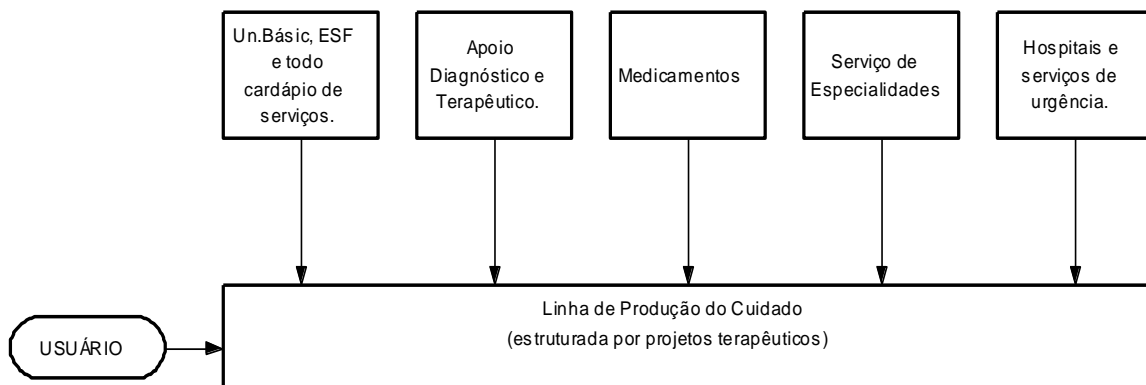
José Saramago - Ensaio sobre a cegueira

4.1. – Categoria 01: A Produção do Cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza-Ce: articulações entre os níveis de complexidade

A construção de fluxos que assegure a integralidade na rede de Saúde Mental de Fortaleza traz, intrinsecamente, a relevância da constituição da Linha de produção do cuidado. Tal perspectiva busca a articulação de um modelo de atenção à saúde organizada a partir de diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o cuidado integral nos serviços de saúde mental.

Essa discussão dá sentido à idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O diagrama abaixo mostra como se dá a organização de uma linha do cuidado na rede de assistência integral.

Figura 6 - Fluxograma da Organização da linha de cuidado na rede de assistência integral



Fonte: Franco Magalhães Jr. (2003)

Na figura acima, nota-se que há um projeto terapêutico de cuidado integral, em que vários serviços alimentam essa linha de produção. Em um serviço centrado no usuário, o elemento estruturante da assistência é a sua necessidade, definida pelos projetos terapêuticos integrados e integralizadores.

No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, o que quebra com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades de forma compartimentada. Sob esse prisma, o trabalho é integrado e não

partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

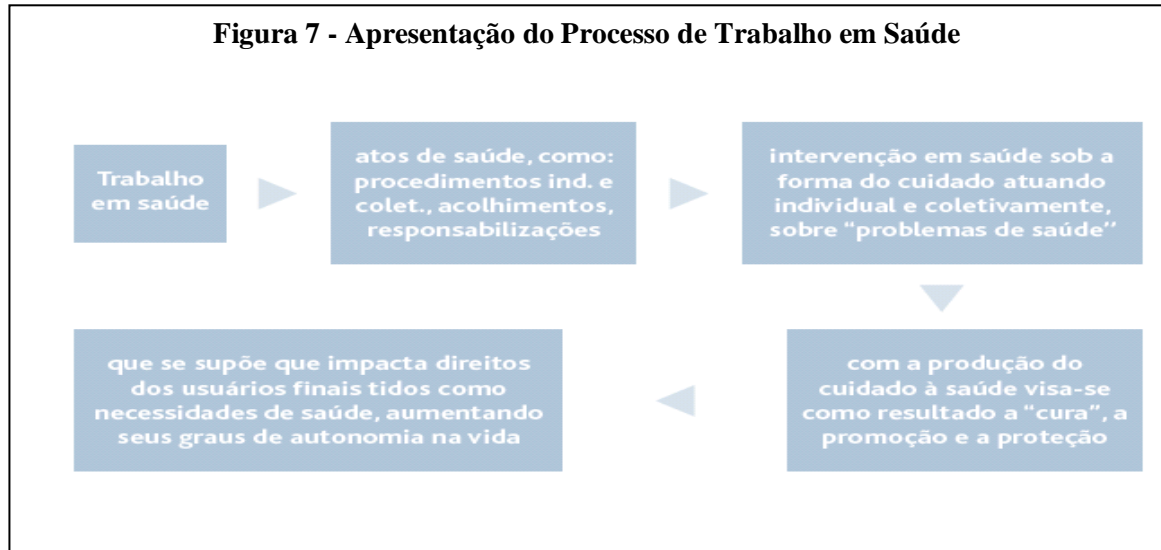
Assim, as pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, de suas condições socioculturais, de seus anseios e de suas expectativas. A abordagem dos indivíduos com doença deve acolher as diversas manifestações de sofrimento – físico, espiritual e psicossocial. Para isso, devem-se estruturar as linhas de cuidado.

As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial, as quais têm o objetivo de organizar os fluxos dos indivíduos de acordo com suas necessidades. Envolvem o rastreamento e o diagnóstico precoce, a atenção pelo generalista, a consulta especializada, o exame e o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos (MERHY, 2004).

Merhy (2004) mostra como essa questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imagine-se, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração desse problema em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final.

Percebe-se que esse processo de produção da saúde nem sempre é necessariamente verdadeiro, pois, muitas vezes, esse processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, visto que esse processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser um “procedimento centrado” e não “usuário centrado”. A esse respeito Merhy (2004) exemplifica que esse procedimento centrado pode ser a finalidade última pela qual se realiza a produção do cuidado de um paciente operado e “ponto final”, ou de um paciente diagnosticado organicamente e “ponto final”, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. O autor referido ainda afirma que “nós, enquanto usuários, podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos”.

A visão, já muito comum, de que tecnologia é uma máquina moderna, tem dificultado bastante a compreensão de que, quando se fala em trabalho em saúde não se está referindo apenas ao conjunto das máquinas que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes” (MERHY, 2004).



Fonte: adaptado de (MERHY, 2004)

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações. Em outras palavras, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra. Nesse encontro, opera-se um jogo de expectativas e de produções, criando-se, intersubjetivamente, alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, de escutas e de interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e de esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2004).

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advoga-se, nessa pesquisa, a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa, em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou de agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam

a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo (MERHY, 2004).

Como operar para constituir ‘linhas de cuidado centradas nas necessidades dos usuários, que venham a agir interessadamente em defesa da vida ? Aqui aparece como fundamental a necessária pactuação entre os diversos gestores dos serviços implicados em ofertar os recursos e em produzir o cuidado aos usuários. A definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende, fundamentalmente, do esforço e da vontade política em integrar esses serviços. Em outro nível, aparece como fundamental a rede de conversas que se estabelece em cada um desses serviços que irá compor a ‘linha do cuidado’(MERHY; FRANCO, 2003).

Essa rede de conversa deve ocorrer entre os trabalhadores como parte integrante de uma rede de petição, em que há mútua implicação com o processo produtivo que é, por natureza, formado a partir dos saberes e fazeres, que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço, indo deste à vinculação de clientela e à responsabilização com seu cuidado e, sobretudo, a um trânsito seguro na linha do cuidado, para o qual é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico (MERHY; FRANCO, 2003).

O que se espera é que a forma de organização em rede seja repensada junto ao modelo de hierarquização tradicional aproximando-se de uma rede circular, com múltiplas entradas, organizando-se a partir das necessidades dos usuários. Tem-se, pois, uma rede em que não há maior ou menor, posterior ou anterior, início e fim, e sim um emaranhado de ligações e de conexões que têm como objetivo final o atendimento da demanda do usuário e a articulação de diversas possibilidades para o cuidado dos pacientes.

A segurança assistencial na trajetória do usuário, na linha do cuidado, é preciso estar garantida pela disponibilidade dos serviços, fluxos usuários-centrados, mecanismos de referência e de contrarreferência, aptos ao dinamismo da saúde, à responsabilização das equipes para a condução compartilhada do projeto terapêutico, à

gestão colegiada dos recursos assistenciais e à intersetorialidade (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

É importante ressaltar que o sistema de referência e de contrarreferência, criado para direcionar os serviços, tal como descrito no capítulo dois desse estudo, visa estabelecer o fluxo dos usuários, pressupondo, no mínimo, um movimento bidirecional desses usuários, a fim de que lhes seja proporcionada a atenção integral as suas necessidades de saúde, a partir da utilização de recursos em outros níveis de complexidade.

Não raro, surgem grandes problemas na organização do sistema saúde, como a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e de comunicação entre os vários níveis de atenção.

Lacerda e Valla (2005) descrevem as idas e as vindas dos usuários aos serviços públicos de saúde e o atendimento despersonalizado e fragmentado que lhes é oferecido, refletido na sequência de solicitações de exames complementares e de encaminhamentos para níveis mais especializados de atendimento. A oferta terapêutica parece limitada frente às necessidades dos pacientes e o único “remédio” para as queixas mentais e emocionais acaba sendo os psicofármacos. Essa concepção de sistema hierarquizado, organizado por níveis crescentes de complexidade de atenção, tem sérios problemas. Ela fundamenta-se em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção que deve ser prestada nos níveis secundários, terciários e quaternários. Isso significa dizer que prestar serviços de qualidade na atenção primária à saúde, buscando promover a saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais – o que envolve um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de atitudes e habilidades altamente especializadas – é menos complexo do que realizar certos procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais quaternários? (MENDES, 2002).

Essa visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização, seja material, seja simbólica, das práticas que são exercitadas nos níveis de maior densidade tecnológica do sistema de serviços de saúde. (MENDES, 2002)

Nos sistemas integrados de saúde a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra: a rede horizontal integrada. Nessa rede horizontal não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas o que há é a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles (MENDES, 2000).

Conforme Castells (2000), em uma rede, o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel de coordenador da perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede.

No caso dos sistemas integrados de serviços de saúde, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na atenção primária à saúde. Nesse caso, contudo, não há uma hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas há uma diferenciação dada por funções de produção específica e por suas densidades tecnológicas respectivas (MENDES, 2000).

No campo da saúde mental, o processo de desinstitucionalização, aliado à efetivação de novas práticas terapêuticas voltadas para o sujeito e sua inserção social, delinea a produção do cuidado nessa delimitação de área do conhecimento “psi” (PINTO, 2008).

Os usuários e familiares, ao percorrerem a rede de Saúde Mental, peregrinam antes de chegarem ao serviço mais apropriado as suas necessidades, passando, assim, por vários serviços, o que revela que eles não se utilizam de fato da prática da referência e da contrarreferência.

Durante a realização desse estudo, observou-se, através das entrevistas semiestruturadas e da observação sistemática, que, na realidade de usuários e familiares, é possível compreender que, de uma forma geral, as reclamações vão além da questão da falta de conhecimento tecnológico, por exemplo, no seu atendimento, estendendo-se,

assim, à falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do usuário e de seu problema.

A abordagem dessa experiência será mais bem explicitada a partir dos tópicos seguintes, quando serão realizadas discussões a respeito da integralidade e do uso das tecnologias leves encontradas na linha de produção do cuidado de usuários com transtornos psicóticos da rede de saúde mental de Fortaleza.

4.1.1. – O Acesso e a Resolubilidade na Rede de Saúde Mental na perspectiva dos atores sociais nela envolvidos

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e de melhoria no atendimento aos problemas de saúde da população (PUSTAI, 2004).

Nessa perspectiva, o acesso aos serviços de saúde vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada, configurando-se, pois, como um “dispositivo” transformador da realidade.

Giovanella; Fleury (1996); Abreu-de-Jesus ; Assis (2006) discutem acerca desse acesso à luz dos modelos teóricos das diversas conceituações do termo ao longo da história. De acordo com esses pesquisadores, o acesso é uma categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Assim, os autores o apresentam como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde.

A definição do termo acesso tem sido uma problemática, na medida em que existem autores que o utilizam sem explicitarem as suas dimensões e os planos de sua operacionalização. Para alguns, os termos acesso, acessibilidade e disponibilidade são sinônimos, enquanto outros os consideram como indicadores, a exemplo da disponibilidade (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

Vale ressaltar que, no tocante às dimensões específicas, Giovanella ; Fleury, 1996, Abreu-de-Jesus; Assis, (2006) trazem a definição de acesso como diferenciação à categoria de “acessibilidade”, que, por sua vez, se comportaria como parte do acesso, sendo definida como a relação entre a localização da oferta e a residência dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos. Além de definir a categoria “acessibilidade”, os autores também conceituam outras categorias, as quais seriam: a “acomodação ou adequação funcional”, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem sua conveniência; e a “capacidade financeira”, entendida como a relação entre os custos dos serviços, seja de entrada, de manutenção ou de saída.

Garantir o acesso ou a entrada no sistema constitui um dos objetivos das políticas de saúde. As dificuldades de oferecer, satisfatoriamente, esse acesso, porém, podem estar associadas a um conjunto de fatores, tais como: a quantidade excessiva de usuários para serem atendidos em um mesmo local, aumentando o tempo de espera; a longa distância entre o domicílio do usuário e o serviço de saúde; recursos humanos e materiais deficitários. Existem também serviços que, apesar de disporem de recursos, não os tornam acessíveis, significando que disponibilidade de recursos nem sempre implica sua utilização (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

Os serviços de saúde mental possuem diversas “portas de entrada”. Os usuários tanto podem ser referenciados pelas diversas unidades de saúde do município, pelos diversos setores sociais, bem como pela chegada no serviço através de uma demanda espontânea.

Como cada serviço de saúde mental tem sua forma particular de configurar a rede de saúde mental em Fortaleza, pode-se considerar que na atenção primária, através do Apoio matricial, a demanda se organiza dentro de Centros de Saúde das Famílias (CSF) junto ao PSF. Aqui se tem limites na quantidade de atendimentos que são mensais e agendados previamente junto aos coordenadores e profissionais do PSF. Na atenção secundária dos CAPS geral, infantil e álcool e drogas a demanda chega ao serviço somente através da referência de um CSF ou de Hospitais Psiquiátricos caracterizados como porta de entrada de emergência psiquiátrica em Fortaleza: Instituto de Psiquiatria

do Ceará e Hospital de Saúde Mental de Messejana. Na atenção terciária usuários e familiares chegam a partir de referências dos CAPS (capital e interior) e da demanda espontânea (capital e interior).

Percebe-se, claramente, que a organização da rede de saúde mental de Fortaleza se baseia, de fato, na hierarquização e na regionalização, embora tal aspecto não garanta o acesso do usuário por meio da referência e da contrarreferência, de forma que o fluxo entre os serviços possa ocorrer de forma ‘harmônica’. As afirmativas dos trabalhadores de saúde transcritas a seguir dão conta dessa perspectiva:

Nós atendemos os pacientes com encaminhamento, né, hoje nós não atendemos mais sem encaminhamento, até porque é uma norma, assim em geral de todas as unidades, assim não é difícil (GRUPO III).

(...) quando ele vem encaminhado (...) do atendimento terciário e a demanda da atenção primária né, que eles identificam algum caso e encaminham pra cá. Atualmente, esse atendimento inicial, ele está sendo rápido, então ele vem, normalmente tem profissional aqui de plantão que recebe esse paciente, aí vai ver se esse paciente é daqui mesmo, vai ver se a demanda é nossa mesmo e a partir daí você abre o prontuário já e ele já faz parte da unidade (GRUPO III).

É bem certo que o modelo piramidal de organização dos serviços de saúde no Brasil foi de extrema relevância, pois ele reduziu os gastos do sistema, possibilitou maior acesso à população, e promoveu a criação de vínculos entre população e profissionais de saúde, além de educá-los em uma perspectiva de conhecimentos de como os serviços funcionam e quais os seus objetivos específicos (QUINDERÉ, 2008).

Porém, como bem destaca Cecílio (1997), a forma “piramidal” de organização não tem dado conta da demanda dos usuários que buscam os serviços de saúde, pois as pessoas acessam o sistema de saúde por onde é mais fácil conseguirem atendimento, sem levarem em consideração por qual atenção – primária, secundária ou terciária – a unidade por eles acessada é responsável. Além disso, não se pode escolher o dia nem à hora em que se vai adoecer.

Na prática, os serviços possibilitam diversas formas de acesso aos cuidados necessários, porém não garantem o atendimento às necessidades dos usuários e familiares. Estes correm os riscos de chegar a qualquer um dos serviços de saúde mental da rede citados acima e ficarem desassistidos, pois a correspondência daquele serviço ao

seu nível de complexidade não corresponde à necessidade daquele usuário naquele momento, (tanto do menor para o maior quanto do maior para o menor nível de complexidade) e, assim, ocorre o referenciamento do caso, mas sem o acompanhamento na efetivação da produção do cuidado, e, portanto, sem a garantia da contrarreferência. A desobediência à hierarquia do modelo piramidal de assistência parece ocorrer inerentemente no decorrer do percurso realizado pelos usuários e familiares

Os procedimentos burocráticos do sistema de referência e de contrarreferência ocorrem de maneira engessada e rígida sem possibilidades de flexibilização, ficando a circulação dos usuários obstaculizada por inúmeros procedimentos que não garantem, em nada, os atendimentos dos usuários. Um desses obstáculos são as exigências formais para que as consultas especializadas só sejam marcadas se referenciadas através da rede básica de saúde, enrijecendo o acesso dos usuários aos serviços prestados.

O fato da demanda ser organizada não significa, necessariamente, que ela obedeça ao modelo “piramidal” de encaminhamento através de referência e de contrarreferência, como também não significa que ela obedeça a um fluxo que vai do nível primário ao terciário hierarquicamente. A demanda pode ser organizada através de encaminhamentos de diferentes níveis hierárquicos do sistema de saúde e de outros setores, desde que possua um protocolo a ser seguido e pessoas habilitadas para realizar tais procedimentos (QUINDERÉ, 2008).

Os discursos dos usuários entrevistados divergem quanto ao acesso ao serviço de saúde mental. Alguns usuários contam que a entrada no serviço ocorreu por conta de referenciamentos informais, sem consideração da lista de espera. Em outras palavras, em muitos casos, para acesso rápido a algum serviço de saúde mental, conta-se com o “jeitinho brasileiro”, como, claramente, é afirmado nas narrativas transcritas abaixo:

o acesso demorou nada não. Tenho uma amiga minha que trabalha na regional que arranjou uma vaga pra mim aqui, aí eu vim, fui pra triagem passei, aí fui passei pra psicóloga, da psicóloga pro psiquiatra, aí hoje eu tenho psicanalista e tenho psiquiatra. Tudo foi fácil, nada foi difícil (GRUPO I).

Jeitinho brasileiro, jeitinho brasileiro... Jeitinho brasileiro, na manha, na manha, ele tem a força mas eu tenho a manha... (GRUPO I).

Para os familiares dos usuários, a visita domiciliar é uma importante porta de acesso, sobretudo, quando se trata de usuários psicóticos que apresentam seus tratamentos de forma refratária, negando-se, muitas vezes, a comparecer no serviço de saúde. Nos discursos a seguir, a fala de trabalhadores do matriciamento corrobora com essa ideia:

Acho que ficar mais próximo do paciente, mais próximo não só aqui, mas também visitar os domiciliados (...) (GRUPO II).

Eu acho... a gente faz o convite e combina o dia, o horário de comparecerem, eles comparecem. Existe alguns que realmente não vem, mas a gente visita no domicílio, procura saber porque a pessoa não foi, o que é que tá acontecendo, o que aconteceu, até da equipe de saúde mental do CAPS ir até a casa também com a gente pra saber o que é que tá acontecendo e fazer novamente o convite a aparecer para o matriciamento (GRUPO III).

Nóbrega & Vieira (2004) propõem que a prática terapêutica no território se modula de maneira diferente da do consultório, construindo um trabalho junto à população local e nos serviços comunitários. A interconexão entre os serviços de saúde mental e os PSF's evita a fragmentação dos atendimentos e facilita o planejamento das ações no território, tais como: os atendimentos domiciliares e as intervenções clínicas na rede pessoal significativa dos sujeitos.

Para Franco (2006), todo processo de trabalho em saúde opera em rede, pois parte da perspectiva de que a relação entre os trabalhadores e deles com usuários que estão inseridos em um dado território possibilita a interlocução entre os atores na construção de redes de articulação na produção do cuidado, porém, a construção dessa rede pode estagnar e ficar enrijecida pelos procedimentos burocráticos e normativos, através de regras preestabelecidas que repetem velhos métodos de gerir o cuidado.

No que diz respeito à questão da resolubilidade na linha de produção do cuidado na rede de saúde mental de Fortaleza, essa tecnologia relacional pode ser refletida a partir das necessidades em saúde dos usuários, as quais se consolidam na medida em que eles buscam a todo instante alcançar a resolução adequada dessas necessidades.

A resolubilidade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e, conseqüentemente, do vínculo estabelecidos na relação usuário-trabalhador, devendo estarem inseridos em uma lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

Avaliar a resolubilidade das ações em saúde, a partir de uma perspectiva da efetividade da ação e da satisfação, reporta ao espaço do atendimento às necessidades e não ao do tratamento, compreendido como advindo e demarcado pela subjetividade e como criador de direitos dos usuários. A eficiência de que se fala está linearmente amparada pelas respostas dos atos e procedimentos terapêuticos em si, permeados pelo olhar da investigação científica, assumindo o modelo liberal-privatista-fetichista de ver/fazer saúde. As práticas, tendo esse pano de fundo, estão erigidas na resposta que as próprias ações terapêuticas podem gerar ao trabalho, no resultado alcançado pelo serviço, como proposta de terapia e de consumo de atividades em saúde, preterindo, assim, o âmbito da autonomia do usuário (MERHY, 1994).

A convergência dos discursos apresentados pelos grupos I e II relaciona a resolubilidade com a melhora do estado de saúde dos usuários. A forma como esses usuários se estabilizam e conduzem seus acompanhamentos terapêuticos tem referência direta com o seguimento correto das orientações dos profissionais e com o conhecimento da própria doença, caso contrário, o seguimento adequado da proposta terapêutica acaba por ser comprometido. Essa ideia pode ser inferida através dos trechos abaixo:

Na realidade não tem cura, certo. Tem melhoramento e é isso aí, tem melhoramento. Eu acredito que sim, a doutora falou que ta muito melhor que antes de quando eu cheguei. Geralmente eu chorava muito, tinha muita crise e vivia muito com raiva, agora eu to muito melhor. Eu descobri através das pesquisas daqui mesmo do CAPS, falando com Dra (...) aí ela disse que tinha um problema no cérebro crise de depressão que dava até a loucura (GRUPO I).

Tratamento, ele vai deixá um tratamento, quer dizer nesse hospital o tratamento é uma coisa, o lá de fora o tratamento é um tratamento é adequado aí ele, não qué fazer o tratamento e aí como é que fica? Vai ficar até... (GRUPO II).

É relevante observar que os discursos dos usuários, dos familiares e dos trabalhadores de saúde convergem quanto às dificuldades de percorrer a rede de saúde. No que se refere aos usuários e familiares, essas dificuldades se somam à busca de

encontrar respostas para suas necessidades no serviço mais adequado, fazendo-lhes percorrer sempre o “círculo vicioso” da internação/reinternação, corroborando, assim, para o processo de cronificação. Tal episódio revela o desconhecimento do fato de que o nível terciário em saúde mental deveria representar um local de passagem, como pode ser observado nas falas dos entrevistados transcritas a seguir:

(...) eu acho é que deveria haver um certo controle psiquiátrico, porque o que faz você andar em círculos sempre buscando a psiquiatria, buscando a hospitalização (...) quando eu paro meu tratamento no CAPS, voltam as crises novamente, crises de depressão, as crises de ouvir vozes (...) (GRUPO I).

(...) mas o que eu acho da, de tudo isso é um círculo vicioso, que você caminha, caminha em volta, aí no final, no final mesmo você chega a um estágio final e está completamente doente por falta da psiquiatria (...) (GRUPO I).

Queria que ele ficasse uns seis ou sete meses, pois chegando em casa ele não toma remédio e nem come, hoje ele ainda não comeu e nem eu...esperando a ambulância desde cedo, to sem comer, lá em casa não tem o que comer, sobrevivo do bolsa família, mas acho que o governo vai cortar. Sou muito bem atendida no hospital de Messejana, mas tenho fé em Deus que ele vai ficar aqui (GRUPO II).

O grupo III ressalta as dificuldades diárias encontradas quando há a necessidade de efetuar uma referência e uma contrarreferência, desencadeando insucessos nas respostas resolutivas das necessidades dos usuários e seus familiares. Os trabalhadores de saúde concordam que os usuários ficam soltos dentro da rede, pois quando a internação é o objetivo do usuário, este não passa pela sua Unidade Básica de Saúde. No discurso apresentado abaixo, o grupo III confirma o discurso dos usuários quanto ao processo de cronificação, dado as inúmeras dificuldades que eles têm de obterem a atenção mais adequada em saúde mental. Trabalhadores do nível terciário (HSMM) demonstram consciência de que o Hospital não deveria ser um local de primeira escolha para os usuários, implicando possivelmente em uma maior compreensão quanto à rede hierarquizada de serviços. Esse posicionamento também é evidenciado a seguir:

(...) é cansativo pra esse paciente tá sendo jogado de um lado pro outro, muitas vezes antes de chegar ao tratamento definitivo ele abandona, ainda chega a ficar um paciente em casa com o diagnóstico mais sério, pela falta do cuidado, do cuidado do trabalhador de saúde né, tem acontecido muito, (...), aí vai, vai cronificando (GRUPO III).

(...) porque às vezes quando eles chegam aqui, eles já têm andado em 4 locais pra poder ser atendido e às vezes chega aqui e a gente ainda encaminha pra outro, só que a gente tem um cuidado maior de quando encaminha esse

paciente já tentar amarrar o máximo possível pra que ele chegue naquele local e seja realmente atendido (...) (GRUPO III).

O paciente não deveria vir ao hospital como primeira escolha, sem ir ao CAPS primeiro (...) na maioria das vezes ele acaba voltando, né, pra cá (...) (GRUPO III).

Os grupos I, II e III convergem quanto à questão de que os serviços deveriam utilizar-se da prática da referência e, sobretudo, da contrarreferência adequadamente, quando afirmam que tais práticas inexitem ou ocorrem com baixa qualidade, comprometendo, assim, uma dimensão mais completa na resolubilidade dos problemas de saúde, conforme é configurado nos trechos abaixo:

(...) se você quiser procurar assim saber o retorno do que está acontecendo e do que aconteceu com o paciente que foi encaminhado adiante, eu acharia importante, porque você teria resposta para suas perguntas (...) (GRUPO I).

Demora bastante (...), nem sempre quando é primeira vez a pessoa é atendida, né, passa por uma triagem, aí elas marca pro médico, aí no caso, tem paciente aqui que eu vejo que espera muito tempo uma consulta pra outra (...). É importante, porque o encaminhamento já facilita o trabalho deles, pra avaliar o paciente (GRUPO II).

(...) não funciona. Não existe referência, quer dizer, existe. Você envia, mas a contra referência nunca vem né (...) a referência ela é muito deficitária, a prova disso é que o paciente fica muito tempo numa fila de espera (...) (GRUPO III).

Para o grupo III, no que se refere à resolubilidade no Apoio matricial, a referência funciona mais por conta dos contatos pessoais entre atenção primária (Apoio Matricial) e secundária (CAPS) da mesma Secretaria Executiva Regional, seja durante a rotina dos serviços ou durante a prática do atendimento em conjunto nas Unidades Básicas de Saúde.

Trabalhadores da atenção primária envolvidos no Apoio matricial confirmam que o paciente, quando vai ser internado, raramente aciona a unidade básica de saúde. A atenção secundária afirma que já chegou a absorver mais a demanda que seria da atenção primária, mas que hoje esse fluxo corre um pouco melhor. Eles reconhecem que existe um projeto terapêutico envolvendo toda rede se Fortaleza, mas que necessita de muito para ser implantado. As falas transcritas abaixo destacam tal realidade:

O matriciamento é uma estratégia de controlar o fluxo dos usuários entre os serviços, proporcionar uma melhora na qualidade e quantidade das informações sobre os usuários (...) (GRUPO III).

(...) a contrarreferência é muito pouco utilizado nesta rede. Muitas vezes a referência acontece por meio de outros vínculos pessoais (GRUPO III).

(...) a gente passou durante muitos anos absorvendo qualquer crise de ansiedade, qualquer depressão leve (...), a gente tá já mandando, encaminhando né essa demanda pra essas unidades competentes, então assim, já começa a funcionar, ainda tem muito o que andar, mas pelo menos já existe um projeto terapêutico dentro da cidade de fortaleza. Envolvendo todas as redes de serviço né (GRUPO III).

O Apoio Matricial da Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em Saúde Mental em particular. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. (FIGUEREDO & CAMPOS, 2009). Quanto a isso, os trabalhadores de saúde entrevistados apresentaram os seguintes posicionamentos:

(...) a partir do matriciamento tá se tendo mais resolubilidade, (...) esse usuário está sendo ouvido e a partir do que está sendo ouvido, vamos dizer assim, ele está tendo o devido encaminhamento dos seus problemas de saúde... (GRUPO III).

Bom eu acho que se faz o matriciamento ele favorece exatamente por ele não chegar ao ponto de pegar o paciente grave né, de ficar no precoce num agravamento numa situação dessa, quando tá grave né (...) mas quando pega, aí o caso passa pelo clínico, né, porque ele vai fazer esse devido encaminhamento, porque tem questões que precisam ser feitas a partir do diagnóstico médico né, então assim, é encaminhado pros CAPS (GRUPO III).

A Resolubilidade é fantástica, pois determinamos inclusive que nestas equipes tenham representantes dos três CAPS, geral, infantil e geral (GRUPO III).

No nível terciário, os trabalhadores relatam suas dificuldades diárias na resolução dos problemas de saúde mental na emergência⁹ e afirmam a necessidade da presença da especialidade da clínica médica na emergência do serviço. Os relatos que se seguem mostram a angústia sofrida por esses trabalhadores, quando não se consegue referenciar em uma situação de emergência.

Então hoje, por incrível que pareça a gente tem que fazer, tem que usar a nossa criatividade e o psiquiatra tem que transferir, o paciente e ele diz olha eu não entendo nada de clínica mas eu tô dizendo que dizer que o paciente tá com

⁹ Embora, nesse estudo, o hospital clínico não tenha sido considerado como campo empírico da pesquisa, não significa que ele não esteja dentro da rede de Saúde Mental de Fortaleza, valendo ressaltar sua significativa importância, sobretudo, nas situações de emergência.

hipertensão, com temperatura alta e aí nós vamos fazer o que? (...) (GRUPO III).

(...) mandamos o paciente, foi logo direto pro hospital do coração ficou entubado, quer dizer, é... são tipos de procedimentos que não pode tá esperando, que um paciente desse não era pra tá aqui direto era pra ter um clínico pra avaliar, né, e acho que nós tivemos a sorte e a graça de Deus de fazer com que o paciente não viesse a óbito, né (...) (GRUPO III).

Fazer parcerias e conhecê-las parece ser uma boa forma encontrada pelo nível secundário (CAPS) de garantir a referência e a contrarreferência e a boa parte da resolubilidade, como denota o trecho a seguir:

(...) a gente tem alguns parceiro, (...) a gente visita primeiro pra gente conhecer, a gente não encaminha se a gente não conhecer o trabalho, o serviço, né, as pessoas que estão lá, porque como o nosso paciente tem uma saúde emocional muito fragilizada, não adianta falar “ó, o lugar fulano de tal tem um trabalho muito bom” e você sem conhecer ninguém, você já vai encaminhando(...) (GRUPO III).

Os níveis secundários e terciários são os que menos se integram para fazer a referência e a contrarreferência, aumentando, conseqüentemente: a demanda reprimida, o abandono do tratamento, o número de egressos, a peregrinação na rede pelo usuário e a sobrecarga de serviços . Os trechos a seguir destacam esse quadro:

Hospital {nome do hospita}, não existe essa relação (..) eles encaminham pra gente muitos casos que muitos nem são realmente do CAPS, porque eles (...) tem uma compreensão, já foi feito um trabalho lá, né pra ver se a gente consegue fazer com que essa rede funcione corretamente, mas assim como eles perderam muitos dos atendimentos, então todo atendimento de saúde mental eles mandam pro CAPS, sendo que tem pacientes que é pra atenção básica, aí o que acontece? Gera uma maior demanda sobrecarrega o serviço aí a gente já tem muito serviço e ainda tem que fazer essa ponte, que eu sei que o trabalho é nosso com a saúde mental, só que assim aumenta o volume do nosso trabalho (GRUPO III).

Que eu tô lhe dizendo é que nós não temos contato com a equipe do CAPS que era pra haver essa integração do hospital com o CAPS (...) ”Olhe nós recebemos seu paciente”, pelo menos uma ligação, né. “Ele vai aqui continuar o tratamento e tal...”, mas, talvez por falta de tempo, de profissional (...) (GRUPO III).

Vale ressaltar a emergência desses discursos, visto que os níveis de atenção secundário (CAPS) e terciário (HSMM) não estão atuando de fato dentro de uma rede de serviço estruturada, o que acaba por gerar impactos negativos sobre seus trabalhadores, deixando a resolubilidade limitada para os usuários e familiares, e constituindo, assim, uma porta de entrada para as internações, reinternações, bem como acompanhamentos terapêuticos inadequados.

Os CAPS constituem-se como serviço de atenção secundária, tendo em suas atribuições o atendimento aos transtornos mentais graves. Com base nessa prerrogativa, ele deve ser substitutivo ao hospital psiquiátrico, com a incumbência, portanto, de reduzir o número de internações e de reinternações psiquiátricas. Contudo, para atingir esses objetivos, é preciso, além do compromisso dos gestores e trabalhadores no que se refere às formas de organização dos serviços e das práticas, a existência de uma rede de serviços de saúde mental hierarquizada e articulada intra e intersetorialmente, operando de forma integral no atendimento aos portadores de sofrimento psíquico e de transtorno mental, mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, de tratamento e de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2007).

No retorno ao nível terciário no primeiro mês desse ano de 2009, foi possível constatar indícios positivos de mudanças junto aos processos de referência e de contrarreferência após a implantação recente do Acolhimento com Classificação de Risco¹⁰. Mesmo que ainda recente, como dito anteriormente, essa nova prática vislumbra quebrar as dificuldades de integração da rede de serviços de saúde mental e busca diminuir as discordâncias apontadas acima quanto à necessidade de integração com o nível secundário (CAPS). Já é possível observar no ponto de vista dos usuários e familiares, conforme será mostrado nos discursos abaixo, uma maior compreensão do que seria a rede de saúde mental com menos demora na lista de espera quando há a efetiva necessidade de internamento. Do ponto de vista dos trabalhadores, há indícios de integração na rede, maior resolubilidade e acesso a necessidades em saúde mental no referido nível de atenção, o que pode ser conferido nos discursos do grupo III apresentados na sequência:

Me trataram bem, eu fui para uma sala lá fora e depois fui no médico, tomei o remédio (...) não demorou, mas eu quero ir para casa (...) (GRUPO I).

É a primeira vez que ela é internada aqui, ela só tá aqui por que parou o remédio (...) mas já foi em outros hospitais, aqui estão explicando bem certinho o que tem de fazer, eu tô gostando (...) (GRUPO II).

Os pacientes estão sendo reencaminhado para os CAPS (...) a sobrecarga do serviço diminuiu, as internações eu chegava tinha trinta laudos para internar,

¹⁰ A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A Temática será abordada no próximo subitem do estudo.

hoje tem 04 ou 05 e quase todos os dias está sobrando vaga (...) é algo que tá funcionando muito bem. Graças a Deus (GRUPO III).

Hoje a gente faz a referência quando a maioria quando a cor é azul, agenda a consulta por telefone e eu já estive sabendo através de uma colega que trabalha no CAPS do (...) que esses pacientes realmente estão indo, isso me preocupava muito (GRUPO III).

Em suma, os grupos representantes desse estudo reconhecem o esforço, sobretudo dos trabalhadores, para que as mudanças possam acontecer. A instituição do Apoio Matricial no nível primário, que apesar das adversidades, vem trazer a perspectiva da ampliação da clínica no que diz respeito à dimensão da subjetividade pelas equipes de referência. Na atenção secundária, o dispositivo CAPS, carro chefe da Reforma Psiquiátrica, busca adequação diária quanto aos seus princípios filosóficos e organizativos. Os trabalhadores de saúde desse nível de atenção reconhecem as dificuldades, mas lutam para garantir a atenção devida aos usuários, conquistando parcerias com a rede e delimitando prioritariamente as necessidades dos usuários. A atenção terciária segue perseverante com um trabalho pioneiro¹¹ que tem como objetivo maior garantir a atenção devida aos portadores de Transtorno mental e melhorar a Integralidade na rede de atenção em Saúde Mental, tendo na referência e na contrarreferência a garantia da interação entre os níveis de complexidade, quebrando a lógica dos encaminhamentos automáticos.

Assim, percebe-se que a possibilidade de um atendimento do paciente psiquiátrico na sociedade aponta para um dia-a-dia cercado de incertezas e angústias, não só por causa do sofrimento psíquico apresentado pelos loucos, mas também pelas difíceis e complexas situações de conflito com a ordem pública. Nesse contexto, procedimentos como mediação, negociação e implicação, entre outros, ganham visibilidade e sentido (SILVA, 2009).

4.2 - Categoria 02 – Atenção e Produção do cuidado em saúde – Integralidade: acolhimento, vínculo e responsabilização

A noção de integralidade se faz presente no processo de reforma psiquiátrica como eixo norteador das práticas e saberes, superando a organização de serviços e/ou constituição de modelos ideais. A reforma psiquiátrica se constitui um processo social, no

¹¹ Acolhimento com classificação de risco.

qual uma demanda, historicamente, excluída (a necessidade de acompanhamento terapêutico e possibilidade de inserção social aos diagnosticados como loucos) é recolocada na dimensão das relações em sociedade (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Na Saúde mental, a subjetividade passa a ser soberana e os elementos que potencializam o cuidado integral em saúde decorrem da concepção estabelecida por meio das relações, nas quais o acesso, a resolubilidade, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são disponibilizados como síntese do cuidado empreendido para com os sujeitos sociais envolvidos no processo de cuidar.

Como visto anteriormente, para produzir cuidado em saúde, os serviços precisam incorporar a utilização das tecnologias leves e leve-duras, mesmo que, em alguns contextos, o imaginário dos sujeitos tenda a perceber a execução quantitativa de exames e consultas, e o consumo de medicamentos e insumos, erroneamente, como sinônimo de qualidade de assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Para Pinto (2008), o desafio de produzir o cuidado em saúde de forma integral consiste em garantir atendimento ao usuário, o que significa dar-lhe pleno acesso à atenção devida as suas necessidades e demandas de saúde em toda e qualquer rede de serviços e, ainda, no próprio diálogo singular com os trabalhadores de saúde.

A questão contemporânea na rede de cuidados em saúde é direcionada também para o acesso aos serviços no âmbito hospitalar e quanto mais especializado for o procedimento maior é a probabilidade de o usuário enfrentar interrupção no alcance do seu atendimento (PINTO, 2008).

O modelo de redes de cuidado que configuram as ações de saúde mental tem base territorial e a atuação transversal com outras políticas específicas que buscam o estabelecimento do vínculo e do acolhimento na ação em saúde. Esse processo conta com diretrizes fundamentais como: 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.

A garantia da integralidade da atenção ocorre a partir da operacionalização de transformações efetivas em toda a produção do cuidado. Essa metamorfose na assistência deve percorrer todo o trajeto da rede, desde a atenção básica, secundária, atenção à urgência até a atenção hospitalar (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

Para caracterizar a tecnologia acolhimento é necessário salientar que, tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

Esse funcionamento demonstra a lógica perversa no qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta que tem produzido falta de estímulo nos trabalhadores de saúde, devido aos arranjos desagregadores para suprir a falta de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de trabalhadores ligados à assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e de contrarreferência. O que se percebe no cotidiano é que esse funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos trabalhadores de saúde.

Numa busca prévia pelos conceitos atribuídos aos termos ‘acolhimento’ se tem que no *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*, o termo ‘acolhimento’ está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E ‘acolher’ significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. No *Dicionário Houaiss*, (2001) o termo ‘acolhimento’ não existe, porém ‘acolher’ significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar, dar crédito, levar em consideração”.

Entende-se que o acolhimento é uma forma de ampliar o acesso da população ao serviço, contudo, as demandas atendidas deveriam ser objeto de discussão das equipes

e das coordenações dos serviços de saúde mental. Essa discussão se faz necessária, para que essas equipes e coordenações possam, a partir dessas demandas atendidas, repensar a oferta de serviços, os programas prioritários e a organização do trabalho de suas equipes em relação ao ato de dar resolubilidade às demandas, visto que o acolhimento é de fato proposto como elemento para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a responsabilização clínica por meio de uma intervenção resolutiva, que só poderá de fato ocorrer se houver o efetivo ato de acolher e de se vincular, como será visto mais adiante com usuários e familiares nas suas necessidades em saúde (AZEVEDO; BARBOSA, 2006).

A Política nacional de humanização (2004) vem trabalhando para consolidar quatro marcas específicas, as quais seriam: 1) redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2) garantia, a cargo das unidades de saúde, de informação a todo usuário do SUS acerca de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde que se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) garantia, a cargo das unidades de saúde, de acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e dos direitos do código dos usuários do SUS; e 4) garantia, a cargo das unidades de saúde, de gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

A PNH propõe, como parâmetros para acompanhamento da implementação do processo de acolhimento nos níveis de atenção, os itens descritos a seguir:

- **Na Atenção Básica:** Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; Incentivo às práticas promocionais da saúde; Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas.

- **Na Urgência e Emergência, nos Prontos-Socorros, nos Prontos-Atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e em outros:** Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; Referência e contrarreferência garantidas, resolução da urgência e

emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários; Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

- **Na Atenção Especializada:** Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário; Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e de contrarreferência; Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação; Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

- **Na Atenção Hospitalar:** Nesse âmbito, foram propostos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH. Parâmetros para o Nível B - Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido; - Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante; - Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários; - Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores; Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social; Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares; Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e de contrarreferência -. Parâmetros para o Nível A - Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado; Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante; Ouvidoria funcionando; - Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social; Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares; - Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contrarreferência -; Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado; Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de

acesso (Pronto-Atendimento, Pronto-Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia); - Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação. (BRASIL, 2004)

Santos et al. (2007) afirma que o ‘acolher’, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se em uma verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde na sua integralidade.

O acolhimento, enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, para que este seja organizado de forma usuário-centrado. Quanto a isso, Franco et al. (1999) parte dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Merhy (1994) propõe que o trabalhador de saúde deve refletir como têm sido suas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. Assim, tomar o acolhimento como objeto das práticas implica relacioná-lo aos modelos de atenção à saúde, que investem na qualidade dos serviços, tendo a responsabilização como produto e produtor de dispositivos, afinal, quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade em sentido duplo,

cuida – faz clínica – e, inexoravelmente, estabelece acolhimento e vice-versa (TEIXEIRA, 2003).

Os discursos trazidos por usuários e familiares convergem quando abordados sobre qual a sua compreensão sobre o acolhimento. Esses traduzem o entendimento de que tal dispositivo estaria diretamente relacionado a um bom atendimento, especialmente na entrada no serviço. Outro ponto a ser considerado é a relação que usuários fazem do acolhimento com a garantia de medicamentos e alimentação pelo serviço de saúde. Tais constatações podem ser observadas nos seguintes relatos:

Acolhimento é a pessoa receber, né (...) (GRUPO I).

(...) atendem bem, atendem ótimo, dão medicamento, dá comida (...) (GRUPO I)

Em relação aqui é bom o acolhimento os paciente são bem atendidos (GRUPO II).

Trabalhadores de saúde, porém, trazem uma definição de acolhimento que perpassa pela preocupação de, sobretudo, dar resolubilidade às necessidades em saúde do usuário com a possibilidade de informar a esse usuário e a seus familiares as principais orientações quanto ao seu percurso na rede de saúde, como forma de organizar a demanda. Essa concepção de ‘acolhimento’ apresentada pelos trabalhadores pode ser conferida nos trechos transcritos abaixo:

Acolhimento não é simplesmente receber com um bom dia e um sorriso aquele usuário né, acolhimento é você receber, entender a demanda daquele usuário e dar resolutividade ao que ele precisa, ao que ele necessita, acolher não é simplesmente colocar dentro da unidade e pronto, “Ah! Eu acolhi, ficou aqui dentro” ou então “ah! Não é daqui” dá um não e um sorriso, não. É dar resolutividade à demanda que tá gerando né (GRUPO III).

(...) ele chega na unidade, existe todo aquele processo de acolhimento, onde se explicam onde se faz toda uma explanação de dependendo de qual tipo de transtorno que ele apresente aonde ele seria melhor atendido (GRUPO III).

Foi possível constatar a necessidade de se trabalhar com uma grande urgência com acolhimento na perspectiva da classificação de risco. Essa modalidade está recém-implantada e parece ser a maior preocupação dos trabalhadores de saúde que atuam na atenção terciária (HSMM). Eles acreditam que a tentativa de organizar o serviço e assegurar o funcionamento do acolhimento garantirá possivelmente a referência e a

contrarreferência, apostando na diminuição da demanda. As falas dos entrevistados apresentadas a seguir retratam esse posicionamento:

O maior trabalho do acolhimento é a gente trabalhar com as referências e contrarreferências com o CAPS, porque a gente vai pegar esse cliente, antes dele entrar pro SAME ele vai passar pelo serviço social e pela enfermeira se for o caso de a gente enviar para o caps a gente já fala com o médico e o serviço social e faz essa contrarreferência, essa referência (GRUPO III).

(...) eu acho que o acolhimento foi criado pra isso, o hospital mental eu acredito, não, eu tenho certeza é o único hospital que tá começando a trabalhar o acolhimento na rede do estado e na saúde mental. (...) nós fomos criando os escores, o valor de cada doença quando eles chegam, (...) vamos trabalhar esse lado aí. Então, nesse acolhimento nós temos um padrão que vemos a parte mental e a parte de clínica médica, então a gente não tá vendo esse paciente só na parte do organicismo, mente né.. a gente vê a parte do geral, certo (GRUPO III).

o acolhimento, por classificação de risco (...) foi assim uma coisa fantástica até pra melhorar o atendimento, a uma aceitação melhor da clientela, é uma preparação melhor, é visualizar mais o cliente, ver realmente o que é que ele tem, certo, dá uma orientação melhor pra onde ele vai, como é que ele deve chegar, como é que ele deve ser encaminhado, sabe. Eu acho que tem que receber todo mundo, mas dá um paradeiro, mais digno, né, um paradeiro digno, não dizer tu vai pra qualquer canto, num é, né (GRUPO III).

Com a crescente demanda e procura pelos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos hospitais gerais, e no HSMM não poderia ser diferente. Foi necessária uma reorganização do processo de trabalho dessa unidade como meio de atender os diferentes graus de especificidade e resolubilidade na atenção em saúde mental realizada de forma que, a assistência prestada pudesse ficar de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

Aqui o acolhimento une-se à tecnologia da Avaliação com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Essas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho. Nesse entendimento, o acolhimento com avaliação e

classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A área de Emergência do HSMM, nessa lógica, está sendo repensada dentro dos critérios de classificação de risco, através do nível de complexidade, otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, e atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

No Processo de Acolhimento e Classificação de Risco do HSMM, o usuário, ao procurar a emergência, deverá direcionar-se à sala de Acolhimento¹², que terá como objetivos: Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário; Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento (tempo e motivo de espera); Realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pela enfermagem e serviço social, fazendo a classificação da seguinte forma:

- Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas - prioridade zero - emergência necessita de atendimento imediato;
- Área Amarela - área destinada à assistência de pacientes críticos semicríticos - prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 minutos;
- Área Verde - área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda - prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos;
- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

¹² Espécie de consultórios instalados na recepção.

É importante ressaltar que as expectativas dos usuários são inerentes ao seu processo terapêutico. Quando abordados sobre o que esperam do acolhimento naquelas unidades de saúde, os usuários revelaram, através de seus discursos, que eles esperam que suas necessidades quanto a sua permanência na unidade sejam atendidas como um todo e ainda afirmaram:

(...) eu não preciso só tá lá trancado, comendo e tomando medicação, eu preciso da psiquiatria, da psicologia, da terapia ocupacional, preciso de atenção de todo o hospital (GRUPO I).

A psiquiatria deveria ser mais atenciosa ao paciente, a lidar melhor com aquele problema, porque quase sempre o médico já age por conta de si próprio (...) ele não procura buscar todo aquele entendimento do que tá acontecendo dentro da sua cabeça pra ele poder tirar coisas novas, ele acha que é somente aquilo, aquele, aquela doença padrão, às vezes num é, às vezes há aquela doença aguda, o crônico agudo, a Esquizofrenia aguda, há sempre uma diferença de pessoa para pessoa, de paciente pra paciente, de hospital pra hospital (GRUPO I).

Os discursos mostraram que para os usuários o acolhimento pode prescindir de um ambiente físico que seja característico de uma intervenção clínica com salas com macas, aparelhos de aferição de sinais vitais, etc. Usuários parecem demonstrar o entendimento de que necessitam ser acolhidos não apenas através de suas queixas clínicas ou diagnósticas, mas através de suas necessidades de saúde.

Tais necessidades podem se traduzir em abordagens de troca de atitudes básicas com o usuário dos serviços de saúde, constituindo o fundamento das técnicas terapêuticas, sendo uma parte da estratégia de intervenção. Cada membro da equipe de saúde, qualquer que seja o papel que nela desempenhe, deveria desenvolver uma atitude solidária e acolhedora.

Respeitar o usuário frente a sua individualidade e a sua universalidade, ou seja, frente ao seu contexto, mantendo com o usuário essa relação de troca, em que ele se sinta aceito, reconhecido como sujeito, para que possa confiar na pessoa que o atende, na equipe e no serviço deveria ser uma característica básica não apenas no momento da entrevista, mas em cada momento do relacionamento entre o serviço de atenção e o usuário (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 2001).

Em síntese, o que se observou no dispositivo de acolhimento, nos distintos níveis de complexidade, foi o fato de que a escuta realizada por parte dos profissionais aos usuários e familiares que procuram o serviço tem sido, em muitos momentos, uma escuta clínica, focalizada nas queixas. Portanto, a intervenção realizada mostra-se pontual, pouco resolutive e não construtora de vínculo, contribuindo pouco para a autonomização do usuário e para a implementação de práticas de saúde que extrapolem a abordagem de natureza clínica e individual.

Assim, o presente estudo permite concluir que os serviços de saúde mental, ao realizarem o acolhimento, entendem que este pode ser uma grande ferramenta para abordar os problemas de saúde, dando atenção em saúde de qualidade à população, porém há uma necessidade crescente sobre a forma de superação os problemas de tal prática, redirecionando a construção de novas práticas cada vez mais próximas a essência do que se entende por acolhimento.

Já o vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al. 2008).

Campos (2003) analisa o vínculo como um recurso terapêutico, sendo, portanto, parte integrante da clínica ampliada, ou seja, "(...) superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista e complementa que para que haja vínculo positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de resolver problemas de saúde. E a equipe deve acolher a demanda dos usuários ou das organizações. A equipe deve apostar em que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas. Senão, tender-se-á a estabelecer-se um padrão paternalista de vínculo, que é a confiança e desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas.

Dessa forma, esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem

que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (Schimith; Lima, 2004).

Assim, se faz necessária a consciência de que há uma necessidade da (des) construção de toda uma prática voltada à doença e da (re)construção de um modelo de saúde mental que deixe de ser excludente e pouco resolutivo, para que garanta dignidade e integralidade de usuários, familiares e profissionais.

Para Schimith & Lima (2004), assim como o acolhimento, o vínculo pode ser identificado no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos a sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.

O que de fato o usuário parece optar é que a unidade de saúde tenha acesso facilitado e faça um bom acolhimento, mesmo que isso exija um deslocamento maior. A busca por profissionais competentes para o atendimento e a confiança na experiência e na capacidade dos membros da equipe de saúde também têm grande influência na escolha do serviço. A esse respeito, os discursos dos usuários e familiares convergem, como se pode verificar a partir da seguinte narrativa:

(...) aqui eu acho a psiquiatria daqui melhor do que a psiquiatria a dos outros hospitais, nos outros hospitais quando se chega pra fazer o tratamento (...) logo de início eles conversam com você bastante, agora durante o tratamento, os dias, os meses eles falam com você coisa de segundos, as únicas perguntas que eles lhe fazem é se você recebeu visita, se você sabe que dia é da semana, em seguida eles carimbam um papel e mandam você se levantar da mesa e sair da sala, isso eu acho errado (...) mas, aqui o tratamento de psiquiatria aqui é bem melhor, as enfermeiras são atenciosas, são dedicadas ao trabalho delas, acolhem bem o doente como se fosse um, uma necessidade, elas fazem isso com prazer, com amor ao trabalho, isso eu admiro (GRUPO I).

Os depoimentos dos usuários apresentam convergências quanto à formação do vínculo no momento em que procuram um determinado serviço de saúde mental. Tais depoimentos apontam a necessidade de uma maior aproximação entre os usuários e os trabalhadores de saúde que os atendem e os acompanham em seus projetos terapêuticos. Os usuários parecem diferenciar, nitidamente, como as relações podem se estabelecer através da perspectiva de vínculos efetivos a partir do início do acompanhamento até o momento da alta na unidade.

No entanto, foi observado que os usuários comparecem ao serviço de saúde mental com uma expectativa de atendimento, manifestando claramente o que querem. Nesse momento, estabelece-se uma "linha de tensão" (SANTOS et al. 2007) que definirá se os profissionais responderão ou não às expectativas de formação do vínculo que os usuários tanto anseiam, podendo contribuir ou não para o fortalecimento das relações entre profissionais e os demandantes.

O estabelecimento do vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisará, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora (SANTOS et al, 2007).

Nas observações dos usuários do nível terciário em relação à passagem por outros hospitais psiquiátricos, observou-se correlação intrínseca com as construções históricas, associações, que estão impressas no cognitivo coletivo como resultado de práticas manicomializadas desenvolvidas na saúde mental durante anos. Em consequência disso, os usuários, devido à dificuldade de acesso e/ou à resolubilidade limitada, acabam optando por tratamentos que cronifiquem ainda mais seu sofrimento, com garantia de que ele se repetirá sempre que for necessário.

Percebe-se uma interação dinâmica entre os elementos subjetivos da produção do cuidado em saúde mental. A acolhida está ligada, circunstancialmente, com a vinculação corresponsabilizada para a resolução plena das necessidades de saúde da população (SOUSA, 2008).

Os familiares de usuários entrevistados apontam, em seus discursos, que o vínculo tem a ver com o tempo em que os usuários permanecem na unidade e com os modos como eles se vinculam aos serviços e aos trabalhadores de saúde, bem como com a forma como tais usuários são recebidos e acompanhados no decorrer de sua estadia no serviço. Observa-se que, nos discursos abaixo, familiares se referem a “uns e outros não” (trabalhadores de saúde), delimitando que o estabelecimento da relação de vínculo decorre dos trabalhadores que mais se aproximam das necessidades e expectativas dos

usuários, tendo, portanto, tal vínculo a ver com a forma de apresentação afetiva e comportamental dos trabalhadores em determinadas situações:

(...) num é todos que vai do mesmo jeito, mas tem deles aqui que já conhece ela, que faz tempo que interno ela aqui, mas tem deles que num entende né...

(O Vínculo) (...) é bom, mas sempre tem falhas né, nem sempre é 100%, às vezes eles são um pouco mal-humorados, nem sempre, mas de vez em quando eles são mal-humorados.

A vinculação do trabalhador de Saúde Mental denota uma peculiar característica de responsabilidade para com as ações empreendidas e, conseqüentemente, para com a construção de uma clínica múltipla que acrescenta a subjetividade humana e as prerrogativas sociais (SOUSA, 2008).

Franco; Bueno; Merhy (1999) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva com o objetivo de defender a vida das pessoas só são possíveis quando se acolhe e vincula.

Nos discursos dos trabalhadores dos três níveis de complexidade é observada uma gama de compreensões a respeito do vínculo como dispositivo agenciador no referenciamento e no contrarreferenciamento. Trabalhadores da atenção primária expressam, em suas narrativas, que percebem um maior fortalecimento do vínculo a partir da experiência do matriciamento e afirmam:

O vínculo é interessante porque a equipe, ela vai tá conhecendo o usuário, ele mora na área (...) a gente já conhece muita coisa dele, e nesse é o momento que ele vai ter essa confiança de expressar realmente o que ele vai estar sentido, né. E principalmente pra a gente tá prestando mais a atenção na saúde mental que tá apoiando esse matriciamento, na hora de detecção e encaminhando pra o dia do matriciamento (GRUPO III).

(...) acredito que quando o apoio matricial é entendido pela unidade de saúde, o vínculo com o usuário e a equipe é cada vez mais fortalecido. E principalmente entre profissionais e usuários que é melhorado (GRUPO III).

Mediante os relatos dos trabalhadores de saúde, é possível perceber que, na atenção secundária, a preocupação desses trabalhadores em concretizar o vínculo com o usuário desde a sua entrada no CAPS, conduz-lhes à divisão de usuários entre os

trabalhadores, a fim de que estes se responsabilizem em acompanhá-los o mais perto possível. O discurso abaixo denota a realização de tal procedimento:

A gente tem um bom vínculo a gente tanta dar uma assistência, próxima ao ideal aos nossos pacientes, que são intensivos. O profissional que recebe na triagem esse paciente acompanha se o paciente falta, se ele está vindo, se o paciente não vem, ligar, ligar pra família, tá sempre lá olhando como é que tá o andamento do tratamento (...), como não dá para todo mundo ficar responsável por todos, a gente faz uma divisão pra ter uma maior proximidade e realmente conhecer nossos pacientes né, eu acho que isso é tentar melhorar (GRUPO III).

Já na atenção terciária, a perspectiva dos trabalhadores médicos retrata típicas situações de como o usuário é atendido e acompanhado dentro de um serviço de emergência, sobretudo, por profissionais médicos de um hospital psiquiátrico. Esse quadro é, expressamente, configurado através dos discursos a seguir:

Com os pacientes é muito difícil, chego, vejo o paciente na observação e passo o tempo todo na sala, o vínculo é só quando chega que eu converso com ele e a família depois não o vejo mais... O vínculo acontece, então, muito mais forte com os familiares. Isso, porque eles podem fornecer mais informações, porque às vezes o paciente desorientado não tem a mínima condição né (GRUPO III).

Não existe vínculo médico e paciente na emergência, somente nas unidades de desintoxicação (GRUPO III).

É relevante notar que, mesmo em um serviço de emergência psiquiátrica, a excessiva demanda para os trabalhadores médicos, dada a necessidade de diagnósticos, laudos de internações, prescrição de medicações, entre outros, traduz-se no impedimento de efetivar um vínculo necessário. Esse fato é justificado pelo pouco tempo para realização do atendimento ou pelo rápido referenciamento que o caso necessita ter naquele momento. Não há uma recusa ou uma não compreensão da necessidade de vínculo que aqueles usuários ou familiares desejam, há, porém, um desencontro entre os objetivos de usuários, familiares e profissionais, assim como aponta Cecílio (2001), que diz que o usuário traz uma "cesta de necessidades de saúde" e cabe à equipe, com sensibilidade e preparo, desvendar para melhor atendê-lo.

Nos discursos abaixo se observa que profissionais como um todo tem uma boa compreensão do sentido e da importância do estabelecimento do vínculo no dia-a-dia dos serviços de saúde mental:

O vínculo é, desde que esse vínculo tenha o poder, ter uma aceitação de você ver o outro como ser humano, certo. Como diz Carl Rogers, né, que eu estudei muito, ele diz que você tem que ser empático, é você ficar no lugar do outro, sentir o problema dele, mas você não assumi a identidade, né. Então eu acho esse vínculo é necessário pra você conhecer a doença e saber amparar aquela pessoa como um ser humano e cada uma trabalhar dentro da sua profissão dentro de uma normalidade né (GRUPO III).

O vínculo né, ele é pessoal, ele é intransferível, então o vínculo com a unidade, ele representa na verdade o vínculo com os profissionais (...) esse vínculo tanto pode ser desde um porteiro, desde uma cozinheira a um médico, a um qualquer outro profissional de outra área né, e só funciona o tratamento se tiver vínculo né, se esse vínculo não for positivo, não tem condição do paciente aderir ao tratamento (GRUPO III).

Analisar as representações que o trabalhador tem do usuário do serviço permite conhecer como os profissionais se relacionam com seu objeto de trabalho, denotando o projeto pensado para a produção do cuidado. Esse conhecimento possibilita intervir na relação entre trabalhadores e usuários para tentar transformar os serviços em espaços de construção de sujeitos autônomos e criativos (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A noção de vínculo faz refletir sobre responsabilidade e compromisso (MERHY, 1994). Assim sendo, essa noção está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Merhy (1994) afirma que criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que o resultado consiste na sensibilização diante de todo o sofrimento do outro (o paciente), e na responsabilização pela vida e morte desse outro, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal.

O vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que leva os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais. (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Acredita-se que as ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes. Elas edificam valores afetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitando às práticas tradicionais (curativas e preventivas) ganharem uma nova dimensão, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo que orientou essas ações ao longo do tempo (SANTOS et al., 2008).

Posto assim, a prática da saúde mental em qualquer que seja seu nível de complexidade deve estar sempre alicerçada em pilares relacionais, estreitando laços e propiciando a liberdade, potencializando assim situações de ampliação do cuidado ao usuário.

Como foi visto, o acolhimento é um modo de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Esse processo inclui um atendimento com resolubilidade e responsabilização, em que também sejam fornecidas as orientações para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, e estabelecidos os meios para garantir o sucesso desse encaminhamento.

A divisão e a negociação de responsabilidades no cuidado em saúde mental entre os atores sociais que o compõem, dá-se por meio do cercar, conquistar, convencer, do acompanhamento e agenciamento do usuário, o que envolve uma complexa rede social de suporte. Costuma-se, ainda, falar da responsabilidade do usuário sobre os próprios atos, mas logo se aponta a necessidade de compartilhar encargos sobre o cuidado com familiares e comunidade. Os processos de individualização ocorrem através da responsabilização de entes intermediários (SILVA, 2007).

Os familiares dos usuários parecem compartilhar da ideia de peregrinação de seus parentes (os usuários) dentro da rede tal como descrita acima. A dedução é de que esses familiares (os acompanhantes do paciente), quando participam do acompanhamento terapêutico de seus parentes, confrontam-se tanto com a dificuldade da chegada da referência adequada quanto com a necessidade da consciência de uma maior responsabilização pelas demandas de saúde de seus parentes-usuários.

Não, ele vem pra cá, mas é transferido pra outro hospital é o {nome do hospital psiquiátrico}, é o {nome do hospital psiquiátrico}, é o é o {nome do hospital psiquiátrico}, é o {nome do hospital psiquiátrico}, esses quatro hospital e o {nome do hospital psiquiátrico}. Nesse hospital tudim ele já deu entrada (GRUPO II).

O CAPS ele tá com encaminhamento, mas ele não foi, ele só vai recebe a medicação e pronto. Não, ele, ele não, é (...) ele não frequenta o CAPS não, ele é pra tá no CAPS, com acompanhamento, com a psicóloga, mas ele não quer (...) (GRUPO II).

No trabalho em saúde, as necessidades podem ser traduzidas além das carências dos sujeitos que procuram os serviços, além do consumo de um produto que mantenha ou restabeleça a sua saúde, cujo resultado alcança um valor de uso de finalidade inestimável: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de viver (MERHY, 1997b).

O cuidado e a atenção à saúde devem superar o papel funcionalista e individual, ou seja, o “de cada um” e ir em busca da responsabilização e da solidariedade entre os serviços, entre as pessoas e entre as famílias envolvidas. O caminho é o das relações, nessa co-responsabilização, no significado que se dá à pessoa, entendendo o sujeito e seu poder, sendo ele mesmo, também, protagonista do projeto terapêutico (DOMINGUES, 2004).

A realidade da responsabilidade da equipe pelo cuidado é complementada pelos discursos apresentados a seguir nos quais se demonstra que em momentos de crise ou urgências existe a mobilização intensa de toda a equipe do CAPS para proporcionar uma intervenção adequada para a situação vivenciada

Porém, há divergências quanto à participação dos familiares no processo terapêutico dos usuários. Trabalhadores de saúde, em especial os da atenção terciária (Hospital) ressaltam as dificuldades encontradas no serviço quando se trata da participação dos familiares na linha de produção do cuidado dos usuários e confrontam-se com o posicionamento apresentado pelos trabalhadores do nível secundário (CAPS), quando afirmam que os serviços de saúde responsáveis por esse nível, o secundário, poderiam dar mais atenção aos familiares dos usuários dos serviços. Essa confrontação de ideias aparece de forma clara nos seguintes trechos:

(...) quando vem com a família, a família bate o pé e quer porque quer internar, dificuldade de acesso a família, a família não compreende, a família diz logo que vem com algum encaminhamento de algum deputado, algum político e quer logo internar (...) (GRUPO III).

Porque o CAPS, ele apesar de não ter ainda aquelas atuações (...) precisava também trabalhar muito a família, né, que a família aceite esse trabalho do CAPS (...) (GRUPO III).

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as

situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível 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. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular (FIGUEREDO, CAMPOS, 2009).

A prática interdisciplinar não se processa pela multiplicidade de vários profissionais de diversas áreas em um espaço único de trabalho. Ela está alicerçada sobre a responsabilidade individual, advinda do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição (COSTA, 2007).

Peduzzi (2001) observa que é papel do paciente integrar ações, sendo levado a ser atendido por vários profissionais, sem que esses atendimentos estejam vinculados a um projeto assistencial, haja vista o processo de justaposição em que essas equipes trabalham.

O trabalho com a família, na proposta de técnicas de conquista, convencimento e captura, é necessário para que haja alguma possibilidade de coresponsabilidade. As estratégias de vínculo e engajamento no fito da adesão e da continuidade do atendimento têm correlação com uma tentativa de dividir encargos (SILVA, 2007).

No campo da saúde mental, as estratégias de formação em serviço têm como desafio a configuração da reforma psiquiátrica. Estas premissas seguem a dimensão da educação continuada em serviço, não destinadas apenas a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, mas substituindo por programas mais amplos que articulem conhecimentos profissionais com toda a rede de saberes e práticas do SUS (TAVARES, 2004).

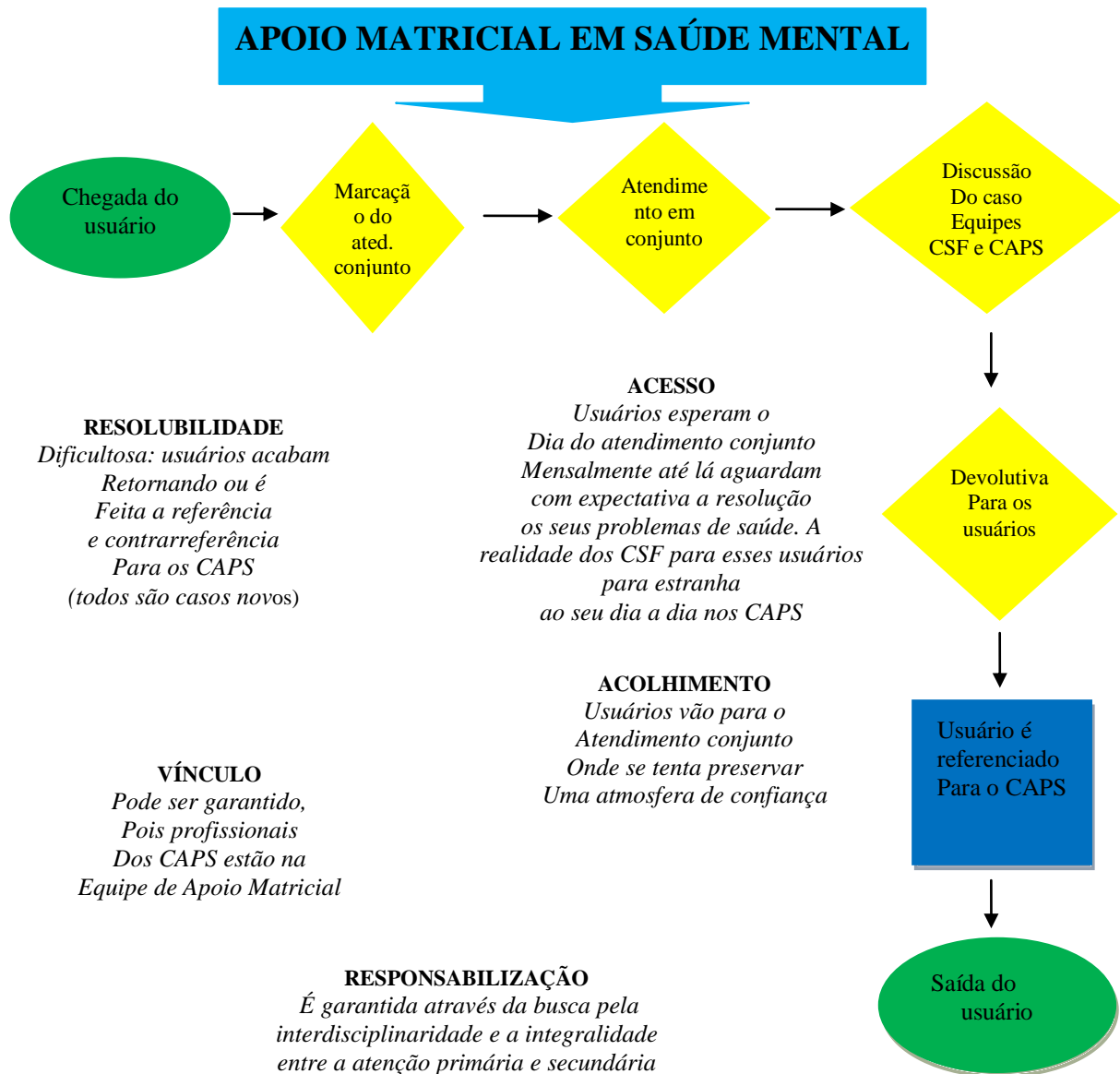
O que se apresenta como necessário é o fato de objetivar uma demanda organizada como uma forma de melhorar e dar mais qualidade aos encaminhamentos aos serviços de saúde, e não apenas uma forma de se enrijecer em normas e procedimentos técnicos que, muitas das vezes, dificultam o acesso dos usuários aos serviços.

Essa seria uma das formas de responsabilizar os diversos setores sociais, os atores envolvidos, garantindo a integralidade e promovendo novas redes de articulação e responsabilização mútua dos casos encaminhados.

Em suma, todos os grupos declaram a pertinência da construção de uma linha de produção do cuidado para usuários com transtornos psicóticos, sob a óptica da referência e da contrarreferência com eixo na integralidade e nas tecnologias relacionais, mudando o paradigma da lógica tradicional dos 'encaminhamentos'. De certa forma, a lógica da corresponsabilização vem sendo tencionada a se sobrepor à lógica do encaminhamento indiscriminado e inadequado, o que faz com que o sofrimento psíquico seja responsabilidade exclusiva de toda rede de Saúde Mental.

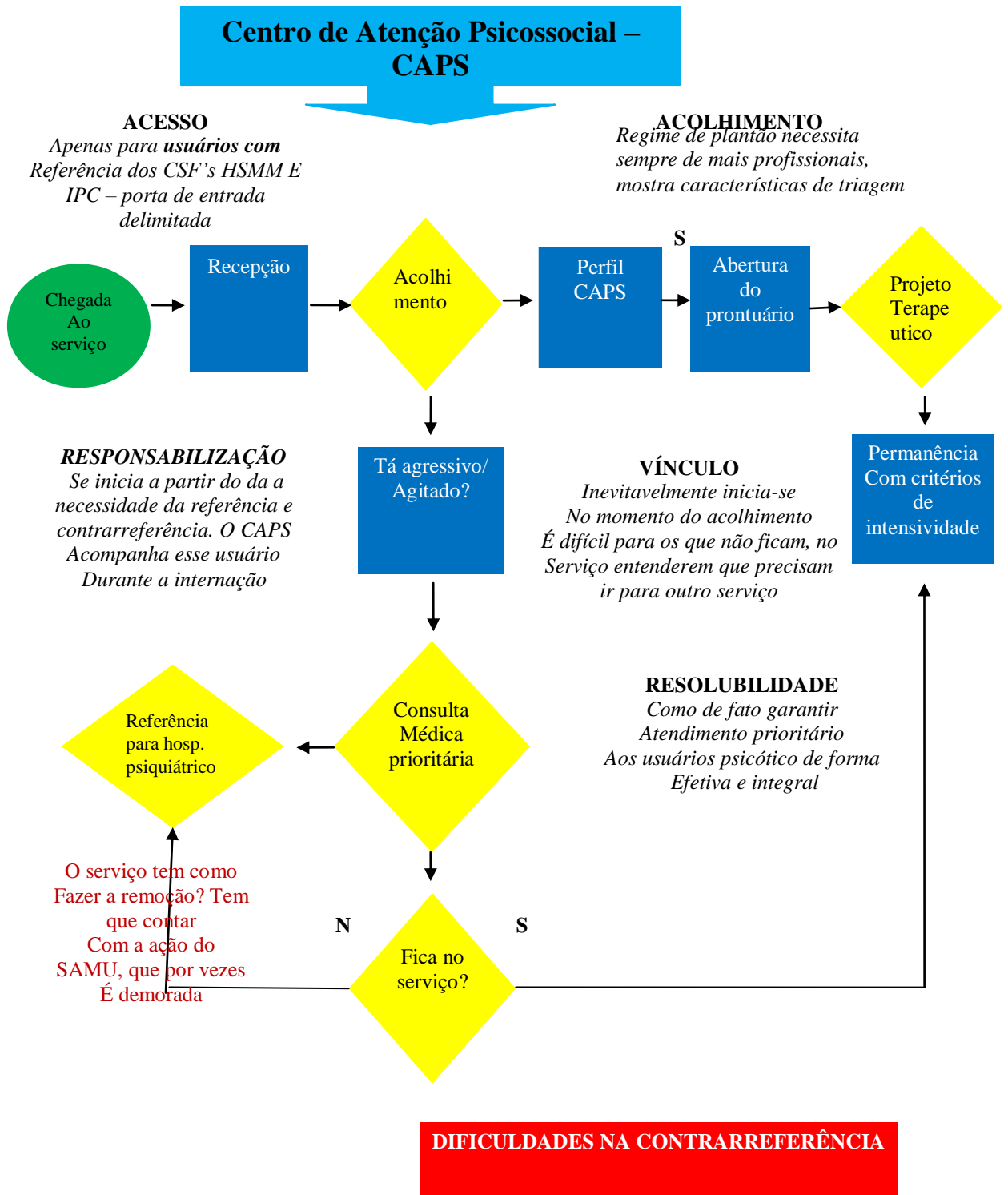
4.3. Análise do Fluxograma Descritor na Rede de Saúde Mental de Fortaleza

Fluxograma 02 – Linha de Produção do cuidado de usuários com diagnóstico de Psicose na SER IV - Fortaleza-CE Janeiro/ 2009

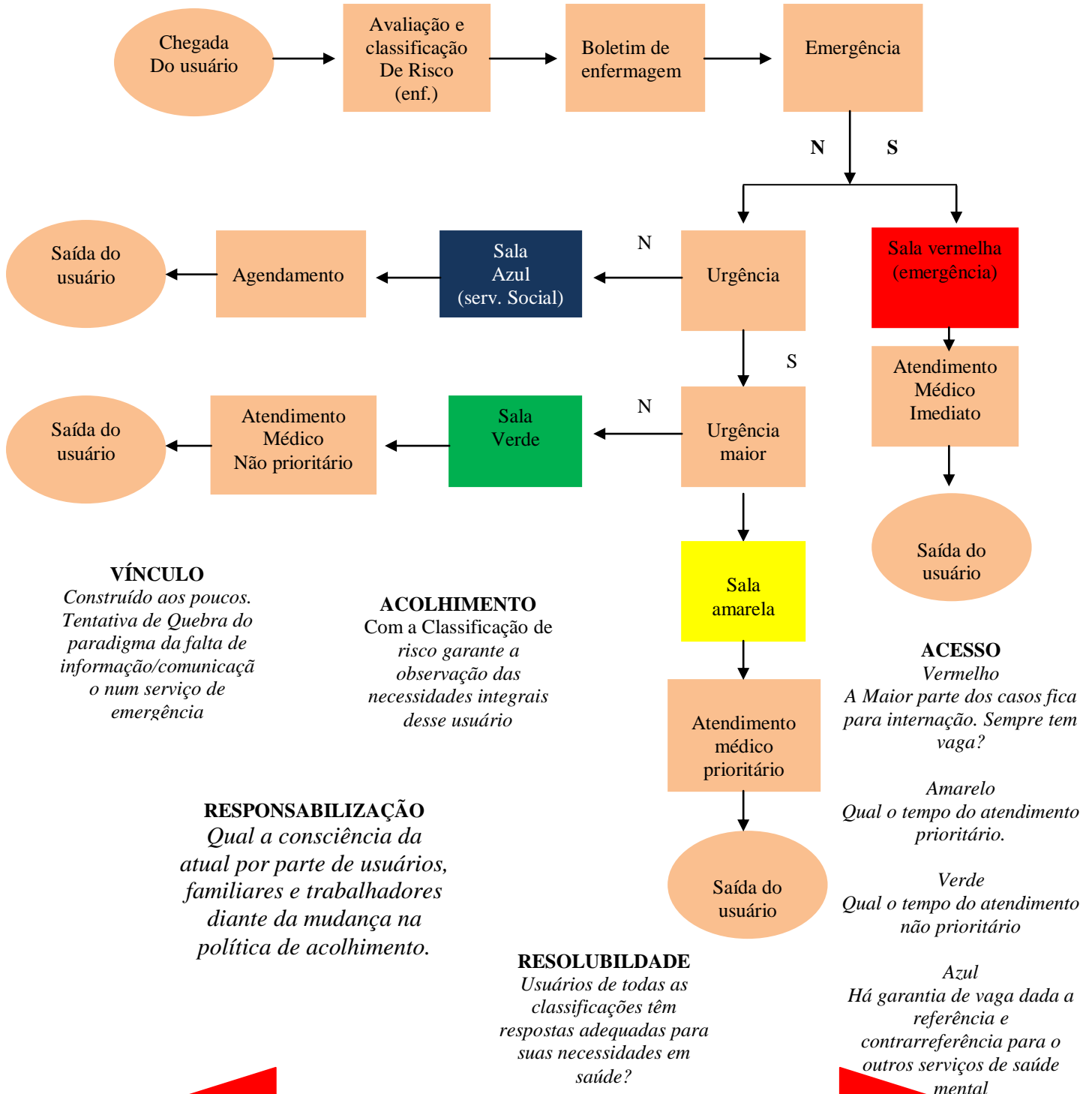


**MAIOR FACILIDADE NA CONTRARREFERÊNCIA
POR CONTA DA INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES**

Fluxograma 03 – Linha de Produção do cuidado de usuários com diagnóstico de Psicose na SER VI - Fortaleza-CE
Janeiro/ 2009



Hospital de Saúde Mental de Messejana



Novo fluxo de reinternação pode acontecer na medida que o usuário não continua o acompanhamento após o período de internação.

No **fluxograma 1**, relativo ao serviço de Apoio matricial em saúde mental na SER IV, observa-se que a entrada do usuário via atendimento em conjunto acontece através da demanda referenciada pelos trabalhadores do Programa de Saúde da Família do CFS e CAPS. O **acesso** se dá mediante agendamento prévio com os profissionais do PSF, e é quantitativamente limitado, pois só há vaga para discussão de 3 ou 4 casos por turno, ocorrendo esse momento apenas uma vez por mês. Os demais casos são agendados para o próximo encontro de atendimento em conjunto. Ao se pensar na questão da resolubilidade, nesses casos, os fluxos desses usuários acabam por retornar ou por iniciar o acompanhamento no CAPS. As equipes de ambos os serviços CAPS e Apoio matricial parece estarem conscientes de seus desafios e limitações. Demonstram quererem garantir qualquer tipo de referência para esses usuários de forma adequada, responsabilizada e compartilhada. Por outro lado, as equipes do CSF apresentam necessidade de compreensão da abordagem segura e adequada desses casos, pois apresentam dificuldades com suas abordagens terapêuticas.

Nesse sentido, é possível deduzir que, embora a equipe do PSF ofereça o diferencial de uma escuta paciente e interessada, a gentileza e a preocupação em transmitir bem as informações durante o atendimento, ou seja, por mais acolhedoras que sejam as atitudes dos trabalhadores de saúde, elas não anulam a possibilidade de tal equipe, em algum momento, deparar-se com a impossibilidade de condições concretas para o atendimento das demandas, sejam elas a nível teórico ou prático.

Observou-se certa apreensão dos usuários com transtornos psicóticos quanto à realização do atendimento conjunto. O vínculo com o CAPS parece ser ainda muito forte e o contato com o CSF parece bastante recente, configurando, assim, uma situação nova, possivelmente geradora de insegurança nos usuários. Os familiares parecem até preferirem o acompanhamento de seu parente em uma unidade mais próxima a sua casa, porém parecem temer a adesão e a adaptação deste a essa nova situação. Trabalhadores dos CSF's ainda não apresentam intimidade com o acompanhamento desse tipo de usuário, necessitando de bastante apoio do matriciamento (OBSERVAÇÃO)¹³.

No **Fluxograma 2**, relativo ao CAPS na SER VI, a entrada do usuário ocorre via referências dos dois hospitais “portas de entrada”¹⁴ da rede ou via referenciamento dos CSF's. Vale ressaltar que o usuário, chegando em franca crise psicótica, tem atendimento prioritário, tendo como destino o acompanhamento no próprio CAPS ou referenciamento para os hospitais, como já citado, “portas de entrada”. Aqui a categoria acesso e resolubilidade é

¹³ As citações identificadas como “(OBSERVAÇÃO)” tratam-se de enunciações registradas pela autora desse escrito científico no decorrer da observação sistemática realizada como uma das técnicas de coleta de dados dessa pesquisa.

¹⁴ HSMM e IPC

pré-determinada pelo perfil do CAPS. No caso de usuários com transtornos psicóticos existe a perspectiva de que esse usuário deve ser inserido no serviço CAPS imediatamente ou referenciados para atenção terciária. Caso ocorra a necessidade de encaminhamento, na maioria dos casos ocorre por escrito sem contatos com pessoas das equipes do outro serviço. Outro ponto é que o contrarreferenciamento tem seus objetivos subutilizados, ficando a questão de que caso o CAPS referencie para fora da unidade, sendo necessária sua internação, como fica a contrarreferência da atenção terciária para com a atenção secundária? Qual a assistência dada a esse usuário pelo CAPS no período em que se encontra nessa condição? O acolhimento ocorre em regime de plantão, parecendo haver necessidade de mais profissionais para dar mais qualidade a esse momento. O vínculo se fortalece na medida em que os usuários entram e são acompanhados no serviço. Todos buscam se responsabilizar dentro da perspectiva dessa linha de cuidado.

Nas observações, usuários que chegavam em crise eram realmente atendidos com maior agilidade pela equipe, e caso houvesse a necessidade de encaminhá-lo, as dificuldades adivinham de como garantir essa locomoção sem que o usuário e seus familiares necessitassem de se preocupar com o transporte. Os casos admitidos no serviço, ao passar pelo acolhimento, tinham suas consultas agendadas. A questão é que parece que o tempo de espera de atendimentos para determinadas categorias parecia muito espaçoso entre um e outro (OBSERVAÇÃO).

Já no Fluxograma 03, relativo ao HSMM na SER IV usuários advêm de demandas espontâneas ou referenciadas da capital e do interior do estado. O acesso se dá via emergência, em que são consideradas as tecnologias acolhimento e Classificação de risco¹⁵. De acordo com a avaliação, efetuada antes da realização de qualquer intervenção, o usuário é destinado às faixas de risco: vermelha, amarela, verde, azul. O acolhimento parece ter aproximado mais os usuários dos trabalhadores de saúde, com isso, a possibilidade do vínculo se efetiva, na medida em que caso a caso são avaliados pela equipe de acolhimento, deixando margem para uma abordagem mais personalizada. Tanto a equipe de acolhimento quanto as equipes de enfermagem e de serviço social internas da emergência são responsáveis por realizarem as referências para os demais serviços. Essas equipes afirmam que sempre tentam garantir a vaga, porém contam com a necessidade de responsabilização de todos que se envolvem nesse processo: trabalhadores do próprio ou de outros serviços, usuários e familiares. O tempo de espera é indeterminado para as classificações: vermelha, para o surgimento de vagas; amarela, para atendimento prioritário; verde, para atendimento médico não prioritário; e azul, para encaminhamentos para fora dos serviços. Tal fato ainda angústia

¹⁵ Modalidade recém implantada no HSMM

muito quem necessita resolver suas necessidades em saúde. Não foi constatado, porém, usuários dormindo na recepção, aguardando de um dia para outro ou aguardando vaga ou atendimento. A dificuldade maior nesse fluxo ainda parece ser a relutância dos usuários ao serem referenciados ao serviço destinado. É possível ainda notar os círculos de internação e reinternação, e os CAPS, muitas vezes, aprecem com serviços apenas para garantirem a medicação. O usuário fica sem acompanhamento até a próxima crise.

Em duas observações na recepção e na própria emergência foi possível descrever como o HSMM está se organizando frente a sua demanda. Casos que chegam com o SAMU, quando confirmada a situação de agitação ou agressividade, a equipe de acolhimento destina imediatamente o usuário para consulta médica, sendo este medicado e encaminhado para sala de observação que, caso esteja com leitos completos, aguarda a emissão do laudo para internação sentado em cadeiras no próprio corredor da emergência, na maior parte das vezes, sendo acompanhado por um familiar (OBSERVAÇÃO).

Foi interessante perceber “linhas de tensões” geradas no processo de negação do atendimento conduzido pelo trabalhador de saúde, dado o encaminhamento para outros serviços, no caso desse usuários, para o nível terciário. Pode-se observar que a negação pode ser justificada de diferentes formas, mas sempre com a intenção de convencer o usuário de que aquele atendimento que procurava aquele determinado serviço não teria condições de lhe oferecer. Uma tensão pode ser provocada devido ao modo de comunicar-se do trabalhador de saúde, quando este nem sempre se faz “acolhedor” e, apesar de direcionar o usuário a outro serviço de saúde, o faz de maneira informal e não dá garantia que este será atendido no local indicado. Santos (2006) e outros autores discutem que cada momento de encontro entre o trabalhador e o usuário, na busca pelo cuidado, é um ponto de eminente tensão ou acolhimento.

Outro ponto a ser destacado é que na medida em que o encaminhamento dos pacientes aos outros serviços ocorre de maneira informal, sem reais garantias de atendimento às instituições referidas, conforme foi descrito no decorrer da análise, o usuário passa a ser o responsável por sua doença/ cura, vida/ morte. É necessário agir em defesa da vida, para isso, os processos de responsabilização pelos usuários precisam envolver todos os sujeitos que estão ligados à saúde: formuladores de políticas, gestores e trabalhadores de saúde (LEITE, 2006).

Merhy (1997) aponta que é importante perceber o agir em saúde nesse espaço intercessor (relação trabalhador/usuário). Para esse pesquisador, a negação do atendimento pode ser feita apenas com a recusa do usuário, ou esta negação pode ser processada de forma

“acolhedora” e assistencial. Neste espaço intercessor se processam as escutas, as trocas de informações, o reconhecimento mútuo dos direitos e deveres (LEITE, 2006).

Vale ressaltar ainda que, na análise de todos os fluxogramas, o fator tempo-espera se sobrepõe ao da necessidade, podendo ser destacado no processo de trabalho dos usuários com transtorno psicótico em todos os níveis de complexidade. Aqui, a relevância do princípio da integralidade e da equidade deveria ser sempre respeitados. A disponibilidade dos recursos àqueles que mais necessitam há de ser sempre observada nesse processo.

5. REFLEXÕES, LIMITES DO ESTUDO E A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tomando por base a idéia de Paím (1999) entende-se que os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos, genericamente, como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde – o que, certamente, não anula a existência de outras definições e concepções para esses modelos –, dando, pois, subsídios ao entendimento de que modelo não é padrão, não é exemplo nem tão pouco burocracia, chega-se aqui à indispensável consideração de que modelo é uma razão de ser – uma racionalidade. É uma espécie de “lógica” que orienta a ação. Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

Paím (1999) sugere como procedimento mais eficaz para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos a combinação dos meios técnico-científicos existentes. Esse procedimento está relacionado à dimensão técnica das práticas de saúde. Ele incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde).

Assim, a possibilidade de repensar as práticas, convencionalmente, denominadas de referência e de contrarreferência, do ponto de vista apenas formal, a partir dos princípios da hierarquização e regionalização do SUS, faz-se necessário, no sentido da proteção e da promoção da saúde.

Como visto nesse estudo, alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos, como o da reflexão e da crítica aos princípios citados no parágrafo anterior, dentro do modelo de atenção à saúde que traz a perspectiva do círculo ao invés da pirâmide como forma de melhor caracterizar a atenção à saúde.

Para Cecílio (1997) pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz. Assim, associar o modelo assistencial à figura da pirâmide conduz a uma armadilha dos sentidos, que, fatalmente, faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema. Com a concepção do sistema de saúde configurado em círculo há de se romper com a radicalidade. O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS, trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada.

O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também os são os prontos-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social. A primeira estratégia que aqui se propõe há de ser, então, a de qualificar todas essas portas de entrada, no sentido de que se tornem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco e, portanto, com mais possibilidade de adoecimento e morte, para, a partir desse reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso (CECÍLIO, 1997).

Nesse sentido, desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS, concretizando, no cotidiano de assistência, a idéia de integralidade. Daí a necessidade de inventar e reinventar práticas no cotidiano, dando experiência e acúmulo institucional para ampliar esse conjunto de ações para todo o sistema de atenção.

As operações para organizar as linhas do cuidado devem seguir no sentido de produzir um grande diálogo na rede de saúde mental. Esse amplo diálogo se produz a partir da “intencionalidade”, da adesão ao projeto, da vontade política, dos recursos cognitivos e de materiais, o que se traduz em todo processo de trabalho. As linhas do cuidado na rede de saúde mental de Fortaleza-Ce deve se organizar a partir de uma grande capacidade de interlocução, negociação, legitimação técnica e política, e, sobretudo, deve levar em consideração o componente da subjetividade, tão peculiar à teoria e à prática em saúde mental.

Há de se pensar que usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental, bem como os gestores dos diversos níveis de atenção deverão estar dispostos a garantir: recursos necessários que devem alimentar as linhas de cuidado; fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”; instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção com a definição de fluxos regulados, uso de um cardápio variado, central de marcação de consultas, central de internação, uso da informática, dentre outros; a contrarreferência em toda rede de saúde mental, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede de atenção; o processo de educação permanente das equipes de saúde mental e de saúde da família de forma sistematizada, adequando-as à realidade dos trabalhadores de saúde mental.

É importante reconhecer que dentro da linha do cuidado em saúde mental o que se espera é que a maior parte dos problemas possam ser resolvidos nesse nível da atenção. Há, porém, uma atenção integral a ser praticada em cada ponto da rede, com interação e intervenção pela equipe de forma global sobre o usuário, promovendo uma idéia de integralidade mais horizontal, em que todos os pontos da rede de atenção se articulam para produzir cuidado de forma também integral.

Pontos de Reflexão

Ainda merecem ser debatidas, permanentemente, as seguintes questões mais relevantes apresentadas pelos usuários, familiares e trabalhadores de saúde que participaram como sujeitos dessa pesquisa. Tal discussão segue na perspectiva de propiciar modelos de atenção que melhor identifiquem e possibilitem superar as dificuldades relacionadas ao:

Acesso – Quanto ao acesso, evidenciou-se que a organização da rede de saúde mental de Fortaleza se dá de forma hierarquizada e não garante referência nem contrarreferência adequada. Nos discursos do GRUPO I, há afirmativas de que o acesso nos serviços de saúde mental ocorre por conta de encaminhamentos informais, sem considerar a lista de espera, ou seja, ocorre por conta do “jeitinho brasileiro” de conseguir mais rapidamente o que precisa. Para o GRUPO II, as visitas domiciliares é uma importante porta de acesso, sobretudo no caso de usuários psicóticos que apresentam seus tratamentos de forma refratária, negando-se, em muitas vezes, a comparecer nos serviços de saúde. O GRUPO III, por sua vez, traz a ideia de que diversos serviços compõem a saúde mental no município, em todos os níveis de complexidade, porém sem uma articulação entre si, não rompendo, portanto, com o modelo

tradicional hierárquico em níveis de complexidade rígidos sem poder de flexibilização das ações, o que limita a assistência e organiza a demanda de acordo com as necessidades do sistema e não de acordo com as necessidades dos usuários.

Resolubilidade – Nos GRUPOS I e II, verificou-se uma convergência em seus discursos, quando ambos os grupos relacionam a resolubilidade com a melhora do estado de saúde dos usuários. É relevante observar como os discursos dos GRUPOS I, II e III convergem tanto no que se refere às dificuldades enfrentadas pelo usuário de ter que percorrer a rede de saúde com vistas a encontrar respostas para as suas necessidades no serviço mais adequado, percorrendo sempre o “círculo vicioso” da internação/reinternação, corroborando para o processo de cronificação, quanto no que se refere à questão de que os serviços deveriam utilizar da prática da referência e, sobretudo da contrarreferência adequadamente, quando afirmam que esta inexistente ou ocorre com baixa qualidade, comprometendo, assim, uma dimensão mais completa na resolubilidade dos problemas de saúde. O GRUPO III ressalta, insistentemente, as dificuldades diárias encontradas quando há a necessidade de efetuar uma referência ou uma contrarreferência, desencadeando insucessos nas respostas resolutivas das necessidades dos usuários e seus familiares. Trabalhadores do nível terciário (HSMM) demonstram consciência de que o Hospital não deveria ser um local de primeira escolha para os usuários, implicando possivelmente em uma maior compreensão quanto à rede hierarquizada de serviços. Os trabalhadores da atenção secundária afirmam que já absorveram mais a demanda que seria da atenção primária, mas que hoje esse fluxo corre um pouco melhor. Eles reconhecem que existe um projeto terapêutico envolvendo toda rede de Fortaleza, mas que ainda necessita de muito para ser implantado. Fazer parcerias e conhecê-las parece ser uma boa forma encontrada pelos trabalhadores do nível secundário para garantir a referência e a contrarreferência e boa parte da resolubilidade. Os níveis secundários e terciários são os que menos se integram para fazer a referência e a contrarreferência, aumentando conseqüentemente: a demanda reprimida, o abandono do tratamento, o número de egressos, a peregrinação na rede pelo usuário e a sobrecarga de serviços. Em todos os grupos, foi possível constatar a pertinência da referência e da contrarreferência e a mudança no paradigma da lógica tradicional das referências.

Acolhimento – No que se refere ao acolhimento, os discursos apresentados pelos GRUPOS I e II convergem, quando traduzem o entendimento de que tal dispositivo estaria diretamente relacionado a um bom atendimento, especialmente na entrada no serviço. Esses grupos

relacionam acolhimento com a garantia de medicamentos e alimentação pelo serviço de saúde. O GRUPO III, porém, traz a definição de que acolhimento perpassa pela preocupação de, sobretudo, dar resolubilidade às necessidades em saúde do usuário com a possibilidade de informar a esse usuário e a seus familiares as principais orientações quanto ao seu percurso na rede de saúde, como forma de organizar a demanda. A modalidade de acolhimento com classificação de risco está recém-implantada e parece ser a maior preocupação dos trabalhadores que atuam na atenção terciária, pois eles acreditam que tal modalidade possa dar maior garantia do funcionamento da referência e da contrarreferência, apostando na diminuição da demanda.

Vínculo - Os depoimentos do GRUPO I apresentam convergências quanto à formação do vínculo e apontam a necessidade de uma maior aproximação entre os usuários os trabalhadores de saúde que os atendem e os acompanham em seus projetos terapêuticos. O GRUPO II apresenta, em seus discursos, a perspectiva de que o vínculo tem a ver com o tempo em que os usuários permanecem na unidade com os modos como eles se vinculam aos serviços e aos trabalhadores de saúde, bem como com a forma como tais usuários são recebidos e acompanhados no decorrer de sua estadia no serviço. No GRUPO III nos três níveis de complexidade é observada uma gama de compreensões a respeito do vínculo como dispositivo agenciador no referenciamento e no contrarreferenciamento. Trabalhadores da atenção primária expressam, em suas narrativas, que percebem um maior fortalecimento do vínculo a partir da experiência do matriciamento. Na atenção secundária, é possível perceber a preocupação dos trabalhadores em concretizar o vínculo com o usuário desde a sua entrada no CAPS. Já na atenção terciária, a perspectiva dos trabalhadores médicos é de que não há possibilidade de fazer vínculo com o usuário em um serviço de emergência.

Responsabilização – No que diz respeito à responsabilização, os GRUPOS I, II e III afirmam que há dificuldades relacionadas à chegada da referência adequada, bem como dificuldades relacionadas à necessidade da consciência por parte dos familiares dos usuários de uma maior responsabilização pelas demandas de saúde de seus parentes-usuários, embora todos os atores, em seus discursos, demonstrem conhecimento de que a responsabilização e a corresponsabilização na operação das linhas de cuidado são, intrinsecamente, necessárias para um acompanhamento resolutivo.

As redes possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes níveis de

atenção. Entre eles, vale focar o eixo da saúde, em específico, a atenção à saúde mental efetuada nos serviços de saúde mental pelos trabalhadores desse município.

Faz-se necessário que os serviços de saúde mental aqui estudados operem na lógica dos serviços integrados de saúde desenvolvendo a promoção de vida como um todo articulando todo e qualquer recurso necessário à resolução das suas necessidades em saúde dos usuários.

Conseqüentemente, a busca de modelos de intervenção mais abrangentes requer, de um lado, uma reflexão sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos que sustentam as novas propostas de intervenção e, de outro, uma análise escrupulosa da situação concreta, no sentido de contextualizar cada intervenção concebida, para que, assim, possa produzir os efeitos desejados sobre a realidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS; W. L. E ASSIS; M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. ENSP. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ - ABRASCO, 2005. p. 65-76.
- ANDRADE, L.O.M.. **SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento**. São Paulo/Sobral : Editora HUCITEC, 2003.
- ARAÚJO, E. C. **A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde**. 1988. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Universidade Federal da Bahia, 1988.
- ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana**. Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul, 1998.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.1, n.1, p.63-72, 2001. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 06 jan. 2009.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 jan. 2009.
- AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar, 15(1), 2007. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 set. 2008.
- BARRETO, I. C. H. C. et al. Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde - Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate. Saberes e Práticas da Gestão Municipal**, n.34, jun. Rio de Janeiro, 2006. (Série Cebes/Conasems).
- BARROS, R. B. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais as interfaces? **Psicologia e sociedade**, 17(2), 2005. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 09 mai. 2008.
- BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde**. – 3. ed. rev. e ampliada - Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2003. <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.
- _____. **Humaniza SUS**. Equipe de Referência e Apoio Matricial. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: DF, 2004. <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2008.
- _____. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico**

da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004 <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

_____. **Lei 10.216/01**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 out. 2008.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica, 2003. <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2008.

_____. **Norma Operacional Básica: NOB-SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Norma Operacional Básica: NOB-SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Norma Operacional Básica: NOB-SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. **Política nacional de humanização: Humaniza SUS**. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2004. <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

_____. **Portaria GM No. 336**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

_____. **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

_____. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio L. C. O (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

_____, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. São Paulo, Paz e terra, vol. 1, 4ª edição, 2000.

CEARÁ. **Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde**: uma estratégia de reorganização do SUS. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, 2002.

CECÍLIO L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 113-26.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada modelo tecno-assistenciais. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (3):469-478, jul-set, 1997. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 06 abr. 2008.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas (SP), 2003. (mimeo).

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

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, jun. 2006, vol.4. no. 06. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 02 mai. 2008.

DOMINGUES, A. V. Saúde Mental: enfrentando o desafio da responsabilização. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 180-192.

FÁVERO, N. Estudo do processo de referência a um hospital universitário. 1986, 120 p. **Tese de Doutorado**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, 1986.

FIGUEIREDO, M. D; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. saúde coletiva**. v.14 nº1. Rio de Janeiro, jan./fev. 2009. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 06 abr. 2009.

FORTALEZA. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza, Ce, 2007. <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em 12 mar. 2008.

_____. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza, Ce, 2009. : <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>> Acesso em 10 de fev 2009.

_____. **Relatório de Matriciamento da SER IV**. Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza. Digitado, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 08 jul. 2008.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: organização das linhas de cuidado. In. MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema Cartão Nacional de Saúde. 2003. Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, SP, 2003.

_____, T.B.. 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: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, L.; FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C, (org). **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 18 julr. 2008.

_____. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, mar/ago 2005. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 out. 2008.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

HORTALE, A. V; PEDROZA, M; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**. 24(56), 2000. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 06 fev. 2009.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, Vol. 59, nov/dez, 2006. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 01 mar. 2009.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista Escola Enfermagem**. Universidade de São Paulo, SP, v. 33, dez., 1999.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de 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: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 279-291.

LEITE, Juliana Alves. Oferta e demanda dos serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana- BA (2004-2006). **Dissertação de Mestrado**. Feira de Santana, 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos 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, 2001. p.39-64.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS** (Tomo I). ISC/Casa da Saúde, Salvador, 2001.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

_____. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. Salvador: Secretaria de Planejamento, Ciência e Tecnologia, 2000.

_____. **Uma clínica no coletivo**: experimentações no Programa Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. A Perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde**: uma desafio para o público. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: Cecílio LCO (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-60.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde**: uma desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. **Cadernos de textos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Saúde**. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para o gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, E.E et. al. **O Trabalho em saúde**: olhando as experiências do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apostando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n 65, p. 316-323, set./dez. 2003. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 11 set 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, A.S. et. al. **Avaliação dos registros de referência e contra-referência do Sistema Municipal de Saúde de Sobral**. Mimeo, 1995.

MORAES, C., et al. Avaliação dos serviços públicos que atendem crianças com distúrbios na cidade de Campinas. **Revista PsiqWeb**.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, nº 5, maio, 2006 . <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 12 jan. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos do Humor**. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999

PAÍM, J. S. Modelos de atenção à saúde e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA F. N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

_____. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001.

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

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **A Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública,** São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PINTO, A.G.A. Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial. **Dissertação de Mestrado.** Fortaleza, 2008.

PIRES, V. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações.** 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

PONTES, P. A. R.; FRAGA, M. N. O. **Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.5, 1997.

PUSTAI, O. J. O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ (org). **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.71.

QUINDERÉ, P.H.D. Atenção à saúde mental no município de Sobral-CE: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços. **Dissertação de Mestrado.** Fortaleza, 2008.

SAITO, R. X. S. Sistema único de Saúde: da teoria À prática da integralidade. 2004. **Dissertação de Mestrado.** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

SAMPAIO, J. J.; BARROSO, C. M. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: **diretrizes e experiências no Ceará.** In: LANCETTI, A. (Org). **Saúde e Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec,, 2000.

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** [online], , v. 23, n. 1, 2007.

_____. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 42, nº 3, 2005. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 01 fev. 2009.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

-
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.20, nº6, nov/dez, 2004. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 11 jan. 2009.
- SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, nº1. jan/fev, 2009. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 10 jan. 2009.
- SOUSA, D. L. M. Abordagens terapêuticas grupais e a produção do cuidado em saúde mental no centro de atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-Ce. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, 2008.
- SOUZA, A. M. A. Rede de Serviços de Saúde mental em Fortaleza: prisão peregrinação da clientela. 1997. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Ceará, 1997.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Ministério da Saúde, UNESCO, Brasília, 2002.
- TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**. v. 14, n. 3, p. 403-10, Jul-Set 2004.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço entendido em rede de conversações. In: Pinheiro R; Mattos RA, (orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003.
- TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos. Fundação Oswaldo Cruz, 2001. <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 06 abr. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Roteiro de Entrevista – Trabalhadores de Saúde Mental****I – dados de identificação**

Identificação: _____

Idade (anos) _____

Formação Profissional: _____

pós-graduação: () sim . Qual? _____ () não

Tempo de formado (anos): _____

Tempo de atuação na saúde mental: _____

Instituição onde atua: _____

Tempo de atuação na Instituição: _____

Vínculo empregatício: _____

Remuneração: _____

Questionamentos sobre:

O seria Linha de produção do cuidado para você?

Como se dá a produção da linha de cuidado em Saúde Mental?

Qual o entendimento dos trabalhadores sobre a integralidade das práticas de saúde mental?

Quais as experiências positivas e negativas?

Quais fatores facilitadores e dificultadores e perspectivas da integralidade na linha de produção do cuidado na rede de saúde mental em Fortaleza?

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista – Usuários e familiares da Saúde Mental

I – dados de identificação

Identificação: _____

Idade (anos) _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Motivo pelo qual procurou a unidade pela primeira vez: _____

Tempo de Tratamento: (meses): _____

Medicação utilizada: _____

Instituição onde realiza tratamento: _____

Acesso a unidade (tempo de espera para conseguir atendimento): _____

Unidades percorridas antes do acompanhamento na unidade atual: _____

Questionamentos sobre:

O seria Linha de produção do cuidado para você?

Como se dá a produção da linha de cuidado em Saúde Mental?

Qual o seu entendimento sobre a integralidade nas práticas de saúde mental?

Quais as experiências positivas e negativas?

Quais fatores facilitadores e dificultadores e perspectivas da integralidade na linha de produção do cuidado na rede de saúde mental em Fortaleza?

APÊNDICE C

Roteiro da Observação Sistemática

ELEMENTOS DE REFERÊNCIA

Condições de trabalho e ambiente de trabalho

Ações desenvolvidas

Relações dos trabalhadores entre si

Relações entre os trabalhadores e a coordenação do serviço

Relações com os usuários do serviço

Concepções sobre Linhas de produção do cuidado em saúde mental

Capacidade de resolver problemas em saúde mental

Relações interpessoais entre trabalhadores usuários e familiares

Organização do processo de trabalho

Ofertas do serviço as necessidades demandadas pelos usuários

Integralidade nas ações em saúde mental

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Trabalhadores de Saúde Mental

Este trabalho intitulado “Linhas de produção do cuidado na rede de Saúde Mental de Fortaleza“, objetiva Contextualizar as linhas de produção do cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza, no âmbito das Políticas de Saúde do SUS; Compreender como se operacionalizam as linhas de produção de cuidados na Rede de Saúde Mental em Fortaleza; Analisar os dispositivos que orientam a Integralidade na perspectiva das Tecnologias leves de atenção à Saúde Mental. Tem como pesquisadora Patrícia Gomes Benevides – mestrandia em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Para a concretização do referido estudo, solicitamos a permissão para entrarmos nesta Instituição de Saúde Mental para que seja possível realizar observação sistemática da unidade e entrevistas com os Trabalhadores de Saúde Mental. Será assegurando a esta instituição o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, retirando o consentimento como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Assim, afastamos a obrigatoriedade de sua participação. Caso recuse participar do estudo, não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para escrever o trabalho que atribuirá o título de mestre em Saúde Pública ao pesquisador e para publicação em periódicos científicos na área da saúde. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficará com uma cópia.

Fortaleza – Ceará, _____/_____/2008.

Participante

Patrícia Gomes Benevides - Pesquisadora

APÊNDICE E**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Usuários e Familiares**

Este trabalho intitulado “Linhas de produção do cuidado na rede de Saúde Mental de Fortaleza”, objetiva Contextualizar as linhas de produção do cuidado na Rede de Saúde Mental de Fortaleza, no âmbito das Políticas de Saúde do SUS; Compreender como se operacionalizam as linhas de produção de cuidados na Rede de Saúde Mental em Fortaleza; Analisar os dispositivos que orientam a Integralidade na perspectiva das Tecnologias leves de atenção à Saúde Mental. Tem como pesquisadora Patrícia Gomes Benevides – mestrandia em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Para a concretização do referido estudo, solicitamos a permissão para realização de entrevista semi-estruturada aos usuários e seus familiares dos serviços de Saúde Mental desta SER. Será assegurando a esta instituição o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, retirando o consentimento como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Assim, afastamos a obrigatoriedade de sua participação. Caso recuse participar do estudo, não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para escrever o trabalho que atribuirá o título de mestre em Saúde Pública ao pesquisador e para publicação em periódicos científicos na área da saúde. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia.

Fortaleza – Ceará, _____/_____/2008.

Participante

Patrícia Gomes Benevides - Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - HSMM

ANEXO C – FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO