

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha

**PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES
ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL**

Fortaleza-CE

2014

EMÍLIA CRISTINA CARVALHO ROCHA CAMINHA

PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES
ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza-CE

2014

Caminha, Emília Cristina Carvalho Rocha .
PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS
REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL [recurso
eletrônico] / Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha.
- 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 107 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Saúde Mental. 2. Processos de Trabalho. 3.
Cuidado. I. Título.



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

FOLHA DE AVALIAÇÃO

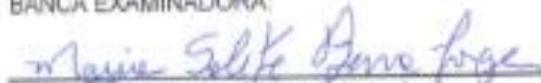
Título da dissertação: "Processos de Trabalho e Produção do Cuidado nas Redes Assistenciais em Saúde Mental: diálogos entre os equipamentos estratégia de saúde da família e o centro de atenção psicossocial".

Nome da Mestranda: Emilia Cristina Carvalho Rocha Caminha

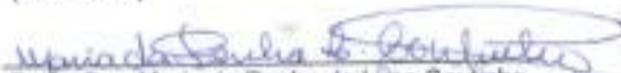
Nome do Orientador: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientador)



Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho
(1º membro)



Profa. Dra. Layza Castelo Branco Mendes
(2º membro)

Data da defesa: 21/11/2014.

Eu não estou interessado
Em nenhuma teoria
Nem nessas coisas do oriente
Romances astrais
A minha alucinação
É suportar o dia-a-dia
E meu delírio
É a experiência
Com coisas reais
Belchior

À minha mãe, Socorro Carvalho, por nunca, em tempo algum, ter medido qualquer esforço para realizar meus sonhos, embora isso algumas vezes tenha representado sacrificar os seus próprios.

À Ronelton Lafitte pelo companheirismo, compreensão e amor incondicionais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai de bondade e misericórdia, que me sustentou e me deu longanimidade para enfrentar essa caminhada até o final.

À professora Salete Bessa pelas oportunidades acadêmicas.

À Mairla Alencar pela amizade sincera, palavras de conforto e riso solto.

Aos professores e colegas do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, especialmente aos amigos José Pereira Maia Neto, Juliana Pessoa, Sarah Vieira, Nara Parente e Elzo Jr. pela amizade, incentivo e companheirismo ímpares. Vocês colaboraram muito para que essa trajetória fosse doce!

A todos os amigos do GRUPSFE, especialmente à Mardênia Gomes, Leilson Lira, Randson Soares, Maria Raquel, Jamine Borges, Suelen Pontes e Milena Lima pelas discussões sempre tão construtivas, mas também, e principalmente, pela alegria e afeto compartilhados.

À Layza Mendes pela sua preciosa colaboração na produção desse trabalho e ainda por ser de uma dedicação e paciência que inspiram!

À professora Penha de Lima Coutinho pelas contribuições para a melhoria do trabalho, bem como pela gentileza sem igual.

À Larissa Gurgel, companheira de uma vida, pela paciência e apoio sempre irrestritos. À Natália Rodrigues e Rebeka Rafaella pela amizade de anos, bem como por todo o suporte emocional e técnico-operacional que permitiu a construção deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por financiar essa empreitada – todo o meu amor e gratidão!

Aos trabalhadores e usuários do CAPS Geral da SER IV, especialmente à amiga Yasmin Zalazan pelas enriquecedoras discussões e por ser uma profissional que me instiga a crer na potência dos serviços para produzir um cuidado efetivo em saúde mental.

À Wigna Cristina por sempre acreditar em mim e nos meus sonhos e por me ofertar a preciosa segurança de saber que sempre haverá alguém com quem contar!

RESUMO

Com o presente estudo objetivou-se compreender, por meio da análise dos processos de trabalho e do diálogo entre as redes assistenciais, como se organiza o cuidado em saúde mental e mais especificamente analisar os processos de trabalho em saúde mental considerando a existência ou não da produção do cuidado, descrever as ações em saúde mental a partir do diálogo entre ESF e CAPS, discutir como a integralidade no cuidado em saúde mental nas redes assistenciais está sendo efetivada. Assim sendo, essa pesquisa é de natureza qualitativa a partir de uma perspectiva analítico-crítica que foi escolhida com vistas a sua capacidade de subsidiar a compreensão do fenômeno social. O estudo foi composto por 12 sujeitos, sendo 4 profissionais e 5 usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e 2 profissionais e 1 usuário de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, ambos os serviços pertencentes à Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza. Os métodos de coleta de dados foram a entrevista em profundidade e a observação sistemática. A análise dos dados pautou-se nos pressupostos da análise hermenêutica crítica. Os resultados apontam para uma deficiente articulação entre ESF e CAPS e bem como o preparo insuficiente dos profissionais, especialmente da ESF, viabilizando um processo contínuo de desresponsabilização, onde os usuários peregrinam pela rede em busca de resolução para as suas demandas, muitas vezes sem obter sucesso. No que diz respeito aos processos de trabalho, muitas são as questões que tem interferido nesse contexto, tais como condições de trabalho insatisfatórias, marcadas pela disponibilidade insuficiente de recursos, bem como pelos vínculos inseguros de trabalho, tais questões têm refletido negativamente na resolutividade das demandas dos usuários, bem como na produção do cuidado. Assim, se faz necessário superar a precarização das relações de trabalho, bem como mostra-se urgente definir uma política de formação permanente em que os trabalhadores possam superar suas limitações, no sentido de garantir uma assistência comprometida com o cuidado e fortalecimento da autonomia dos usuários de saúde mental.

Descritores: Saúde Mental; Processo de Trabalho; Cuidado.

ABSTRACT

This study aims to understand, through the analysis of work processes and dialogue between health care network, how it organizes the mental health care and more specifically to analyze the work processes in mental health care considering the existence or not of the care production, describe the actions in mental health care from the dialogue between ESF and CAPS, discuss how comprehensiveness in mental health care in the health care network is being carried out. Therefore, this research is qualitative from an analytical-critical perspective, that was chosen in view of its capability to support the understanding of social phenomena. The sample was composed of 12 subjects, 4 and 5 being professional and users of a psychosocial care center, 2 professionals and 1 user of a strategic family health, both of SERIV in Fortaleza. The systematic observation and interview were used as a method of data collection. Data analysis was based on assumptions of critical hermeneutic analysis. The analysis points to a defective interaction between the ESF and CAPS, and a professional unpreparedness, no one involved in this scenario assumes its responsibilities, causing users to roam in search of worthy service, often without success. Regarding work processes, there are many issues that have interfered in this context. Regarding work processes, there are many issues that have interfered in this context, such as unsatisfactory working conditions, lack of resources, insecure employment, issues that have negatively reflective in doing the work of professionals. With this, it is necessary to overcome the precariousness of labor relations, and urgently define a policy for training, preparing professionals to perform a more humane and committed.

Descriptors: Mental Health; Working process; Care.

LISTA DE SIGLAS

AM – Apoio Matricial

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CROA - Centro de Assistência à Criança

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GRUPSFE – Grupo de Pesquisa saúde Mental, Família, Práticas de saúde e Enfermagem

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Parada Cardiorrespiratória

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UECE – Universidade Estadual Do Ceará

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza | 38 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. DESPERTAR PARA O FENÔMENO, O OBJETO E SUAS INTERFACES..... | 14 |
| 1.1 Despertar para o fenômeno..... | 14 |
| 1.2 O objeto do estudo e suas interfaces..... | 15 |
| 3.0 REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 3.1 Redes assistenciais em saúde mental e suas estratégias para o cuidado..... | 22 |
| 3.2 Processos de trabalho: produção do cuidado e atores sociais nos cenários de atenção psicossocial..... | 28 |
| 4.0 METODOLOGIA | 39 |
| 4.1 Natureza do estudo | 39 |
| 4.2 Campo Empírico | 40 |
| 4.4 Técnicas de coleta de Experiências | 42 |
| 4.5 Análise e tratamento das descrições | 43 |
| 4.6 Aspectos éticos..... | 44 |
| 5.0 RESULTADOS: análise e interpretação dos achados..... | 46 |
| Temática 1- Articulação entre os dispositivos da estratégia saúde da família e o Centro de Atenção Psicossocial..... | 46 |
| Temática 2 - PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ruídos e tessituras na busca pela integralidade assistencial..... | 62 |
| 7. REFERÊNCIAS | 92 |
| APÊNDICES | 99 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE TRABALHADORES | 100 |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE USUÁRIOS | 101 |
| APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESF/CAPS | 103 |
| APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS..... | 104 |
| APÊNDICE E- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO..... | 105 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| ANEXOS | 106 |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 107 |

1. DESPERTAR PARA O FENÔMENO, O OBJETO E SUAS INTERFACES

1.1 Despertar para o fenômeno

A inquietação por respostas no campo da saúde mental surgiu ainda durante a formação acadêmica, especialmente no período do internato de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, onde tem-se a oportunidade de adentrar nos serviços com o objetivo de prestar atendimento e compreender suas dinâmicas de funcionamento. Desse modo, o interesse surgiu a partir do contato estreito com alguns serviços de atenção psicossocial do município de Fortaleza – CE, aproximação esta que tem instigado uma série de reflexões acerca dos serviços e de sua capacidade em cumprir com a nova proposta de produzir cuidado a partir do ato de insurgir-se contra as antigas práticas psiquiatrizantes socialmente construídas e difundidas em momentos passados, deixando ainda suas marcas no cotidiano assistencial.

Nessa perspectiva, o vínculo com o grupo de pesquisa “Saúde mental, família, práticas de saúde e enfermagem – GRUPSFE”, que, em virtude de sua grande experiência e renome, acrescidos ao longo de oito anos de investigações, que pode ser evidenciada pela ampla produção científica em conceituados periódicos pertencente às áreas de saúde mental e coletiva, saúde coletiva e enfermagem. A experiência de atuar como colaboradora junto ao grupo durante grande parte da vida acadêmica enquanto graduanda de enfermagem foi a grande mola propulsora para a descoberta e posterior interesse pela saúde mental nas suas mais amplas dimensões. Pude ainda participar de pesquisas financiadas que o grupo desenvolve, a citar - “Produção da Atenção à Saúde e suas Articulações com as Linhas de Cuidado do SUS e a Rede Assistencial e Saúde Mental” (2008-2014); “Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família e sua Interface com a Saúde Mental: os desafios em busca da resolubilidade” (2010-2012); “A Rede de Atenção Primária como elo de Integração da Saúde Mental com Ênfase no Matriciamento” (2008-2011) – sendo essa rica vivência de suma importância para ampliar meus horizontes enquanto

pesquisadora, uma vez que essa vasta produção científica relacionada ao tema da saúde mental e gestão tem mediado e fomentado as mais diversas discussões e construções acerca da temática em questão, sendo alguns de seus pesquisadores referência sobre o tema no estado do Ceará.

O presente estudo é parte de um recorte do projeto de pesquisa “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial”, financiado pelo CNPq e desenvolvido pelo GRUPSFE e que tem por objetivo principal avaliar a gestão do cuidado e atenção clínica aos usuários da rede de saúde mental acompanhados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-CE.

Diante do exposto e consonante com o que afirma Minayo (2008), o tema de estudo não surge de modo aleatório ou ainda pela mera vontade do pesquisador, mas sim por conta de questões sociais que lhe conferem relevância. Desse modo, o presente estudo surge por meio de anseios pessoais, que são frutos de questionamentos suscitados a partir do contato com os serviços de atenção à saúde mental e por isso objetiva compreender as articulações entre as redes assistenciais de saúde mental e os diversos níveis de atenção, a partir dos processos de trabalho da equipe de saúde mental.

1.2 O objeto do estudo e suas interfaces

Nos últimos anos, o adoecimento psíquico tem sido apontado como grande preocupação para a saúde coletiva, tendo em vista a sua crescente prevalência. Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS), (2001) mostram que aproximadamente 450 milhões de pessoas são afetadas por alguns transtornos de ordem psíquica, sendo esse tipo de agravo uma das dez principais causas de incapacidade no mundo.

O estilo de vida da sociedade contemporânea, frequentemente permeada por relações competitivas, bem como as condições insalubres como o desemprego, baixa renda, falta de acesso à saúde, educação, lazer e moradia

precárias que afligem parte da população, são situações geradoras de estresse e acabam favorecendo ao adoecimento psíquico.

Diante dessas questões acima citadas, o presente estudo pretende compreender como se articulam as redes assistenciais de saúde mental - que consistem em arranjos organizativos de interlocução entre os serviços - nos diversos níveis de atenção de modo a ofertar um cuidado pautado na integralidade e capaz de atender as demandas dos usuários, que clamam por resolutividade. Ainda nessa lógica, pretende-se lançar um olhar propositivo sobre o processo de trabalho, compreendendo de dificuldades e facilidades que podem interferir em uma assistência de qualidade e capaz de dar resposta às demandas dos sujeitos assistidos.

A ideia de transpor o paradigma médico-hegemônico - em que o cuidado em saúde mental é essencialmente centrado no médico e no uso medicamentoso - que há tempos imperou no cuidado prestado aos pacientes com transtorno mental, é um grande desafio imposto hoje à complexa aos serviços que se articulam para prestar cuidado aos acometidos pelo sofrimento psíquico. Um processo de tamanha magnitude visa especialmente transformar o usuário em sujeito principal de plano terapêutico, ao passo que modifica e desconstrói as relações de poder entre sujeitos e prestadores de serviço.

Essas lutas em busca da resignificação do lugar do “louco” na sociedade tem sua origem a partir da reforma psiquiátrica, movimento fortemente marcado pelos apelos uníssonos voltados para a construção de dispositivos e ferramentas capazes de produzir um cuidado integral em que seja contemplado o espaço comunitário em que o sujeito se insere e consolida suas relações, sendo assim, representa um marco no que se refere à desinstitucionalização do portador de transtorno mental, rumo a construção de sua cidadania. (DIMENSTEIN, *et al.* 2009)

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica desponta associada ao sentimento de liberdade que era viabilizado com a queda da ditadura e avanços significativos têm sido alcançados ao longo do seu processo de consolidação, dentre os quais se destaca a ênfase em um cuidado de base territorial e comunitária, que passa a contar com novos equipamentos e arcabouços teóricos, hoje imprescindíveis no

acompanhamento em saúde mental (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008; VASCONCELOS, 2010).

Diante desse contexto, as políticas públicas brasileiras de atenção à saúde mental têm buscado construir propostas de transformações por meio da ampliação dos equipamentos e espaços de cuidado. Dentre essas propostas, encontra-se a construção de uma rede de atenção articulando os diversos serviços disponíveis no território, inclusive a Estratégia de Saúde da Família (ESF), colaborando assim na oferta de uma assistência integral em saúde mental.

Este cuidado integral aqui tratado, diz respeito a compreensão da amplitude do sofrimento psíquico para além das questões orgânicas e a realização de procedimentos técnicos, mas sim considerando o meio biopsicossocial que o cerca e a saúde como um direito inerente ao ser humano (PINHEIRO E GUIZARD, 2004; CAVALCANTE, *et al* 2011).

Para tanto, é necessário que a atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), e atenção secundária, aqui representada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fortaleçam suas estratégias de articulação, proporcionando um estreitamento de seus laços dialógicos, viabilizando uma reestruturação dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, de modo que sejam superadas questões que ainda coexistem no cotidiano dos serviços, tais como as relações cotidianas sumarizadas, as precárias condições de trabalho das equipes e as gerências autoritárias e pouco qualificadas, responsáveis por produzir uma assistência gerida por uma lógica normalizadora e que pouco atenta para o usuário e suas necessidades, elementos norteadores para a proposta de uma atenção em saúde mental condizente com as propostas da clínica ampliada (JORGE, 2012).

A oferta de um cuidado integral em saúde mental, tão necessário para o alcance da clínica ampliada, ultrapassa os limites institucionais e burocráticos e se efetiva pelo compromisso reafirmado cotidianamente para com a educação continuada, o trabalho multidisciplinar e os processos de trabalho em saúde como meio de construção e emancipação dos sujeitos sociais (MACHADO, *et al.* 2007). Logo, a reestruturação dos processos de trabalho merece destaque como estratégia portante e necessária para se intervir efetivamente no campo da saúde mental

De acordo com o conceito de processo de trabalho em saúde, formulado por Mendes Gonçalves (1992), afirma que, o homem por meio de seu trabalho é capaz de produzir transformações no objeto em que atua de modo a alcançar uma finalidade já determinada. Assim sendo, no campo da saúde, esse processo de trabalho acontece a partir da interlocução entre os sujeitos envolvidos, no caso, usuários e profissionais, estando o trabalho destes atrelado a uma finalidade já pré-estabelecida, que é elevar a condição de saúde e qualidade de vida dos sujeitos que são o foco de sua intervenção. Alcançar este intento representa, sem dúvida, um grande desafio. Contudo, no que se refere ao campo da saúde mental o desafio é ainda maior, visto o grande histórico de exclusão e discriminação que foi imposto ao louco em nossa sociedade.

Schraiber (1993) afirma que a produção do cuidado a partir de processos de trabalho centrados no velho modelo médico-hegemônico limita “uma transição significativa na organização do trabalho em saúde”. O seguinte modelo impede e coage novas estruturas produtivas capazes de oferecer uma nova lógica aos processos de produção em saúde. Desse modo, a ausência de reestruturação culmina na reprodução dos antigos modelos, que resultam de modo invariável nos mesmos produtos.

Nesse contexto, pode-se nos dar conta do imenso desafio que se apresenta no cotidiano dos trabalhadores de saúde: a alienação acerca de seus processos de trabalho e somente a partir da compreensão desse fenômeno é que se pode coadunar forças para que se estabeleçam compromissos com as necessidades do usuário.

Mendes Gonçalves (1992) afirma que o trabalho consiste na transformação do objeto afim de produzir novos produtos dotados de uma finalidade. O objeto, aquele sobre o qual recai a ação transformadora, consiste em uma prévia do produto. No campo da saúde, o profissional exerce sua potência criadora por meio do trabalho de modo, não a atuar sobre, mas sim junto ao usuário para que suas demandas sejam resolvidas. Para tanto, ferramentas como acolhimento e vínculo, tecnologias leves, produtos das relações estabelecidas, colaboram para o alcance da resolubilidade assistencial.

Assim, pensar em um trabalho proativo cujos produtos sejam capazes de fazer frente ao caráter heterogêneo da subjetividade é primordial para que se

opere um novo cuidado em saúde. A autonomia e criatividade dos demais profissionais, que muitas vezes veem suas ações e práticas submetidas ao saber médico, acabam por ter seu potencial produtivo anulado. (MERHY, 2007). Sendo assim, gerir serviços de modo a garantir um caráter contra hegemônico é força motriz para a vinculação com o usuário, sejam estes individuais ou coletivos e resolução de suas demandas, ao passo que a construção pactuada de planos de intervenção é fruto de múltiplos olhares (SILVA, 2012).

Os processos de trabalho se configuram e se efetivam a partir das relações com o outro, desse modo se experimenta o fazer em saúde, e tem-se consciência de que este fazer implica diretamente em uma repercussão nas condições de vida dos sujeitos a quem se direcionam às ações. Sendo assim, o trabalho se organiza a partir do objetivo de semear um campo fértil para uma melhor qualidade de vida, pressupondo a transformação ou readaptação de situações preexistentes (SILVA, 2012).

Ao partir da ideia que o modelo de atenção à saúde mental sofreu inúmeras reorientações ao longo dos anos, admite-se que reestruturar saberes e práticas já instituídos em saúde mental é uma urgência que faz frente a necessidade de um cuidado que não reduza os sujeitos à objetos, mas que considere suas necessidades, as transformações e o impacto gerado pelas intervenções, restituindo o sujeito de sua singularidade (AYRES, 2001; PITTA, 2011).

Desse modo, o trabalho morto, “já realizado e coagulado no produto” (MERHY, 2007), dá vez ao trabalho vivo, em que o sujeito experiencia a liberdade máxima na sua criação. Subjetividades, vivências e conhecimentos aditados fazem parte do processo e conferem características singulares ao modo de produzir cuidado.

O trabalho vivo em ato pressupõe ação, isso por que se realiza a partir da capacidade criativa do trabalhador, permitindo sua livre expressão para inventar. Esse tipo de trabalho opera por meio de certos elementos de caráter material, mas também imaterial, a saber as tecnologias leves do cuidado, que se baseiam a partir das relações e do diálogo para atender as demandas cotidianas daqueles que buscam o serviço.

Em contrapartida ao “trabalho vivo” existe o “trabalho morto”, que se relaciona a matéria prima ou ainda às ferramentas a serem usadas. Assim sendo, percebe-se que o trabalho morto se baseia em estruturas protocolares de pouca criatividade e reflexão, devendo o trabalho em saúde ser impreterivelmente fundamentado no trabalho vivo.

2.0 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender, por meio da análise dos processos de trabalho e do diálogo entre as redes assistenciais, como se organiza o cuidado em saúde mental

2.2 Específicos

Analisar os processos de trabalho em saúde mental considerando a existência ou não da produção do cuidado

Descrever as ações em saúde mental a partir do diálogo entre ESF e CAPS

Discutir como a integralidade no cuidado em saúde mental nas redes assistenciais está sendo efetivada

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Redes assistenciais em saúde mental e suas estratégias para o cuidado

As atuais redes assistenciais de saúde mental surgem a partir da necessidade imperiosa de rompimento com o antigo referencial médico-hegemônico, responsável por institucionalizar e cronificar os sujeitos acometidos pelo adoecimento psíquico (ONOCKO-CAMPOS, 2011). Esse antigo modelo de atenção inviabilizava as trocas sociais e não gerava impactos significativos nas condições de saúde em geral, apenas mascarando o problema. Desse modo, a construção e fortalecimento de redes que promovam uma interlocução entre os diversos serviços que compõem o território é uma importante ferramenta para a oferta de um cuidado resolutivo que permita a reconstrução da identidade social e desinstitucionalização do louco, viabilizando ainda o uso dos próprios dispositivos que a comunidade oferece (QUINDERÉ e JORGE, 2010).

A reforma psiquiátrica, marco histórico no que se refere às redes assistenciais de saúde mental, traz consigo um novo olhar sobre o processo de cuidar, lançando mão de estratégias de inserção do sujeito doente no seio social, inclusive familiar. A ideia da rede substitutiva nasce com força a partir da década de oitenta com uma finalidade para além da desospitalização, mas também da desinstitucionalização dos sujeitos (ZAMBENEDETTI e PERRONE, 2008). E é para esse sujeito que pensa, sente e sofre que vão se estruturando novos dispositivos capazes de acolhe-lo e enxerga-lo para além de um corpo doente ou uma mente desorganizada.

Em 1992, a segunda conferência brasileira de saúde mental aponta como fundamental a construção de dispositivos sanitários e sociais capazes de lançar um olhar ampliado sobre o indivíduo em sofrimento psíquico, olhar esse capaz de considerar as diversas dimensões do sujeito e os mais variados contextos em que ele se insere, dando margem para novas intervenções e ressignificação das práticas em saúde mental (ZAMBENEDETTI e PERRONE, 2008).

A partir disso, a redução de hospitais psiquiátricos, estratégia preconizada pelas políticas que norteiam as ações no campo da saúde mental, foi acompanhada pela criação de estruturas capazes de dar subsídio e acolhida aos seus egressos, dando início à um processo de reintegração social e familiar, de reconstrução da autonomia e fortalecimento das potencialidades e cidadania, como por exemplo os centros de atenção psicossocial.

Logo, uma rede de cuidado tem sido conformada com a finalidade de dar conta desse processo de desinstitucionalização e é composta por equipamentos e dispositivos terapêuticos tais como o programa de volta para casa, a construção de residências terapêuticas, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, acolhimento na rede básica de saúde, oportunizado por meio do apoio matricial e ainda a construção dos centros de atenção psicossocial, que atuam como uma espécie de ordenador dessa rede de cuidados em saúde mental. A implantação desses serviços tem ritmo próprio e é conduzido em velocidades singulares de acordo com a necessidade de cada município, levando em consideração ainda suas diferentes implementações no que diz respeito à tempo e espaço (BRASIL, 2005; ZAMBENEDETTI, 2008). Esses dispositivos conformam uma rede de cuidados, em tese, articulada e potente para agregar outros dispositivos sócio-comunitários.

O CAPS - serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas em sofrimento psíquico - surge nesse contexto de transição como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e passa a ordenar as ações de saúde mental e estabelecer articulação com os demais níveis de atenção, gerindo e configurando redes de cuidado, tendo em vista a prestação de atendimento clínico aos portadores de transtornos mentais, exercendo um trabalho que tem como eixo central a reinserção social do indivíduo na sua comunidade por meio de ações intersetoriais. É a porta de entrada da rede de saúde mental, mantendo articulações com todas as demais redes de cuidado (FIGUEIREDO e ONOCKO- CAMPOS, 2009; BRASIL, 2005).

A criação do CAPS direciona a assistência em saúde mental para o que Cecílio (1994) chamaria de uma clínica ampliada, que representa a capacidade de transcender o cuidado centrado na doença, onde os sujeitos são reduzidos a meros diagnósticos. O CAPS passa então a ser ordenador de uma

rede de cuidados em saúde mental que se estabelece em um território vivo e potente, onde as relações de cuidado, ainda que muitas vezes permeadas por tensões, buscam um resgate da autonomia de seus usuários. A compreensão do cuidado extrapola então o uso dos fármaco-químicos na medida em que não se busca mais conter a subjetividade, mas sim ressignificar práticas tendo vistas a um cuidado que é produzido e consumido em ato através das tecnologias leves de cuidado, que como afirma Merhy e Franco (2003) são indispensáveis para a corresponsabilização e construção de uma rede de cuidado.

Essa estruturação do serviço a partir de uma rede de conversação eleva a capacidade dos mesmos de se organizar de modo a ofertar um cuidado condizente com as demandas de seus usuários, ampliando sua capacidade e criatividade de atuação. A articulação entre os diversos equipamentos constituintes da rede permite uma interlocução das ações, dos saberes, das potências, da criatividade, ampliando os seus modos de intervir no território e nos indivíduos.

Na atualidade, forças e esforços têm sido voltados a fim de construir espaços de diálogo e educação permanente entre os serviços que ofertam cuidado em saúde mental, especialmente ESF e CAPS, desenvolvendo novas estratégias de cuidado tendo em vista a produção de uma resolubilidade assistencial (BADUY et al, 2011). A integração dos diversos serviços de modo que possam atuar em rede pode colaborar para superar a fragmentação da atenção, conferindo-lhe um caráter resolutivo. Isso se deve especialmente por que uma rede de atuação coesa, que agrega diversos dispositivos que dialogam entre si tem maior possibilidade para atuar frente às situações de adoecimento (MENDES, 2011).

Por vezes, as demandas dos sujeitos esbarram na limitação resolutiva de alguns dos serviços de saúde, o que afeta a qualidade do cuidado ofertado e na satisfação do usuário, dificultando e precarizando o vínculo entre profissional e usuário. Situações como essa exigem estratégias de conjuntas entre os diversos serviços de saúde, a fim de que um possa dar suporte ao outro conforme seja necessário para atender a demanda de seus usuários, construindo assim uma rede de cuidado.

Logo, os serviços de saúde, quando atuam de modo isolado, encontram uma série de limitações estruturais para a efetivação de sua prática, fazendo que em um dado momento as possibilidades de intervenção sejam esgotadas naquele nível de atenção, caso não haja um diálogo oportuno, o sujeito acaba não encontrando resolução para as suas demandas. No caso da saúde mental, por exemplo, o CAPS atua como ordenador de uma rede de cuidados, contudo nem todas as situações que se apresentam no campo da saúde mental, conseguem ser resolvidas nesse serviço, necessitando então da articulação com a rede.

A expansão do número de CAPS tem sido fundamental para dar suporte ao processo de desospitalização e manter os avanços inerentes a reforma psiquiátrica, porém é necessário considerar a incapacidade desses serviços de abranger todos os portadores de transtorno mental. Esta inabilidade decorre especialmente da grande demanda que busca por atendimento, bem como as dificuldades técnicas e operacionais geradas pelo baixo número de serviços e profissionais, logo, a estruturação da rede de atenção também se mostra potente no sentido de “dar conta” dessa demanda emergente (QUINDERÉ, 2014).

Franco (2006) afirma que todo cuidado em saúde sempre se produz em rede, o que se consolida por meio de articulações reais entre as unidades de saúde nos seus diversos níveis, de modo a proporcionar uma confluência de saberes entre as equipes, com o partilhamento de suas práticas, as subjetividades, remetendo a ideia de ligação e interdependência.

Nesse sentido, o arranjo organizacional do apoio matricial (AM) ou matriciamento, formulado por Campos (1999), surge com o objetivo de aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde. Este arranjo propõe uma reformulação no modo de organização dos serviços, e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares da atenção primária, favorecendo assim a conexão em rede.

O apoio matricial ou matriciamento – que consiste em um suporte teórico pedagógico realizado pela equipe do CAPS e direcionado às equipes integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir disso, inicia-se um processo de

responsabilização em que a equipe de referência passa a ser incumbida de conduzir e dar resolução à casos mais leves ao longo do tempo, isso é, um cuidado longitudinal, fortemente arraigado ao acolhimento e vínculo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Desse modo, se apresenta como estratégia eficaz na perspectiva da conformação da rede de cuidados em saúde mental, uma vez que consiste em um suporte teórico pedagógico e técnico que propõe a capacitação de uma equipe de referência (equipe da ESF), tornando-a capaz de aproximar o cuidado em saúde mental do cotidiano da Estratégia de Saúde da Família (TÓFOLI e FORTES, 2007).

Figueiredo e Onocko- Campos (2009) evidenciam em seus textos que um cuidado em saúde mental tem ampla potência para ser produzido no contexto da atenção primária. A ESF, portanto, é uma grande aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, colaborando para organizar os fluxos e reduzir a superlotação dos CAPS, uma vez que grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem, a princípio, uma demanda que de fato explique a necessidade de uma atenção especializada. Logo, os usuários com transtornos mentais passam a ter a oportunidade de serem atendidos e acompanhados nas unidades básicas de saúde.

Essa estratégia de partilhar o cuidado em saúde mental, fazendo com que esses casos passem a integrar o cotidiano da Atenção Primária à saúde (APS), permite que as necessidades individuais de cada sujeito sejam contempladas e que novas estratégias sejam criadas para que essa atenção seja efetiva. Logo, o modelo de atenção perde seu foco na hospitalização e uso indiscriminado de medicamentos, passando a atuar a partir de ações de base territorial e comunitária, capazes de resgatar a autonomia e singularidade dos sujeitos (CAVALCANTE et al., 2011).

Contudo, para que a proposta torne-se notadamente eficaz, são necessários investimentos por parte da gestão de modo a viabilizar os processos, uma vez que eles não se concretizam sozinhos, sendo imperioso que os profissionais de saúde que atuam nos serviços estejam engajados e motivados com o projeto. Logo, o modo de atuar da gestão frente a essas necessidades pode fortalecer ou desfalecer a organização dos serviços, representando um

caminho ou ainda um descaminho para a atenção a depender de suas ações (MORAES, 2013).

O matricamento em saúde mental tem contribuindo com a proposta de reinserção social, ao passo que viabiliza e fortalece a articulação dos serviços dentro da rede. Ele permite que os portadores de transtornos leves sejam acompanhados na Unidade Básica de Saúde pela equipe de saúde da família do seu território. Assim, o cuidado é produzido por meio de uma rede que favorece uma redução da sobrecarga da demanda dos CAPS, na medida em que proporciona a apropriação dos profissionais da rede básica de saúde acerca da saúde mental e suas questões, tornando-os catalisadores do processo de reabilitação e reinserção social desses indivíduos. A rede então lança mão de uma variedade de estratégias de modo a se alcançar a resolutividade assistencial.

A oferta de um cuidado em rede proporciona assim uma atenção longitudinal, colaborando para a integralidade das ações, prevendo uma assistência que acontece ao longo do tempo e desta forma permite um amplo conhecimento do usuário e das suas condições de vida, favorecendo a pactuação de ações condizentes com a sua realidade social (BARATIERI e MARCON, 2011). Assim, a longitudinalidade, atributo da atenção primária à saúde, é conceito fundamental quando se trata do cuidado em saúde.

No entanto, apesar dos notórios avanços no campo da saúde mental, as lógicas de trabalho e a articulação entre os serviços acabam, muitas vezes, subvertida e segundo Mendes (2011), essa estrutura, qualifica os sistemas de saúde como fragmentados, na medida em que o mesmo se organiza a partir de serviços isolados, que operam suas ações de modo hegemônico e avulso, limitando uma assistência comprometida com a longitudinalidade do cuidado e integralidade das ações. No campo da saúde mental, essas estruturas ainda convescem com este entrave, sendo, em grande parte das vezes, suas ações permeadas por práticas institucionalizantes, responsáveis por arraigar nas práticas e discursos dos profissionais de saúde, bem como das pessoas em geral, a ideia de segregação, marginalização e desresponsabilização pela saúde mental.

Conforme Quinderé e Jorge (2010), essa nova conjuntura que vivencia atualmente o campo da saúde mental a partir de uma atenção em rede, permite a transformação da prática em *práxis*, sendo desse modo a ação transformadora das condições concretas da existência, permitindo aos profissionais de saúde uma reflexão crítica acerca de suas ações e posturas frente ao cuidado do usuário em sofrimento psíquico.

Contudo, embora dando espaço a essas novas práticas, que julgam-se ser realizada de modo consciente, sendo alvo frequente de sua reflexão, tem se mostrado insuficiente para desconstruir no imaginário social a ideia de segregação e improdutividade que se associa ao indivíduo com sofrimento psíquico. Ao contrário do que se poderia imaginar, essa visão é fortemente arraigada no imaginário dos profissionais de saúde, dando a suas práticas um forte caráter institucionalizante e medicalizante, o que acaba por viabilizar uma despotencialização dessa articulação em rede.

A construção de uma rede que agregue serviços de saúde em geral aos serviços de saúde mental e comunidade mostra-se como importante para a construção de projetos terapêuticos singulares, ampliando a possibilidade de oferta de de um cuidado resolutivo. A mera existência de dispositivos e equipamentos de cuidado não garantem a conformação de rede, tendo em vista que ela pressupõe uma pactuação e colaboração contínua em busca da autonomia do sujeito com transtorno mental. (SCHNEIDER, 2009; BRASIL, 2005; ZAMBENEDETTI E PERRONE, 2008). Partindo das questões, pode-se inferir que a construção de uma rede pactuada e integrada tem potencialidade ímpar no que diz respeito a um cuidado integral e resolutivo, capaz de dar conta das demandas trazidas por seus usuários. Sendo assim, pensar a construção de uma rede assistencial comprometida com as demandas do sujeito e sua resolutividade exige que os serviços se organizem e se articulem de modo a contemplar este intento.

3.2 Processos de trabalho: produção do cuidado e atores sociais nos cenários de atenção psicossocial

Para dar início a uma discussão acerca de processo de trabalho, necessita-se ter uma compreensão do que é trabalho. Para Marx (1988), o trabalho pode ser traduzido como a transformação de um dado objeto, que, por conseguinte dará origem a certo produto. O trabalho então é guiado por um complexo que envolve técnicas e saberes responsáveis por definir o que fazer e como fazer. Logo, é uma atividade permeada de intencionalidade na medida em que se investe a energia necessária para se obter um produto a partir de algo que havia a priori (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O trabalho então acontece em virtude da pretensão de se produzir algo, e este algo é operacionalizado por meio de ações transformadoras que emanam a partir de condições dadas. Percebe-se assim, que os carecimentos impulsionam a energia transformadora do trabalho, de modo que ela atue e produza resultados capazes de dar resposta aos problemas apontados (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A nova conjuntura oportunizada pelo movimento de reforma psiquiátrica demanda novas ações no campo da saúde mental, implicando também modificações nos processos de trabalho, de modo que os mesmos se ancorem na compreensão das dinâmicas sociais, viabilizando-os como meios pelos quais se é capaz de modificar as realidades dos sujeitos em questão. Esse trabalho humano, que é em sua natureza permeado de intencionalidade, objetiva transformar a realidade dada em que o paciente em sofrimento psíquico é encarado como indivíduo que se posiciona à margem das construções sociais, de modo a atingir uma nova consciência de si e desse outro como sujeitos desejantes, que produzem, que anseiam e sonham.

No campo da saúde, o processo de trabalho é determinado por uma série de saberes e práticas que se organizam a partir das relações sociais estabelecidas pelos sujeitos do processo em questão, aqui representados pelos profissionais, usuários e familiares. Tendo em vista o caráter subjetivo imanente a cada um desses sujeitos, seja na sua individualidade ou na relação com o outro, fica implícita a ideia que indivíduos diferentes tem necessidades socialmente produzidas de modos dessemelhantes e, conseqüentemente, para que sejam satisfeitas deve-se lançar mão de estratégias condizentes a cada caso (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Cecílio (2001), afirma que, no tocante a saúde, as necessidades podem ser dispostas segundo quatro aspectos: ter uma boa qualidade de vida, importância de se poder acessar toda tecnologia disponível no campo da saúde afim de que se possa melhorar a vida e torá-la longa; valorização e reconhecimento da impreteribilidade da criação de vínculos reais e sólidos entre o usuário e o serviço onde é atendido (profissional e/ou equipe); e por fim, o quarto aspecto diz respeito a necessidade e importância de se desenvolver graus de autonomia de modo que os indivíduos possam ser sujeitos de sua própria história.

Observa-se de tal modo que atender as demandas de saúde trazidas ao serviço representa sempre um grande desafio, dada a complexidade que lhes é conferida em virtude do seu caráter iminente subjetivo. Não existe um manual prescritivo que enumere passos para uma operacionalização da prestação do cuidado. A relação com o outro e a construção intersubjetiva que emana desse encontro não cabe dentro de protocolos, na medida em que exige dos profissionais de saúde ações criativas, inovadoras nos seus processos de trabalho, de modo que sejam capazes de viabilizar graus de autonomia aos usuários.

Sobre isso, Ayres (2001) nos chama a atenção para uma questão valiosa: a necessidade de reconstruir/reestruturar saberes e práticas engessados em saúde, que consistem na mera reprodução indiscriminada de práticas institucionalizantes, limitando o cuidado à simples execução técnica, que tem como objeto de intervenção a doença e não o usuário, que é portador de identidade e características únicas, que tem uma família e é inserido em um meio social. Ao subvalorizar essas variáveis, pode-se perder uma grande potencialidade terapêutica, além de coagir e submeter os sujeitos ao saber técnico de tal modo que os prive quase que integralmente de sua singularidade.

Em meio ao desafio de ofertar um cuidado que transcenda a mera execução técnica, tem sido clara a necessidade de reorganização e mudanças nos processos de trabalho em saúde, sendo por isso necessário a desconstrução da ideia da figura do médico como eixo central para operar o cuidado (FRANCO, 2007). Essa ideia, fortemente influenciada pelo modelo médico-hegemônico, se relaciona intimamente à capacidade prescritiva denotada à figura médica, o que

fragiliza as relações de trabalho, bem como inviabiliza a autonomia e as potencialidades dos demais profissionais.

Além do entrave acima citado, uma outra questão impera no cotidiano dos serviços de saúde, despotencializando a relação terapêutica entre profissional-usuário, na medida em que precariza a oferta de cuidado: a alienação dos profissionais acerca do seu próprio processo de trabalho. (FRANCO, 2006). Esse alheamento acerca dos seus próprios processos de trabalho está em grande parte ligadas a realização de ações compartimentadas e sem nenhuma integração profissional, que, em sua maioria, decorrem da forte influência da lógica taylorista de produção e gestão dos serviços.

O modelo taylorista passou a ser amplamente difundido no início do século XX e sua aplicação se ampliou de tal modo que passou a ser incorporada no setor de serviços, gerando reflexos no processo de trabalho em saúde. A partir dele, o tempo passa a ser controlado e o trabalho passa a ser dividido de forma parcelar a fim de aumentar a capacidade produtiva dos serviços em uma menor fração de tempo (RIBEIRO, 2004). Sua metodologia baseada na simples reprodução de passos “inviabiliza os espaços de diálogo, de discussão entre os trabalhadores, a troca de informações e de conhecimentos”, o que reduz sua capacidade de resolver problemas e solucionar demandas (SHIMIZU E CARVALHO JR., 2012).

Segundo Rodrigues e Assis (2005), essa mecanização taylorista se deve, em parte, ao fato de que a lógica da produção e oferta de serviços em saúde se baseia no objetivo que se pretende alcançar. Portanto, as ações embasadas no modelo biologicista visam a cura, “orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde”. Contudo, no campo da saúde mental este tipo de produção não é capaz de dar resposta às demandas dos sujeitos que buscam por atendimento, uma vez que trabalhar o sofrimento psíquico consiste em uma construção peculiar entre profissional e usuário.

Essas questões têm influenciado o trabalho em saúde, infligido à dinâmica assistencial certos sofrimentos a partir da inserção um grande arsenal tecnológico – máquinas - no cotidiano do cuidado. Assim, isso tem favorecido a sobreposição das tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias

leves, ditas tecnologias das relações (MERHY, 2002). A subvalorização do caráter humano e, conseqüentemente, relacional no processo de cuidar, tem acabado por reduzir as ações em saúde à mera execução técnica, inviabilizando a produção de um cuidado individualizado e resolutivo (THOFEHRN. et al, 2011).

O cuidado em saúde mental é marcado por encontros entre usuário e trabalhador/profissional de saúde, podendo esses serem proativos ou não. O fato é que este encontro entre os sujeitos marca o “trabalho vivo em ato”, descrito por Merhy (2007), cuja sua essência se baseia na corresponsabilização entre os sujeitos implicados, operando o cuidado por meio da escuta qualificada, do acolhimento, vínculo.

Para um cuidado em saúde mental comprometido com o trabalho vivo em ato se faz necessário o uso de tecnologias que vão guiar esse trabalho de produção. Essas tecnologias são representadas pelo encontro entre os sujeitos e seu diálogo, os conhecimentos técnicos-teóricos já estruturados - a clínica, a epidemiologia e os diagnósticos - e ainda as máquinas; essas tecnologias denomina-se respectivamente “tecnologias leves, leve-duras e duras” (MERHY, 2006).

Logo o agir em saúde é primordialmente mediado pelo diálogo, aqui representado pelas tecnologias leves. Essa dimensão relacional proporciona construções intersubjetivas entre usuários e trabalhadores, agenciando mudanças no modo de atuar dos serviços. Novas estratégias são criadas e afetos produzidos, dando origem a novas implicações aos sujeitos envolvidos a partir desse encontro (MATUMOTO, 2003).

Muitas são as dificuldades na efetivação da mudança nos processos de trabalho em saúde mental, dentre elas destaca-se que a organização do trabalho está intimamente relacionada à qualidade de vida dos trabalhadores e do trabalho que lhe cabe executar. O sofrimento do trabalhador é potencializado através de sua inserção em estruturas rígidas de trabalho que subvertam sua capacidade subjetiva de criar e agir (SHIMIZU E CARVALHO JR., 2012).

Logo, as questões acima citadas colaboram com a alienação dos profissionais acerca do seu processo de trabalho, caracterizada por meio da ausência de reflexão crítica, bem como a ignorância a respeito dos paradigmas

responsáveis pela construção social de sua prática, o que acabam por podar a disposição de produzir um cuidado não no sentido de calar e aprisionar a subjetividade dos sujeitos, mas sim de dar voz ao outro - que durante muito tempo foi incitado a crer que era mudo – de modo a conferir potência aos encontros (GAIVA e SCOCH, 2004; THOFEHRN. et al, 2011).

Logo, não é possível renegar o fato de que o ato de cuidar do outro sempre pressupõe interação entre duas ou mais pessoas, e o mero fazer técnico e compartimentado não é capaz de dar conta da complexidade dos conflitos e tensões inerentes a essas relações. O caráter idiossincrático dessas relações acaba gerando desgastes ainda mais acentuados caso o profissional não seja capaz de compreender e considerar as vivências de sofrimento que esse usuário enfrenta e que são geradas muitas vezes desde sua condição social até o acesso aos serviços de saúde (MACEDO, 2007).

Portanto, fica notória a necessidade de relações mais próximas entre usuários e profissionais, uma vez que isso proporciona uma ressignificação de suas práticas de cuidado, ampliando o escopo de suas ações. O estabelecimento de relações verticalizadas em saúde, fato que ocorre especialmente nas comunidades em condições de vida mais precárias, reduz notoriamente a capacidade de diálogo entre os sujeitos, dando um caráter secundário às dimensões individual, econômica e social dos usuários a ponto de comprometer a viabilidade da construção dos planos terapêuticos resolutivos eficazes (KRUG et al, 2010).

Autores como Krug (2010) e Macedo (2007), apontam como caminho para sanar estes conflitos a construção de novas possibilidades de diálogo, permitindo que as diferenças sociais sejam contempladas e adequadamente trabalhadas, dando novo caráter valorativo aos processos de trabalho em saúde mental. Logo, abrir espaço para que haja essa construção intersubjetiva favorece os usuários do serviço, que passam a ter suas demandas contempladas, ao passo que permite que os profissionais ampliem suas ações de cuidado.

Pires et al. (2009) e Ribeiro et al. (2004) comungam a ideia que o trabalho em saúde é importante para os sujeitos, tendo como característica importante o fato de seus produtos serem imateriais, resultando em uma construção intáctil em que os sujeitos envolvidos articulam-se e pactuam entre si.

Este trabalho, muitas vezes, tem um caráter coletivo, especialmente no sentido de ampliar possibilidades de cuidado, sendo realizado por diversos profissionais.

Gaiva e Scoch (2004) corroboram as autoras acima ao afirmarem que o caráter multidisciplinar da equipe não garante por si só um cuidado integral e para que esse intento seja alcançado, mais do que multi, a equipe deve ser interdisciplinar, o que segundo Merhy (2005), acaba estabelecendo um elo em que vários e distintos saberes se agreguem de modo complementar afim de dar conta da complexidade que o agir em saúde representa.

A prática interdisciplinar confere a equipe de trabalho potência capaz de (re)inventar e (re)significar suas práticas e essa ação processual acaba por disparar movimentos transformadores da realidade em questão (QUINDERÉ, JORGE, 2010). O grande desafio, entretanto, se deve a uma captura dessa potência geradora em favor de uma lógica de capital em que se preconiza a mera reprodução técnica e produção numérica através de ações parcelares, em detrimento da construção de espaços sociais emancipatórios e relações de cuidado pautadas no respeito e corresponsabilidade. O trabalho vivo em ato, que dá amplas oportunidades para que o trabalhador produza um cuidado usuário-centrado, vê suas possibilidades enclausuradas por uma formação racionalista, firmada em saberes estruturado e pobre em reconhecer e produzir intersubjetividades (BAUMAN, 2001; QUINDERÉ E JORGE 2010; MERHY e FRANCO, 2003; CECILIO, 1994).

Mesmo reconhecendo a grande capacidade que o olhar interdisciplinar tem de formular e construir novas abordagens, ainda evidencia-se as ações de saúde podadas pela intensa dificuldade que os profissionais tem de reconhecer e lidar com a subjetividade dos usuários. Ainda nesse contexto, desça-se os entraves na articulação de saberes dos diversos profissionais, o que acaba por comprometer a formulação de estratégias de cuidado eficazes.

Destaca-se nas falas a Integralidade da atenção e suas perspectivas para a resolubilidade do cuidado em saúde mental, exigindo que a integralidade em saúde exige que se estabeleça a produção de um cuidado que agregue proteção, prevenção, promoção, cura e reabilitação, fazendo uso dos mais diversos dispositivos de que o sistema de saúde dispõe de modo a garantir o acesso dos usuários (FRANCO, 2007).

Franco (2007) afirma ainda, que o cuidado integral se constrói através da capacidade que o profissional tem de acolher, se responsabilizar e estabelecer relações propositivas com aqueles que buscam atendimento. Essa produção do cuidado tem sentidos e significados voltados para a compreensão de saúde como um direito inerente a cada indivíduo, sendo o indivíduo o enfoque central da terapêutica.

Contudo, esse cuidado integral tem sido tolhido em muitos cenários. Sobre isso, Merhy (2002) afirma em seu discurso que o setor saúde vivencia uma crise fortemente influenciada pelo modelo médico-hegemônico e o uso predominante de tecnologias duras. Em consequência de ações como essas, os sujeitos que vão em busca de atendimento acabam destituídos de sua autonomia, o que reforça a construção de relações de poder, em que o usuário é o ser desprovido de conhecimento e que necessita do profissional para elevar sua condição de saúde.

Silva (2012), afirma que estas relações de poder implicadas no ato de cuidar nascem a partir do imaginário que percebe a cura como algo que depende do outro, e aqui este outro é representado pelo profissional de saúde que, com suas práticas preceituadoras do viver, impede o sujeito de partilhar a construção e trajetória de novos caminhos de vida, em que ele assume para si o protagonismo pelo seu cuidado.

Segundo Merhy (2012), a construção desse novo modelo assistencial está intimamente ligada à discussão e construção de novos arcabouços teóricos, capazes de dar sustentáculo aos processos de trabalho de modo que os trabalhadores, guiados por uma produção desejante, além de gerar cuidado possam ser meio de produção de vida (DELEUZE, GUATTARI, 2010). Ainda sobre isso, Jorge et al (2012) trazem em seu texto que a construção intersubjetiva entre profissional-usuário-familiar é de fundamental importância para tentar ir em sentido contrário às ações que favorecem a cronificação e destitui os indivíduos da sua condição de sujeito.

Quando trata-se de sujeitos em saúde, logo remete-se à definição de clínica por Campos (2001), especialmente no que se refere a clínica ampliada, que supera as lógicas da clínica degradada baseada na queixa-conduta e a clínica tradicional, em que o usuário é reduzido à doença, não sendo agregadas

noções de cuidado, prevenção ou reabilitação. Ainda segundo Campos (2001), a clínica ampliada prima pela autonomia do sujeito e nega absolutamente a sua mera redução biológica, dando um caráter integral ao processo de cuidar. Aqui o indivíduo passa a ser visto e tratado como ser que emana das condições e situações em que está inserido, sendo desse modo um ser biopsicossocial.

Ao pensar em um ser complexo que carrega consigo demandas específicas e impregnadas de significado próprio, depara-se assim, de modo claro com a incapacidade e conseqüente falência do modo hegemônico- biologicista de dar resposta às necessidades e angústias que os usuários trazem ao serviço. Não se pode ainda, ponderar a prestação um cuidado integral que agregue características como singularidade e resolutividade, sem pensar na micropolítica do trabalho em saúde, especialmente no que diz respeito à responsabilização e compromisso do profissional para com o usuário e o reestabelecimento da sua condição de saúde. (MERHY, 2002)

Logo, Castro e Pereira (2011) chamam a atenção para a complexidade do cuidado dito integral que se relaciona diretamente com a dimensão existencial do vivido e a não satisfação das demandas que o usuário traz consigo acaba o tornando vulnerável socialmente, o que reflete diretamente na sua condição de saúde.

Ainda segundo Pinheiro e Guizardi (2004), cuidar supera a mera execução técnica e o uso dos saberes já estruturados em saúde, sendo encarado como “o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento”. Assim, a integralidade atua como um arranjo na busca de superar o velho paradigma representado pelos poderes instituídos e reiterados no cotidiano dos serviços de saúde através de práticas reducionistas e institucionalizantes.

O espaço de cuidado se conforma a partir de uma relação de acolhimento entre profissional-usuário, sendo este encontro mediado pela necessidade do usuário e o saber profissional. É nesse processo de relações que a produção do cuidado se constrói, dando espaço para a sensibilidade e subjetividade dos sujeitos em questão (CASTRO e PEREIRA, 2011).

É necessário compreender o usuário, explorar a subjetividade que ele carrega e a partir disso identificar de que modo essas questões se relacionam com o processo de saúde e doença.

A integralidade, para que se torne uma realidade no cotidiano dos serviços, necessita que a produção do cuidado seja fundamentada pelas tecnologias leves, como o acolhimento, vínculo e escuta qualificada, sendo, desse modo, instrumento de realce e mediador das relações de cuidado.

Acolhimento, vínculo e corresponsabilização, segundo Amarante (2007) e Sakata et al. (2007) emergem no cotidiano das práticas assistenciais como dispositivos indispensáveis para a prestação de um cuidado integral que seja capaz de proporcionar uma resolubilidade assistencial que sobrepuje as relações verticalizadas e o processo de medicalização, trabalhando sempre na perspectiva do desenvolvimento de potencialidades e construção da autonomia dos sujeitos.

No cerne das ações de saúde mental o passo inicial e mais importante de cuidado é a desconstrução do modelo hospitalar de assistência, ao passo que se busca construir dispositivos terapêuticos substitutivos. Esses dispositivos não dizem respeito apenas as ferramentas disponíveis nas diretrizes assistenciais mas também englobam espaços comunitários onde possa ser construído um processo de ressocialização (DUTRA E ROCHA, 2011)

O cuidado em saúde mental exige em seu bojo o uso de tecnologias que transcendam o modelo biomédico para lidar com a subjetividade e experiência de indivíduos que vivenciaram longas trajetórias de confinamento, exclusão social, estigma, improdutividade, marginalização e institucionalização. Sendo assim, a busca pelo resgate de uma identidade social, o direito a cidadania e a construção de novas possibilidades de vida, são pontos primordiais e ao mesmo tempo um grande desafio que deve ser enfrentado em conjunto por profissionais e usuários (DUTRA E ROCHA, 2011).

Essa relação estreita que é formada entre profissional e usuário representa uma via de mão dupla para os envolvidos, uma vez que permite ao usuário se sentir amparado nas suas inquietudes ao passo que potencializa a eficácia do trabalho daquele.

O trabalho desenvolvido nessa perspectiva implica diretamente na compreensão dos indivíduos como sujeitos do seu processo de saúde e doença, trazendo para si a responsabilidade para consigo. Obviamente, em meio a essa construção dialógica fica claro o compromisso da equipe de saúde com a resolutividade das demandas explicitadas, porém essa responsabilidade passa a ser compartilhada entre as partes envolvidas.

4.0 METODOLOGIA

4.1 Natureza do estudo

O estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa. A presente escolha se deu com vistas a compreender o fenômeno social, seus sentidos, significados e intencionalidades, dando conta das relações, percepções e sentimentos, de modo a ofertar ao pesquisador subsídios para que o mesmo seja capaz de adentrar e compreender a complexidade do universo estudado (MINAYO,1999).

Segundo Minayo (1999, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Assim sendo, adentrar no universo simbólico das relações sociais exige instrumentos e técnicas sensíveis às condições encontradas nos cenários de estudo, tornando possível assim captar o fenômeno a que se pretende compreender. A pesquisa qualitativa oferta então o amparo necessário para apreender os sentidos e significados em um universo subjetivo, portanto, complexo, a partir dos discursos de profissionais de saúde e usuários acerca do nosso objeto de estudo que é a compreensão acerca da constituição da rede assistencial e dos processos de trabalho em saúde mental.

Logo, a partir da pesquisa qualitativa busca-se por meio da interpretação alcançar o conteúdo por trás daquilo que é manifesto (Minayo, 2003). Os discursos dos sujeitos e as anotações provenientes da observação sistemática devidamente registradas em diário de campo atuarão como matéria prima para a análise, caracterizando o fenômeno descrito por Demo (1998), em que a pesquisa qualitativa é marcada pela interdependência entre pesquisador e objeto de estudo. O pesquisador, sendo também sujeito, é parte do processo de construção do conhecimento, atribuindo significado aos fenômenos interpretados.

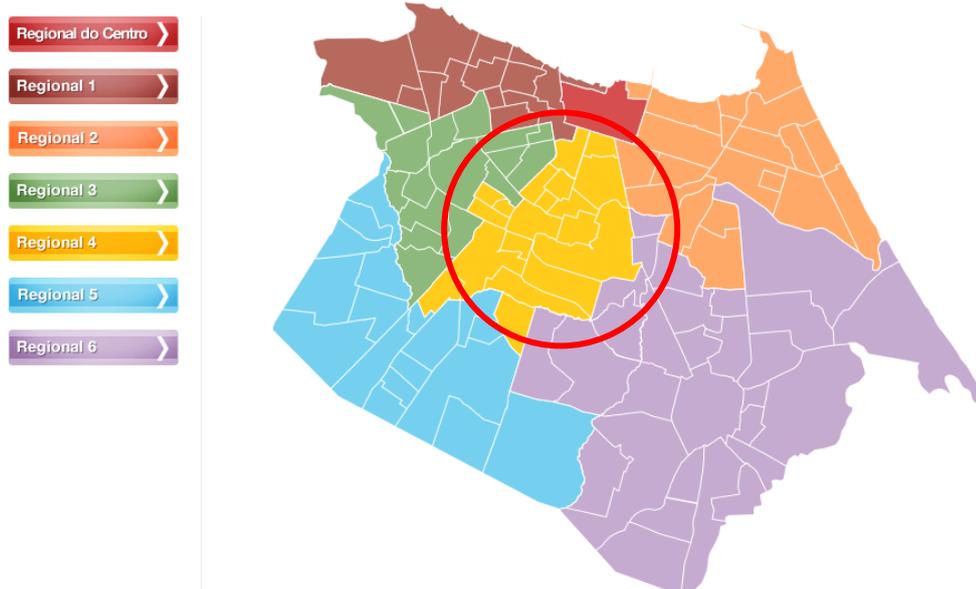
4.2 Campo Empírico

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Ceará, mais especificamente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). A escolha por estes cenários se deu em virtude do vínculo estreito que a Universidade Estadual do Ceará mantém com essa regional, uma vez que se constituem como campos de estágio para os cursos da área da saúde.

Fortaleza, considerada a quinta maior cidade do país, tendo área de 313,8 Km², sua população é estimada pelo IBGE em 2.571.896 em 2014. Fortaleza apresenta densidade demográfica em média de 7.786,44 habitantes por Km², sendo a capital de maior densidade demográfica.

Fortaleza encontra-se dividida em 7 **Secretarias Executivas Regionais**, mais popularmente denominadas "**SER's**". Cada SER é subdividida em Áreas Particulares, onde trabalham superintendentes, líderes comunitários, secretários e outros, com a função de trazer desenvolvimento para os bairros próximos a cada uma destas áreas.

Figura: Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza



Fonte: SMS (<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>)

A Secretaria Regional IV teve sua inauguração em 25 de abril de 1997. Abrange 19 bairros em sua área territorial de 34.272 km². Seu perfil socioeconômico é fortemente marcado pelos serviços, tendo em sua área de abrangência a feira da Parangaba, uma das mais tradicionais da cidade. Dentre os bairros presentes nessa área estão: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery, tendo como população total estimada pelo IBGE em 305 mil habitantes. O seu bairro mais populoso é a Parangaba, tendo cerca de 32.840 mil habitantes. A Regional IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e um Centro de Atendimento à Criança (Croa). A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês.

4.3 Participantes da Pesquisa

Os sujeitos do estudo foram profissionais e usuários do CAPS e ESF, sendo divididos em quatro grupos de representação. No GRUPO I ficaram alocados os profissionais do CAPS, no GRUPO II os usuários também do CAPS. No GRUPO III estavam os profissionais da ESF e por fim, no GRUPO IV foram alocados os usuários da ESF. A definição do quantitativo ocorreu pela composição operacional das equipes de profissionais da saúde mental no CAPS e UBS sob investigação e também por seus usuários. Logo, por profissionais de saúde, compreende-se apenas os sujeitos com formação de nível superior.

No total foram entrevistados 12 sujeitos, sendo uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma farmacêutica e 5 usuários do CAPS e uma médica, uma pedagoga e 1 usuário da ESF.

Como critérios de inclusão foi exigido dos profissionais participantes estivessem no serviço há mais de um ano para participarem do estudo. Para os usuários estabeleceu-se que o mesmo deveria ser atendido no serviço por um

período mínimo de dois anos e um critério de exclusão foi o usuário estar sob efeito de drogas sedativas.

Durante o ano de 2013 ocorreu no município de Fortaleza a mudança de gestão decorrente das eleições municipais do ano de 2012. Sendo assim, os serviços passaram e estão passando por diversas reestruturações, inclusive em seu quadro profissional. Desse modo, foram escolhidos para compor a amostra trabalhadores que estejam no serviço há no mínimo um ano e assim já tenham conseguido se inteirar de sua dinâmica. Com relação aos usuários, o corte temporal foi de dois anos, no sentido de assegurar seu contato com o serviço antes das mudanças de gestão.

4 4 Técnicas de coleta de Experiências

Para a coleta das informações foram utilizadas duas técnicas: a **entrevista em profundidade** com uma questão norteadora sobre o objeto, conforme apêndice (A, B) e a **observação sistemática** (Apêndice C). Foram realizadas observações, aproximadamente dez (10), as quais foram anotadas em diário de campo, e possibilitou o entrecruzamento com as falas dos entrevistados, apreensão dos cenários e da relação entre os trabalhadores de saúde e usuários.

Acrescenta Minayo (2008), a entrevista é uma técnica capaz de captar informações objetivas e subjetivas contidas nas falas dos entrevistados, sendo relevante que os sujeitos envolvidos (pesquisador- entrevistado) componham o mesmo universo e estejam inseridos no mesmo espaço de investigação, afirmando ainda que a entrevista deve ser composta de pontos essenciais para a compreensão do universo estudado.

O roteiro de entrevistas (Apêndice A e B), previamente elaborado, foi composto por perguntas abertas que permitiram aos entrevistados discorrerem livremente sobre o tema proposto, cabendo ao entrevistador intervir quando julgar necessário a fim de reconduzir à discussão ao tema de seu interesse (MINAYO, 1999). Assim sendo, se faz necessário que o entrevistador detenha um profundo conhecimento acerca do tema tratado, a fim de conseguir conduzir de modo adequado o diálogo, para que este seja capaz de contemplar os objetivos estabelecidos.

4.5 Análise e tratamento das descrições

Para a análise das falas dos entrevistados e das observações, usou-se como etapas para compreensão do fenômeno, aproximação com o fluxograma elaborado por (ASSIS E JORGE, 2010), com elementos constituídos para análise qualitativa (Minayo, 2008).

I - Ordenação dos dados

Esse primeiro momento foi marcado pelo contato inicial com os dados ainda brutos, ou seja, não trabalhados. Foi realizada a fiel transcrição bem como a leitura do quantitativo total de entrevistas.

A análise foi primeiramente organizada com as falas dos entrevistados (12), posteriormente complementou a organização com as anotações no diário de campo com a finalidade de iniciar a análise.

II - Classificação dos dados

Aqui foi realizada a leitura exaustiva e superficial do material empírico com o objetivo de estabelecer unidades categoriais que se relacionavam ao tema a ser estudado. Os dados presentes nas entrevistas foram então classificados a partir das categorias emergidas da leitura repetida do texto, sendo estas: articulação entre a rede de saúde mental, processo de trabalho em saúde mental, acolhimento, vínculo. A seguir, formula-se as categorias empíricas, selecionando-se posteriormente as falas e trechos de observação que relacionariam com cada uma.

Em seguida, após montar os quadros de análise, fez-se a leitura horizontal das unidades, cruzando as ideias presentes nos diversos grupos de análise, sendo realizado o confronto entre os sujeitos do estudo e posteriormente entre os diferentes grupos.

Uma vez dispendo do material estruturado segundo categorias, partiu-se para a realização das leituras transversais, que evidenciou os temas de maior

importância para o estudo. Para tanto, foi necessária a articulação com os pressupostos teóricos que subsidiaram o estudo.

O quadro de análise foi elaborado, os quais denominaram categorias: a) processo de trabalho em Saúde Mental, articulação entre estratégias saúde da família e Centro de Atenção Psicossocial; acolhimento e vínculo em saúde mental, Formação em saúde mental.

III - Análise final dos dados

Nesse momento, os dados empíricos, obtidos por meio da observação e entrevista foram entrecruzados com o referencial teórico, acerca das questões abordadas no estudo, subsidiando a análise do contexto e legitimando o estudo por meio da triangulação das técnicas de análise e do entrecruzamento com as falas dos pesquisados e as observações descritas.

Após a análise, os entrecruzamentos foram elaboradas as temáticas: Temática 1- Articulação entre os dispositivos da estratégia saúde da família e o Centro de Atenção Psicossocial; Temática 2-processo de trabalho em Saúde Mental.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo representa dados parciais de uma pesquisa maior denominada “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial”, que abrange os profissionais de nível superior, trabalhadores de nível médio, usuários e seus familiares, compreendendo-os como sujeitos ativos no cotidiano dos serviços de saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará mediante o protocolo de número 122.324.

Após a aprovação do Comitê de Ética, a pesquisadora foi até o serviço, dialoga-se com os gestores apresentou-se os objetivos do estudo, o que acabou por favorecer nossa entrada no campo.

Os dados foram colhidos no período de junho a agosto de 2014.

As entrevistas foram gravadas na íntegra em aparelhos digitais, dispondo da autorização dos entrevistados mediante a assinatura do termo de

consentimento livre e esclarecido, que dispôs de duas vias, ficando uma para o entrevistado e outra para entrevistador. Após a gravação, os arquivos ficaram a dispor do entrevistado para ouvir seus relatos e retirar ou acrescentar qualquer informação. Na sequência, as entrevistas foram transcritas, o material analisado e os arquivos permanecerão guardados por um período de cinco anos sob responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE para serem utilizadas por outros pesquisadores que se interessem sobre o tema em estudo. A observação sistemática foi realizada concomitantemente com o período de entrevistas, sendo os dados posteriormente transferidos para o diário de campo.

Os preceitos éticos serão respeitados em consonância com o que determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos.

5.0 RESULTADOS: análise e interpretação dos achados

Temática 1- Articulação entre os dispositivos da estratégia saúde da família e o Centro de Atenção Psicossocial

A construção de novas ferramentas capazes de oportunizar um melhor diálogo entre os sujeitos e equipamentos implicados no cuidado em saúde mental é primordial para efetivar o processo de luta antimanicomial. Contudo, embora a política de saúde mental determine a necessidade de expandir a proposta para além das instituições psiquiátricas, envolvendo os demais segmentos sociais, de modo a promover uma mudança no entendimento da sociedade acerca do adoecimento mental, muitas são, ainda hoje, os desafios presentes nessa tentativa, especialmente no que se refere ao cotidiano da ESF, impedindo que a mesma se responsabilize pelos casos leves de sofrimento psíquico (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto, que passa a exigir uma reestruturação assistencial, os CAPS assumem o papel de ordenadores de uma rede de cuidados de base territorial e comunitária em saúde mental que, em tese, deve ser composta pelos demais serviços de saúde e equipamentos sociais existentes no território. Com isso evidencia-se os grandes avanços experienciados na seara da saúde mental, no entanto muitas questões acerca do cuidado nesse campo permanecem ainda negligenciadas, mesmo tendo-se em mente a prevalência cada vez maior desse tipo de distúrbio na sociedade e ainda seus custos exponenciais para a família sociedade e estado. As falas dos sujeitos da pesquisa bem como a observação sistemática nos remetem a um cenário que enfrenta grandes dificuldades estruturais para a execução de suas ações, como na fala a seguir:

[...] Eu não sei não, mas eu acho que esse cuidado de saúde mental não é com a gente. Tem um monte de outras prioridades, a gente já tem os atendimentos clínicos para realizar (Grupo III).

É revelada ainda, na fala do entrevistado, uma questão bastante presente no imaginário profissional, a de que as questões de ordem física se sobrepõem às questões psíquicas em grau de importância, devendo por isso serem priorizadas. Tal pensamento tem suas raízes a partir de um modelo biomédico que se ocupa apenas da doença e dos seus sinais e sintomas físicos, logo aquilo

que não mazela visivelmente o corpo não exige grande cuidado (NUNES et al, 2008).

De modo a modificar essa realidade, o fortalecimento de espaços dialógicos entre os serviços que compõe a rede assistencial de saúde mental, mais especificamente através da figura do apoio matricial, tem revelado-se teoricamente como potente arranjo para ofertar integralidade das ações em saúde mental.

Quando fala-se teoricamente, refere-se ao fato de que, embora os serviços de atenção primária a saúde, notadamente a estratégia de saúde da família, sejam dotados de ampla capacidade de compreender e atuar nos espaços sociais em virtude do seu caráter territorializado, muitos são os entraves ainda presentes nos serviços de saúde que acabam por obstar a potência e o alcance dessas ações. Por meio da pesquisa nota-se a carência de intercâmbio entre serviços, bem como com a própria comunidade, fato que refletiu especialmente sobre a corresponsabilização dos casos de saúde mental por parte das equipes de saúde.

O seguinte relato do profissional revela parte dos tensionamentos presentes nesse encontro, chamando atenção, inclusive, para uma questão muito discutida no campo da saúde mental, aqui expressada pela integralidade da atenção:

[...] É um paciente que também é da atenção básica a atenção básica ela muitas vezes ela quer excluir, diz esse paciente não me pertence, mas não esse paciente é dela e depois que o paciente tem vários problemas de saúde não só mental, mas temos que ver de forma integral né?! (Grupo I).

Assim, percebe-se que dentre os limites encontrados no relato dos profissionais acerca dessa articulação que é viabilizada pelo apoio matricial, o principal deles é o não reconhecimento por parte dos profissionais da atenção primária da demanda de saúde mental como sendo legítima da ESF, colaborando para que os mesmos não sintam-se imbuídos da responsabilidade de acolher e cuidar dessa demanda, pois, segundo suas concepções, ela não os pertence, mas cabe sim exclusivamente aos serviços substitutivos como os CAPS. Essa questão acaba refletindo diretamente na estruturação dos processos de trabalho

dos sujeitos que atuam nesse território, aqui se configurando através de um processo contínuo de desresponsabilização pelos casos que surgem.

O relato “Como a gente é só UBS, a coordenadora não quis mais atender, sabe?”! (Grupo III), corrobora o anteriormente discutido, nos remetendo a ideia de que a atenção a saúde mental não corresponde a uma demanda própria da atenção primária, e, por essa razão, seu exercício deve ficar limitado a serviços cuja coordenação pensava como pertinente.

Essa expressão externalizada pelos entrevistados chama ainda, a atenção em virtude do caráter simplista atribuído à ESF, pressupondo ações limitadas e incapazes de intervir em situações com certo grau de complexidade, contrapondo assim o que é determinado pela Política Nacional da Atenção Básica, que elege os serviços de atenção primária como porta de entrada dos usuários à rede de serviços, ressaltando sua ampla potência em ofertar resolutividade, uma vez que se ancora nos princípios de universalidade, acesso, formação de vínculo, oferta de um cuidado contínuo e integral, corresponsabilização entre os sujeitos, equidade e participação social (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, uma de suas principais características que é a territorialização, permite à ESF ofertar um cuidado que é operado próximo aos lugares onde os sujeitos moram, trabalham e estabelecem relações sociais, contando assim com elementos contextuais capazes de subsidiar as ações desenvolvidas pelo serviço, sendo, portanto lócus privilegiado para se operar o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2007).

Logo, sendo o matriciamento mostra-se como uma ferramenta de realce na medida em que oportuniza uma conexão entre as ações do CAPS e ESF, ampliando as possibilidades desta de atuar frente as demandas de saúde mental. Desse modo, fica, em tese, clara a compreensão de que ambos os serviços passam a deter responsabilidade sanitária pelos sujeitos que habitam o território em questão (QUINDERÉ, JORGE, 2010). Não obstante, através dos discursos, percebe-se que esse conceito desperta uma compreensão ainda incipiente acerca da proposta e seus objetivos por parte dos profissionais de saúde da atenção primária:

Antigamente o povo do CAPS fazia um trabalho aqui, elas vinham sempre, umas meninas, mas acabou, não sei por que, vai ver que era por que era na época da Lívia, aí tinha mais coisa de psiquiatria, realizavam apoio matricial, não sei se é por que a Lívia deixou de vir aí deixou de vir mais o povo (Grupo III).

A fala dos entrevistados torna evidente a incompreensão da atenção primária acerca dos objetivos por trás do matriciamento, sendo essa uma condição muito frequente nos serviços que realizam apoio matricial e se deve, em parte, pelo que Diniz (2012) caracteriza como uma compreensão errônea dos profissionais que concebem o matriciamento como uma retaguarda especializada que o psiquiatra do CAPS irá ofertar ao médico da ESF, de modo a ajudar a definir diagnósticos e subsidiar a prescrição medicamentosa para os mesmos, revelando-se esse entendimento destoante do conceito essencial de matriciamento, que preza por um atendimento de cunho multiprofissional, afim de que se possa atender o indivíduo em toda a sua complexidade, capacitando toda a equipe para atuar junto a esse usuário e não tão somente o médico.

A insegurança e o pouco preparo para atuar frente a saúde mental também pode ser apontado como fator que colabora para um distanciamento e não responsabilização pelos casos de saúde mental do território, como abaixo citado:

[...] Infelizmente a gente acaba aqui só renovando receita por que eu nunca, nunca tive... estou há oito anos na atenção primária e nunca tive nada que pudesse me orientar a estar conduzindo esses casos... Nós não somos aptos a trabalhar com saúde mental! (Grupo III).

Então, ações como o apoio matricial representa, nos cenários de cuidado em saúde mental estratégias com certa capacidade de gerar impactos no modo de atuações dos profissionais da atenção básica frente o sujeito em sofrimento psíquico, colaborando ainda para superar o despreparo que frequentemente surge nos discursos. No entanto, por problemas relacionados ao financiamento, o apoio matricial não está sendo realizado, ponto que será discutido mais à frente.

Assim sendo, essas ações não estão sendo realizadas de forma efetiva, de modo que a atual conjuntura acaba colaborando para a insegurança dos profissionais para atuar frente o cuidado em saúde mental. Essa fragilidade acaba sendo reforçada no instante em que os serviços de atenção primária não dispõem

mais da retaguarda ofertada pelo CAPS, culminando na se desresponsabilizado pelos casos de saúde mental ou ainda na oferta de uma assistência limitada e de resolutividade questionável. Os processos de trabalho então passam a se limitar a mera renovação de receitas, prescrevendo os modos de vida dos sujeitos em questão, não considerando os outros aspectos de sua vida.

Ressalta-se o fato de que a equipe do CAPS exerce juntamente com a equipe da ESF, dita de referência, um apoio teórico pedagógico que objetiva preencher parte das lacunas de conhecimento que tolhem a realização de ações de cuidado em saúde mental por parte da atenção primária (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Por conseguinte, cabe a equipe de referência ofertar um cuidado que transcenda a mera prescrição de remédios e a coerciva supervisão da sua tomada, assumindo a responsabilidade de tornar oportuno um cuidado integral, capaz de acolher o indivíduo em sofrimento psíquico, bem como compreender e responder suas demandas (CAMPOS, 1999).

Pelo anteriormente exposto, destaca-se que a proposta de lançar mão de um cuidado condizente com os princípios do movimento de reforma psiquiátrica, capaz de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, tem representado um dos maiores desafios da atualidade, revelando a necessidade de se pensar estratégias capazes de viabilizar tal projeto. Logo, o apoio matricial, se executado de modo adequado e constante, ampliaria as possibilidades de viabilizar atuações inclusivas e de características dinâmicas, bem como a construção de uma rede de cuidados que favorecesse ações de base territorial e comunitária.

Logo, sendo a estratégia de saúde da família uma ferramenta considerada pujante no que diz respeito a sua possibilidade de integração à rede de cuidado em saúde mental, é necessário que novas estratégias sejam pensadas de modo a fazer com que a mesma se aproprie do cuidado dos transtornos leves, haja vista seu caráter territorial e seu grande potencial para cuidar e agenciar novos modos de se produzir vida (OMS, 2008).

No entanto, reconhece-se que, muito embora potente para produzir ações positivas no âmbito da saúde mental, inúmeras são as barreiras e contradições encontradas nesses espaços de saúde, dificultando a oferta de uma assistência integral e resolutiva em saúde mental. Ainda sobre essa questão,

pode-se citar como exemplo de entrave a sobrecarga e formação insuficiente, que são questões bastante referidas por parte dos profissionais, como no trecho da entrevista que segue abaixo:

Não dá, sabe? Por que assim, nem tem tempo, nem eles se sentem preparados e o paciente de saúde mental não é um paciente fácil, então eles preferem ne atender (Grupo III).

A fala revela ainda, uma realidade muito frequente no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente quando diz respeito à saúde mental, secundarizando esse tipo de atendimento por questões diversas, seja pela falta de preparo ou ainda pelo excesso de funções que já são assumidas por conta dos programas assistenciais da ESF.

Para Paula (2011), a atenção em saúde mental prestada por meio da estratégia de saúde da família, busca dentre outras coisas dar “vasão” ao intenso sofrimento social vivenciado no cotidiano de nossa sociedade, contudo, a ESF e, conseqüentemente, seus profissionais encontram-se sobrecarregados pelo excesso de demanda e de pressão pela oferta de uma atenção para qual muitos afirmam não se sentirem preparados. O quantitativo insuficiente de profissionais, implicando em uma desproporção entre oferta e demanda, também é uma questão muito presente nas falas dos sujeitos, colaborando para a sobrecarga e, pelo exposto, impactando diretamente na qualidade da assistência ofertada, desestimulando os sujeitos, conforme expresso nos relatos:

[...] Vemos no encaminhamento para a atenção básica como o modo de dar vazão mesmo, por que aqui não tem como, não tem gente suficiente, não dá para atender nem aqueles [pacientes] que já tem prontuário aberto (Grupo I).

[...] Falta o profissional, acho que está faltando em quase todos os CAPS e assim, é um problema seríssimo. [...] todo mundo está mandando tudo pra mim e eu estou mandando todos voltarem, não estou dando conta. Dou receitas e ouço as queixas do meu paciente, é só o que eu posso fazer (Grupo III).

A fala em questão, expressa ainda, que a ausência de profissionais no CAPS é vista como uma condição grave, ao passo que está colaborando para “inchar” a unidade básica, fazendo com que cada vez mais sujeitos recorram a esse serviço como modo de resolver suas demandas. Contudo, o profissional da ESF mostra-se enfático ao afirmar que elege como principal tática de trabalho

redirecionar parte dos usuários ao CAPS, embora lá, pela própria conjuntura atual, marcada pela escassez profissional, também haja dificuldades para atender a grande demanda que busca atenção. A partir desse cenário pode-se observar a existência de um conjunto de sujeitos que não acham espaço para acessar os serviços de saúde e que acabam sempre andando em círculos dentro de uma rede de atenção que mais parece um labirinto.

Como reflexo disso, na medida em que o serviço não se estrutura de modo a acolher a demanda que se apresenta, uma considerável parcela da população em questão, que deveria ter acesso ao cuidado naquele local, passa a não ter suas demandas atendidas, configurando verdadeiros vazios assistenciais. O usuário então inicia um processo de peregrinação pela rede de serviços, tendo muitas vezes o seu acesso dificultado em virtude de tensionamentos gerados a partir de entraves nas próprias estratégias que deveriam antes de tudo viabilizá-lo.

Dito isso, fica exposto então que, muito embora o apoio matricial disponha de grande potência no que diz respeito a favorecer o diálogo e aproximação da ESF com os casos de saúde mental, apresentando inclusive uma série de experiências exitosas em outros contextos, no cotidiano dos serviços estudados pode-se observar algumas fragilidades nessa interligação. Segundo relatos profissionais o AM não está sendo realizado no momento, o que é atribuído especialmente a questões de logística, conforme a fala:

O matriciamento não está sendo feito por questões de logística, não temos mais carro para ir para as unidades (Grupo I).

A falta de transporte e queixas acerca dos baixos investimentos em saúde, especialmente em saúde mental, se mostram como elementos preponderantes no discurso dos sujeitos do estudo. Foram tecidas diversas críticas apontando as implicações negativas surtidas pela falta de um olhar propositivo da gestão para com a saúde, fato que tem em muito onerado a realização das ações dos serviços junto à comunidade, conforme exposto a seguir:

Falta material, né? Às vezes o Roberto Cláudio vai pra televisão e fala que tem tudo... mas não vou nem falar. Não tem meu nome aí não, né? Agora faço como outro, é muito difícil você viver numa

unidade onde você vive pedindo, por que a gente vive pedindo, né? Mendigando pra não parar o posto (Grupo III).

Percebe-se ainda, a partir dos discursos que, muito embora a gestão municipal tente passar para a comunidade que inúmeros são os esforços e investimentos em saúde e que a partir disso muito está sendo produzido, os serviços, na verdade, operam suas ações com muita dificuldade e realizam o mínimo do que é preconizado com muito esforço e com quase nenhuma estrutura. Essas questões puderam ser comprovadas por meio da observação, onde foi notória a estrutura precária das unidades estudadas, oferecendo quase ou nenhum conforto a trabalhadores e usuários.

Acrescenta-se, ainda no relato dos entrevistados, que em virtude das atividades de apoio matricial se manterem interrompidas no município, a articulação com a atenção básica tem se processado, ainda que de modo precário, através de encaminhamentos:

Durante algum tempo a gente se articulou com a atenção básica por meio do matriciamento, umas reuniões que tinham mensalmente nos postos da regional, entretanto no momento o matriciamento, a reunião está interrompida, mas como a gente está precisando muito de atendimentos médicos por parte da atenção básica, essa articulação ainda vem sendo feita por meio da referência, os encaminhamentos, só (Grupo I).

Embora os relatos apontem que a única forma de articulação no momento entre ESF e CAPS tem se dado por meio de encaminhamentos entre os serviços, os fluxos assistenciais entre os mesmos mostraram-se comprometidos, não havendo mecanismos de regulação para referência e contra referência, o que tem acabado por convalidar a prática dos encaminhamentos indiscriminados, como expressa na fala, “E aí, vem... veio um pra mim com um encaminhamento de um auxiliar de enfermagem! Veja bem, um auxiliar de enfermagem!” (Grupo III).

A fala acima suscita uma série de reflexões acerca das lógicas de trabalho operadas nos serviços de saúde mental, nesse caso especialmente pelo fato de o serviço permitir que a triagem de pacientes e seu encaminhamento para outros dispositivos da rede seja realizado por profissionais de nível médio, sendo as ações dessa complexidade não inerentes à atuação da sua profissão. Os trabalhadores citados na fala não dispõem da qualificação técnica adequada e necessária para realizar tais feitos, colaborando para a composição de um

panorama onde os sujeitos que buscam atenção nos serviços de saúde acabam tendo suas demandas sobreavaliadas e, por isso, acabam vítimas de encaminhamentos desnecessários.

Ainda no tocantes às fragilidades, pode-se acrescentar às questões anteriormente explicitadas, o fato de que, mesmo após o diálogo estabelecido entre os serviços por meio do apoio matricial, a interconexão entre os mesmos - que deveria culminar com posterior responsabilização da atenção primária pelos casos de saúde mental, tal como preconizada para ocorrer a partir do contato entre equipe de referência e equipe matriciadora - não se deu de modo pleno, colaborando para que o intento primordial dessa estratégia não fosse contemplado. Assim, a equipe básica em questão não passou a se responsabilizar pelos casos de SM, mantendo a compreensão de que esse papel cabe exclusivamente ao CAPS ou ainda a serviços que disponham de um psiquiatra para realizar acompanhamentos clínicos, como expresso na seguinte fala:

Os profissionais do CAPS encaminham os pacientes pra cá sendo que nós não somos psiquiatras, não temos o que fazer, tem que ter um psiquiatra (Grupo III).

Assim sendo, o encontro oportunizado por meio do apoio matricial não teve um caráter multiplicador no sentido de ofertar à equipe de referência os subsídios necessários para compreender e atender o sujeito de modo integral. Logo, o AM não foi capaz de fazer com que as atuações em saúde mental na ESF durassem para além da presença da equipe matriciadora no serviço, fazendo com que as ações cessassem tão logo os encontros não foram mais possíveis.

Essa lacuna no caráter multiplicador do processo pode ser em partes atribuída ao fato que muitas vezes as atividades acabam centralizadas em alguns determinados profissionais e quando, por alguma razão, estes saem dos serviços, as ações até então desenvolvidas partem juntamente com eles, sendo abortadas naquele lugar. Essa foi a realidade que encontrou-se nessa unidade de ESF. Nesse cenário a equipe básica dispunha de um diferencial, ela era composta por uma médica psiquiatra que exercia o papel de clínica geral. Logo, as ações desenvolvidas em parceria com o CAPS e as atividades de apoio matricial acabavam encentradas nessa figura. Passado algum tempo, a referida médica

saiu do serviço, fato que coincidiu com a pausa nas reuniões de AM, culminando na falência do exercício de ações referentes ao cuidado em saúde mental.

Antigamente o povo do CAPS fazia um trabalho aqui, elas vinham sempre, umas meninas, mas acabou, não sei por que, vai ver que era por que era na época da Livia [psiquiatra], aí tinha mais coisa de psiquiatria, realizavam AM, não sei se é por que a Livia deixou de vir aí deixou de vir mais o povo, acho que é né? Agora é só a receita (Grupo III).

Nesse contexto, pode-se apontar que quando os trabalhadores de saúde não assumem para si a responsabilidade de cuidar de modo integral e resolutivo daqueles que buscam o serviço, eles acabam por rescindir toda uma rede de cuidados. Por conseguinte, na medida que inexiste a compreensão do cuidado à saúde mental como demanda inerente aos serviços de atenção básica, os profissionais passam a não atender os casos que surgem, ou ainda tendem a fundamentar suas práticas em ações pontuais e de cunho medicalizante.

No cotidiano dessa unidade básica de saúde foi-se capaz de observar esse fenômeno com mais clareza: no que se refere ao cuidado em saúde mental. O serviço se organizava a partir de uma lógica medicamento-centrada, elegendo a prática prescritiva como eixo norteador e preponderante do cuidado, como por exemplo no seguinte relato: “[...] aqui agora é só receita!”(Grupo III).

Assim, as ações de saúde mental centradas exclusivamente no ato de medicalizar os processos sociais, acabam por anular a realização de novas práticas de saúde dotadas de caráter mais abrangente. Todavia, deve-se estar atento aos riscos de tal comportamento, uma vez que encerrar as ações nesse tipo de conduta faz com que usuários e profissionais se acomodem e tornem-se dependentes desse artifício, não resolvendo o problema propriamente dito, mas dissimulando-o.

Essas lacunas observadas demonstram que o apoio matricial não conseguiu se efetivar e proporcionar para os profissionais a ampliação de suas possibilidades de atuação. Ao contrário do apontado por Figueiredo e Onocko-Campos (2009), neste cenário, o matriciamento não foi capaz de proporcionar aos profissionais de saúde o desenvolvimento de habilidades capazes de assinalar diferenças entre problemas de caráter, muitas vezes, social e os casos que

realmente necessitavam de um acompanhamento especializado e uso medicamentoso.

Isso demonstra que a ferramenta de AM não foi completamente assimilada pelos profissionais, que, por sua vez, não conseguiram utilizá-la como elemento incentivador da adoção de práticas com potência transformadora, capazes de olhar o indivíduo afora da doença e vislumbrar uma atuação mais ampla que o uso medicamentoso. Destarte, denotou aos seus processos de trabalho características de desresponsabilização, psiquiatrização, desarticulação e baixa resolutividade, como pode-se observar anteriormente.

Foi observado ainda que os serviços, embora dotados de pujança para agir frente as demandas de saúde mental, têm assistido sua potência convaler frente as inúmeras dificuldades encontradas ao longo do percurso para a execução do apoio matricial e das demais ações em saúde mental. A inexistência de articulação entre os diversos serviços presentes na rede - se é que assim pode-se chamar, partindo do pressuposto que a mera existência dos equipamentos por si só não conforma uma rede, mas sim o elo de comunicação estabelecido entre eles – colabora para intensificar o quadro de dificuldades. A fala a seguir revela a fragilidade na comunicação entre os vários dispositivos da rede:

Acho que não tem articulação nenhuma, não acontece [...] não há apoio matricial e eu não sei o porquê (Grupo III).

A partir do relato anterior, percebe-se uma pequena implicação dos sujeitos para com as ações realizadas na perspectiva da efetivação do cuidado em rede, não buscando compreender as causas que fizeram cessar a atividade matricial, tão pouco buscando alternativas capazes de suprir a lacuna deixada pela sua ausência. Desse modo, a atual conjuntura colabora para que a atenção à saúde e os processos de trabalho permanecem entrados em uma lógica de produção que se sustenta em ações com base na queixa-conduta, perpetuando o modo prescritivo de atuar ao passo que limita o olhar e as ações para a comunidade e suas necessidades.

Através das questões anteriormente citadas, é notório que o cuidado em rede necessita driblar inúmeros desafios para se efetivar no campo da saúde mental, sendo o primeiro deles o baixo investimento na área da saúde. No

entanto, uma barreira ainda maior necessita ser superada e ela diz respeito à efetiva aderência dos profissionais de saúde à essa proposta de cuidado, tendo como passo inicial o reconhecimento do AM como estratégia de valor e capaz de produzir mudanças na qualidade da assistência e também na vida dos sujeitos assistidos.

Outros aspectos sobressaíram-se durante o estudo e foram considerados como relevantes para a compreensão do fenômeno estudado. Assim, a subcategoria acesso no cotidiano da atenção em saúde mental emerge em virtude de seu caráter indicativo do desenvolvimento de habilidades e competências de modo a se estar apto a conduzir os casos de saúde mental nos serviços de atenção primária.

No presente estudo foi possível identificar barreiras no acesso dos usuários aos serviços, especialmente no tocante a suas dimensões organizacional e técnica. Na dimensão técnica estão inclusas questões tais como a integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competências e habilidades dos sujeitos que atuam nesses territórios, as ações que desempenham com vistas a autonomia dos sujeitos, construção de projetos terapêuticos pactuados entre profissionais e usuários, de modo que as expectativas dos sujeitos implicados sejam contempladas na busca da resolutividade assistencial. Já a dimensão organizacional é composta por aspectos relacionados com os fluxos de atendimento, referência, contra-referência e ainda as barreiras geográficas que dificultam ou ainda impedem os sujeitos de conseguirem chegar a esse serviço (ASSIS, JESUS, 2012).

Nesse sentido, pode-se notar que muitas são as barreiras que necessitam serem transpostas pelos usuários afim de obter acesso ao serviço de saúde, uma vez que, como já anteriormente mencionado, os fluxos de referência e contra referência encontram-se prejudicados pela comunicação insuficiente entre os serviços que constituem a rede, fazendo com que os mesmos não se comprometam com o cuidado de seus usuários, que passam a percorrer a rede sem garantia de atendimento, quando, pelo cansaço não desistem de procurar assistência.

Ainda referente a dimensão técnica, deficiências são encontradas no que diz respeito a produção de um cuidado cujos sujeitos sejam capazes de

assumir seu protagonismo, a partir do fortalecimento de sua autonomia, formação de vínculos positivos com a equipe de saúde e participação na construção de seu projeto terapêutico. Assim, as ações, em sua maioria permeadas por ares tecnicistas e marcadas pelo uso indiscriminado da medicação, acabam assumindo um papel de pouco realce.

Essa postura acaba por refletir na construção dos planos terapêuticos ofertados aos portadores de transtorno mental, dando-lhes aspecto cada vez mais pobre de oportunidades, ratificando-os inclusive como ferramenta de cronificação, uma vez que quase nunca são revisados e quando isso ocorre, sua revisão não envolve a equipe multidisciplinar, ocorrendo mais por um movimento individual de alguns profissionais isolados conforme a fala:

Os projetos terapêuticos aqui são feitos mais na hora que a pessoa entra, é mais difícil a revisão do projeto terapêutico [...] eu procuro sempre tentar estar revisando esse projeto terapêutico, vendo novas possibilidades pra ele, seja aqui ou lá fora, mas isso não é muito incorporando pela maioria das pessoas (Grupo I).

O anteriormente referido contrapõe o afirmado por Oliveira (2010), que concebe o projeto terapêutico como instrumento de cuidado dotado de caráter singular, ou seja, deve ser individualizado a cada sujeito, não sendo considerado somente o indivíduo, mas todo o contexto social em que o mesmo se insere. Por ter como base a singularidade e especificidade do sujeito, esse projeto terapêutico deve apresentar um caráter dinâmico, devendo ser adequado não só a cada indivíduo, mas também aos diversos momentos que o mesmo sujeito vivencia ao longo do seu acompanhamento no serviço.

É por essa razão que a construção e frequente reavaliação dos projetos terapêuticos é uma ação imperiosa no contexto da atenção, principalmente no que diz respeito à saúde mental e sem isso, os serviços contemporâneos se tornam apenas espaços de cronificação do sofrimento psíquico. O discurso desse profissional suscita grande preocupação acerca qualidade desses projetos terapêuticos, das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, bem como sua efetividade frente às necessidades dos usuários.

O fato de sua revisão consistir em um movimento individual de alguns profissionais isolados também desperta preocupação, visto que um projeto terapêutico capaz de contemplar bem as necessidades de cada sujeito deve advir

de uma atuação individual e coletiva. Assim sendo, faz-se imprescindível que a equipe atue de modo conjunto na avaliação clínica dos sujeitos, de modo que, na complementariedade de seus saberes e práticas, possa-se estar ampliando sua capacidade de atuação a partir de uma reconfiguração dos processos de trabalho.

A construção partilhada - por profissionais, usuário e família - de um projeto terapêutico e dos objetivos a serem atingidos, colabora para desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, formação de vínculo e ainda integralidade do cuidado (BRASIL, 2004a). Logo, pelo exposto, percebe-se também a importância de pactuação entre ESF e CAPS na construção, condução e reavaliação dos projetos terapêuticos, de modo que isso possa se tornar uma ferramenta forte para garantir fluxos menos rígidos e uma maior responsabilização dos casos de saúde mental por parte da atenção primária (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

São encontradas ainda algumas fragilidades relacionadas a capacidade de adentrar nos serviços e ter acesso a suas ações. Muito embora os discursos de alguns profissionais apontem para uma tentativa de se organizar para acolher a demanda que chega de modo a ofertar uma resolutividade assistencial, a observação participante pode contrapor alguns elementos desse discurso. Em um dos dias onde a pesquisadora encontrava-se na unidade realizando entrevistas e a observação, chegou ao serviço um usuário por volta de 15:30, que está dentro do horário de expediente. Seu objetivo ao ir naquela unidade de saúde era renovar a receita de remédio psicotrópico do seu filho, pois aquele era o dia estabelecido no calendário da unidade para realizar essa ação. Contudo, o seguinte usuário não obteve a atenção desejada e nem tão pouco a resolução do seu problema, pois segundo a coordenadora adjunta da unidade, o número de fichas pré-estabelecido para ser distribuído já havia sido esgotado.

O usuário saiu do serviço bastante queixoso sobre o não atendimento, referindo que o filho estava necessitando do medicamento e que ele só havia conseguido chegar aquele horário pois antes disso estava no trabalho. No momento em que saiu da sala a coordenadora proferiu, o seguinte dizer, que muito chamou atenção: “O homem chega aqui uma hora dessas e quer ser atendido, deve estar achando que aqui é serviço particular”.

A afirmação em questão, registrada por meio do diário de campo, chama a atenção e nos convida a refletir sobre o fato de que, mesmo sendo expresso no texto constitucional em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, boa parte dos usuários e profissionais ainda enxergam a oferta de ações assistenciais no campo da saúde pública como um favor de característica benevolente, não compreendendo as ações realizadas nesses territórios de cuidado como um direito dos sujeitos garantidos a partir do compromisso e dever do estado.

Mais especificamente nesse caso, fica expresso também um pensamento que ocorre em grande parte dos sujeitos, a superioridade da atenção privada em detrimento da pública, devendo o usuário que não tem condições de obter cuidado pelas vias particulares se contentar com um atendimento limitado e de baixa resolutividade. Por meio disso, o profissional explicita a ideia de que o acesso irrestrito aos serviços de saúde na hora que o usuário demandar ou lhe convir é uma característica exclusiva da atenção privada, visto que no aparelho público ele tem que se adequar às normas, rotinas e horários protocolarizados, caso contrário, não consegue acessar o serviço - embora ainda esteja no horário do expediente e os atendimentos até então previstos para o turno já terem sido concluídos.

O seguinte fato corrobora os achados de Assis e Jesus (2012), que relatam a inexistência de uma adequação funcional, em que os serviços de saúde sejam capazes de se estabelecer como equipamentos eficazes no sentido de acolher as demandas de seus usuários e dar-lhes resolutividade. Nesse contexto, observa-se o contrário, os usuários pe que são os sujeitos passíveis de adequação e não o serviço.

As dificuldades até então referidas para se obter acesso a atenção necessária para sanar suas demandas faz com que o próprio usuário cultive sentimentos negativos em relação ao Sistema Único de Saúde, sendo a insatisfação quase uma constante por parte dos usuários nos serviços de saúde. Questões variadas são apontadas como entraves que contribuem para elevar essa sensação de desagrado, a citar as longas filas, o tempo demasiado de

espera em condições de praticamente nenhum conforto, o insucesso para conseguir uma vaga para ser atendido por algum profissional e por fim, a necessidade de peregrinar em outros serviços, muitas vezes mais distantes de sua residência e ainda assim não ser atendido. As seguintes falas evidenciam essa realidade:

Eles chegam aqui querendo ser atendidos e não dá, hoje mesmo chegou uma menina aqui, a socorro e eu mandei um bilhete pro CAPS: Yasmin, por favor, atenda a Socorro, por que ela veio aqui e a doutora Fernanda não quis atender, por que ela não era da área (Grupo III).

A gente já fica estressado, perde a manhã todinha aqui esperando nessas cadeiras duras, com sede... Eu vim hoje pra ver se eu consigo essa receita por que pra minha mulher vir, fica as coisas em casa tudo por fazer da demora aqui. E isso é por que eu tive sorte, cheguei cedo e consegui a ficha, se não tinha batido e voltado pra trás (Grupo IV).

As circunstâncias frequentes nos serviços são reveladas pelos usuários, que em grande parte das vezes, têm que chegar extremamente cedo, do contrário não conseguem ser atendidos. Vencida a etapa de conseguir uma ficha e garantir que vai ser acolhido por algum membro da equipe de saúde, a grande espera pelo atendimento é o próximo passo que necessita ser superado. Este é também um momento crítico pois, conforme apontado nas falas e constatado através da observação, o serviço não oferta a mínima comodidade, na tentativa de amenizar a espera. A unidade de atenção primária onde foi realizada a pesquisa é, por exemplo, extremamente pequena, ficando o local de espera por atendimento dividido.

Existe um ambiente dentro da própria unidade, cujo espaço de espera é restrito, faz calor intenso e possui bancos de cimento; o segundo espaço de espera, por sua vez, fica do lado de fora da unidade e é uma espécie de “puxadinho” coberto com telhas de amianto e que, durante o período da tarde, deixa todos expostos ao sol. Esse é o cenário onde os usuários esperam, muitas vezes, horas para serem atendidos, elevando ainda mais o seu grau de tensão e insatisfação.

Temática 2 - PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ruídos e tessituras na busca pela integralidade assistencial

No cotidiano dos serviços de atenção em saúde mental, muitos são os desafios encontrados na busca pela integralidade assistencial. No entanto, apesar das dificuldades, essa busca é capaz de representar uma importante ferramenta estimuladora de rearranjos nos processos de trabalho dos sujeitos que atuam nesse território rico de produção intersubjetiva. Essa potência então se configura na medida em que o serviço passa a ter um olhar atento para com aqueles que assiste, reconhecendo suas demandas e se articulando na perspectiva de atendê-las (MATTOS, 2001).

Incentivar um conjunto de ações formuladas de modo a acolher às necessidades dos indivíduos, requer em primeira instância a aplicação de energia para que através do trabalho, as realidades sejam modificadas (MENDES GONÇALVES, 1992). No contexto dos serviços de saúde aqui, por energia, compreende-se o desejo de atuar em prol de agenciar processos de mudança capazes de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Se tratando do campo da saúde mental, as mudanças dizem respeito especialmente a reconfiguração do papel e lugar do “louco” na sociedade, bem como em novas formas de se compreender e atuar junto aos indivíduos em sofrimento psíquico. Logo, se faz necessário que ânimos e esforços sejam empregados no sentido inserir esses indivíduos nos diversos cenários de produção social, reconhecendo e trabalhando suas potencialidades, bem como fortalecendo a sua autonomia.

A realização de ações com vistas a produzir um cuidado de caráter emancipatório para os usuários de saúde mental depende de uma série de fatores, incluindo nesse aspecto condições dignas de trabalho – e aqui está incluída a proporcionalidade entre oferta e demanda uma estrutura física adequada e salários condizentes com o grau de formação – e ainda a disponibilidade de recursos.

A falta de subsídios financeiros é citada aqui como um fator que tem onerado a oferta de algumas atividades preconizadas pelo serviço, gerando insatisfação por parte dos usuários, como expresso na seguinte fala:

A terapia é muito boa, a gente faz obra de gesso, só que o prefeito não tá mandando o material pra gente fazer, não tem gesso pra fazer obra de arte, não tem coisas pra gente aprender coisas novas, aí não tá tendo grupo (Grupo II).

Observa-se no relato, uma limitação no que se refere ao desenrolar dos processos de trabalho, sendo está imposta pela própria gestão no que diz respeito à restrição dos investimentos em saúde mental. A barreira criada pela escassez de recursos financeiros no campo da saúde mental tem colaborado para inviabilizar a oferta de um cuidado adequado, na medida em que enfraquece os serviços e estorva a realização de parte de suas ações.

Conforme o apontado por Ribeiro e Inglês-Dias (2011), muito embora as políticas públicas preconizem a desinstitucionalização e o fechamento do hospital psiquiátrico, investindo e dando vida aos serviços substitutivos de base territorial como os CAPS, uma série de obstáculos ainda se fazem presentes e se mostram como desafios políticos que produzem limitações à prática do que é preconizado pelo SUS para o cuidado em saúde mental, como por exemplo, o financiamento incipiente dos serviços e a falta de mão de obra capacitada para atuar nesse cenário. Os achados do estudo legitimam o que é apontado pelos autores, evidenciando ainda as implicações dispendiosas que isso traz ao serviço e seus usuários.

Os poucos investimentos recaem sobre o trabalho dos profissionais de saúde de vários modos, seja pela falta de material para executarem suas atividades, seja pela falta de vale transporte para os usuários, o que não permite que eles sequer cheguem ao serviço e quando chegam não permite que permaneçam, especialmente os pacientes ditos intensivos – que passam o dia realizando atividades na unidade - pois o serviço não oferece mais as refeições diárias e, muitos deles não têm condições financeiras para estar custeando a alimentação fora de casa:

Antes, quando faltava alguma coisa, faltava almoço e tudo, mas vinha na outra semana, agora não tem comida e nem cozinha.

A menina faz meu miojo, perigando ser expulsa, mas ela não vai ser expulsa por que ela me faz o bem (Grupo II).

A fala em destaque aponta uma das limitações que impedem que os usuários estejam sempre no serviço, citando principalmente a falta a alimentação. A seguinte usuária afirma ainda que encontrou como solução para poder participar das oficinas terapêuticas trazer de casa algo que possa ser rapidamente preparado na própria unidade. Os trabalhadores tentam compensar as lacunas existentes no serviço, preparando “clandestinamente” o que os usuários levam para se alimentar, contudo fazem isso sob constante insegurança e incerteza, temendo serem punidos, como expresso no relato.

Os profissionais, também revelaram queixas, acerca da falta de condições adequadas para desenvolverem seus trabalhos, acreditando que as ações poderiam ser bem mais potentes e criativas na presença de investimentos adequados:

O que dificulta são as condições de trabalho, acho que se a gente tivesse uma condição melhor, seria muito fácil [...] então as condições de trabalho que eu falo são essas, o mínimo, ter alimentação do paciente pra ele poder participar do grupo, o vale pra ele se deslocar, por que muitos não têm condição de pagar passagem, então isso dificulta muito por que a gente faz o planejamento e de repente tem que mudar tudo por que os usuários não vêm (Grupo I).

A fala, em questão, problematiza acerca dos planejamentos de atividades que seriam realizadas com os usuários, mas que acabam invalidados com a ausência dos sujeitos, que muitas vezes não conseguem nem chegar ao serviço por que sua condição financeira não lhe permite gastar com o deslocamento. Esses fatos demonstram claramente o modo como a micropolítica - aqui representada pelo serviço de saúde, os processos de trabalho de seus profissionais e as relações intersubjetivas construídas entre profissionais e usuários – é influenciada e mantém uma relação de dependência com aspectos da macropolítica – gestão, financiamento, pactuação.

Assim sendo, os processos de trabalho em saúde, mais especificamente no campo da saúde mental, explicitam a necessidade de investir para que as ações possam viabilizar uma nova “co-produção de si mesmo e do contexto”, a fim de se trabalhar em prol de um objetivo comum, que é desenvolver a

autonomia dos sujeitos para viverem suas vidas (JORGE et al, 2011, p. 3053). Mas, para que este anseio seja de fato efetivado são requeridas uma série de mudanças e reestruturações não só dos saberes e ações produtivas, mas também em aspectos relacionados ao investimento financeiro nos serviços, de modo novas estratégias possam ser colocadas em prática, permitindo que os sujeitos coparticipantes (profissionais e usuários) sejam capazes de ter uma nova consciência de si como sujeitos desejantes, que produzem, que anseiam e sonham.

Além de questões acerca do financiamento ineficiente dos serviços, outras barreiras ainda necessitam ser superadas no cotidiano do cuidado em saúde mental. Embora muito tenha-se vivenciado no que diz respeito ao progresso no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico ainda luta-se contra esses diversos desafios que contribuem para convalidar a estigmatização do atendimento aos indivíduos em adoecimento mental. Notadamente, esta é uma questão que figura no cotidiano dos serviços, especialmente naqueles que não instituídos nomeadamente para o cuidado em saúde mental, como é o caso da ESF e tem influência direta no modo como são operados os seus processos de trabalho.

Neste cenário, os processos de trabalho no que diz respeito à saúde mental, são operacionalizados a partir da divisão dos turnos de trabalho, sendo cada horário designado para uma atividade específica. O atendimento em saúde mental ocorre por meio da consulta médica e para a sua realização é designado um turno na semana. Esse momento é dedicado exclusivamente à renovação de receitas de medicamentos psicotrópicos e os usuários tem acesso a ele por meio do agendamento na unidade:

Hoje por exemplo é o dia do turno da troca de receita, a médica tá aqui só trocando receita, por que de 11 até uma hora ela só troca receita, aí de 2 a 5 é demanda livre [...] por que ela quer que organize, tudo é no calendário, aí as vezes a pessoa chega e quer uma receita, ela não deixa de atender, mas fica aquela coisa, ela não gosta, quer que fique no dia certo (Grupo III).

Assim, em tese, os serviços e as ações de saúde neles desenvolvidos partem de um plano micropolítico que diligencia os processos de trabalho de modo a responder às necessidades dos usuários de saúde mental. Logo, a busca por compreensão acerca dessas demandas, nada mais visa que proporcionar

uma atenção onde a integralidade esteja presente como elemento basilar, contando para a sua concretude com estratégias de cuidado múltiplas, capaz de se adequar imprescindivelmente às necessidades de cada indivíduo (PINTO, 2013).

Quando diz-se em tese, refere-se a aplicabilidade disso no cotidiano assistencial, pois pelo exposto verifica-se que as necessidades dos sujeitos acabam sendo desconsideradas e o planejamento da oferta de ações por parte dos serviços se deve muito mais ao desejo e julgamento dos profissionais do que propriamente pela necessidade dos indivíduos.

No que diz respeito aos processos de trabalho dos sujeitos pesquisados, são revelados limites relacionados a formação deficiente em saúde mental, especialmente no cenário da ESF. O despreparo é uma constante no relato dos sujeitos do estudo, afirmando não serem capacitados para atuar frente aos casos de saúde mental. Sobre isso, sabe-se que a ESF não é um serviço constituído para ofertar cuidado designadamente nesse campo, contudo, é previsto nas políticas públicas em saúde a coparticipação desse território no processo de cuidado em rede, destarte imagina-se ser necessário e imperativo que se estabeleça, sucessivamente, a qualificação dos profissionais desses locais, visando que eles estejam hábeis para acolher as demandas em saúde mental, como anteriormente citado.

Sobre isso se pondera que o fato de as políticas públicas que preverem a participação desse serviço não são por si só suficientes para implementar mudanças nos processos de trabalho em saúde ou na estrutura organizacional dos serviços. Destaca-se ainda que a política norteia a execução das práticas com a finalidade de efetivar cuidado nos diversos territórios, contudo, isoladamente não colabora para superar a sensação de despreparo para atuar frente aos casos de saúde mental.

A insegurança referida parte ainda das questões subjetivas que emanam a partir da construção do vínculo com os usuários de saúde mental, para as quais não existe protocolo de execução, pois se trata de vida que pulsa dentro dos serviços, e, portanto, jamais deve ser aprisionada por um agir burocratizado, bem como de uma formação incipiente no campo da saúde mental:

Porque os desafios são esses, a lei precisa realmente sair do papel e ela precisa realmente acontecer. Num curso de especialização em saúde mental, agente vê tudo na teoria e compara com o que a gente que trabalha na prática, chega a gente por dentro fica...numa dificuldade até de... de absorver. Então nós temos profissionais que estão precisando de capacitação, ter apoio da gestão, precisando que essas redes elas realmente funcionem (Grupo I).

Para Ribeiro et al (2010), os profissionais de saúde possuem uma formação deficiente no campo da saúde mental e sua qualificação posterior acaba dificultada principalmente, principalmente na atenção básica, pela falta de iniciativa que se fortalece através da compreensão de que a saúde mental não é uma demanda da atenção primária.

A falta de apoio e incentivo da gestão é também um elemento apontado como responsável por esse quadro de despreparo, colaborando para que os processos de trabalho dos profissionais de saúde sejam marcados por ações desarmônicas com o até então proposto pela reforma psiquiátrica. Ainda segundo o discurso, isso implica em uma lacuna imensa entre o que se executa no cotidiano das práticas assistências e o que é preconizado a nível de política, dificultando portanto que a mesma se efetive em quanto a realidade no cotidiano, embora se reconheça a sua necessidade.

Como consequência desse cenário aqui descrito, a longitudinalidade do cuidado em saúde – que inclui a saúde mental – proposta que também é assumida pela ESF, torna-se comprometida pela incompreensão de que o sujeito em adoecimento mental é de responsabilidade do território e não apenas de um único serviço, no caso o CAPS. Deve-se lembrar que o indivíduo com necessidades de cuidado em saúde mental pensa, sente e sofre, não apenas psicologicamente, mas também apresenta queixas de ordem física e necessita ser alcançado pelas ações de prevenção e promoção da qualidade de vida prevista para ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde. Assim como não se pode esquecer que pacientes que inicialmente apresentam demandas de ordem orgânica, muitas vezes, podem estar necessitando de cuidados com a saúde mental – decorrente do adoecimento físico ou não.

Logo, pensar e produzir rearranjos capazes de acolher as necessidades a partir da ação de afetar e deixar-se ser afetado gera respostas mais eficientes às

demandas reais que emergem do território e é uma necessidade imprescindível nos serviços de saúde mental, exigindo para tanto, mudanças no modo de se operar os processos de trabalho, tornando-os mais criativos e responsabilizadores, ampliando a sua capacidade de acolher os problemas e ofertar-lhes soluções proativas.

O relato abaixo transcrito demonstra que a ESF muitas vezes só tem acolhido usuários com necessidades em saúde mental quando eles buscam atendimento para situações específicas de ordem física. Assim, quando essas demandas que os levaram a buscar cuidado são contempladas, o cuidado com a saúde mental comumente deixa de ser considerado.

Não temos nenhuma condição de começar um tratamento, terminar um tratamento, infelizmente a gente acaba aqui só renovando receita, ou atendendo alguma queixa de ordem física que chega (Grupo III).

Essa resistência frequentemente observada por parte da atenção básica em acolher as demandas de saúde mental, se deve em parte ao caráter variável das queixas apresentadas pelos sujeitos, cujo cuidado não dá conta e nem permite ser operacionalizado por meio de normas e protocolos. Um exemplo claro disso é, caso um paciente apresente uma parada cardíaco-respiratória (PCR) no serviço de atenção primária, todos os profissionais de saúde saberão como agir. Prontamente iniciarão as massagens cardíacas, alternando com a oferta ventilatória enquanto alguém liga para o serviço de emergência.

Embora a PCR represente uma situação complexa, ela se torna simplificada no momento em que cada sujeito sabe o que deve ser feito e que papel irá assumir durante o processo de execução. Tudo isso está especificado em protocolos e diretrizes clínicas que determinam como e quais devem ser as ações tomadas para manter a saúde e vida desse indivíduo.

No que diz respeito à atuação em saúde mental não há um protocolo de atuação que determine passo a passo o que deve ser feito para amenizar o sofrimento dos sujeitos e isso acaba assustando os profissionais que não sabem como agir frente ao grande caráter subjetivo do adoecimento psíquico.

Para Cecim e Merhy (2009) a prática de saúde executada no cotidiano dos serviços são notadamente permeadas por uma série de fatores de cunho externo que são precedentes ao encontro e acabam por determinar o tipo de relação que vai ser estabelecida pelos sujeitos ou ainda a ausência de relação. No caso do serviço em questão é possível observar uma vinculação frágil entre usuários de saúde mental e serviço, aqui representado por seus profissionais, sujeitos à quem se pressupõe papel de realce na produção do cuidado com vistas à integralidade.

A construção de relações pobres a partir desse vínculo frágil, dificulta o processo de escuta qualificada, dando a interação ares tecnicistas, baseada na execução de procedimentos, onde as condutas passam a ser ordenadas apenas pelas queixas. A seguinte fala de um usuário da ESF evidencia o que acima foi colocado:

É bom por que a gente recebe a receita para pegar o remédio, mas não tem assim, muita aquela conversa para saber como é que tá, aí as vezes a gente sente, né? Às vezes eu peço para trocar o remédio por que digo que não tô me dando, mas a médica diz que é assim mesmo. Deve ser né? Ela é doutora, tá consultando, então ela é que sabe mesmo (Grupo IV).

O usuário em sua fala qualifica a assistência como positiva na medida em que recebe o uso do medicamento, contudo refere se sentir incomodado pela falta de um diálogo mais aberto, onde possa expressar suas angústias e sensações. Evidenciou-se ainda que suas demandas acabam muitas vezes subvalorizadas, não sendo ofertadas propostas capazes de dar resolutividade às queixas, o que fica bastante claro no tocante a questão do medicamento em que o médico acaba não acatando o pedido e revisando a medicação.

Ainda, identifica-se como um frequente nó crítico que obsta a produção de um cuidado integral e resolutivo no campo da saúde mental, o estabelecimento de relações verticalizadas entre profissionais e usuários, onde o médico/profissional de saúde é encarado como ser supremo e detentor de todo o conhecimento necessário para garantir saúde. Essas marcas deixadas por um modelo médico-hegemônico acabam por reduzir e limitar as considerações do usuário, subvalorizando o seu papel como sujeito de sua própria história.

Ainda no imaginário popular permeia a ideia de que o profissional de saúde encontra-se em um patamar de superioridade em relação aos sujeitos que cuida, sendo o seu saber soberano frente às necessidades do usuário. Assim, consegue-se notar a existência de um fazer em saúde que se traduz por meio de ações e orientações técnicas. Nesta Perspectiva, Ceccim e Merhy (2009) afirmam, esse tipo de ação colabora para que os indivíduos sejam encarados como objetos, tendo sua subjetividade limitada, o sujeito passa a ser conhecido e compreendido apenas por meio de um diagnóstico, uma história de adoecimento que que instiga a mera reprodução das práticas já cristalizadas em seus processos de trabalho, dando ao sujeito a característica de assujeitado.

Observa-se então, que a assistência à saúde mental, que deveria se estruturar a partir de uma lógica de trabalho que envolvesse os diversos atores que compõe os processos produtivos em saúde, de modo que o principal objetivo de suas ações fosse acolher e dar resposta às adversidades e demandas que os usuários trazem aos serviços, acabam limitados por meio de intervenções pontuais que não consideram a integralidade em seu sentido amplo (PINTO, 2013).

Acerca dos processos de trabalhos dos profissionais pesquisados ainda é expressa a existência de vínculos frágeis de trabalho, colaborando para que o cotidiano do trabalho no campo da saúde mental seja marcado por uma série de tensões. Além disso, pontos como os baixos salários e péssimas condições de trabalho vêm se somar aos conflitos, tornando o cenário ainda mais dramático.

O panorama atual de saúde do município de Fortaleza tem sido intensamente influenciado por questões como as acima citadas, sendo o meio atual de contratação de profissionais para atuarem no campo da saúde realizado através de seleções públicas. Os processos seletivos em questão estabelecem um tempo de atuação limitada por parte dos aprovados, sendo a média de um a dois anos. Ao fim desse período, uma nova seleção é realizada, os profissionais anteriormente aprovados e que já estavam inseridos no serviço são sumariamente demitidos para que os novos funcionários possam assumir o trabalho realizado nas unidades.

Essa contratação de indivíduos terceirizados objetiva reduzir custos, bem como proporcionar ao serviço maior celeridade e competitividade (FERRAZ,

2006), contudo, nesse cenário, sua realização tem acabado por submeter grande parte dos profissionais de saúde às condições de trabalho problemáticas e sem a oferta de nenhuma segurança, negando inclusive o acesso a direitos trabalhistas como férias e décimo terceiro.

Sobre isso, os profissionais de saúde salientam os aspectos negativos imputados à realização da assistência, especialmente para o usuário, que se vê obrigado a desligar-se dos profissionais com os quais partilhavam uma relação de respeito e confiança para ter que vincular com outros sujeitos, como foi expresso:

Os próprios pacientes questionam, ouvi por diversas vezes: e vai ficar sempre mudando? Eu vou ficar sempre começando, contando minha história toda, toda vida? (Grupo I).

A fala acima nos remete ao fato que a formação de vínculos não se processa da noite para o dia, mas sim corresponde a uma construção que vai se sedimentando por meio do afeto, confiança e respeito (SAKATA, 2007). Nesse sentido, a frequente rotatividade dos profissionais traz prejuízos não apenas para os mesmos, mas também para os usuários, que se sentem angustiados de perder aqueles profissionais à quem tomam como referência. Compreende-se que a mudança de profissionais no serviço é, em algumas situações, inevitável, sendo motivado por causas diversas, principalmente como a ascensão salarial, mas aqui trata-se de grande quantidade de sujeitos saindo do serviço ao mesmo tempo, fazendo com que os usuários, muitas vezes, percam o vínculo por completo com o serviço:

Aqui não sofre tanto por que ainda contamos com um bom quadro de servidores, então não é aquela quebra total, como vai ser em alguns serviços, outro CAPS, tem lugar aí que tem 12 profissionais que já sabem que vão sair (Grupo I).

Os relatos destacam um quadro de funcionários concursados, mas cita a situação vivenciada por outros serviços em que praticamente todo o quadro de profissionais será demitido para que outros sujeitos assumam os devidos cargos. Essa situação acima relatada traz implicações também para as ações realizadas pelo serviço, que acabam prejudicadas, uma vez que a mudança abrupta dos profissionais gera uma quebra nas ações até então desenvolvidas:

Eu sei que em cada momento nós pegamos momentos diferentes do processo, mas fica muito difícil acompanhar, criar um vínculo e dar continuidade, as pessoas vinham com grupos, com ações no

território, desenvolvendo um trabalho bacana com a equipe aí vem essa quebra de tempos em tempos (Grupo I).

Essa questão é agravada pelo fato de grande parte dos profissionais alocados para trabalhar no campo da saúde mental não dispõem de nenhum contato prévio com os serviços, não compreendendo de modo ampliado as ações desenvolvidas, sua missão, ou ainda não apresenta afinidade alguma com o campo da saúde mental, aceitando o emprego exclusivamente pelo caráter financeiro:

Antes da mudança a antiga prefeita fez uma seleção e chamou muitos profissionais e aí o que aconteceu, a empresa terceirizada da antiga gestão faliu e os profissionais terceirizados foram demitidos e entraram os novos profissionais, muitos sem nenhuma experiência em SM, inclusive eu, aí você imagina a mudança quase que por completo dos profissionais da rede de saúde mental, fora o tempo que a pessoa leva para se adaptar ao serviço, se acostumar, se inteirar das rotinas, criar vínculo com os pacientes, isso dificulta (Grupo I).

O estabelecimento de vínculos precários em saúde, aqui em questão, está em grande parte associado a maior predisposição dos trabalhadores de saúde em virtude das instabilidades políticas, o que acaba por favorecer uma grande rotatividade profissional (CAMPOS, MACHADO e GIRARDI. 2009). Esses vínculos empregatícios pobres acabam culminando na grande rotatividade de profissionais, causando diversos não só a eles, mas também aos usuários a quem assistem, especialmente por conta da quebra do vínculo entre equipe e usuários.

Mendes (2002) aponta a contratação de caráter temporário como fator gerador de incerteza, obrigando os profissionais de saúde a se desdobrarem na busca por diversos empregos, o que acaba por gerar sobrecarga e frustração, além de incapacidade de se dedicar plenamente a todas as funções.

Essa circunstância provoca uma reflexão acerca do lugar que a saúde ocupa enquanto prioridade da gestão pública, pois, na medida em que não se valoriza o trabalho dos profissionais de saúde por meio de incentivos ao protagonismo de suas ações através de salários adequados, condições de estrutura dignas para a realização das ações e ainda afinidade com a área em que trabalha, fica evidente o grau de importância que é dado às ações de saúde pública.

Assim, a instabilidade dos vínculos de trabalho bem como a grande rotatividade acaba por frustrar usuários e profissionais, gerando intenso sofrimento e desestímulo para atuar frente ao serviço quando se está nessa circunstância de insegurança:

Você não tem estabilidade no seu emprego, está aí, estou com planos, mas não sei se eu vou continuar... a qualquer momento pode chegar minha demissão. É a minha realidade. O outro psicólogo já foi demitido aí chegou um paciente, ah, você vais sair também? Ele disse que o contrato ia terminar, como vai ficar? Ai dá uma coisa na garganta aí você diz: não, mas se eu sair vai vir outro, eu passo seu processo pra ele; Mas, você vive trocando o seu médico? Não, você tem a pessoa que você confia, que você está a tempos com ele, mas aqui não, não há esse respeito com o usuário do SUS. Por que? Ele não tem direito? Ele merece qualquer coisa que seja feita e pronto (Grupo I).

O seguinte discurso desperta a atenção para a negligência e falta de respeito com os direitos do usuário do SUS, já que, na medida em que se estabelece essa rotatividade, o vínculo – elemento relacional que demanda tempo para ser firmado – é quebrado entre profissional e usuário, gerando insatisfação e prejuízo também para o usuário.

Outro ponto, que merece atenção, nas falas expressas pelos participantes foi a medicalização social no contexto do cuidado em saúde mental: “ela não pode tratar você, vai dar só sua receita”, possibilitam expressar as dificuldades de como lidar com situações e condições de morbidade que transcendem a clínica e incorporam aspectos de caráter social, os trabalhadores veem na medicação um modo de amenizar o sofrimento desses sujeitos e de sentir que estão fazendo algo por eles. Como consequência disso, toda equipe de saúde acaba se envolvendo nesse ato de viabilização do processo de medicalização. A fala, a seguir nos demonstra essa realidade:

Eu nunca deixo ninguém voltar, as vezes chega, não é daqui, o povo reclama, mas eu digo: vou voltar uma pessoa dessa, não sei nem se é de longe, se tem a passagem de volta, não tenho coragem, Eu sou menos rigorosa, dou um jeito. Não deixo ninguém sair sem receita (Grupo III).

Os resultados do estudo em questão corroboram os achados de Onocko-Campos (2011) em que a autora afirma que a sensação de impotência diante do

caráter variável dos problemas que são trazidos ao serviço de saúde colabora para fortalecer o poder biomédico e seu caráter prescritivo e medicalizador do sofrimento cotidiano

Observa-se nas descrições, a forma como os serviços organizam suas ações de modo a ofertar resolubilidade a seus usuários, contudo deparamo-nos com um problema ao perceber que esse caráter resolutivo se fundamenta a partir de um processo de medicamentação, que diz respeito ao controle médico sobre a vida dos sujeitos. A partir do poder prescritivo, põe-se o uso de medicamentos no centro das ações de cuidado, conferindo-lhe características quase que de panaceia. Conforme afirmado por Bezerra et al (2014), passa-se então a preceituar a vida cotidiana dos sujeitos, categorizando condições inerentes à vida como enfermidades psíquicas, tais como angústia, mal-estar, luto, raiva.

Essas mudanças no modo de encarar aspectos inerentes ao indivíduo e que fazem parte de sua singularidade, classificando-os e lhe conferindo uma natureza patologizante se relaciona intimamente à produção social e o caráter mercadológico da saúde. Por conseguinte, representa um fenômeno complexo, que é protagonizado por diversos atores, que no campo da micropolítica são representados por usuários e profissionais de saúde, especialmente o médico.

No campo da saúde mental este feito é ainda mais manifesto, estando no íntimo dos sujeitos a resolutividade assistencial profundamente ligada à prescrição medicamentosa, questão que culmina na indicação de uso e consumo excessivo de psicofármacos pelos os sujeitos. Essa tentativa de ofertar resolutividade por meio de ações puramente medicamentosas, se torna ainda mais grave na medida em que visa, em grande maioria das vezes, sanar problemas de ordem psíquica que tem suas origens a partir de questões sociais. Logo o princípio que norteia essa terapêutica é responsável mais por mascarar sinais e sintomas, do que propriamente tratar.

O cenário em questão deflagra um cuidado cuja terapêutica é fundamentada primordialmente no uso dos psicofármacos, culminando em uma comunicação frágil entre profissionais e usuários de saúde mental, que acabam

gerando ações com capacidade limitada para resolver as demandas em que surgem. O seguinte trecho do discurso do profissional de saúde evidencia o quão frágil é essa relação:

Agora eu perguntei: doutora, tu vai consultar essa menina? Ela disse: não, eu não posso fazer papel de psiquiatra. Então eu não vou ficar, por que ela vai querer acompanhamento, eu não vou acompanhar, eu só passo a receita (Grupo III).

Sobre essa forte tendência a preceituar a vida e o viver dos sujeitos, Ceccim e Merhy (2009) afirmam que ela está ainda fortemente ligada ao que chamam por “imposições do mercado em saúde”, caracterizado fortemente pelas indústrias de medicamentos. Determinações como essa refletem diretamente na construção de padrões e parâmetros que definem o que é tratar ou ainda produzir cuidado em saúde. Essa construção povoa o imaginário de profissionais e usuários, inculcando neles a ideia de que o cuidado ideal e resolutivo necessita impreterivelmente do uso medicamentoso, como se revela:

Dificulta muito a gente o fato de a gente não tem médico e nem medicamento’ (Grupo II).

Essa questão foi reiterada pela fala do usuário acaba por delatar a realidade dos serviços, não só de atenção primária, mas também dos centros de atenção psicossocial. Nesses cenários, os processos de trabalho em saúde se ancoram especialmente nos conhecimentos técnicos já protocolizados e reproduzidos indiscriminadamente independente das necessidades dos sujeitos, visando muito mais coibí-los que propriamente trata-los. Como afirmam Ceccim e Merhy (2009, p. 532) isso representa o “trabalho capturado por seu gerenciamento, por sua protocolização, por sua corporativização ou pelas racionalidades em que se inscreve ou de onde se desdobra”.

Nesse contexto, o trabalho e a ferramenta primordial por meio do qual se operacionaliza, o uso medicamentoso, visa estabelecer uma normalidade no que se refere aos aspectos orgânicos de modo que se tornem adequados aos padrões socialmente estabelecidos. Passa-se assim a qualificar e classificar então aquilo/aqueles que são destoantes dos demais, para desse modo determinar-se o que é normal e patológico (PINTO, 2013).

Nos serviços em questão, observa-se a persistência em uma clínica tradicional, onde os processos de trabalho são estruturados na perspectiva de

intervir sobre a doença propriamente dita, na medida em que nega os demais elementos que conduziram a ela, ou seja os fatores que colaboraram para ampliar sua vulnerabilidade frente o processo de adoecimento, como afirmam Ceccim e Merhy (2009).

Assim sendo, a partir desse agir que emana de uma lógica medicamento-centrado, o uso das substâncias farmacológicas é apontado como solução dos problemas de vida cotidiana, agenciando assim as relações terapêuticas na direção do que é comum e aceito, o uso de medicamentos, como explicita a fala:

Eu pedi pro médico o haldol injetável por que eu tava com uma ansiedade, agora tô normal (Grupo II).

Apesar a discussão levantada a partir dos discursos acima mencionados, em alguns outros trechos fica explicitado o fato de que, muito embora suas ações sejam em grande maioria direcionadas de modo a viabilizar os processos medicalizantes, os profissionais reconhecem que o uso de fármacos por si só não é capaz de dar conta de resolver os problemas trazidos pelos usuários até o serviço, apontando para o reconhecimento da necessidade de ofertar um cuidado que não se restrinja a determinadas categorias profissionais ou à medicalização, sobre isso a fala abaixo explicita:

Na minha opinião não tem condição e só esse negócio de remédio, remédio, remédio não cura, né? (Grupo I).

Mantenho só a receita, mas isso não é o ideal, o ideal é que esse paciente tenha um psiquiatra, um psicólogo, uma equipe multidisciplinar acompanhando, né?! (Grupo III).

Observa-se nos relatos, que os profissionais reconhecem às limitações presentes no modo como operam suas práticas cotidianas afim de ofertar cuidado, isso revela-se especialmente por meio de uma compreensão de o uso isolado do medicamento não é capaz de sanar os problemas encontrados nesse território. Relatam ainda a importância de uma assistência multidisciplinar, que seria ideal na medida em que as responsabilidades poderiam ser divididas e as ações pactuadas, contudo, não é isso que acontece. Portanto, no caso da ESF, existe o entendimento acerca da importância de um acompanhamento mais amplo e um contato mais estreito, no entanto o médico e o medicamento ainda são apontados como elementos centrais nessa relação, especialmente o

psiquiatra, caso que ocorre, em grande parte pelo sentimento de insegurança e despreparo dos profissionais da ESF, explicitado:

Na saúde mental fica esse vácuo pela falta do psiquiatra. Quem é que vai fazer papel de psiquiatra? Ninguém vai fazer uma coisa que não sabe e eles não se sentem preparados (Grupo III).

Para Bezerra (2014), a produção de um cuidado medicamento-centrado se ancora nos problemas de saúde referidos pelos usuários, ou seja, se atem à doença e não ao sujeito, sua subjetividade e a realidade experienciada, sendo esses aspectos inerentes ao sujeito e indispensáveis de serem trabalhados na medida que se busca a resolutividade do cuidado em saúde mental.

Assim, o cuidado em saúde mental não se torna capaz de atender às necessidades do sujeito através de ações limitadas e em sua essência, limitantes. E aqui faz-se referência à limitação das possibilidades que os sujeitos dispõem para gerir suas vidas e produzir valor social. Desse modo, é necessário ampliar os horizontes de intervenção, o que só é possível por meio de um rearranjo dos serviços a partir da reorganização dos processos de trabalho.

E essas mudanças se apresentam como urgentes na medida em que passa-se a compreender que o cuidado em saúde mental “não segue o caminho linear e hierárquico de sintomas-diagnóstico-terapêutica-cura”, destoando da tradicional lógica de complexidade que se encontra presente nos demais serviços de saúde. Enquanto nos demais campos de atenção a complexidade da assistência está relacionada à presença de dispositivos permeados pelo fazer técnico, como pode-se encontrar em uma unidade de terapia intensiva, no campo da saúde mental o cuidado percorre o caminho inverso. Nesse contexto, o hospital representa a ação de menor complexidade, visto que suas ações são voltadas não para o tratar/reabilitar, mas sim para o segregar/relegar, diferentemente do que o ocorre no trabalho junto ao território, onde as ações são mais amplas e potentes (BEZERRA, et al, 2014, p. 65).

As atividades realizadas nesses cenários de cuidado em saúde mental carregam consigo uma complexidade imanente e, portanto, necessitam da formulação de alternativas capazes de agregar novos valores à produção do cuidado. Corroborando a afirmação de Mendes Gonçalves (1992), os processos

de trabalho são, a partir desse contexto, mediados por meio da intencionalidade dos trabalhadores, aqui expressa pelo desejo de prover autonomia aos sujeitos de modo que eles sejam capazes de elevar seu nível de saúde.

Isso é demonstrado ainda na fala dos usuários, ao referir que ações integradas e dinâmicas são importantes na condução dos casos de saúde mental, redirecionando o foco da atenção e diminuindo os descaminhos próprios de uma atenção voltada para o uso exclusivo e excessivo de medicamentos. Ainda segundo o relato de um usuário, foi possível obter significativa melhora do seu quadro de saúde por meio de ações conjugadas que agregavam o acompanhamento médico e a realização de terapia, sendo possível, inclusive, parar com o uso da medicação:

Com o acompanhamento, a terapia, eu fiquei boazinha. Eu tinha parado total com o remédio, aí comecei a trabalhar, o médico foi tirando a medicação, aí eu fui ficando boa, fiquei sem medicação (Grupo II).

O usuário em destaque já vivenciou um acompanhamento anterior no centro de atenção psicossocial em que o estudo se passou e referiu em seu discurso ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar, cujo o cuidado se operacionalizava por meio de ações diversas, o que acabou sendo apontado pela usuária como um fator preponderante para que a mesma fosse capaz de se ir aos poucos se reinserindo e integrando a dinâmica social. A realização de reavaliações medicamentosas colaborou ainda de modo significativo para ir reduzindo a quantidade do remédio utilizada. Essas estratégias foram capazes de oportunizar uma retomada das atividades de vida diária, bem como do próprio trabalho pela usuária, que conseguiu inclusive parar por completo a medicação, mantendo-se estável. Isso colabora para chamar a atenção da sociedade, dos usuários, gestores e trabalhadores para o fato de que a medicação não é o único caminho e nem necessariamente o mais potente para efetivar um cuidado no campo da saúde mental, embora seja uma ferramenta muitas vezes necessária.

Assim, pelo anteriormente citando, percebe-se a importância de, antes de mais nada, acolher os sujeitos e suas demandas, de modo a oferta-lhes uma atenção adequada. Segundo as descrições expressas pelos participantes da investigação, foi evidenciado que o acolhimento e vínculo no cotidiano da atenção à saúde mental se processam por meio de uma construção intersubjetiva, que por sua vez é viabilizada pelo diálogo oportunizado nos encontros entre profissionais e usuários. Esse processo permite que seja dado voz ao outro, de modo que ele seja capaz de exteriorizar suas necessidades, angústias e aflições. O encontro proativo revela-se então como estratégia permeada de potência para produzir ou não cuidado a partir do acolhimento (PINTO, 2012). Contudo, mesmo sendo considerada aspecto relevante, foi observado que essa conduta não tem ocorrido de modo satisfatório e pleno nos serviços de saúde, dificultando a atenção.

Dentre as muitas razões pelas quais isso ocorre, foi possível apreender que muitos profissionais encaram o acolhimento como uma etapa simples e superficial, consistindo em uma triagem que viabiliza a categorização dos casos, de modo a determinar se serão atendidos ou não no serviço. Assim, o modo como o acolhimento tem sido operado acaba não preconizando a oferta de uma escuta qualificada que favoreça a exposição e compartilhamento das necessidades. Esse tão importante momento do processo de cuidar tem sido utilizado, frequentemente, como estratégia de desresponsabilização, na medida em que o acolhimento tem sido utilizado como um encontro pontual que define o que vai ser ou não atendido na unidade de saúde. A fala a seguir destaca a ideia referida:

Aqui a gente tem o acolhimento, quando não tem enfermeira eu passo direto, mas tendo ele passa pelo acolhimento, a enfermeira vê o que ele tem, o que ele quer, pra onde é ir, se fica aqui ou se encaminha. As vezes ela já deixa ficha pra tarde, mas eles chegam aqui querendo ser atendidos e não dá, hoje mesmo chegou uma menina aqui, a socorro e eu mandei um bilhete pro CAPS: Yasmin, por favor, atenda a Socorro (Grupo III).

Essa narrativas ilustra o penoso deslocamento do usuário aos diversos equipamentos da rede em busca de ser atendido. No trecho acima destacado, a Socorro, usuária com uma demanda de saúde mental, não conseguiu atendimento na unidade básica próxima a sua casa - que, segundo a territorialização determinada pelas políticas de saúde, deveria ser a porta de

entrada na busca por atenção - e por isso foi buscar atendimento na unidade em que realizava-se o estudo, por ser a segunda opção mais próxima. No entanto, também não conseguiu ter acesso ao atendimento, pois a médica recusou-se a atendê-la, alegando que a mesma não fazia parte da área geográfica que se encontrava sob sua responsabilidade sanitária.

Como resultado disso, ocorreu o encaminhamento dessa usuária para o serviço secundário, no caso, o centro de atenção psicossocial, o que, muito provavelmente, não seria necessário se os serviços, aqui em questão a ESF, dispusessem de mecanismos de organização que possibilitassem acolher esses sujeitos e ofertar-lhe resolutividade.

Observa-se que algumas barreiras ainda necessitam ser quebradas para que haja a concretização desse acolhimento adequado das demandas, ampliando a capacidade de respondê-las, sendo um dos principais desafios a serem superados a ideia de alguns profissionais de saúde que afirmam não identificar o trabalho em saúde mental como uma demanda correspondente da atenção primária. Concepções como esta acabam por favorecer a realização de grande parte dos encaminhamentos que ocorrem sem avaliação adequada.

Essa questão, referente a responsabilização pelos casos de saúde mental e a articulação entre os serviços substitutivos e a ESF, gerou opiniões destoantes entre os profissionais de ambos os serviços, o que evidenciou de certa forma uma espécie de jogo em que cada sujeito tenta passar para o seu “oponente” a responsabilidade por determinada questão:

A gente observa uma grande resistência de alguns postos, não são todos, vale ressaltar, mas existe uma resistência em se responsabilizar por esse paciente ditos do CAPS, e eles não são do CAPS, são da rede, são do SUS, eu sei que é mais para dar uma fuga aqui por que não tem médico, mas não há essa consciência (Grupo I).

A incompreensão por parte do serviço de atenção primária inclui a concepção de que seu compromisso para com aqueles indivíduos que habitam no território sob sua responsabilidade sanitária se encerra a partir do momento em que eles são encaminhados para outros níveis de complexidade. Sobre isso, Tófoli (2007) afirma que o usuário, ao contrário do que muitos creem, permanece sob as ações de cuidado da equipe de saúde da família, de modo que o cuidado em saúde mental não se restringe a nenhum serviço específico, mas sim aparece

como transversal a todos eles, afim de que a integralidade possa ser alcançada em sua plenitude.

Ainda no que se refere às limitações, percebe-se como entrave a baixa responsabilização dos profissionais da atenção básica pelas ações de saúde mental, estando suas ações ancoradas na redução do louco à sua doença.

Segundo Merhy e Franco (2003), para que a ESF possa operar suas ações segundo uma lógica integral, é necessário que o serviço e, conseqüentemente, seus trabalhadores tenham uma visão mais ampla dos processos de saúde e doença, para que desse modo sejam capazes de produzir um cuidado que não se restrinja às práticas curativas.

Dessa forma, pelo exposto, apreende-se que a patologia passa a ser o rótulo que define a identidade do usuário, tornando-se um fator de limitação para que os profissionais enxerguem o sujeito em suas diversas dimensões. Essa circunstância colabora também para os excessivos encaminhamentos, sobrecarregando ainda mais os serviços substitutivos, no caso o CAPS e restringindo progressivamente o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Um saída para reversão desse quadro seria a busca por mais qualificação por parte dos profissionais de saúde, de modo a proporcionar a ressignificação de suas práticas e seus processos de trabalho, de modo a produzir uma atenção ampliada e capaz de dar respostas positivas às necessidades de saúde daqueles de quem se propõe cuidar.

No entanto, embora represente uma necessidade pujante a sensibilização desses profissionais para essa temática, isso ainda mostra-se como um desafio já que dificilmente, os profissionais da ESF irão compreender, que caso se qualifiquem adequadamente, poderão impactar de modo positivo os seus processos de trabalho em relação aos casos de saúde mental, uma vez que não concebem essa demanda como lhe correspondendo. Ilustra-se essa situação no relato:

Eu não sei te dizer o que poderia haver de melhor caso houvesse essa articulação com o CAPS ou caso eu me capacitasse melhor, é... não, acho que tem que capacitar o CAPS, não aqui (Grupo III).

Fica explícito então a necessidade de intervir sobre essas questões, uma vez que negá-las ou tentar remediá-las por meio de intervenções pontuais implica no insucesso da produção do cuidado, que se dá por meio da não satisfação das necessidades dos sujeitos, já que quando o profissional não assume para si a responsabilidade de cuidar de modo integral e resolutivo daqueles que buscam o serviço, ele acaba por rescindir toda a rede de cuidados prevista pelas políticas públicas.

A presença de um diálogo insuficiente entre os serviços compõe a rede de atenção à saúde mental, como o evidenciado pelos discursos acaba por produzir relações débeis entre os mesmos, cooperando para limitar o acesso à assistência.

Através do cenário estudado, pode-se perceber o predomínio de uma atenção burocratizada, que é ofertada por meio de um conhecimento fragmentado, onde as ações são geridas por meio de estruturas protocolares, que reforçam um modelo de assistência baseado em causa-efeito, em ações de caráter pontual são meio pelo qual o serviço passa a ofertar cuidado. Questões como essa acabam por disparar reflexões sobre a utilização de novas estratégias de modo a proporcionar um cuidado integral e resolutivo, apontando ainda para a necessidade de uma reestruturação dos processos de trabalho, que acabe por refletir na forma como os serviços se arranjam para acolher e ofertar assistência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Questiona-se ainda os motivos que levam a essas condutas de distanciamento e desresponsabilização, que se efetivam por meio de um número exagerado encaminhamentos por parte dos profissionais da ESF quando a demanda relaciona-se à saúde mental. Referente a isso, Pinho, Hernández e Kantorski (2010) afirmam que a experiência militante no campo da saúde mental, que existiu com muita força nas décadas de 1970 e 1980, hoje é quase inexistente e contribui de certo modo para justificar essa realidade de distanciamento. Contudo, acredita-se que se corre o risco de simplificar tão complexo cenário ao tentar explicar a atual conjuntura apenas por meio dessa questão.

Uma outra problemática evidenciada das experiências emanadas, foi o processo de estigmatização do sujeito com adoecimento mental por parte dos profissionais/trabalhadores de saúde. Assim, muitas vezes, esse contato com o usuário acaba não sendo satisfatório, uma vez que é permeado pelo estigma relacionado ao adoecimento psíquico, demonstrando, assim, uma espécie de incompreensão acerca do que é de fato o acolhimento e importância no cotidiano assistencial. A seguinte fala nos remete à isso:

Elas mentem, inventam que não tem preconceito com a gente aqui, mas elas têm, tratam mal, me chama de louco, e eu não gosto (Grupo II).

O relato do usuário, ainda, ilustra de modo bastante coerente a discussão acima apresentada, evidenciando que o preconceito não é inerente apenas à sociedade que, muitas vezes leiga acerca da importância da desinstitucionalização do usuário em sofrimento psíquico, acaba munida de um discurso preconceituoso. Observa-se então que a discriminação encontra-se arraigada dentro dos próprios serviços de saúde que, em tese, seriam um lugar privilegiado para promover a saúde e ofertar cuidado aos usuários de saúde mental.

Ainda segundo os pontos de tensionamento destacados na pesquisa, Kantorski (2009), que estas questões ocorrem na medida em que os serviços se estruturam segundo uma lógica assistencial em que, os profissionais não tomam para si o protagonismo dos seus processos de trabalho. Desse modo, eles se assumem como “reféns do contexto” de modo a justificar a limitação de suas ações. Este foi um achado que figurou tanto no cenário da ESF quanto no CAPS, sendo, contudo, relacionado a questões distintas em cada serviço.

No CAPS, a ausência do médico, como componente da equipe mínima que se faz necessária para produzir o cuidado, foi apontada como fator limitante das ações, tanto segundo o ponto de vista de profissionais quanto de usuários. As avaliações iniciais, que são realizadas no momento em que o sujeito chega no serviço em busca de ajuda, estão reduzidas pois, segundo os profissionais, chega um momento em que seus processos de trabalho esbarram em certas limitações dentro do serviço e uma delas é a falta do médico. A fala a seguir expressa essa questão:

Claro que as avaliações iniciais foram reduzidas, está havendo uma demanda reprimida, o paciente chega e, não sempre, mas assim tem vaga p o fim de outubro [três meses após sua entrada no serviço] e tipo, a pessoa está em sofrimento agora, muitos vêm em busca de atendimento médico, veem esse o modo de dar vazão e não tem pra atender nem aqueles que já tem prontuário aberto, por que o médico só está aqui segunda de manhã quarta a tarde (Grupo I).

Muito embora se reconheça a forte tendência atual de medicalizar o sofrimento cotidiano, conforma apontado por Tesser (2008), o uso da medicação é sim um elemento importante e necessário no processo de cuidado de alguns casos específicos, não devendo no entanto ser encarado como único elemento disponível para ofertar cuidado.

O fato de o médico se encontrar no serviço apenas durante dois turnos ao longo da semana é apontado como um fator que limita a oferta de assistência, já que essa disponibilidade acaba sendo insuficiente para a grande demanda espontânea que surge e para a quantidade de pacientes que já tem prontuários abertos. Isso tem aumentado a demanda reprimida e as filas de espera, cada vez mais longas para aqueles que pretendem acessar o serviço pela primeira vez. Para os usuários que já tem o prontuário aberto se destina um cuidado de característica ambulatorial, como já referido anteriormente, cuja principal ação é a renovação de receitas.

Os usuários, também, queixam-se da ausência do profissional médico, pois como afirmado ainda no discurso que foi anteriormente citado, muitos vão ao serviço em busca especificamente da atenção por meio da consulta médica. Obter acesso a esse tipo de atendimento clínico, bem como conseguir a receita medicamentosa são fatores que estão intimamente relacionados à qualidade da assistência, segundo os usuários. A fala abaixo nos remete à dificuldade encontrada pelos usuários no que diz respeito ao acesso a consulta clínica:

Ontem eu vim aqui e tinha a senhora, ela tava esperando [consulta] e não tem, aí vem todo mundo e volta sem a receita. Desde ontem eu tento me consultar, mas não tem, tentaram marcar ainda pra outra semana, aí a gente fica vindo um monte de vezes também, que é difícil, mais por que tem gasto e tudo, de tempo no meu caso não, por que tô parada. Aqui é bom, ruim mesmo é por que falta o médico, aí não tem como a gente pegar receita, né?(Grupo II).

Já no que se refere à Estratégia de saúde da família, no tocante ao atendimento em saúde mental, o potencial produtivo dos trabalhadores da ESF acaba limitado pela experiência incipiente para atuar em um campo tão específico quanto o da saúde mental. Vem somar-se a essa questão o fato de que, no imaginário dos profissionais da atenção básica, a atenção à saúde mental é uma atividade que prioritariamente deve ser atribuída à certas categorias de profissionais, tais como o médico psiquiatra e o psicólogo. Logo, segundo essa concepção, na ausência desses, o serviço e os profissionais não são capazes de ofertar um cuidado adequado aos usuários com demandas de saúde mental. O relato a seguir evidencia essa questão:

Assim, eu acho que se fizesse um acompanhamento psicológico, talvez nem precisasse de medicação, nem precisasse de psiquiatra, mas a gente também tem dificuldade de psicólogo, eu faço muito é escutar e eu sei que isso já ajuda, mas eles falam, falam, falam e eu acabo só renovando as receitas que algum psiquiatra algum dia passou. Mas se tivesse o acompanhamento, por que quem tem condições de fazer mesmo é o psicólogo e o psiquiatra, a gente não (Grupo III).

Observa-se, então por meio do relato das experiências, que, embora os profissionais reconheçam a necessidade de uma atenção capaz de ofertar aos usuários ações capazes de ir além do uso na medicação, predominam nos serviços as ações pontuais, aqui sendo traduzidas por meio do excessivo uso das práticas medicalizantes, subvalorizando outras estratégias de cuidado que poderiam estar disponíveis ainda no próprio território e que viabilizariam a produção de vínculos positivos com os usuários.

Mais uma vez emerge nas falas o problema acerca da desproporcionalidade entre demanda e oferta da atenção, fato que se faz marcante nos dois serviços estudados, e que dificulta a constituição de vínculos proativos dos profissionais com os sujeitos em adoecimento psíquico. Essa questão pode ser apontada como um fator que contribui para a precarização da formação de vínculos, e, portanto, do cuidado integral.

A falta de tempo e de profissionais em quantidade compatível com a demanda acabou se revelando como entrave no que diz respeito a oferta de um cuidado integral que culmine na resolutividade assistencial. Assim sendo, a oferta de uma assistência pautada na escuta qualificada para buscar melhores soluções

aos problemas que surgem acaba sendo suprimida, dentre outros fatores, pelo estrito número de profissionais ou ainda pelo seu pouco preparo para atuar no campo da saúde mental, como evidenciado pelo seguinte relato:

Mulher, aqui tá tão difícil... esse negócio da escuta é complicado, hoje eu estou com as três auxiliares, mas tem dias que não, hoje não tem uma enfermeira, estão todas no colégio, no PSE, então não é toda hora que tá esse monte de gente no posto e a gente tem que dar conta dos programas, de outras coisas (Grupo III).

Os usuários, também, queixam-se da escassez de profissionais, que aliada à grande demanda de sujeitos em busca de atendimento, acaba dificultando as oportunidades de diálogo e colaborando para que os indivíduos tenham suas necessidades sobreavaliadas. As falas a seguir aclaram essa discussão:

Eu gostaria que aqui tivesse uma piscina, eu gostaria de mais movimento de gente, tá fraco, sinto falta, também era bom mais doutor, pra gente conversar... ..Aqui acolá ainda acontece de ninguém querer falar comigo e eu entrar em depressão, eles não dizem nada, fala só que é tempo, tem muita gente, não tem tempo (Grupo II).

As experiências citadas vão ao encontro dos achados de Pinto (2013), na medida que evidencia que os processos de trabalho e suas ações são segmentadas a partir do excesso de programação e burocracia assistencial, de modo que o cuidado passa a ser operado não com o objetivo de proporcionar integralidade, mas sim como forma de manter a condição de saúde do território dentro de indicadores de saúde oportunos.

Observa-se nos relatos, que serviços de saúde em questão (ESF e CAPS), organizados segundo o processo de trabalho de seus profissionais, criam estratégias de operacionalização, que muitas vezes obstam o acesso de seus usuários a uma atenção qualificada. Como exemplo cita-se a organização da oferta de serviços a partir de um cardápio de atividades, onde os usuários devem buscar se inserir na medida em que desejem acessá-los. Nota-se então uma tendência para que o usuário se adeque ao serviço, quando na verdade este é que deveria se adequar às demandas trazidas por seus usuários.

Hoje por exemplo é troca de receita, a médica tá aqui só trocando receita, por que de 11:00 até 13:00 ela só troca receita, aí de duas à cinco é demanda livre. Aí tem o acolhimento, dia de terça é pra saúde mental, quarta demanda livre, por que ela quer que organize, tudo é no calendário, aí as vezes a pessoas chegam e

quererem uma receita... aí fica aquela coisa, ela quer que fique no dia certo, que venha no dia certo e não em outro (Grupo III).

Assim, fica notório o distanciamento dos preceitos que regem a produção do cuidado e o agir que determina dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, assumindo as ações um caráter polarizado, onde de um lado permanece o usuário de saúde mental, que chaga ao serviço em busca de cuidado e resolução, e do outro, o profissional de saúde, que por meio de suas ações, em grande parte das vezes, limitadas, pouco criativas e de cunho medicalizante, produzem intervenções, sem contudo se propor a cuidar (PINTO, 2012). Observa-se ainda o caráter secundário assumido pela equipe de saúde para com a integralidade do cuidado, direcionando suas ações, muitas vezes, no caminho inverso do que é apontado como necessidade da população.

Neste aspecto, a observação sistemática, sem dúvida, forneceu um subsídio a mais para que se pudesse avaliar o caráter limitante das ações desenvolvidas no cotidiano da atenção à saúde mental. Foi possível notar que nem mesmo o serviço substitutivo, aqui representado pelo CAPS, não organiza-se segundo uma lógica que proporcione a oferta de um cuidado comprometido com a desinstitucionalização e fundamentado na escuta e fortalecimento da autonomia dos sujeitos.

Por ocasião, da coleta de informações para esse estudo, deparamo-nos com uma situação que disparou essa série de reflexões. Chegou ao serviço um usuário em busca de atendimento, ele referia estar muito angustiado e relatava querer ser atendido. A recepcionista então disse-lhe: “não dá para atender você por que estamos sem médico, não tem como te dar um remédio” e,, em contrapartida o usuário respondeu que não queria remédio, ele queria ser ouvido! A recepcionista por sua vez disse que todos estavam muito ocupados e ele deveria buscar o hospital psiquiátrico de Messejana. O usuário resolveu sentar-se. Passaram-se uma média de 20 minutos e nenhum profissional se propôs a conversar com o mesmo e realizar o seu acolhimento.

Essa situação revelou a ineficiência dos serviços, mesmo aqueles constituídos com a finalidade de ofertar cuidado em saúde mental, em dar aos sujeitos respostas para além do uso medicamentoso. Questões como essa

chegam a abismar, na medida em que um local considerado porta de entrada da rede de cuidados à saúde mental, bem como instituído e consagrado como lócus de um cuidado que visa superar a institucionalização, não se mostra flexível para atender a demanda espontânea que surge no seu território de atuação.

Observa-se então que o cuidado promovido nesse espaço tem um caráter ambulatorial, uma vez que suas ações centram-se cada vez mais na relação causa-efeito, que visa gerar uma resposta rápida por meio do uso da medicação. A narrativa anteriormente citada qualifica bem a limitação dos serviços na medida em que afirma que não pode haver acolhimento e nem atendimento na medida em que não existe médico no serviço. Como anteriormente citado, sabe-se da grande relevância desse profissional na condução de casos de saúde mental, mas não se pode permitir que o trabalho dos demais profissionais e a oferta da escuta qualificada hajam como meros satélites em volta de um astro, sendo apenas coadjuvantes do trabalho médico,

É notório, portanto, que essas questões, levantadas como problemas existentes no cuidado em saúde mental, acabam por limitar a produção de um cuidado integral a esses usuários. A falta de um olhar acolhedor sobre as demandas que emergem do território representa uma característica ainda mais acentuada nos serviços de atenção primária, culminando na desresponsabilização em relação aos casos de saúde mental, que é operacionalizada segundo uma lógica de encaminhamentos, muitas vezes, levianos, colaborando assim para a impotência no agir que se revela por meio do relato dos sujeitos da pesquisa.

Para Oliveira e Loyola (2006) consideram que o tratamento medicamentoso dirigido aos indivíduos com transtornos mentais atua de modo meramente paliativo, controlando sinais e sintomas. Caminha (2012), por sua vez, destaca que o grande impasse dessa questão é representado pela institucionalização que os sujeitos experienciam nos ambientes contemporâneos de cuidado em saúde mental, já que, o uso dos medicamentos de modo dissociado de demais práticas de cuidado, não preocupa-se com as questões do sujeito e nem não agrega novas possibilidades terapêuticas para além da farmacologia, mas atua apenas controlando os indivíduos por meio do

maquagem dos sintomas, colaborando para um cuidado fragmentado nas ações e não articulado nos saberes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais a serem tecidas acerca desse estudo são constituídas a partir da vivência empírica do pesquisador com o campo. Assim sendo, o estudo revelou uma série de incongruências entre o que se sabe e o que se faz no cotidiano dos serviços de atenção à saúde, especialmente saúde mental.

Quando se trata de cuidados nesse campo de atuação, destaca-se que, mesmo os profissionais dispendo de uma noção acerca da importância de realizar um cuidado integral, muitas vezes são impedidos por razões existentes no dia a dia dos serviços, em especial, enfatizam-se as fragilidades infligidas pela própria estrutura organizacional, que precariza as condições de trabalho às quais estão submetidos os profissionais.

Foi possível perceber que esses cenários de atuação estão marcados por notória tensão, especialmente em virtude das precárias condições de trabalho, sem os subsídios necessários para o desenvolvimento das ações preconizadas no serviço, bem como pela insegurança gerada pelos vínculos de trabalho frágeis, que submete os profissionais de saúde à constante ameaça de perderem seus empregos. Estas questões citadas têm implicado de modo negativo no processo de fazer em saúde, o que acaba sendo refletido por meio da limitação das ações desenvolvidas nesses territórios de produção intersubjetiva, levando-os a um fazer técnico que empobrece e fragiliza os vínculos com os usuários que demandam cuidados.

No que diz respeito à articulação entre os serviços de atenção primária e CAPS, viu-se que muitas são as barreiras que precisam ser enfrentadas no sentido de superar os ruídos e tensionamentos que marcam essa relação. Logo, as ações a serem desenvolvidas nesse sentido apresentam caráter de urgência uma vez que as fragilidades encontradas têm refletido na assistência ofertada – pontual pouco acessível e centrada no medicamento – prejudicando usuários e gerando uma série de contendas entre esses e profissionais.

Desse modo, o presente estudo espera chamar a atenção dos profissionais e também da gestão para questões referentes a essa problemática, de modo que

a mesma passe a ter um olhar propositivo e lance mão de estratégias potentes no sentido de reverter esse quadro. Este é um passo imperativo para que o processo de desinstitucionalização e cuidado ao usuário de saúde mental sejam operados, conforme os preceitos da reforma psiquiátrica.

Sabe-se que produzir um cuidado integral e resolutivo ao indivíduo em sofrimento psíquico não é demanda sensibilidade da gestão para compreender que não pode haver uma saúde de qualidade se os profissionais não compreendem elementos do seu processo de trabalho – aqui lista-se os profissionais da ESF, que não enxergam a demanda de saúde mental como referente a esses serviços – ou ainda se encontram-se desestimulados pelos baixos salários, sobrecarga, péssimas condições estruturais de trabalho e pelos vínculos trabalhistas frágeis.

Assim, o cuidado efetivo em saúde mental, que depende de elementos como a articulação dos serviços em rede e de processos de trabalho proativos por parte de seus profissionais, envolve uma série de complexidades e subjetividades.

A inserção dos profissionais no dia-a-dia de trabalho demonstrou dificuldades especialmente no que diz respeito ao compromisso para intervir de modo ampliado sobre as demandas de saúde mental, o que também recai acerca do anteriormente citado, a necessidade de superar a precarização das relações de trabalho, bem como a urgência na definição de uma política de formação permanente em que os trabalhadores possam superar suas limitações, no sentido de garantir uma assistência comprometida com o cuidado e fortalecimento da autonomia dos usuários de saúde mental.

Assim sendo, o presente estudo instiga a realização de trabalhos posteriores no sentido de buscar ferramentas capazes de superar os entraves encontrados até então, de modo que se possa colaborar para uma articulação mais eficaz entre os serviços e que seja refletida por meio de um melhor cuidado para os usuários de saúde mental.

7. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 2007.

AMARANTE, Paulo D. C., et alii. 1995. *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001

ASSIS, Marluce Maria Araújo and JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2865-2875

BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*. v.27, n.2, 2011. p. 295-304.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro; v.19, n.2, 212-217, abr/jun. 2011.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar Editores: 2001.

BEZERRA, E., DIMENSTEIN, M. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2008, vol.28, n.3, pp. 632-645.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, n.48, pp. 61-74. ISSN 1807-5762.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 17 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 17 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CAMINHA, E. C.C. R. VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO COM EIXO NA INTEGRALIDADE: concepções, estratégias e resolutividade. 72 P. Monografia – Universidade Estadual do Ceará. 26/06/2012.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. v. 23, p. 2033-42, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), p.393-403, 1999

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. [*Divulg. saúde debate*](#);(44):13-24, maio 2009. illus, tab.

CASTRO, M.; PEREIRA, W. R. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 486-93.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, 24(2): 102-108, abr./jun., 2011

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126

CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Otu. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg and MERHY, Emerson Elias. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 531-542. ISSN 1807-5762.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*. Tradução de Luis B. L. Orlandi. Editora 34, 2010a.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. Editora Atlas, São Paulo, 1989.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.** vol.18, n.1, 63-74, jan/mar. 2009.

DINIZ, A. M. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados. 122 P. Dissertação - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 17/12/2012.

DUTRA, V. F. D.; ROCHA, R. M. O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO INTEGRAL. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 19(3):386-91. 2011.

FERRAZ, Luciano. Função Administrativa. Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº 8, nov/dez – 2006/ jan de 2007. Disponível na internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>> . Acesso em 16/08/2014

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Revista Ciência e Saúde coletiva. v.14, n.1, p. 129-138, 2009.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em 17 de abril de 2013.

FRANCO, T.B.; O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. (Org.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; p.161-98, 2006

FRANCO. T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

GAIVA, M. A. M.; SCOCH, C. G. S. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):469-76

JORGE, M. S. B. et al. Produção da atenção e suas articulações com as linhas de cuidado do SUS e da rede assistencial de saúde mental. Relatório de Pesquisa. Digitado, Fortaleza, 2012.

JORGE, M.S.B; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Revista Ciência & Saúde, V.16, N.7, p.3051-3060

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, F.R.; HECK, R.M.; BIELEMANN, V. L. M.; SCHWARTZ, E. ; COIMBRA,V.C.C.; LANGE, C.; SOUSA, A.S. Contribuições Do Estudo De Avaliação Dos Centros De Atenção Psicossocial Da Região Sul Do Brasil. Caderno Brasileiro de Saúde Mental [da] Universidade de Santa Catarina, v.1, n.1, Jan./abr. 2009.

KRUG, S.B.F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v.9, n.1, p.77-88, jan-jun. 2010.

MACEDO, P. C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. Rev. SBPH v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007

MACHADO, M. F. A. S. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007

MARX, Karl. O capital. Coleção Os economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 41-66.

MATUMOTO, S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.m2003. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MENDES, G. R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E.V.A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde em debate, Ano XXVII, v.27, n.65, set/dez, Rio de Janeiro, 2003.

Merhy EE. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E. ANORMAIS DO DESEJO: OS NOVOS NÃO HUMANOS? OS SINAIS QUE VÊM DA VIDA COTIDIANA E DA RUA. Drogas e Cidadania: em debate / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2012. 76 p.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MORAES, J. B. GESTÃO DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO. Monografia, Universidade Estadual do Ceará, 2013.

NUNES, Mônica et al. **A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil** . *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 188-196. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de e LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Pintando novos caminhos : a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado em enfermagem.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2006, vol.10, n.4, pp. 645-651. ISSN 1414-8145

OLIVEIRA, G.N. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2010

ONOCKO-CAMPOS, R. Et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.46, n.1, 43-50. Dec. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à saúde mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(4). 2011.

Organização Mundial de Saúde - OMS (2001).Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. Acessado em: 10/06/2013.

PAULA, P. P. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade. 202 p. Tese – Universidade de São Paulo – USP. 2011.

Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010b). Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Escola Anna Nery*, 14(2), 260-267.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, R. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Matos R, org. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec;. p. 21 - 36, 2004.

PINTO, A. G. A. TRANSVERSALIDADE DA CLÍNICA NA ATENÇÃO À SAÚDE: limitações políticas, fragilidades assistenciais e vínculos comunitários na Estratégia Saúde da Família. 292 P. Tese – Universidade Estadual do Ceará. 03/04/2013.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva*. v.17, n.3, 2012. p. 653-660.

PIRES, M. R. M.; GÖTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, vol.16, n.12, 4579-4589. 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa and FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis** [online]. 2014, vol.24, n.1, pp. 253-271. ISSN 0103-7331

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise and BLANK, Vera Lúcia G.. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 438-446. ISSN 0102-311X.

RIBEIRO, Laiane Medeiros; MEDEIROS, Soraya Maria de; ALBUQUERQUE, Jonas Sâmí de and FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade. **Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 376-382. ISSN 0080-6234.

RIBEIRO, José Mendes and INGLEZ-DIAS, Aline. **Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4623-4634. ISSN 1413-8123

RODRIGUES, A. A. A. O; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. *Revista Baiana de Saúde Pública.* v.29, n.2, p. 273-285, 2005.

SAKATA, K. N. et al. Concepções Da Equipe De Saúde Da Família Sobre As Visitas Domiciliares. *Rev Brasileira de Enferm.* v.60, n.6, 659-664, nov.-dez. 2007.

Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS);* 30(3):397-405. 2009

Schraiber LB 1993. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade.* Hucitec, São Paulo.

SHIMIZU, Helena Eri and CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2405-2414.

SILVA, M. R. F. Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia de Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica. 200 p. Tese – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 24/04/2012.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública,* v.42, n.5, 914-920, 2008.

Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, Arrieiral CO, Dal Pai D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. *Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS)* 2011 jan-mar;1(1):190-198.

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

VASCONCELOS, E. M. organizador. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

ZAMBENEDETTI, Gustavo.; PERRONE, Claudia Maria. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*[online]. 2008, vol.18, n.2, pp. 277-293.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE TRABALHADORES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: diálogos entre os equipamentos estratégia de saúde da família e o centro de atenção psicossocial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Trabalhadores de saúde

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre as redes assistenciais de saúde mental e de que modo ela se articula aos processos de trabalho na busca pela integralidade do cuidado.

A pesquisa tem como objetivo: Compreender como se articulam as redes assistenciais de saúde mental nos diversos níveis de atenção, levando em consideração os processos de trabalho e suas articulações para a prestação de um cuidado integral, sendo realizada nas SER IV e V do município de Fortaleza.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista em profundidade e observação sistemática das práticas.

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

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

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Pesquisadora: Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha; Tel: (85) 99104496.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Assinatura do Participante
Assinatura do Pesquisador



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: diálogos entre os equipamentos estratégia de saúde da família e o centro de atenção psicossocial

EU, _____, aceito participar da pesquisa: REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: olhares analísadores sobre os processos de trabalho e produção do cuidado
Fortaleza, CE, ___/___/___
Ass./Rubrica do Participante
Ass. do Pesquisador



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE USUÁRIOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: diálogos entre os equipamentos estratégia de saúde da família e o centro de atenção psicossocial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuários do SUS

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre as redes assistenciais de saúde mental e de que modo ela se articula aos processos de trabalho na busca pela integralidade do cuidado.

A pesquisa tem como objetivo: Compreender como se articulam as redes assistenciais de saúde mental nos diversos níveis de atenção, levando em consideração os processos de trabalho e suas articulações para a prestação de um cuidado integral, sendo realizada na SER IV do município de Fortaleza.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista em profundidade e observação sistemática das práticas.

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

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

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Pesquisadora: Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha; Tel: (85) 99104496.

Fortaleza, CE, ___/___/___.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: PROCESSOS DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: diálogos entre os equipamentos estratégia de saúde da família e o centro de atenção psicossocial EU, _____, aceito

participar da pesquisa: REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: olhares analisadores sobre os processos de trabalho e produção do cuidado

Fortaleza, CE, ___/___/___

Ass./Rubrica do Participante
Ass. do Pesquisador

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESF/CAPS

IDENTIFICAÇÃO

Nome (iniciais):_____ Profissão:_____

Tempo no serviço:_____ Tempo de trabalho na área da
saúde:_____

Data _____ da entrevista:_____/_____/_____

Local:_____

QUESTIONAMENTOS

1. Como esse serviço se articula com a rede assistencial a fim de prestar cuidado em saúde mental?
2. Descreva como é para você os fluxos existentes nesse serviço. (Desafios e potencialidades na articulação com essa rede).
3. Fale um pouco sobre o seu processo de trabalho em relação a SM nesse serviço (facilidades, dificuldades e potencialidades). Como ele se organiza afim de ofertar um cuidado integral? (como se relaciona com a macropolítica, Eq. Multidisciplinar, Proj. Terapêuticos)

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS**IDENTIFICAÇÃO**

Nome (iniciais):_____ Idade:_____ Sexo:_____

Escolaridade:_____

Estado civil:_____ Quantidade de filhos:____ Quanto tempo no
serviço:_____

Data da entrevista: ____/____/_____

Local:_____

QUESTIONAMENTOS

- 1) Como você percebe o cuidado que é ofertado para você nesse serviço?
(Como se estabelecem as relações; Como você enxerga o trabalho dos profissionais que aqui atuam?)
- 2) Você é atendido em outros serviços? Fale um pouco dessa experiência.
Tem facilidade de transitar por esses outros serviços? (Deseja ser atendido neles?)
- 3) Existe um plano de cuidado? Como você e sua família participam?

APÊNDICE E- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Como são os processos de trabalho e quais as atividades realizadas na perspectiva de ofertar cuidado aos usuários:

- Consulta individual;
- Grupos Terapêuticos;
- Palestras;
- Orientações;
- Visitas Domiciliares;
- Procedimentos (medicação, TA, curativos, dentre outros)

2. Relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários

3. Diálogo entre os equipamentos (CAPS – ESF)

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE E ENFERMAGEM NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Maria Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05829012.5.0000.0034

Instituição Proponente:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 122.324

Data da Relatoria: 17/09/2012

Apresentação do Projeto:

Aborda a gestão do cuidado e atenção clínica aos usuários da rede de saúde mental acompanhados na ESF e nos CAPS de Fortaleza-CE e tem como análise as dimensões da gestão do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo de Avaliação de Quarta Geração

(AQG), ou seja, estudo avaliativo pautado numa abordagem construtivista. Tal proposta mostrou-se como um relevante na condução de estudos avaliativos no campo da saúde mental, pois permite a compreensão das dimensões das políticas de saúde mental, da organização dos serviços e das práticas profissionais, familiares de usuários, usuários na perspectiva das dimensões da gestão do cuidado em saúde. A pesquisa será realizada

no município de Fortaleza-CE. Especificamente nas seis áreas administrativas das Secretarias Executivas Regionais (I, II, III, IV, V e VI) junto às coordenações de saúde mental e equipes dos serviços de saúde mental. Os participantes serão usuários, familiares, trabalhadores de saúde do CAPS e da ESF e gestores. Tais sujeitos possuem experiências singulares no acompanhamento dos pacientes no processo de saúde-doença.

por isso foram escolhidos, pois se relacionam direta ou indiretamente com os serviços de saúde e atuam na gestão do cuidado e atenção clínica. Para a coleta de dados serão utilizadas quatro técnicas: a entrevista semi-estruturada, observação sistemática, grupo focal e documentos. A coleta de dados será iniciada após a aprovação. O tratamento do material empírico será orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas, narrativas focais e observações pelos

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Esperidi

CEP: 03.000-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-0503

E-mail: clara@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



pressupostos da hermenêutica crítica. A análise dos dados empíricos deverá ter como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico (MINAYO, 2005) possibilitou as várias dimensões de o processo investigativo confrontar-se. A discussão e apresentação dos resultados seguirão a perspectiva crítica reflexiva sobre o cenário analisado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a gestão do cuidado e atenção clínica aos usuários da rede de saúde mental acompanhados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-CE.

Objetivo Secundário:

Identificar os processos de construção da gestão do cuidado clínico nas redes assistenciais de saúde mental; Caracterizar os atores envolvidos nas práticas cuidadoras do campo psicossocial com ênfase no contexto sócio-histórico, clínico-demográfico e político-institucional; Descrever os processos de trabalho das equipes da ESF e do CAPS e sua interlocução com a gestão do cuidado; Analisar as redes de atenção da saúde mental e

suas interfaces com a gestão de cuidado clínico, linhas do cuidado, oferta e demanda, integração entre os níveis assistenciais e ações intersetoriais; Compreender as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde, usuários e familiares na busca da resolubilidade assistencial nas dimensões individual e coletiva da gestão do cuidado; Discutir a construção do projeto terapêutico nos planos individual e coletivo a partir dos dispositivos político-assistenciais, integralidade, autonomia e intersubjetividade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

Este estudo proporcionará reflexões sobre a gestão do cuidado, objetivando torná-lo conveniente, humanizado, eficaz e solidário; buscando rediscutir o modelo de atenção à saúde das pessoas com sofrimento psíquico, nos cenários da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante, o protocolo de pesquisa está bem elaborado, obedece aos critérios éticos da pesquisa que envolve seres humanos e contribuirá para políticas de saúde do município de Fortaleza.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 00.000-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9803

E-mail: diana@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE em dois modelos, usuários e gestores, descritos adequadamente.

Folha de rosto não está preenchida adequadamente.

Cronograma adequado.

Orçamento a ser custeado por agências de fomento à pesquisa.

Revisão de literatura pertinente, atualizada.

Recomendações:

Refazer a folha de rosto, vinculando-se a uma instituição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está bem estruturado, o tema é relevante e atende aos ditames da Resolução 196/96 do CNS e não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa apresenta adequadamente os termos de apresentação obrigatória.

FORTALEZA, 15 de Outubro de 2012

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 00.000-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9603

E-mail: diana@uece.br