



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JORDANA RODRIGUES MOREIRA

A INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
COMPARTILHANDO PRÁTICAS DE CUIDADO

FORTALEZA - CEARÁ

2018

JORDANA RODRIGUES MOREIRA

A INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
COMPARTILHANDO PRÁTICAS DE CUIDADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

JORDANA RODRIGUES MOREIRA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Moreira, Jordana Rodrigues.

A Interface entre a Saúde da Família e a Atenção Psicossocial: compartilhando práticas de cuidado [recurso eletrônico] / Jordana Rodrigues Moreira. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 112 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, 2018.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

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

1. Cuidado . 2. Saúde Mental. 3. Equipe Multiprofissional. 4. Saúde da Família. 5. Atenção Psicossocial. I. Título.

JORDANA RODRIGUES MOREIRA

A INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
COMPARTILHANDO PRÁTICAS DE CUIDADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

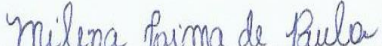
Aprovada em: 14 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Profa. Dra. Milena Lima de Paula
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará - UECE

AGRADECIMENTOS

A gratidão é o ato de reconhecermos que a estrada da vida nunca foi trilhada sozinha sempre precisamos de porto seguros ancorar o nosso coração. E reconheço que tenho muitos portos seguros que mantiveram firme e constante:

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, pelo milagre que sou, pela saúde, coragem e determinação que me concedeu para a realização deste prazeroso trabalho.

À minha família, em especial aos meus pais Antônio Marcos e Elis Regina pelo apoio e crédito, e com quem compartilhei os meus momentos difíceis e as angústias. Aos meus avós que desde cedo me proporcionaram conhecer todas as dimensões do cuidar.

Aos meus tios e primos que sempre me deram força e coragem para alcançar voos sempre maiores.

A Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge pela orientação, ensinamentos e por sempre me instigar.

Às amigas Aline Ávila Vasconcelos e Kellinson Catunda que me apoiaram em todo esse processo e trouxeram leveza para meus dias. O segredo da vida não é o caminho, mas com quem se caminha. O mundo ficou mais especial depois que vocês apareceram na minha vida. A minha amiga Suelen Pontes, pela disponibilidade de sempre me ajudar, pelos conselhos sempre oportunos, pelas palavras amigas e por tentar encontrar uma solução em meio ao caos “calma, eu vou pensar em uma solução”. Espero que sejamos sempre eterno girassóis.

Agradeço profundamente ao meu noivo (Lucas) pelo apoio e por sempre está presente me ajudando e compreendendo a minha ausência. Você dividiu comigo os momentos mais difíceis e os mais belos dessa caminhada.

A todos os meus amigos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, com os quais sempre partilhei minhas inquietações, enquanto acadêmica e que pude contar sempre com apoio e compreensão. Que possamos nos construir a cada amanhecer como profissionais comprometidos com o cuidado e que sempre ao tocarmos o outro, possamos tratar como extensão de nós. Desejo muito sucesso e conquista a todos.

RESUMO

Existe uma busca incansável por uma atenção integral e, para que o cuidado em saúde mental se dê no território de maneira satisfatória, há a necessidade de parcerias entre os serviços de saúde e o estabelecimento de linhas de cuidado entre os dispositivos. A articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que reitera a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial. O fortalecimento do trabalho em rede tem como objetivo primordial a completude da assistência de saúde destinada aos que dela necessitam. A partir disso, emergiu a necessidade da pergunta: Como se produz cuidado em saúde mental no contexto da ESF e do CAPS? Dadas as características do objeto de estudo, a pesquisa teve uma abordagem de natureza qualitativa, que buscou captar a dinâmica e a complexidade do objeto em seu contexto histórico imediato, tendo, portanto, o ambiente social de trabalho como fonte privilegiada de dados. Objetivamos compreender como se dá o cuidado em saúde mental dentro da Equipe de Saúde da Família e da Equipe de Atenção Psicossocial, levando em consideração as tecnologias leves. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde, usuários e familiares no território da Regional IV do município de Fortaleza pertencente à área da adscrita de uma Unidade de Atenção Primária e um CAPS pertencente à referida regional. Utilizamos para coleta de dados observação livre, entrevista em profundidade com trabalhadores, profissionais, familiares, usuários. A análise dos dados foi pautada na análise de conteúdo categorial temática de Bardin. Os resultados da pesquisa remontam as inúmeras fragilidades e dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e usuários do sistema de saúde para a consolidação do cuidado integral, com vista atender as necessidades de saúde mental no contexto da Atenção Primária e até mesmo no contexto da saúde mental, existe fragilização das estratégias e ferramentas de cuidado, além de entraves na comunicação entre os pontos de atenção à saúde para a efetivação do cuidado. Conclui-se que o sistema de saúde brasileiro e por conseguinte o sistema de saúde de Fortaleza está enfrentando diversos entraves para a consolidação do cuidado, mas se faz necessário repensar e adequar as estratégias de cuidado como também os processos de trabalho dos seus profissionais a fim de proporcionar, ou mesmo se aproximar, de um cuidado mais integral, apesar de se reconhecer a complexidade desse sistema.

Palavras-chave: Cuidado. Saúde Mental. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

There is a relentless search for comprehensive care and, in order for mental health care to take place satisfactorily in the territory, there is a need for partnerships between health services and the establishment of care lines between devices. The articulation between Primary Health Care (PSA) and the substitutive network of mental health care has been established as one of the historical guidelines for the consolidation of the Brazilian psychiatric reform, which reiterates the centrality of the constitution of community-based and territorial devices. Strengthening networking is primarily aimed at completing health care for those in need. From this emerged the need for the question: How is mental health care produced in the context of the FHS and the CAPS? Given the characteristics of the object of study, the research had an approach of qualitative nature, which sought to capture the dynamics and complexity of the object in its immediate historical context, having, therefore, the social work environment as a privileged source of data. We aim to understand how mental health care is provided within the Family Health Team and the Psychosocial Care Team, taking into account the light technologies. The subjects of the research were health professionals, users and relatives in the territory of the Regional IV of the city of Fortaleza belonging to the area of the assigned Primary Care Unit and a CAPS belonging to the regional. We used for data collection interviews with each of these subjects mentioned above. The analysis of the data was based on the Thematic Categorical Analysis. The results of the research trace the innumerable fragilities and difficulties faced by workers and users of the health system to consolidate integral care, in order to meet the needs of mental health in the context of Primary Care and even in the context of mental health, care strategies and tools, as well as barriers to communication between health care points for care delivery. It is concluded that the Brazilian health system and therefore the health system of Fortaleza is facing several obstacles to the consolidation of care, but it is necessary to rethink and adapt the strategies of care as well as the work processes of its professionals in order to provide, or even to approach, a more comprehensive care, although the complexity of this system is recognized.

Keywords: Care. Mental health. Multiprofessional Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Dimensões da Reforma Psiquiátrica.....	14
Figura 2 -	Mudança de Sistemas Hierárquicos para poliárquicos.....	21
Figura 3 -	Articulação entre APS e Saúde Mental.....	24
Figura 4 -	Tecnologias leves de cuidado.....	27
Figura 5 -	Mapa das Regionais de Fortaleza.....	33
Figura 6 -	Mapa da Regional IV.....	34
Figura 7 -	Etapas da Análise	42
Figura 8 -	Representação dos nós e subnós a partir dos itens de codificação.....	43
Figura 9 -	Nuvem de palavras de todos os nós.....	44
Figura 10 -	Nós em Cluster por similaridade de palavras.....	45
Figura 11 -	Nós em Cluster por similaridade de palavras.....	59
Figura 12 -	Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação no nó.....	60
Figura 13	Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação no nó.....	75
Figura 14 -	Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação de nó.....	81
Quadro 1 -	Participantes da Pesquisa.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Apoio Matricial
AP	Atenção Psicossocial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CE	Ceará (Estado)
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
EQSM	Equipe de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPRACS	Laboratório de Pesquisa e Práticas Coletiva em Saúde e Enfermagem
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPSAC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RT	Residências Terapêuticas
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TECDOR	Grupo de Pesquisa Tecnologias para o Cuidado com a Dor
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UC	Unidades de Contexto
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidades de Registro

SUMÁRIO

1	O PESQUISADOR E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	11
1.1	O PESQUISADOR.....	11
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	12
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	BASE TEÓRICA DA PESQUISA.....	20
3.1	PRODUÇÃO DO CUIDADO E SUAS INTERFACES COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	20
3.2	TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE: ACOLHIMENTO, VÍNCULO, AUTONOMIA.....	26
4	AS TRILHAS DA INVESTIGAÇÃO.....	32
4.1	EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	32
4.2	A ENTRADA NO CAMPO.....	32
4.3	PERÍODO E CENÁRIOS DA PESQUISA.....	33
4.4	PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA PESQUISA.....	36
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	38
4.6	PRODUÇÃO DE NARRATIVAS.....	38
4.7	ENTRADA NO CAMPO.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1	PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	44
5.2	INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS E DESAFIOS DA INTEGRALIDADE.....	58
5.3	TECNOLOGIAS APLICADAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	72
5.3.1	A tecnologia leve de acolhimento.....	77
5.3.2	A tecnologia leve do vínculo.....	79
5.3.3	A tecnologia leve da autonomia.....	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICES.....	92
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	93
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRABALHADORES DA SAÚDE.....	95
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS.....	97

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES.....	99
APÊNDICES E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO NÍVEL SUPERIOR ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	101
APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE-CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	102
APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA SAÚDE NÍVEL MÉDIO (CAPS/ESF).....	103
APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FAMILIARES.....	104
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA ESF E DO CAPS.....	105
APÊNDICE J - ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIOS.....	107
APÊNDICE K – CARTA DE ANUÊNCIA.....	108
APÊNDICE L – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	109

1 O PESQUISADOR E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1.1 O PESQUISADOR

O curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi meu primeiro contato no mundo acadêmico, esse novo mundo me fez saltar aos olhos novas possibilidades de crescimento intelectual, pois nos foi mostrado as multifaces (ensino, pesquisa, extensão) da Universidade. Ao primeiro momento, fiquei deslumbrada com tantas possibilidades e com toda a lógica pedagógica do curso ao qual eu havia escolhido para ser a minha profissão.

A Enfermagem na UECE tem como proposta institucional formar enfermeiros com compreensão das necessidades de cuidar dos sujeitos, trazendo estes para o centro do processo de cuidado. Mas, o que se percebe é que infelizmente não conseguimos alcançar esse objetivo ao longo da caminhada acadêmica, pois ainda estamos engessados na lógica biomédica, na conceituação de diagnóstico de enfermagem que são estanques a questões político-sociais. Já avançamos muito, mas temos que continuar a refletir sobre a nossa formação, pois devemos ser formados para/pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Temos que sair da torre de marfim da academia e submergir nas contradições/iniquidades das possibilidades do encontro com o outro. A nossa aproximação tardia com o campo de prática ainda torna mais difícil essa formação.

No decorrer do processo acadêmico tive a feliz oportunidade de ser monitora da disciplina de Anatomia Humana, a qual foi minha primeira imersão no contexto da “docência”. Pude partilhar meus conhecimentos quanto estudante com outras turmas e criar laços de amizade que perduram até hoje. Mas, sempre estive envolvida no contexto da pesquisa. O primeiro contato com pesquisa foi através do Grupo de Pesquisa Tecnologias para o Cuidado com a Dor (TECDOR) no qual tive a oportunidade de participar de alguns projetos de pesquisa e de iniciar a imersão no mundo da pesquisa. Apesar de estar inserida nesse grupo de pesquisa, sentia que me faltava algo, foi então, que tive o encontro com a saúde coletiva e nesse encontro foram produzidos afetos que me impulsionam a querer estar imersa nesse universo.

Adentrei ao contexto da saúde coletiva por intermédio do Laboratório de Pesquisa e Práticas Coletiva em Saúde e Enfermagem (LAPRACS) sendo bolsista de iniciação científica no período de 2013 a 2015 onde participei de vários projetos, sendo que um deles deu origem ao meu trabalho de conclusão de curso.

Outras experiências exitosas, no contexto da saúde coletiva foram à imersão no projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Foram quinze dias de diálogos multiprofissionais (enfermeiros, advogado, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas), onde visitávamos os vários equipamentos de saúde e discutimos através de rodas de conversas e debates, as melhorias e os entraves para a consolidação do SUS. Salientando que sempre era instigada a lógica dialógica em todos os debates e o foco era o SUS (Sistema Único de Saúde).

O processo vivenciado possibilitou criar e recriar minha identidade acadêmica, afinal, somos frutos de constantes reflexões, mas o que essas experiências me impactaram? Através delas pode entender que temos de transcender a lógica do sistema e lutarmos contra as linhas de cristalização.

Após a finalização do curso de graduação, adentrei no mercado de trabalho o que possibilitou a oportunidade de vivenciar a prática de Enfermagem o que suscitou um processo de constantes reflexões e anseios.

A partir dessas inquietações o interesse de trilhar um caminho o acadêmico em busca de aprimoramento. E todos esses anseios culminaram no projeto de dissertação intitulado: O CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE que tem como propósito de entender toda a lógica de cuidado dentro da Atenção Primária, além de compreender esse cuidado no seio da equipe multiprofissional.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

A saúde no Brasil enfrentou inúmeras transformações ao decorrer dos anos, sendo que essas foram atravessadas pelas condições político-econômico e social que o país vivencia e pelas concepções do processo saúde/doença. O contexto de saúde veio perpassando as décadas e assumindo o local de destaque. Vale ressaltar que no período anterior a atual Constituição Federal, o acesso aos serviços de saúde era privilégio da minoria, daquelas pessoas que tinham carteira de trabalho assinada, isto é, contribuem diretamente para Previdência Social.

O modelo inicial de assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos empregatícios e trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuem para a Previdência, ou seja, aqueles com carteira assinada. Os brasileiros que não contribuem para o regime previdenciário eram tratados como carentes e necessitados,

sendo atendidos por instituições de caridade e de filantropia, de forma assistencialista (PAULUS JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

O marco fundamental que deu origem as principais mudanças na história de saúde do Brasil, foi a 8ª Conferência de Saúde ocorrida no ano de 1986. Esta veio estabelecer os princípios políticos e conceituais marcadores do processo transformação do campo da saúde, além de definir as estratégias a serem estabelecidas legalmente no âmbito constitucional de 1988 (NETO, 2012).

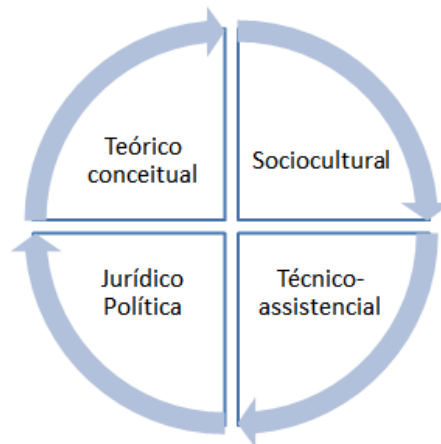
A conferência foi fundamental na apresentação do conceito ampliado de saúde. Esta passou a ser vista e tratada como algo resultante das condições de saúde de alimentação, habitação, educação, lazer, trabalho, liberdade, dentre outros. Sendo considerados assim, todos os determinantes e condicionantes sociais. A partir de então a saúde passou a ver vista como, um produto final e não a causa principal que norteia a vida humana. A saúde passou a se desenhar e se consolidar como universal, equânime, integral e, sobretudo, como direito social (VIEIRA; LACERDA; CHINELLI, 2011).

Permeado por esse contexto de transformações veio à tona a necessidade de mudanças no campo da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como plano de fundo as trajetórias internacionais, as quais vão de encontro à lógica manicomial e excludente como estratégica terapêutica, instigando a transformação da assistência ao paciente com transtorno mental. Para a consolidação desses processos foi necessária à interação de vários sujeitos e instituições além de movimentos sociais (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Essas conquistas repercutiram positivamente no campo da saúde mental, uma vez que possibilitaram mudanças na forma de cuidar do indivíduo com transtorno mental, sem excluí-lo do seu contexto familiar. A Reforma Psiquiátrica Brasileira pauta-se em duas linhas, a primeira está ligada a construção de uma rede de dispositivos substitutivos e a outra ligada à redução de leito em hospitais psiquiátricos e a consolidação de práticas antimanicomiais. Ainda nessa lógica de rearranjo dos dispositivos substitutivos de saúde mental surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a proposta de reformulação da assistência à saúde mental (BRASIL, 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta quatro dimensões fundamentais (Amarante, 2003): a dimensão teórica conceitual, jurídica política, sociocultural, técnico-assistencial, todas as dimensões originam as bases constitutivas da reforma.

Figura 1 - Dimensões da Reforma Psiquiátrica



Fonte: Adaptado de Amarante (2003)

A dimensão epistemológica/teórico-conceitual: se refere ao campo da produção de saberes e diz respeito à desconstrução dos fundamentos, das noções e dos conceitos fundantes da psiquiatria. Não consiste simplesmente na negação dos conceitos antiquados, mas criação de inter-relações entre as diversas disciplinas, em prol da idealização de novo paradigma no campo da saúde mental (AMARANTE, 2003).

A dimensão técnico-assistencial: é uma dialógica entre a prática, ou seja, no movimento de uma práxis, propõe-se a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida. Esses espaços de produção de vida são serviços substitutivos aos até então dispositivos de cuidado que assujeitavam aos que estavam inseridos nesse contexto além da criação de amarras sociais, pois uma vez inseridos nesses dispositivos o redor a vida em sociedade era como um “devaneio”.

A dimensão jurídico-política: salienta o processo de participação de diferentes segmentos sociais (movimento social, reforma do Estado, universidades, trabalhadores da saúde mental, entre outros). Essas ações objetivam construção de uma nova pactuação de poder, lutando para dar voz a quem não tem direito, a quem não é cidadão. Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social. O social é onde se estabelecem as relações interpessoais e práticas, um instrumento legal para essa consolidação dos direitos foi a lei nº 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, após anos de tramitação no Congresso Nacional a sanção desta lei dar vez e voz a figura das pessoas com adoecimento mental que eram tão silenciada no seio social.

A dimensão sociocultural: está ligada ao imaginário social historicamente construído em torno da loucura. Imaginário esse repleto de preconceitos, temor, desqualificação e por vezes infantilização. A modificação deste imaginário se constitui como o grande desafio, pois ele está imbricado em nossa cultura há anos então a desconstrução dessas questões é feita de forma paulatina, é um passo a passo com o propósito da real mudança de paradigma.

Na dimensão técnico-assistencial um elemento de fundamental importância é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) esse dispositivo tem como intuito primordial assistir ao paciente dentro do seu território sem que o mesmo tenha que extraído do convívio social para o seguimento do tratamento. Ele vem romper com a lógica segregacional do cuidado em saúde mental.

Com isso, pode-se perceber que todas as dimensões estão intrinsecamente atreladas e que todas se fazem necessárias para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam consolidados e que o cuidado prestado ao usuário esteja em consonância com os princípios do SUS. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.

Contudo, o processo efetivo de desinstitucionalização da loucura é árduo e de constantes interpelações das práticas do cuidado (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). A desinstitucionalização da loucura vai muito além do que a criação de dispositivos, ela tem que estar arraigada no contexto da formação profissional, no contexto social e no seio familiar, pois a loucura se estabelece também como fruto de condição cultural. Essa questão reflete que não é só necessária a mudança do sistema como também a mudança na micropolítica.

Para a consolidação desse processo, uma das estratégias estabelecidas trata-se da articulação entre os serviços de Atenção Básica e os de Saúde Mental, com o intuito de territorializar as ações de cuidado, levando em conta que a intercessão desses dois segmentos é produtiva, pois eles convergem quanto aos princípios tais como: atendimento multiprofissional, a integralidade, o vínculo e a possibilidade de construção de redes, em uma atuação interinstitucional (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009). Na lógica dessa atuação interinstitucional, são idealizadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais tem como fundamentos basilares acesso, qualidade, suficiência, disponibilidade de recursos, processo de substituição, relação vertical e horizontal, níveis de atenção entre outros.

Neste sentido, considera-se que a APS se constitui um integrante da Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS) e, é reconhecida um componente-chave nos sistemas de saúde e tem como organização prioritária a Estratégia Saúde da Família. Ela traz como proposta básica para o primeiro nível de atenção, a humanização das práticas de saúde e a satisfação da população adscrita. As relações de vínculo passam a ser desenvolvidas entre os profissionais e a população e promove uma atuação mais efetiva de ambos, e facilita a percepção da saúde como direito à cidadania, contribuindo, assim para a qualidade de vida dos membros de cada comunidade (LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014).

Essa aproximação entre ESF e CAPS traz a saúde para dentro do território, aproximando-se da população e possibilita a inserção no contexto de vida e trabalho das pessoas. ESF e CAPS compartilham o cuidado em saúde. Não há divisão do sujeito que está sendo cuidado, mas entrelaçamento das ações que visam à integralidade nos modos de fazer saúde. Produzir, saúde mental é ação conjunta, desses modelos de atenção em saúde. A necessidade de compartilhamento de práticas entre a ESF e o CAPS faz emergir a criação de enlaces entre esses dispositivos para a consolidação da tessitura do cuidado e porque não dizer processos de produção de vida. Esses processos estão atravessados por inúmeras questões desde questões sociais, financeiras, trabalhistas e subjetivas. Esses enlaces consolidam-se através da criação da Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As principais diretrizes para essa articulação estão pautadas no apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF por meio do aumento da capacidade resolutiva das equipes; priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica. Todas essas estratégias para direcionalidade das políticas públicas de saúde mental visam à ampliação das ações na atenção básica estão corroboradas por diretrizes emanadas de organismos internacionais, a OMS (Organização Mundial de Saúde) no mesmo ano publica dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental sendo a primeira delas, proporcionar tratamento na atenção primária.

Partindo desse pressuposto as necessidades que eram levadas a cabo não eram necessariamente as quais os usuários demandam do sistema. Mas, com a criação da perspectiva das redes houve uma quebra dessa hierarquização no contexto da saúde, possibilitando a interação entre os dispositivos de saúde garantindo ao usuário uma assistência integral.

As linhas de contenção engessam e enrijecem toda a lógica de redes, talvez precisassem, mas do que redes precisaram de propostas para o fortalecimento delas no

contexto de saúde brasileira e só será alcançado se tivermos a possibilidade de mudanças nos processos de trabalho em saúde, pois a efetividade da rede está imbricada com os sujeitos que a ela compõem.

Para a efetivação do cuidado é necessária uma rede de suporte para os dispositivos de saúde atender integralmente o sujeito que necessitam do cuidado. A escassez de subsídios para o fortalecimento e efetivação do cuidado em rede funciona como linhas de cristalização para o trabalho em saúde. A falta de escuta qualificada traz ônus para o sistema, pois muitas questões de saúde podem ser mitigadas por meio do acolher o outro/ dar ouvidos, mas acabamos nos tornando “reféns” do sistema.

Os dispositivos de saúde vêm se tornando “drive thru” do cuidado, pois a assistência está focada na rapidez do cuidar do outro. O acolhimento e a escuta são primordiais para constituição de uma estratégia que procure oferecer algum tipo de resposta aos usuários que procuram os dispositivos de saúde possibilitando assim uma assistência resolutiva e integral (OLIVEIRA; GUEDES; SARMENTO OLIVEIRA; LIMA JÚNIOR, 2011).

A concepção de redes de cuidado transcende a ideia de fluxos que tende objetivo de tornar o cuidar eficiente. O cuidado em rede acontece sempre entre os que se propõe às conexões, ele se estabelece no encontro. O encontro é potencializador para entender a inteireza e complexidade do ser cuidado que está sendo atravessado por iniquidades seja elas do corpo ou da mente. Retomando ao conceito de redes (FRANCO, 2015), às redes surgem onde há desejo ou vontade em cuidar.

Segundo Deleuze e Guatarri (2004), o desejo é formado nos processos primários, que é como se fosse uma usina, em permanente produção e criação de mundos, para os quais os sujeitos se põem em movimento, impulsionado por uma energia propulsora. Dessa maneira, as redes se desenham como expressão do desejo de cuidar dos profissionais que estão imbricados tanto os sujeitos quanto com o território os quais estão inseridos.

O ato de cuidar é sempre singular, pois ele depende de duas figuras-chaves (trabalhador e usuário), do encontro deles vão se construindo os afetos mútuos (FRANCO, 2015). Nesse sentido, para que o cuidar integral em saúde mental seja oferecido de forma efetiva houve rearranjos para que se pudesse garantir a integralidade. Um desses rearranjos foi à construção de estratégias que fortaleçam a capacidade da rede atenção primária em saúde de realizar ações de promoção da saúde, as quais tendem a melhorar as condições de vida e saúde e minimizar os gastos com saúde (BERRA, 2011).

Essa proposta de rearranjando versa a promover a integralidade no contexto das redes assistenciais, pois é sabido que não nenhuma rede coexiste só, todas estão atravessadas/transversalidades (JORGE *et al*, 2015).

Assim como ourives trabalha com o ouro e o oleiro com o barro, Atenção Básica (AB) tem como objeto de sua labuta, o território. O território transcende as estruturas físicas estruturantes do espaço geográfico, ele é espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e culturas. O território é o lugar de atuação profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) e o seu trabalho corresponde ao trabalho vivo em ato na saúde, expresso por relações intercessoras que têm como operação chave o encontro usuário/trabalhador de saúde (MERHY, 2002).

O âmbito territorial dispõe de vários fluxos: de pessoas, de carros, de informações, de estilos de vida, de culturas, de relações interpessoais, de desigualdades e injustiças sociais, como também de objetos estáticos, que são inertes: barragens, árvores, casas e outros; mas que podem ser modificados e transformados pelo homem. Conhecer esses fluxos/dinâmicas do território elucida uma boa parte do processo de saúde/doença do mesmo, pois a saúde é resultado de determinantes e condicionantes sociais, mas também dos modos de olhar-viver a vida dos sujeitos.

Mas, apesar de toda essa concepção da necessidade de interação entre a Atenção Primária e o Centro de Atenção Psicossocial para assistência a pessoas com adoecimento mental existem alguns obstáculos que dificultam essa articulação como a: falta de profissionais capacitados, a ausência de grupos de apoio (pastorais, comunidade de bairros, grupos terapêuticos), além dos usuários em encontrar na rede de atenção primária, a assistência em saúde mental (OLIVEIRA; GUEDES, SARMENTO OLIVEIRA, LIMA JÚNIOR, 2011).

A partir disso surgiram as indagações: Como se dá o cuidado em saúde mental nesse contexto de rede? Existe um diálogo entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família e da Atenção Psicossocial? Como está sendo realizado o atendimento em saúde mental no seio da ESF?

Desta maneira, o presente estudo terá como alvo primordial compreender todo esse contexto de interface do cuidado em saúde dentro dos dispositivos supracitados buscando compreender como são assistidos os usuários que necessitam de demanda de saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como se dá o cuidado em saúde mental dentro da Equipe de Saúde da Família e na Equipe de Atenção Psicossocial, a partir das tecnologias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as interfaces entre as práticas da equipe de saúde da família e da Atenção Psicossocial;
- b) Descrever as tecnologias leves utilizadas no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na ESF e APS;
- c) Desvelar a concepção de cuidado da equipe de saúde da atenção primária e atenção psicossocial, com ênfase nas práticas assistencial.

3 BASE TEÓRICA DA PESQUISA

3.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO E SUAS INTERFACES COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os processos de saúde remetem a uma lógica complexa, pois os mesmos transcendem a lógica do biológico. No contexto da saúde coletiva convencionou-se denominar biopsicossocial. Essa nova nomenclatura traz na sua construção a necessidade de que se fosse elencada todas as dimensões da vida (PINHEIRO; FERLA; SILVA, 2007). Partindo dessa lógica de integralidade de cuidado, a qual vai de encontro à fragmentação da assistência em saúde, é notório que ainda existe uma marca hegemônica do modelo biomédico bem presente tessitura da rede e na nossa formação. Essa visão preponderante nos foi herdada da década passada e continua bem viva e presente no nosso modo de fazer saúde. Mas, vem se tentando romper a cultura do “esfacelamento do corpo” por especialidades.

Como proposta para superar “o esfacelamento do ser” surge as propostas de redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, interligadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

O trabalho em rede busca superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, pois o modelo vigente tem se mostrado fragilizado e insuficiente para dar a cabo todos os desafios sanitários dos tempos atuais. Além do mais, o cenário brasileiro se configura pela diversidade de contextos regionais, econômicos e sociais e que se exaspera pela demanda público-privado, acesso, escopo, qualidade, custo e efetividade.

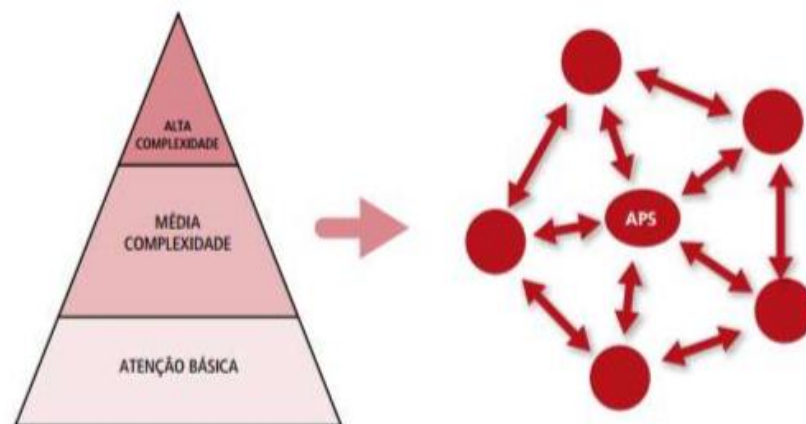
É necessário trazer à cena à portaria que formaliza a construção dessas redes, portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, quando afirma que:

(....)a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a

oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na APS (BRASIL, 2010).

As redes têm como objetivo a cooperação dos variados dispositivos a fim de se estabelecer a integralidade. Essa proposta visa à construção de processos de trabalho onde opere a circulação, a partilha e a troca de ideias e saberes e corresponsabilização pelos casos individuais e coletivos, além da produção de ações em rede. As RAS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. O modelo de Redes torna o Sistema um organismo vivo e intersetorial e horizontalizando o cuidado, a comunicação entre os dispositivos se estabelece de forma longitudinal.

Figura 2 - Mudança de Sistemas Hierárquicos para poliárquicos



Fonte: Mendes, 2001.

As redes são apoiadas na compreensão a APS como primeiro nível de atenção enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e partir dela se coordena o cuidado em todos os pontos.

A APS busca então, ordenar a entrada do usuário no sistema de saúde, identificando demandas e necessidades (individuais e coletivas), devendo a atenção ser coordenada e articulada em rede para proporcionar um cuidado integral. Nesse sentido, a APS

é parte da rede de saúde proposta no SUS, conectando serviços, saberes e práticas, compondo os espaços territoriais e respectivas populações. Os pontos de conexão devidamente caracterizados pelo fazer cotidiano, envolvem a oferta e demanda de serviços de saúde; o fluxo do atendimento que define a entrada e saída do usuário no sistema; e o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS (ASSIS, 2015).

Os dispositivos são ligados pela rede e para rede, a interlocução entre a Atenção Primária e a Rede de Atenção Psicossocial é um exemplo que tem como objetivo a tessitura de uma rede capaz de dar cabo a demanda a ela destinada e de transversalizar a saúde mental.

Trazendo um pouco de dados epidemiológicos para termos a real proporção dos problemas de saúde mental dentro do arcabouço da saúde coletiva. Os problemas de saúde mental ocupam a quinta posição no ranking das dez principais causas de incapacidade no mundo. Na atualidade mais de 400 milhões de pessoas são acometidas, por distúrbios mentais ou comportamentais e frente à mudança na pirâmide etária e o agravamento dos problemas sociais é possível o aumento progressivo dos casos a serem diagnosticados. Diante desse quadro epidemiológico é notória a necessidade de estabelecimento redes (OMS, 2006).

Fazendo um resgate de marcos legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, encontramos na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde, essa legislação dar voz a um grupo até então silenciado e excluído e o mune de garantias que inexistiam. Na busca dessa integralidade foi percebida a necessidade de criação de uma rede voltada à saúde mental.

Para a consolidação da integralidade surge à portaria 3088/11 a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma proposta de atenção integral e resolutiva para o cuidado em saúde mental no Brasil, centrada no processo de transversalidade e longitudinalidade do cuidado. Para tanto, enfatiza-se a necessidade de envolvimento da sociedade, especialmente da família nas ações de cuidado para os usuários de saúde mental, formalizando sua inclusão da família nas ações de cuidado no contexto familiar, nessa perspectiva se salienta a necessidade de interlocução entre os dispositivos de saúde destinados a assistência à saúde. Daí surge à necessidade de criação/ o fortalecimento de pontes entre os diversos dispositivos a fim de se desenhar redes de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2004).

Essa lei demonstra a cisão da lógica manicomial, mas ela não se pela “abolição” dos elementos que possuíam caráter institucionalizante, na verdade ela transcende para além de todo esse contexto de aprisionamento, ela vem apregoar a defesa intransigente da forma de

cuidado seja construído na subjetividade e na interação dos sujeitos (SCHECTMAN e ALVES, 2014). Na defesa do cuidado em liberdade surge a necessidade do desenvolvimento de tecnologias de cuidado voltadas ao cuidado no território, diante disso configurou-se a necessidade de compartilhamento de práticas de saúde entre Atenção Primária e a Saúde Mental.

As diretrizes produzidas na área da saúde, nos últimos anos, inclusive com recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), têm convocado, especialmente, os profissionais que atuam na Atenção Primária e outras áreas a fim de intervir nos processos de reabilitação das pessoas em sofrimento, quer sejam eles por sofrimento mental, pelo uso de drogas de modo suicida, por angústias, violências ou graves opressões (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Essa aproximação não é algo recente, mas é o produto de intensos debates, reflexões nos mais diversificados campos da saúde e vem se reiterando desde a Reforma Sanitária Brasileira, a qual ocorreu no final da década de 70.

Observada a importância dessa interpelação vamos discorrer sobre a temática do cuidado e suas interlocuções entre os CAPS e ESF. O cuidado se dá no encontro (FRANCO, 2006), trazendo à tona realidade do cenário da ESF/CAPS, observa que nesse contexto existe maior possibilidade de produção de cuidado, pois são dispositivos que dialogam com os territórios. Seguindo essa lógica de configuração de redes se desenhou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com uma gama de ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como propósito primordial a concretização da Política Nacional de Saúde Mental (NUNES; LANDIM, 2016).

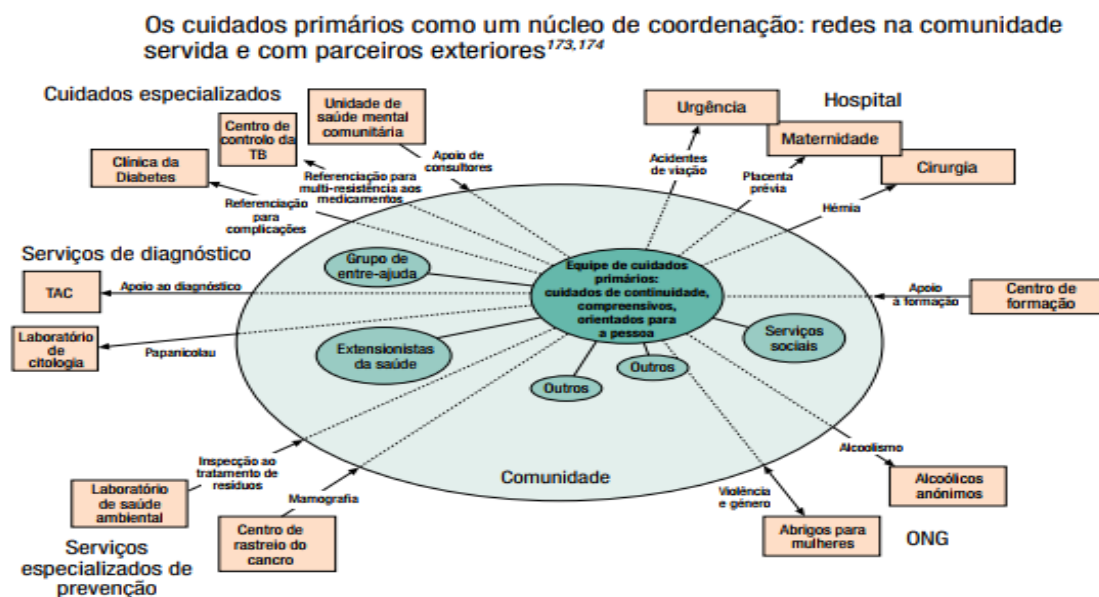
A RAPS fundamenta-se nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania ampliada; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (Brasil, 2011). A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

A construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como proposta balizar o fortalecimento dos serviços substitutivos desde sua concepção, além de dar subsídios

necessários para a incorporação no arcabouço da saúde mental, a proposta de matriciamento e o desenho de Projetos Terapêuticos Singulares e a busca de substratos para o cuidado norteado pela Clínica Ampliada. Ela foi instituída pela portaria nº3.088, a qual tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito fortalecer a tessitura de linhas de cuidado destinados a esse público tão singular e que necessita de um cuidar focado no diálogo e que seja adequado às suas condições de vida/viver (BRASIL, 2011). Um dos componentes dessa complexa e densa rede é Atenção Primária.

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho em todos os outros níveis do sistema de saúde. Ela organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Ela compõe a principal porta de entrada do sistema, ela é ordenadora das ações de cuidar. Nesse contexto de fortalecimento da Atenção Primária surge a ESF como estratégia de fortalecimento da APS.

Figura 3 - Articulação entre APS e Saúde Mental



Fonte: OMS, 2008.

A figura acima explicita bem a capacidade de coordenação das redes através da Atenção Primária a qual está nomeada na figura como equipe de cuidados primários. É possível identificar os diversos diálogos/ interlocuções da mesma com as mais diversas redes

do sistema de saúde. No Brasil, a Atenção Primária é balizada na proposta de trabalho em saúde vinculado à Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família surge com a proposta não só de capilarizar as ações em saúde, mas surge como forma de reorganização da Atenção Primária. Ela reverbera os princípios pétreos do SUS e têm como intuito abrir o leque de resolatividade e trazer impactos positivos para o contexto da saúde individual e coletiva das populações (BRASIL, 2012).

Apesar dos significativos avanços após a criação das políticas no campo da Atenção Primária e Saúde Mental ainda é notória linhas de cristalização no contexto do cuidado em saúde mental, pois os profissionais pertencentes ao cenário da ESF ainda não se imbricam no cuidado em saúde. Essa falta de empoderamento nesse campo nos faz rememorar a mitologia grega, a figura do Minotauro que era formado por parte touro (corpo) e cabeça (homem) fazendo uma analogia a Atenção Primária que está dispensando cuidados somente para o corpo e a cabeça fica na mão dos técnicos em saúde mental (HIRDES; SCARPARO, 2015).

A fragmentação do corpo por áreas de cuidado/ especialização tem transformados os profissionais de saúde em técnicos dispensadores do cuidado, por vezes automatizado o processo de cuidar. Essa famigerada especialização traz compartimentalização de ações de saúde, pois não existe nos profissionais no sentido de pertença do cuidado integral, mas sim de estratos do cuidado. Apesar da necessidade constante de consolidação dos diálogos entre ESF e Atenção Psicossocial ainda enfrentamos entraves.

Talvez esses entraves sejam em partes originados da falta de formalização da demanda de que ações de saúde sejam desenvolvidas no nível da atenção básica deveria ser acompanhada por estratégias claras e complexas que as permitam acontecer. Como historicamente essa atuação não foi formalmente requerida e legitimada no âmbito da gestão local de inúmeros municípios, ela tendeu a se manter indesejada ou marginalizada. A proposta da ESF é marcada pelo cuidado no território.

O âmbito territorial dispõe de vários fluxos: de pessoas, de carros, de informações, de estilos de vida, de culturas, de relações interpessoais, de desigualdades e injustiças sociais, como também de objetos estáticos, que são inertes: barragens, árvores, casas e outros; mas que podem ser modificados e transformados pelo homem. Conhecer esses fluxos/dinâmicas do território elucida uma boa parte do processo de saúde/doença do mesmo, pois a saúde é resultado de determinantes e condicionantes sociais, mas também dos modos de olhar-viver a vida dos sujeitos. O território é vivo, é dinâmico.

O território traz no seu conceito, uma acepção interligada com poder, mas não apenas ao tradicional “poder político”. O poder transcende a questão política remetendo tanto ao poder no mais concreto, de dominação quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2008). O território é um espaço de produção de vida e de viver, é dentro dele que se concebe o ciclo de vida, somos gerados para ele e por ele. A constituição do homem sempre está imbricada ao território ao qual o mesmo pertence.

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou com as características sociais dentro das quais a vida transcorre, ou seja, como a causa das causas. Sendo assim, o território é fruto de inúmeros fatores: político, econômico, social, ambiental, cultural, dentre outras (MENDES, 2002).

Para melhor compreendermos sobre o território como dominação/apropriação trataremos, Lefebvre (1986). Ele distingue apropriação de dominação, o primeiro sendo um processo muito mais simbólico, carregado das marcas do “vivido”, do valor de uso, o segundo mais concreto, funcional e vínculo ao valor de troca. Os significados produzidos em torno do território têm dualidade de concepção, pois estão norteadas pela dominação e apropriação. A dominação da óptica da sociedade capitalista que se enraizada no seio do território.

Para produção de cuidado eficiente é necessário compreender todo o contexto o qual o usuário está inserido, pois as condições sociais daquele lugar serão fundamentais para balizarmos o cuidado, não que ele funcione como triagem/classificação, mas com o mapa da realidade para planejarmos a imagem/objeto do cuidado. Esses agem diretamente sobre as condições de saúde e de vida dos indivíduos. Portanto, para compreender a dinâmica territorial faz-se necessário uma verdadeira imersão no mesmo. Para realização de um planejamento é necessário conhecer a dinâmica social dos indivíduos e suas implicações no cotidiano de cuidar.

3.2 TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE: ACOLHIMENTO, VÍNCULO, AUTONOMIA

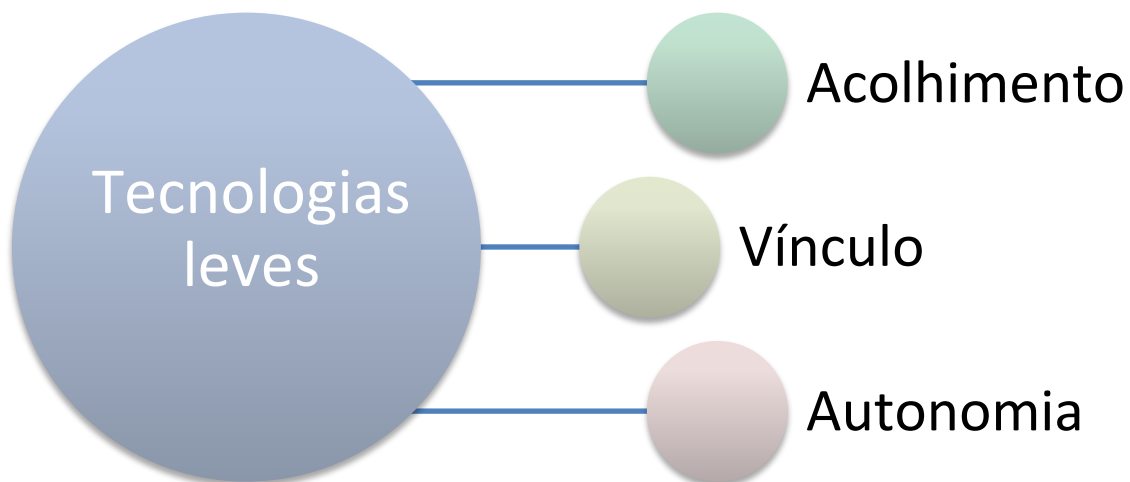
As tecnologias em saúde trazem ao campo do cuidado a consolidação necessária para que a produção do mesmo seja feita de forma a alcançar a integralidade. As tecnologias em saúde são configuradas em dura, leve-duras e leve.

Conforme Merhy (2007), as tecnologias de cuidado em saúde são classificadas em três tipos diferentes: tecnologias duras, tecnologias leve-duras, e tecnologias leves. Tecnologia dura é definida, de forma corriqueira, a tudo que se relaciona a máquinas,

equipamentos tecnológicos e às normas. Já as tecnologias leve-duras configuram-se nos saberes técnicos estruturados, cientificamente. As tecnologias leves também podem ser chamadas de relacionais, sendo pautadas, nas relações interprofissionais e interpessoais. Todas essas tecnologias formam um cuidado em saúde capaz de atender as demandas e reais necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde. Em certos momentos as tecnologias duras são necessárias, mas nem por isso as tecnologias leve-duras e leves devem ser subestimadas no processo de produção e cuidado em saúde.

Nesse contexto de tecnologias, as mais utilizadas no âmbito da saúde mental são as tecnologias leves.

Figura 4 - Tecnologias leves de cuidado



Fonte: Elaborada pela autora.

O acolhimento é uma estratégia para reestruturação do trabalho em saúde. Ele é um modo de operacionalizar todo o processo de produção de cuidado em saúde com o propósito primordial de assistência universal aos usuários que procuram o serviço. O ato de ouvir traz ao campo da saúde mental a aproximação à geração de vínculos, a responsabilização, resolutividade (SILVA; ALVES, 2008). O cuidado em saúde é produzido de maneira compartilhada e autônoma e todos os sujeitos envolvidos, tanto profissionais quanto o usuário são produtores de cuidado.

O cuidado em saúde é centrado no usuário e não na doença ou patologia apresentada pelo mesmo. Neste, o usuário deve ser o centro das ações, assim, considera-se a clínica ampliada capaz de construir uma atenção integrada, com vínculos positivos de cuidado, sendo conduzido de forma horizontal. Dessa forma, inexistente hierarquia, pois o

cuidado em saúde é compartilhado entre gestores, profissionais de saúde e usuários. Nessa dimensão de cuidado em saúde, vislumbramos um cuidado humanizado centrado no usuário, o ser humano a ser cuidado, sendo à pessoa de direito mais importante do processo saúde/doença. Nesse modelo de atenção em saúde, todo o cenário gira em torno dos usuários. Há, portanto, uma transformação e reformulação do modelo biomédico de cunho curativista.

Percebem-se mudanças nas práticas de cuidado, contudo o modelo biomédico ainda é hegemônico, mesmo com avanços no modelo de cuidado que passa a avançar na centralidade no sujeito proporcionando autonomia, participação e corresponsabilização. E nesse real modelo de saúde, as tecnologias leves utilizadas buscam a primazia do sujeito que está sendo cuidado, enxergando-o de forma humana e integral.

Nesse processo de cuidado em saúde todos os sujeitos envolvidos são corresponsáveis, há uma gestão compartilhada do cuidado em saúde. Todos os sujeitos são ativos e atuantes e participam de forma individual e coletiva baseados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse viés de cuidado, todos são protagonistas: gestores, profissionais de saúde e usuários.

A Política Nacional de Humanização criada, em 2003, pelo Ministério da Saúde traz em seu desenho humanizado, implicações para a melhoria dos processos de trabalho tais como: fortalecimento dos princípios do SUS, construção de vínculos solidários e comprometidos, oferta de práticas em saúde, pulverização de atitudes e ações humanizadoras na rede do SUS. Além disso, essa política traz a campo novas ferramentas de atendimento em saúde são elas: visita aberta, **Acolhimento**, ambiência, **Apoio Matricial**, Avaliação de risco, **Clínica Ampliada**, Grupo de Trabalho (Grifo nosso, ferramentas mais utilizadas no campo da saúde mental). Nessa Política de Humanização, todos são responsáveis pelo gerenciamento do cuidado em saúde. A Política de Humanização é transversal e perpassa por todos os níveis de atenção à saúde: Atenção Básica, Secundária e Terciária.

A proposta geral da política de humanização que ficou conhecida como HumanizaSUS tem como objetivo geral: qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A perspectiva da humanização corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários de novos princípios no campo do trabalho, incluindo ainda o campo de gestão e práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde.

O acolhimento caracteriza-se como uma diretriz operacional que visa atender todas as pessoas, reorganizar o processo de trabalho de forma a caracterizá-lo como multiprofissional e interdisciplinar, qualificar a relação trabalhador-usuário. O acolhimento é

apresentado ao público, usuários e profissionais de saúde, como a diretriz de maior relevância ética e política de cuidado e atenção à saúde. A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado saúde (TEIXEIRA, 2002).

Diante do cuidado em saúde, o acolhimento merece destaque por ser como um cartão de visita, o primeiro contato do usuário com os profissionais do equipamento ou da unidade de saúde. O propósito principal do acolhimento é o fortalecimento de vínculos entre profissionais de saúde e usuários. O acolhimento é uma diretriz que aponta para um cuidado longitudinal de atenção em saúde, resultando assim, num cuidado integral e positivo que resulta, primordialmente, num atendimento completo, em que não oportunize possíveis abandonos e desistências do cuidado por parte do usuário.

O acolhimento não se restringe ao espaço físico ou a uma recepção confortável, mas é um processo de responsabilização, de criação de vínculos, de escuta qualificada, de encaminhamentos, de troca de saberes e experiências, de participação mútua de todos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, do exercício de direitos e de deveres, e em suma, da valorização da vida humana, como a arte do cuidado em saúde. O acolhimento traz consigo a geração de vínculos potentes entre os mais vários sujeitos imersos no cotidiano do cuidado. O acolhimento perpassa por todas as linhas de cuidado em saúde, favorecendo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e resultando no aprimoramento e na qualificação dos atendimentos nas unidades de saúde.

Ele deve ser considerado como um processo de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde, nos vários momentos e tipos de atendimento. (FRANCO *et al.*, 1999). Portanto, nesse escopo de tecnologias de cuidado em saúde tem-se um arsenal de instrumentos, equipamentos, tecnologias e técnicas de manuseio que devem ser dissolvidos no trabalho vivo em ato, para uma atenção integral e universal que garanta de forma absoluta e segura, os direitos dos usuários dos serviços de saúde, e confirme por parte das diversas categorias profissionais, do campo da saúde, um real compromisso com os sujeitos envolvidos, protagonistas desse processo de cuidado em saúde.

O vínculo pode ser entendido, como a relação humanizada com o usuário. Nesse sentido, o cuidado ao usuário exige a análise caso a caso, a interlocução com a família e o usuário, e um projeto terapêutico flexível que visualize a singularidade do sujeito. (GOMES; PINHEIRO, 2005). O usuário é contemplado pela equipe de saúde dentro do seu contexto comunitário, incluindo assim os seus estilos e modos de vida.

Por meio de vínculos criados e fortalecidos entre gestores, trabalhadores e usuários de saúde tem-se a intenção de construção de práticas de corresponsabilidade, autonomia e resolubilidade prescritas pela Política Nacional de Humanização. Nesse contexto de saúde, em que a produção do cuidado, conforme Merhy, 2002, é um trabalho vivo em ato, tem-se o usuário como um sujeito co-participante desse processo por tratar-se de um sujeito capaz de se implicar nesse cenário, no qual o mesmo é o ator principal.

Na busca por essa coparticipação é trazido à cena o apoio matricial para o fortalecimento das ações de saúde mental no território da APS. Ele é um arranjo formulado por Campos que se configura como um suporte técnico especializado ofertado às equipes de APS a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas. (CAMPOS, DOMITTI, 2007). O apoio matricial, conforme o Ministério da Saúde (2004) é, portanto, um suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. O apoio matricial é uma forma de organizar e ampliar oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência.

O apoio matricial é um arranjo organizativo que prima pelo cuidado ao usuário de saúde. O apoio matricial é um modelo de atendimento construído de forma interdisciplinar. A equipe de apoio matricial constitui-se, assim indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde. O apoio matricial é um modelo de cuidado e de responsabilidade mútua que entre equipe de referência e de apoio matricial (HIRDES, 2015).

O Matriciamento supõe o trabalho compartilhado, que se realiza através da conexão e fluxos entre os próprios trabalhadores, como uma diretriz estruturante do seu processo de trabalho. Nesse sentido, as redes que se formam no cotidiano dos serviços são fundamentais para viabilizar o apoio institucional e de gestão da clínica a ser realizado pela equipe matricial. As redes subsidiam todo o processo de cuidado. O apoio matricial tem como foco principal o usuário dos serviços de saúde. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes de referência e apoio técnico da atenção a problemas de saúde. O apoio matricial oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Outro pilar da PNH é a clínica ampliada considera fundamental realça o “objeto de trabalho” da clínica, sendo, contudo, mais importante, a consideração que, em concreto, não existe problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas.

Os processos patológicos estão intimamente ligados a natureza humana e suas singularidades e práticas, dessa forma nota-se de mudança de óptica, vesse a necessidade e enxergar para a além do que se está posto. (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A clínica ampliada prevê, de acordo com a necessidade dos usuários, o entrelaçamento entre os serviços de saúde e outros setores e as políticas públicas, considerados como recursos para promoção de saúde, por compreender que esta se constitui num agenciamento de vetores sócio político-cultural-econômico num mesmo plano de imanência. Salienta-se, por sua vez a plasticidade do cuidado, não existe uma moldura fixa para a produção do cuidado o que se percebe a maleabilidade de todo o processo, os processos não são estanques, mas moldados e remodelados a cada encontro (SUNDFELD, 2010).

A proposta da clínica ampliada se fundamenta nos seguintes eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho”; transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

O cuidado apregoado nesse contexto transcende as técnicas, não que elas não sejam importantes, mas que a forma de produção de cuidado não devem ser moldadas a uma conformação rígida, pois a vida é mutável e dinâmica, dessa maneira ações de cuidado devem possuir plasticidade, maleabilidade entre outras características que deem fluidez a esse cuidado. Outra característica importante na concepção do cuidado é a busca incessante por autonomia e para trazer o usuário para dentro da geração desse cuidado, pois ele além de consumi-lo tem um importante papel no seu delineamento. O afastamento do usuário do seu próprio processo geral empobrecimento e desconexão das ações.

A autonomia é dar voz ao sujeito e fazê-lo protagonista do seu processo de cuidado, sujeito esse que ao longo da história foi tão silenciado e marginalizado, o paciente em sofrimento psíquico. Eles sempre foram “banidos” do seu contexto social, pois não tinham a capacidade de serem produtivos e interativos, dessa maneira eram considerados a escória da sociedade. Os tempos passaram, mas infelizmente a concepção de “incapacidade”, “escória” ainda se faz bem presente no contexto de saúde, talvez a nossa reforma psiquiátrica não tenha conseguido impactar as bases teóricas que sustentam todo o arcabouço da saúde mental. As tecnologias em saúde procuram transpor essas questões que vem rememorar um passado obscuro da saúde mental. O acolhimento, vínculo, autonomia são instrumentos fundamentais para que esse cuidado seja singular, integral e traga consigo a vida.

4 AS TRILHAS DA INVESTIGAÇÃO

4.1 EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Dadas as características do objeto de estudo, a pesquisa tem uma abordagem de natureza qualitativa, que buscou captar a dinâmica e a complexidade do objeto em seu contexto histórico imediato, tendo, portanto, o ambiente social de trabalho como fonte privilegiada de dados. De acordo com Minayo (2010, p. 57), o método qualitativo pode ser definido como:

(...) É o que se aplica ao estudo da história, das relações, representações, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob à ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Por sua vez, o método propicia uma maior compreensão no cenário de pesquisa além de permitir uma maior aproximação com o objeto de pesquisa. A abordagem qualitativa ajuda a exposição das questões subjetivas pelo entrevistador com abundância, sempre com premissa de apreensão dos aspectos subjetivos, como crenças, valores, atitudes. Ela trabalha com o universo de significados para compreensão da realidade humana vivida socialmente.

4.2 A ENTRADA NO CAMPO

A entrada no campo se deu após apreciação do comitê de ética com seres humanos na Universidade Estadual do Ceará- UECE. Na primeira etapa, o primeiro momento foi realizado um momento de observação para entendermos os fluxos no contexto de cada dispositivo de saúde, além do que possibilitou uma aproximação com os profissionais presentes em cada unidade pesquisa do cenário de pesquisa. A observação permitiu compreendermos o universo estudado em sua totalidade, pois possibilitou a captação da realidade empírica e suas multifaces (TRIVIÑOS, 1997).

A escolha pelo CAPS AD (Alto da Coruja) emergiu no próprio campo da pesquisa, pois foi percebida a maior integração dele com os dispositivos pertencentes ao mesmo território. Salienta-se que no mesmo contexto territorial existem três dispositivos de saúde justapostos, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção

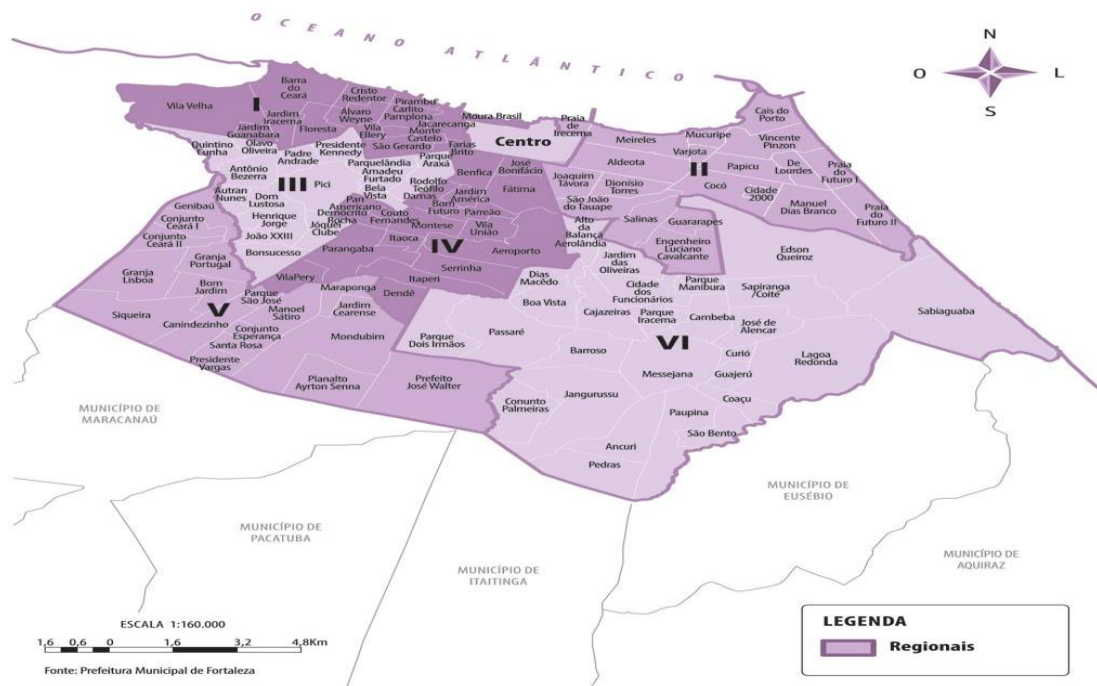
Psicossocial (CAPS), Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Esse avizinhamento dos dispositivos fez emergir inquietações da pesquisadora quanto à dialógica do cuidado, haveria inter-relação do cuidado visto a proximidade física? A partir desse questionamento emergido do campo optou-se pela escolha dos dispositivos supracitados.

4.3 PERÍODO E CENÁRIOS DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2018 após apreciação do comitê de ética em dois serviços de saúde, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial.

O município de Fortaleza conta com uma população de 2.452.185 habitantes e está localizado no Estado do Ceará, sendo a capital deste (IBGE, 2010). Mediante critérios populacionais e de dinâmica, Fortaleza foi desenhada em sete coordenadorias regionais de saúde, cada uma delas com aproximadamente 420 mil habitantes. Elas estão fundamentadas nos princípios da descentralização e da intersetorialidade, esta organização do município foi possível devido à sanção da Lei Municipal 8.000/1997 onde foram criadas as regionais de saúde (atualmente são denominadas de coordenadorias executivas regionais), conforme a figura abaixo.

Figura 5 - Mapa das Regionais de Fortaleza

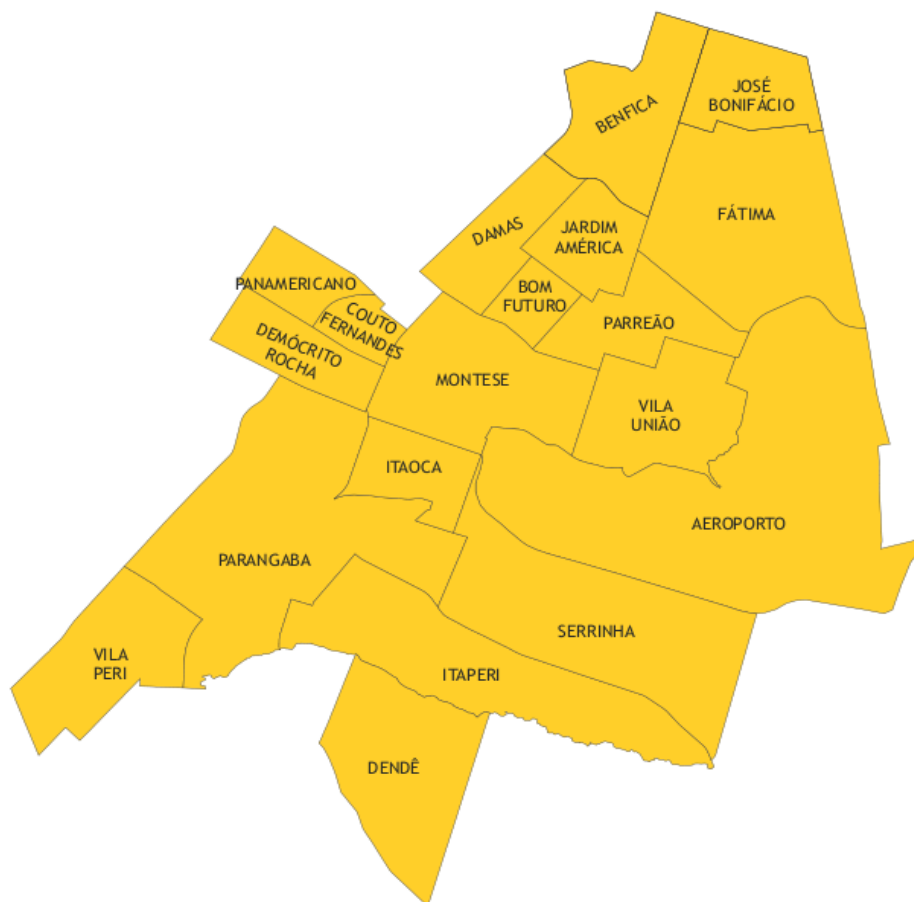


Fonte: Fortaleza, 2017.

No presente estudo escolhemos apenas uma das 6 coordenadorias executivas regionais, pois buscou-se conhecer de forma clara e aprofundada os processos de cuidado e suas implicações, com isso, foi escolhida a Coordenadoria Executiva Regional IV.

De acordo com portal eletrônico da Prefeitura Municipal de Fortaleza, a Coordenadoria Regional de saúde IV possui uma área de territorial de 34.272 km², incluindo os bairros Aeroporto, Benfica, Bom futuro, Couto Fernandes, Damas, Dendê, Demócrito Rocha, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parreão, Serrinha, Vila Peri (FORTALEZA, 2017).

Figura 6 - Mapa da Regional IV



Fonte: Fortaleza, 2017.

A rede de saúde da SR IV é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS ad, um CAPS geral e um CAPS infantil (FORTALEZA, 2017). Dentre esses serviços, elencou-se uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) como ponto de partida para iniciar o estudo. Em seguida,

foi acrescentado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas tipo II (CAPS/AD). A pesquisa foi realizada nesses dois dispositivos de saúde.

Para tanto, fazem-se necessárias algumas considerações sobre a localidade em estudo, o nosso campo pesquisa foi especificamente a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Dom Aloísio Lorscheider, composta por seis (6) equipes de saúde da família, formando um quadro de profissionais de nível superior de seis enfermeiros, seis odontólogos e cinco médicos. Optou-se em escolher um único dispositivo de saúde da família para que pudessemos nos aproximar mais do contexto de saúde e compreender os vínculos dentro do território. O CAPS/AD Alto da Coruja está trabalhando atualmente com equipe mínima, o quadro de pessoal é formado por 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 1 redutora de Danos, 1 farmacêutica, 1 pedagoga, 1 médico clínico geral, 1 coordenadora. É perceptível, como o dispositivo opera com a equipe menor que a recomendada, mas que procura diversos subterfúgios para que as práticas de cuidado sejam dispensadas à população.

A escolha do campo de pesquisa tem subsídios na constituição histórica desses dispositivos de saúde, eles foram concebidos a partir do Projeto Nascente. As atividades de Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde foram iniciadas em 2005 inicialmente em uma estrutura física única tanto para o Posto como para a Equipe de Saúde Mental, por um ano elas coexistiram no mesmo espaço.

Em seguida, iniciou-se a territorialização da área adscrita, às equipes de saúde mental e de saúde da família trabalharam juntas buscando conhecer os equipamentos governamentais e comunitários e o levantamento de usuários com problema em relação ao uso de substâncias. Após essa territorialização notou-se a escassez de equipamentos de cuidado destinados a acolher pessoas com uso problemático de substâncias.

A criação de dispositivo de saúde mental se justifica pela carência de ações de atenção integral direcionadas ao uso de álcool e outras drogas, principalmente nas periferias, onde se constituem os chamados “cinturões de pobreza” locais que são marcados pela presença dos grupos de gangues; criminalidade e violência. Diante da demanda vigente fez-se necessário a criação de uma rede de serviços públicos de atendimento comunitário, ambulatorial, terapêutico, que possibilitasse a proteção social, a promoção da saúde, proporcionado a assistência desses usuários, minimizando assim as vulnerabilidades enfrentadas por esta população. A Equipe de Saúde Mental (EQSM) voltou-se para o atendimento desses casos tanto no contexto institucional como para além dos muros CAPS.

Visto a necessidade da população da área adscrita, às EQSM eram responsáveis por outras UBSF entre elas, Luiz Albuquerque Mendes e Valdivino de Carvalho, além dos mais eram realizadas atividades intersectoriais com escolas pertencentes ao território de abrangência da UBS.

Em 2006 foi inaugurado o prédio que abrigaria o Posto Policlínica Nascente, dessa maneira o prédio que antes abrigava o posto foi destinada a Saúde Mental dando origem assim ao Centro de Atenção Psicossocial Alto da Coruja.¹ Com isso, percebe-se que os dispositivos emergem do mesmo projeto e são pautados na construção de vínculos territoriais com outros dispositivos de saúde.

Dentro do mesmo contexto territorial existe um outro dispositivo de saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que não foi inserida como campo de pesquisa do trabalho, pois a mesma não se ancora na constituição histórica supracitada. A UPA é criada por intermédio da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é um dos componentes da Rede de Atenção Urgência e Emergência, outra situação limitadora para a incorporação desse campo no estudo é o difícil acesso as informações e os profissionais imersos nesse dispositivo de cuidado, tendo em vista que a mesma é administrada por uma OS (Organização Social).

Os entraves em acessar esse dispositivo se inicia já na forma de gestão², pois mesmo são geridos por uma empresa privada conveniada a Prefeitura de Fortaleza e por vezes eles burocratizam a entrada, pois veem de forma distorcida a questão de ser espaço de pesquisa. Ademais, tem-se a limitação em relação ao tempo para execução da pesquisa e a entrada nesse equipamento requerida submissão a outras instâncias para autorizar a pesquisa. Partindo de toda essa análise de contexto optamos por não adentrar esse espaço tanto pela não adequação ao contexto histórico quanto por ser um dispositivo de laborioso acesso.

A partir desse breve histórico, apreende-se a escolha por esse campo ao considerar toda concepção dos dispositivos e suas inter-relações no contexto RAS. Tendo como ponto de partida a construção do mesmo tentaremos compreender como se dá o cuidado em saúde

¹ Há muitos anos atrás, antes de existir a policlínica, antes de existir as escolas, era um terreno alto, uma colina alta da UECE, descampado, então nos serrotes havia uma espécie de corujas que faziam os ninhos no chão então esse local ficou conhecido como alto da coruja pelos ninhos da coruja, pelas corujas que havia no local, então todo mundo só conhece aqui pelo alto da coruja, é essa história da comunidade

² Nota de Rodapé para explicitar a polaridade da Gestão da UPA no município de Fortaleza
Atualmente a Rede de Urgência e Emergência (RUE) conta no seu componente Unidade de Pronto Atendimento com 11 dispositivos, dos quais 9 desses são gerenciados por uma empresa privada, já as as outras são de responsabilidade da administração do município.

mental dentro da Equipe de Saúde da Família e na Equipe de Atenção Psicossocial, levando em consideração as tecnologias leves.

4.4 PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram vinte e quatro (24) os profissionais e trabalhadores da saúde (4) quatro, usuários três (3) e cinco (5) familiares que estavam inseridos na UAPS e no CAPS ad pertencentes a Regional IV.

Os critérios de escolha para os profissionais, foram considerados o tempo mínimo de 2 anos, pois buscou-se entender como o fluxo se dá dentro da rede, se existe corresponsabilização pelo cuidado do paciente que demande cuidados de saúde mental.

Os critérios de exclusão pautaram-se para os profissionais e trabalhadores de saúde em relação a férias ou afastados no período das coletas de dados.

Os critérios utilizados na inclusão de participantes, tanto para usuários e familiares: a) pessoas acolhidas pela ESF no funcionamento rotineiro da unidade, e que são b) cadastradas na equipe de saúde do território adscrito e c) usuários do SUS e familiares que estivessem presentes na UAPS. O critério de exclusão abrange: não possuir cadastro na ESF/CAPS.

O total amostral foram 36 (trinta e seis) participantes, os quais estão designados no quadro 1.

Quadro 1 - Participantes da Pesquisa

Grupo	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão	Quantidade
Trabalhadores	Atuação na UAPS/CAPS há no mínimo dois anos.	Profissionais que estavam de férias ou afastados no período das coletas de dados	4
Profissionais	Atuação na UAPS/CAPS há no mínimo dois anos.	Profissionais que estavam de férias ou afastados no período das coletas de dados	24
Usuários	Usuários cadastrados na UAPS/CAPS onde são atendidos há no mínimo um ano.	Usuários do SUS que estavam presentes na UAPS/CAPS, porém não possuíam cadastro na UAPS/CAPS.	3
Familiares	Familiares que estivessem cadastrados na UAPS/CAPS onde são atendidos há no mínimo um ano.	Familiares que estavam presentes, mas que não tinham cadastrado na UAPS/CAPS ou há atendidos há período inferior a um ano	5
Total			36

Fonte: Elaboração própria.

Com o intuito de compreender todo o contexto de concepção/dispensação do cuidado demos voz aos familiares, pois eles são os responsáveis pela produção de cuidado ininterruptos. Dessa maneira, foi realizada entrevista com familiares para entender como são assistidos os seus familiares tanto no contexto na Estratégia Saúde da Família quanto no Centro de Atenção Psicossocial. Trouxéssemos a família para que ela possa dialogar sobre a produção de cuidado e o caminhar dentro das redes de atenção à saúde, as linhas de fuga e as cristalizações do processo de cuidar dentro de cada dispositivo de saúde.

Outra peça fundamental e central para aprender mais sobre esse processo de cuidar é o usuário que é permeado constantemente pela produção vibrante do cuidar em saúde, mais do que isso, ele enxergar por meio de outras lentes esse processo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa intitulado A INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DE CUIDADO foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará do Ceará. A pesquisa respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Onde o pesquisado pôde sair a qualquer momento da pesquisa sem que o mesmo sofresse qualquer tipo de danos fosse de ordem material, física, psicológica. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com parecer favorável de Nº. 2.560.216.

4.6 PRODUÇÃO DE NARRATIVAS

As técnicas utilizadas para obtenção dos dados e formulação das narrativas foram à observação livre e a entrevista em profundidade num quantitativo de 36 (trinta e seis) as quais versavam sobre o cuidado interdisciplinar, relação entre atenção básica e o campo da saúde, natureza das tecnologias utilizadas na prática. Durante o processo de coleta das narrações realizamos observação livre para observar os fluxos, as tecnologias de cuidado, os cenários, aproximação com o campo. A entrevista possibilitou o diálogo do pesquisador com os participantes do estudo.

A observação livre é uma ferramenta de obtenção de dados, a qual consegue informações para além do discurso, ela traz para a luz da investigação determinados aspectos da realidade que até então estão encobertos. Ela auxilia o pesquisador a identificar e obter os subsídios necessários a respeito de determinados objetivações, as quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (LAKATOS, 1996).

Quanto a entrevista é uma das técnicas que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir do dito (falas) dos entrevistados, daremos “voz” a profissional de saúde. Uma das limitações dessa técnica é a imparcialidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista, pois os sujeitos (pesquisador/entrevistado) estão imersos em um mesmo contexto e é nesse mesmo espaço que desenvolve a investigação (MINAYO, 2013).

4.7 ENTRADA NO CAMPO

Na entrada de campo nos valem de observação livre para aproximação com o campo a qual tem com o intuito de romper as barreiras. A observação nos “obriga” como o pesquisador a ter contato mais direto com a realidade. Buscou-se não incrustar/enclausurar os aspectos que serão observados, optamos pela observação livre, pois os fatos da realidade foram capturados sem um controle rígido. A observação teve como propósito apreender para além dos discursos, a concepção de cuidado dos profissionais de saúde que estão submersos nas redes de atenção à saúde.

No campo, buscamos realizar a entrevista em profundidade, com os trabalhadores, profissionais de saúde, familiares e usuários da ESF e do CAPS tendo como finalidade de apreensão do significado sobre o cuidado, as tecnologias de cuidado, as interações entre eles no momento do cuidado; a relação da equipe de saúde no cuidado.

Em relação à entrevista em profundidade a pesquisadora destacou-se a busca pela expressividade, como forma de apreender os sentidos e significados nos discursos dos sujeitos. A entrevista em profundidade foi iniciada com perguntas relacionadas “ao cuidado em rede”, ela instigou o entrevistado e garantiu a expressão do mesmo por intermédio da fala, sempre nos atentamos para que o discurso do entrevistado fossem “livre”, pois a intervenção do pesquisador só deveria acontecer para aprofundar o entendimento de conteúdos concernente ao fenômeno em estudo (DA SILVA, 2005).

Nesta conformação de entrevista, a arte do investigador consistiu em “não condicionar respostas”, mas permitir ao entrevistado falar livremente para que se pudessemos descobrir as “tendências espontâneas” em lugar de canalizá-las (DA SILVA, 2005).

As entrevistas foram gravadas e armazenadas na íntegra em arquivos de áudio, com autorização dos entrevistados. Os áudios estavam à disposição dos entrevistados para que os mesmos viessem a ouvir as suas narrativas e, caso desejassem modificar questões relativas ao seu discurso, na perspectiva de validação.

Na busca de organização do material coletado qualitativo, escolheu-se utilizar o software QRS (*Qualitative Solutions Research*) NVivo® versão 10.0, descrito como NVivo¹⁰. Entre as principais estruturas deste *software* estão os Nós, que podem ser caracterizadas como uma estrutura para armazenamento de informações codificadas e pode assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa. Se essas categorias tiverem subcategorias, então será utilizada uma estrutura de árvore de nós (LAGE, 2011). Acrescenta ainda, Lage (2011) que o NVivo¹⁰ é um dos softwares mais utilizados no ambiente acadêmico brasileiro, tendo sido adotado por centros de pesquisa da maioria das grandes universidades. No entanto, ainda é baixo o número de pesquisas qualitativas que usam algum tipo de software de apoio, para a realização da análise de material qualitativo, é improvável que algum *software* computacional consiga ser sensível o suficiente para identificar características não ditas em falas dos sujeitos da pesquisa. Sendo assim, o software aqui utilizado teve a função unicamente de facilitar sua análise por meio da organização do material empírico.

No segundo momento, optamos pela análise de conteúdo categorial temática que foi operacionalizado em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo Categorial Temática é um método complexo que parte de um esforço de compreensão de características, estruturas e modelos que podem existir entre os fragmentos e falas, documentos e imagens de diversas formas de comunicação (CÂMARA, 2013).

Na etapa de pré-análise as transcrições foram introduzidas no software NVivo 10 com o recurso de importação de fontes de informação, compondo assim, o corpus da pesquisa. Após a criação do banco de dados no NVivo, deu-se início à etapa seguinte, a de exploração do material, nesta etapa realizou-se a leitura exaustiva das transcrições e o processo de codificação com a decomposição dos conteúdos em unidades de registro com base nas

expressões com sentidos equivalentes que surgiram ao longo do corpus da pesquisa, as quais foram agrupadas nas categorias analíticas emergentes dos dados empíricos.

A primeira fase de análise, a pré-análise, consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheu-se as entrevistas a serem analisados, formulou-se hipóteses e/ou questões norteadoras. As entrevistas foram transcritas integralmente e sua junção constituiu o “corpus” da pesquisa. Em seguida, procedeu-se a preparação do material, a qual se fez pela “edição” das entrevistas transcritas. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2010).

A fase de Exploração do material foi à etapa seguinte, considerada também a mais longa e cansativa. É o momento da codificação, em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010).

A codificação compreendeu a escolha das Unidades de Registro (UR), a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. UR é a unidade de significação codificada, a qual se caracteriza como tema, palavra ou frase. A frequência com que apareceu uma UR denota importância desta. Já a Unidade de Contexto (UC) refere-se ao parágrafo, que serviu de unidade de compreensão para a codificação da UR e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

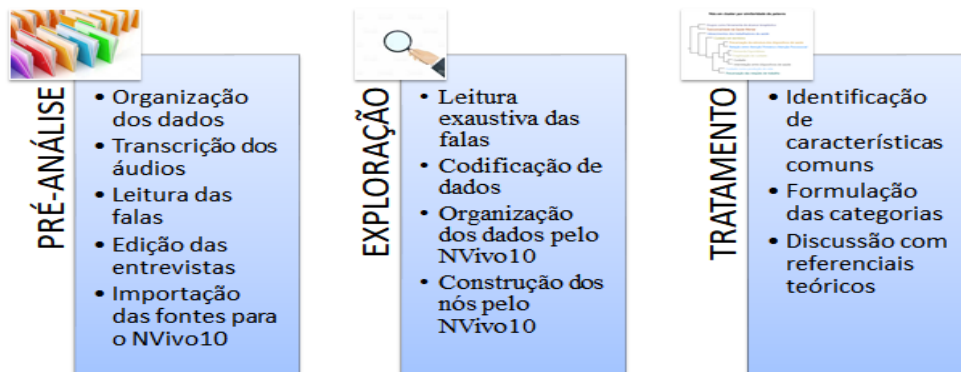
A etapa seguinte consistiu a categorização. Entende-se que as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

No NVivo¹⁰, sempre que um fragmento de texto é codificado, uma referência a esse fragmento fica armazenada em um ou mais nós, a critério do pesquisador e conforme o referencial teórico adotado para a análise de conteúdo. Os nós podem representar categorias de análise previamente definidas ou criadas durante o processo de análise (LAGE, 2011). Nesta pesquisa, foram criadas 3 categorias preliminares, que foram implementadas a partir do *Tree Nodes*. Foram criados 3 nós referente intercessão dos assuntos abordados pelos sujeitos da pesquisa.

Contudo para a elaboração da mesma realizou-se uma limpeza do banco para que essa apresentasse apenas termos que revelassem realmente o significado dos dados. Por

último, iniciou-se o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, foi preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles.

Figura 7 - Etapas da Análise



Fonte: Elaborada pela autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na organização das narrativas oriundas das entrevistas, as mesmas por meio do software Nvivo versão ^{10.0} o que possibilitou apreender as principais temáticas envolvidas no estudo. Dessa forma, foram elencadas seis temáticas, sendo que a primeira versa sobre o processo de cuidado e os aspectos inerentes a todos esses processos atribuídos às questões estruturais como fragilização do cuidado, interrelação entre dispositivos, cuidado como produção de vida. A temática seguinte envolve demanda espontânea e todas as suas implicações no arcabouço do cuidado.

Figura 8 - Representação dos nós e subnós a partir dos itens de codificação



Fonte: Software Nvivo ^{10.0}

Ademais, a partir do processo de codificação (organização dos dados em nós e subnós de acordo com a convergência entre as temáticas) foi possível elaborar uma nuvem palavras na qual constam os 80 vocábulos mais frequentes., expresso na nuvem da figura 9, abaixo:

Figura 9 - Nuvem de palavras de todos nós



Fonte: Software Nvivo ^{10.0}

A nuvem elaborada torna-se uma forma de visualização de dados linguísticos, que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um dado contexto. A técnica de construção desta “nuvem” fundamenta-se em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com o aparecimento das palavras na categoria analisada, produzindo uma imagem que apresenta um conjunto de vocábulos, coletadas do corpo do texto e agregadas de acordo com sua frequência, sendo que as palavras mais frequentes aparecem no centro da imagem e as demais em seu entorno, de modo decrescente (OLIVEIRA; REIS, 2017).

A partir da figura 9, podemos apreender que o foco das ações se destina aos pacientes, com destaque para o vocábulo “saúde”, pois o processo de cuidado tem como finalidade a produção de saúde. O cuidado em saúde é produzido no encontro, o qual se estabelece entre indivíduos que trazem consigo universos e histórias de vida e a partir dessa interconexão estão estabelecidas as práticas de cuidado que é atravessada por múltiplos elementos como é percebido na imagem acima.

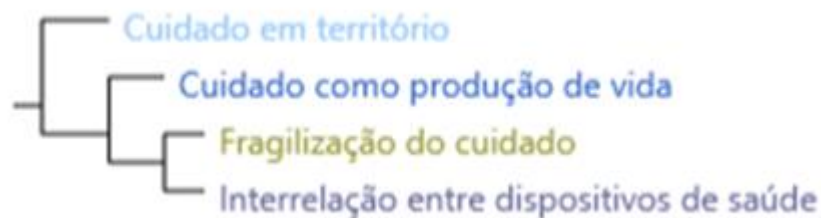
5.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

A categoria cuidado nessa seção se organiza em 4 eixos estruturantes: Cuidado em território, Cuidado como produção de vida, Fragilização do Cuidado, Interrelação entre

dispositivos de saúde. Esta organização tem como fundamentos as multifacetadas do cuidado e suas correlações com cada um desses eixos, visto que se produz cuidado no território através das relações entre os dispositivos de saúde com o intuito de produzir integralidade, um dos princípios pétreos para a produção de saúde.

Ressaltamos que a aproximação dos nós foi realizada pelas similaridades dos elementos que os compõem e dessa maneira o cuidado em território se aproxima mais da produção de vida, por sua vez a fragilização do cuidado se entrelaça, por assim dizer a interrelação entre dispositivos de saúde, representadas na abaixo:

Figura 10 - Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: NVivo ¹⁰.

Por vezes, os territórios são ditos como espaço promotores de vida e viver, espaços de ressignificação da vida, são espaços que funcionam como pontos de pulverização das ações de saúde. O território transcende a lógica de espaço físico, de “unidades de saúde” e se mostra múltiplo, único e plural para a promoção do cuidado.

O cuidado em saúde é reivindicado como um conceito estruturante desta pesquisa e faz-se importante destacar que a concepção de cuidado aqui incorporada consiste no cuidado enquanto responsabilização para com o usuário, visto como produção de vida produzida no território com vistas à integralidade ressaltada por meio da inter-relação entre os dispositivos de saúde.

Neste sentido, o cuidado se apresenta muito além de um conjunto de técnicas para dar conta dos sintomas do sofrimento, pois o ato de cuidar é um movimento ativo de (co) responsabilidade pela globalidade dos processos aos quais os usuários estão envolvidos. Ele se estabelece na sua complexidade e dinamicidade nas interseções/ nos encontros produtores e agenciadores de cuidado. Podemos assim perceber que se constitui como um componente ínfimo da produção de saúde e porque não por assim dizer, da produção de vida.

Para reverberar o conceito de cuidado adotado por esse trabalho, traz-se Ayres (2004) para balizar o nosso entendimento:

(...) A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como enquanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (p. 24).

A produção do cuidado se ancora nas práticas de saúde, como elas são desenvolvidas, para quais finalidades são delineadas, qual o alcance dessas ações e suas repercussões no processo de trabalho em saúde no modo lidam com o objeto de intervenção, no caso da saúde. É possível identificar a hegemonia das tecnologias duras de cuidado presente nessa prática, por vezes, as tecnologias relacionais são postas em segundo plano por conta de uma construção histórica pautada na hegemonia de um modelo flexneriano e com base solidificadas em um amparado tecnoassistencial arrojado.

Do ponto de vista da produção do cuidado, então, abre-se toda uma agenda para olhar os modos como se organizam os serviços e os encontros que precisam ser produzidos entre trabalhadores e usuários. E esse é o primeiro ponto para construir uma cadeia de cuidados. Onde quer que se dê a entrada do usuário no sistema, dependendo de seu problema e de suas possibilidades (FEUERWERKER, 2013).

A produção do cuidado aqui explicitada transcende as questões procedimentais, uma vez que se entrelaça com a produção de vida como também se torna responsável pelos projetos de felicidade dos sujeitos, aos quais se responsabiliza. Essa responsabilização está presente na fala de uma das participantes da pesquisa, além do que se percebe, cuidar é um processo inesgotável não existem etapas de cuidado, não existem formas de compartimentalização.

(...) Eu sempre converso com os meus colaboradores de que o cuidado ele não tem fim, ele não tem um começo, ele não tem um meio, ele é infinito (Assistente Social). (...) Então a gente não vai estabelecer aqui, metas muito altas, muito ousadas, porque cada um traz o seu olhar, as suas possibilidades, as suas dificuldades, cada um tem um contexto social peculiar e nós vamos tentar adequar algumas propostas terapêuticas que possa ajudar esse usuário nessa questão dele também conseguir se cuidar né, que não é só o serviço que vai oferecer o cuidado, ele pode também desenvolver estratégias de cuidado. E que essas estratégias precisam ir para além dos muros do serviço (Psicólogo).

Os profissionais percebem a ontologia de todo o processo de cuidado e o universo o qual estão imersos e suas multiplicidades. Ele remete a uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. Além do mais, essas “metas de cuidado” são estabelecidas, pactuadas e adequadas aos contextos no quais os usuários estão imersos.

O processo de cuidado tem um componente social marcante, as questões sociais são influenciadoras das repercussões dele, notadamente salientada na fala de um dos profissionais entrevistados. O cuidado sem observância/mudança das questões sociais não “caminha” como é esperado, como seres sociais e políticos, não estamos imunes às ressonâncias sociais.

(...) Mas as demandas principais, mesmo, são questões sociais, é... emprego, relações familiares, preconceito, né, então eu acho que tudo isso por mais que a droga esteja envolvida, tudo isso vem antes do problema com as drogas em si. Tanto é que assim, a gente procura oferecer cuidado atento a essas questões, mas muitas vezes o tratamento ele não evoluiu como deveria porque as questões sociais não caminham junto (Psicólogo).

Dessa forma percebemos a multidimensionalidade do cuidado, ele é constituído pela dimensão social, ética, técnica-instrumental, uma das propostas de discussão do cuidado em aproximação com o fazer da saúde mental, os estudos de Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) trazem o cuidado enquanto expressões de três dimensões principais: a ética, a política e a técnica-instrumental.

Do ponto de vista da dimensão ética, o cuidado estaria ligado a uma perspectiva ontológica de existência. Ou seja, o cuidado seria uma categoria que inclusive precede o sujeito fundamentando esta postura em Ayres (2006) e Andrade *et al.* (2008).

(...) Isso, meu alimento pra corpo e alma. Porque aqui, como você já é de dentro, desses casos que vocês fazem, acompanhamento, assim, o relacionamento entre usuário ou não, você mostra o valor que tem aquela pessoa, quer seja um usuário ou não, é um ser humano. Se você não puder ajudar, você jamais vai tratar aquela pessoa mal, porque se a pessoa vem, que não seja usuário, a pessoa tá precisando de uma palavra amiga, de uma palavra, vamos supor, de conforto. Conforto que eu digo, assim, às vezes aquela pessoa tá precisando só de um sim ou de um boa tarde, que um boa tarde muita gente não pensa que é um bom dia, mas já serve para aquela pessoa, muitas vezes, melhor do que qualquer coisa na vida (Familiar).

Na dimensão política, o cuidado se apresenta disruptivo, capaz tanto de emancipar pessoas possibilitando a construção de sua autonomia, como de tutelar. A politicidade do cuidado traduz-se como direito de cidadania, em contraposição ao cuidado como submissão e

se expressa no triedro: conhecer para cuidar melhor – o que implica na compreensão do contexto sócio histórico onde são geradas as relações de ajuda-poder na política de saúde, cuidar para confrontar – relaciona-se ao gerenciamento de forças que efetivem controle democrático e reordenamento de poderes e cuidar para emancipar – implica na perspectiva de constituição de cenários propícios à desconstrução progressiva de assimetrias de poder. (BALLARIN; CARVALHO e FERIGATO, 2010. p 446).

(...) é uma necessidade do usuário, o reconhecimento que ele tem de ser cidadão e que ele tem o direito de ser atendido com a qualidade do serviço, o melhoramento, apesar dos profissionais se dedicarem muito, mas falta, ainda, muita coisa pra que ele mesmo se ache como um cidadão, se reconheça como um cidadão. O cuidado produz autonomia (Redutora de Danos).

Na dimensão técnica instrumental em saúde mental, adentramos um universo que se convencionou denominar de clínica, e/ou trabalho assistencial. Essa dimensão reporta mais aos procedimentos e técnicas, as tecnologias duras de cuidado. Quando os participantes foram interrogados sobre o cuidado, uma parcela significativa fez menção à dimensão instrumental, por vezes remetendo a sua agenda programática no dispositivo de saúde.

(...) O nosso cotidiano de cuidado é de verificação de pressão, glicemia se necessário, aplicação de injeção, soro, medição de peso e mensuração da altura. (Técnica de Enfermagem)

(...) A verificação da pressão e da glicemia porque a partir daí a gente encontra alguns picos aí a gente manda pra enfermeira avaliar e ela vê a necessidade do médico atuar. (Técnica de Enfermagem).

Sob o prisma da dimensão técnica, baseado em Campos (2006) e Merhy (1994), os autores defendem que o cuidado está intimamente articulado com o acolhimento em saúde, na aposta no potencial da equipe e na pactuação de responsabilização ativa pelas práticas desenvolvidas.

(...) Eu tiro pelo recebimento que temos dali até chegar ali, do atendimento, onde você chega é boa tarde, bom dia. O que vale pro usuário não é o tratamento é a recepção/Acolhimento. Porque às vezes a pessoa, o usuário tá precisando de uma palavra amiga, não de tratamento de remédio, essas coisas. Às vezes você senta ali com um usuário, aí tem a sala reservada, você vai dar um conselho, o usuário quer desabafar a pessoa vai ter que escutar pra depois dar o tratamento por palavra (Familiar).

O trabalho em saúde por vezes se convencionou como dispensação de técnicas e procedimentos que visando a cessão de sintomas. O trabalho se constitui como categoria fundamental que nos permite compreender os processos produtivos, o cuidado, a capacidade em produzir autonomia no usuário sobre os seus modos de andar a vida. E é pela sua atividade

que os trabalhadores produzem as redes, trabalho mediado pelas tecnologias de cuidado e os agenciamentos que atravessam o próprio trabalhador, aquilo que ativa sua vontade em cuidar e o põe em movimento (FRANCO, 2015).

Podemos por assim dizer que a produção do cuidado em saúde é o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

(...) é uma segunda família. Eu acho, assim, é uma acolhida. Como se fosse mesmo uma família, porque você conhece, você se envolve, você tem o seu próximo que não é só você que tem aquele problema, é o outro e você tá sempre ali engajado no outro, entendeu, dando apoio, a gente partilha muito as coisas, assim, nas reuniões que tem (usuário).

Eu acho, assim, é uma acolhida. Como se fosse mesmo uma família, porque você conhece, você se envolve, você tem o seu próximo que não é só você que tem aquele problema, é o outro e você tá sempre ali engajado no outro, entendeu, dando apoio, a gente partilha muito as coisas, assim, nas reuniões que tem (Familiar).

O ato de cuidar é sempre singular, depende do trabalhador e usuário, especialmente do encontro entre ambos e sua espetacular capacidade de produção intercessora, de se produzirem nos afetos mútuos como dinâmica deste encontro, mediadas pelos agenciamentos que cada um traz sobre o significado do que é cuidar (FRANCO, 2015).

(...) o elo de amizade que eu tenho com muitos pacientes é incrível. Mas, a gente foi trabalhando e foi aprendendo muito então, hoje, eu gosto bastante mesmo da área que eu trabalho, fui criando mesmo um vínculo (Enfermeiro).

É percebido que as relações são estreitas a cada novo encontro, a cada novo agenciamento do cuidado. Produzir cuidado significa aproximar-se do outro e valorizar as necessidades das pessoas que demandam atenção.

Diante do contexto, os encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Não se pode esquecer que a produção do cuidado envolve dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade. É preciso aliar a agenda política da regionalização com a produção do cuidado no cotidiano da APS, implicando responsabilidade e compromisso das equipes de saúde (ASSIS, 2015).

(...) Cuidado é o vínculo: profissional, usuário e família. É muito importante. Cuidando do cuidador, a gente cuida dele e ele cuida da gente, da nossa saúde mental porque no momento que a gente olha pra ele, reconhece que ele tá com o rostinho de sofrimento, acolhemos e damos o maior suporte que a gente puder. O acolhimento com o usuário e familiar (Redutora de danos)

Podemos observar que o fato do processo de trabalho estar centrado no trabalho vivo, que se realiza em ato, com base no encontro entre o trabalhador e usuário, onde todos os que se encontram sofrem os efeitos entre si, coloca o modo de produção do cuidado na atenção básica, em especial como de alta complexidade (FRANCO, 2015).

(...) Então quando essa pessoa chega, sozinha ou com o apoio familiar, ou de um amigo, a gente vai tentar compreender um pouco, assim, como é que é, um pouco, essa história de vida dessa pessoa, o que ela faz, tentar descobrir no seu relato quais são as possibilidades de autocuidado que essa pessoa possa desenvolver, quais são as suas vulnerabilidades né, mas, também, potencialidades e qual é o papel que essa substância vem ocupando na vida dessa pessoa. Então a partir daí a gente vai tentando elaborar junto com ele, com a pessoa e com o familiar ou cuidador, propostas de cuidado (Profissional).

O ‘trabalho vivo em ato: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado (MERHY, 2002).

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos (BRASIL, 2010).

Os dispositivos de saúde são espaços vinculadores do cuidado, os quais os entrevistados da Estratégia Saúde da Família e CAPS consideram a necessidade de se fazer presente nesses espaços, eles se mostram como territórios que dão sentido à vida. Pode-se ressaltar, as dimensões do cuidado nos CAPS ganham contornos centrais na relação profissional-usuário, que se desenvolve com base no acolhimento e construção de vínculos. É perceptível como as relações de cuidado se delineiam por intermédio do acolhimento, esse acolhimento gera o vínculo e a corresponsabilização.

(...) Se eu pudesse eu vinha, assim, os dias todos que tivesse as reuniões (familiar).

(...) é uma segunda família. Eu acho, assim, é uma acolhida. Como se fosse mesmo uma família, porque você conhece, você se envolve, você tem o seu próximo que não é só você que tem aquele problema, é o outro e você tá sempre ali engajado no outro, entendeu, dando apoio, a gente partilha muito as coisas, assim, nas reuniões que tem (Familiar).

O cuidado é produzido e consumido por intermédio de encontro e interações pautadas na multiplicidade de olhares. Ele é visto com uma produção constante de vida, ele por vezes se mostra como constituinte do ser. Através das entrevistas foi possível extrair o quanto o conceito produtor de cuidado emergiu na fala dos participantes, mas que ainda está presente em nosso imaginário profissional, o cuidado na dimensão instrumental. Cabe salientar, que o conceito de cuidado, por vezes remeteu a dimensão instrumental como essa fosse a única dimensão de todo o processo de cuidado, mas parte disso está interligada aos processos formativos desses profissionais de saúde.

(...) Eu percebo que é algo que já vem muito da academia, os profissionais que aos poucos vão chegando no serviço, a grande maioria, apresentam uma dificuldade muito grande. (Assistente Social).

Para além do trabalho com produção de vida, observamos o cuidado em território trabalharemos com a concepção de território à luz da etiologia que faz alusão ao mesmo tempo com fruto do comportamento humano, nesse sentido Monken (2003), ressalta a importância que o reconhecimento dos contextos de uso se faça por intermédio de métodos que identifiquem suas singularidades e seus problemas (de saúde e ambiente), com base numa abordagem territorial.

(...) Aqui dentro eu realizo atividades de promoção e prevenção de agravo. Realizo, mas aqui dentro também já é um espaço de reabilitação, eu preciso estar trabalhando em outros espaços, que o serviço, na maioria das vezes, não chega, muitas vezes a pessoa também não consegue chegar a esse serviço, estão mais fora, aonde. Nas escolas com os adolescentes, com os professores, nos Postos de Saúde, em rodas de conversas, em palestras, em instituições de ensino público, de nível superior ou particular, essa articulação com o território é um papel também do serviço.

Existe uma necessidade de expansão das ações de saúde para além dos muros dos dispositivos de saúde, é preciso que a saúde adentre aos territórios até então inabitados por ela como a exemplo de escolas, creches, empresas. Mas, em contrapartida os profissionais estão submersos na avalanche de demandas dos dispositivos, além de se apresentarem em um número deficitário de profissionais.

(...)Então, assim, a gente acaba ficando muito sobrecarregado com o atendimento mesmo dentro do consultório e acaba sobrando pouco espaço, pouco tempo, pra gente realizar as atividades no território, atividades mais lúdicas, criar um momento que os pacientes possam trocar experiências, aprender um com as experiências dos outros. Então, essa parte aqui é super interessante, né, falta um pouco de tempo (Médico).

(...) Se perdeu, foi uma coisa que foi... acho que também foi devido ao sucateamento que a própria Saúde Mental sofreu né, no município. Dificuldades de psiquiatras, quantidade

reduzida de profissionais. Talvez meio que se reduziu só ao atendimento mesmo nos CAPS e diminuiu esses trabalhos que eles faziam na Saúde da Família. Muita coisa se perdeu no caminho assim, sabe, às vezes a sensação que eu tenho é que quando eu entrei há dez anos atrás eu trabalhava em outro lugar né, eu tô no mesmo lugar, mas mudou tudo (ODONTÓLOGA).

Além dos entraves relacionados ao sistema, existem os que se relacionam a formação profissional, é notório que ações de cuidado aprendida na academia estão voltadas ao cuidado no seio das instituições/dispositivos de saúde. Corroborando com essa reflexão sobre a práxis, Merhy (2002), salienta que existe uma dificuldade em se efetivar o cuidado no território, o qual por vezes, não transcende os dispositivos, já que os mesmos não conseguem abranger os processos relacionais, resultando na preservação do cuidado no âmbito institucional.

(....) O que é que eu observo enquanto a dificuldade para a realização da atividade extra muros. Eu percebo que é algo que já vem muito da academia, os profissionais que aos poucos vão chegando no serviço, a grande maioria, apresentam uma dificuldade muito grande em realizar atividades fora do espaço institucional. Percebo eu que isso seja uma dificuldade da academia mesmo, é... estimular a práxis mesmo, a questão de realizar atividades de pesquisa, de campo mais nos territórios, é... estando mais nas instituições, né, eu tenho essa percepção.

Juntas esses entraves enclausuram a produção do cuidado a estrutura física de uma unidade de saúde ou de um CAPS, existe uma fragilização do cuidado, pois ações de saúde, por vezes não chegam ao território, por falta de horários. Constata-se que os profissionais possuem uma agenda de trabalho estabelecida, essa agenda é dividida de acordo com os tipos de demandas, sejam elas demandas que são possíveis de serem programadas, por ele e pelo usuário, e demandas espontâneas, que não são passíveis de programação. Os profissionais tentam esclarecer as diferenças entre ambos, mas o que se percebe é a completa priorização das demandas espontâneas em detrimento das demandas que podem ser programadas, consequentemente, as preconizadas pelos programas da APS.

(....) o cuidado não fica excelente, não fica otimizado. Eu sei que a gente não vai poder fazer tudo, nem nunca vai poder, mas o que mais impede do médico passar mais tempo na Atenção Primária, por exemplo, são as limitações do serviço, é desânimo, as limitações que vêm tendo. Eu falo por mim porque é a minha classe, mas eu tenho certeza que a enfermagem tem o que dizer sobre isso, nossa cadê os fisioterapeutas, cadê os nutricionistas, cadê os psicólogos para Atenção Primária (Médica).

(...) Se perdeu, foi uma coisa que foi... acho que também foi devido ao sucateamento que a própria Saúde Mental sofreu né, no município. Dificuldades de psiquiatras, quantidade reduzida de profissionais. Talvez meio que se reduz só ao atendimento mesmo nos CAPS e diminuiu esses trabalhos que eles faziam na Saúde da Família. Muita coisa se perdeu no caminho assim, sabe, às vezes a sensação que eu tenho é que quando eu entrei há dez anos

atrás eu trabalhava em outro lugar né, eu tô no mesmo lugar, mas mudou tudo (Odontóloga).

Evidenciamos que a descaracterização do modelo de atenção à saúde no modelo de atenção à saúde no município de Fortaleza, existem uma reiteração em vários discursos sobre as perdas constantes, sobre o não pertencimento a esse novo contexto. Ainda é ressaltada a preocupação e insatisfação dos trabalhadores e profissionais com as prioridades que a gestão estabeleceu e, conseqüentemente, com a forma que estas prioridades foram impostas nos ambientes de trabalho.

(...) qualquer coisa que você tenta fazer fora do atendimento, fora da agenda, a gente é muito cobrado a agenda, a gente é fiscalizado, diariamente, a quantidade de pacientes que tem na agenda, que a gente tá atendendo. Então assim, fica muito... a gente fica muito amarrado de fazer algo fora, que às vezes é muito mais importante, mas que a gente não tem mais essa oportunidade no tempo da outra gestão, a gente era muito mais aberto pra fazer essas coisas, tinha muito mais tempo. Fluía muito melhor as questões de educação e saúde, tinham as rodas, que vinham várias pessoas de outros setores, é... compartilhar com a gente os problemas da rede, mas hoje em dia tudo isso não existe mais (Médica).

(...) gente tem um horário pra fazer um atendimento de uma agenda espontânea né, mas o ruim disso é que tira o horário da demanda programada né, então a gente diminuiu o tempo dos programas de gestante, de criança, cuidado com o idoso, a gente teve que adequar a essa perda de tempo, por que a gente tem que dedicar tantas horas por conta da demanda espontânea (Médica).

O Modelo de Gestão e Atenção adotado pelo município de Fortaleza tem a perspectiva de integrar os diferentes equipamentos e serviços de atenção à saúde para que as demandas da população sejam respondidas integralmente e de forma contínua. O modelo foi definido em consonância com a construção do mapa estratégico da SMS e definição das Redes prioritárias de Atenção à Saúde (RAS) que tem como característica a horizontalidade das relações nos diversos espaços de atenção à saúde, possibilitando o cuidado multiprofissional e intersetorial.

Houve a incorporação na agenda dos profissionais do município de Fortaleza da demanda espontânea de saúde, a qual consiste no atendimento a agudização dos casos crônicos. Após a imersão no campo de pesquisa foi notório, perceber a exaustão dos profissionais e o quanto estão insatisfeitos com a forma que ele esse modelo foi implantado. Quando interrogados sobre o diálogo na implantação negam a contribuição ou até mesmo o diálogo sobre os problemas e desafios desse novo cotidiano do trabalho com os gestores e idealizadores (FORTALEZA, 2014).

(...).essa demanda espontânea perdeu um pouco da essência da própria estratégia de saúde da família, porque quando se trabalhava com programas, com grupos ficava mais fácil é. E

aí fica a desejar, deixa a desejar os programas que deveriam ser feitos. Principalmente, essa questão da educação e saúde, da educação permanente (Odontóloga).

(...).gente tem um horário pra fazer um atendimento de uma agenda espontânea né, mas o ruim disso é que tira o horário da demanda programada né, então a gente diminuiu o tempo dos programas de gestante, de criança, cuidado com o idoso, a gente teve que adequar a essa perda de tempo, por que a gente tem que dedicar tantas horas por conta da demanda espontânea (Médica).

(....)O paciente que é daquela equipe como ele sabe que todos os dias da semana tem médico então, às vezes, ele quebra aquele vínculo de marcar a consulta com o médico da equipe dele e acaba querendo... veio pra se consultar com outro médico, gostou e ele quer dar continuidade à isso. E é como eu falei a proposta da DESP não é dar continuidade. É assim, são doenças agudas. Então quebrou muito o vínculo, tirou tempo do médico que fazia os programas pra colocar uma demanda espontânea né, sendo que ele não vai ser capaz de dar continuidade que o paciente espera. Ele acha, o paciente, que a proposta é esta, ele vem se consultar na demanda espontânea e a partir dali ele vai poder voltar de novo pra mostrar um exame né, pra poder voltar pra uma consulta, ele não entende que aquilo ali é uma doença do momento né, uma emergência, que a gente chama (Enfermeira).

Apontam as dificuldades de assistir a demanda de Saúde Mental na AB, devido ao novo modelos propostos pela SMS, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, destaca os modos como desenvolvem as práticas de cuidado, no sentido de atender às necessidades de saúde do território. Desse modo, identificamos que o atendimento aos usuários se dá com base na estratificação de risco no que se refere às condições eleitas como prioritárias, conforme, destaca-se a atenção às seguintes condições: hipertensão, diabetes, gestação e infância. Neste sentido, passou-se a realização classificação dos usuários com base na estratificação de risco, com posterior parametrização das agendas dos profissionais.

A Demanda Espontânea em Saúde (DESP) é importante para atender as necessidades agudas da população adscrita daquele dispositivo de saúde, mas o que percebe é que muitas vezes o paciente não compreende o real significado dela e esse desconhecimento acaba com por sobrecarregar o profissional que ainda está se adaptando a essa nova realidade de saúde. Alguns profissionais negam essa incorporação dessa demanda ao seu cotidiano trabalho, pois veem como um espaço queixa-conduta que não tem fim e como um descacterização da Atenção Primária do município de Fortaleza, gera um eterno ciclo vicioso. Em contrapartida, outros percebem como espaço na agenda de atender os casos agudos que podem ser assistidos no contexto da APS.

Os profissionais alegam a “dependência” da população a demanda espontânea, o carro-chefe é a renovação de receitas, queixas algicas, febre, pessoas que perderam o dia da sua consulta na demanda programada, problemas respiratórios, leitura de exames, encaminhamentos, problemas de saúde mental. Outro relato percebido é que nem todos os casos que chegam pela demanda espontânea conseguem ser resolvidos, pois eles requerem um

tempo maior de diálogo e aproximação com o usuário que não é “permitido” naquele momento da agenda do profissional.

(...).Não adianta você “tacar” remédio de pressão pra “dona fulaninha”, se você não ver os pormenores da vida da.. como é que essa família está sendo estruturada. Que a gente tinha tempo antes, a gente tinha tempo de discutir casos com a equipe, era totalmente diferente. Agora não, você é cobrado, você tem que bater, tem que atender tantos pacientes, não pode deixar voltar paciente, num.. Quer dizer, virou uma UPA e isso pra mim mascara só, faz de conta que atende, mas na verdade não resolve problema de ninguém (Odontólogo).

(...) Eu vejo assim é mais essa fragilidade do PSF porque a gente vê que tem fugido muito dos programas né, daquele vínculo, da equipe de saúde da família com a questão das pessoas do território, da visita domiciliar, do cuidado continuado né, daquele agendamento de você ter aquele cuidado de garantir a consulta pelo menos, assim, do hipertenso e diabético a cada seis meses né, garantir os exames né, acabou assim, virando uma demanda reprimida, que tem sufocado o sistema né. Então isso tem dificultado bastante (Enfermeira).

Os profissionais revelam que as mudanças no modelo de atenção à saúde o município de Fortaleza modificaram a Gestão do trabalho/organização do processo de trabalho em saúde nas UAPS, em relação a carga horária dos profissionais do município, que passou a ser desenvolvida contando com 32 horas de atividades inerentes ao atendimento direto a população e oito horas destinados à educação permanente, o que fez com que as atividades de trabalho dos profissionais fossem desenvolvida através de escalas de trabalho distribuídas em quatro turnos de seis horas seja manhã ou tarde e um dia de oito horas; 2. Horário de funcionamento da UAPS: este teve seu horário de abertura ampliado de 40 horas semanais para 60 horas/semanais.

(...) a gente divide entre: demanda de atenção espontânea e demanda programada, então, a demanda espontânea, a gente tem das minhas 32 horas de atendimento, 12h são pela demanda espontânea e 20h pela atenção programada, então, acaba que muitas vezes, né, a gente fica com pouco tempo para suprir as necessidades dos programas (Médico).

(...) Vai fazer 12 anos em agosto e assim, atualmente, a gente tem trinta e duas horas dedicadas ao atendimento, sendo que, no posto, na unidade que eu trabalho, cada enfermeiro tem dez horas de demanda espontânea, então, se você pensar nisso, só me resta vinte e duas horas para dividir entre todos os programas que a estratégia de saúde da família sempre, é.. foi responsável (Enfermeiro).

Constatamos que os profissionais possuem uma agenda de trabalho estabelecida, essa agenda é dividida de acordo com os tipos de demandas, sejam elas demandas que são possíveis de serem programadas, por ele e pelo usuário, e demandas espontâneas, que não são passíveis de programação. Os profissionais tentam esclarecer as diferenças entre ambos, mas o que se percebe é a completa priorização das demandas espontâneas em detrimento das

demandas que podem ser programadas, conseqüentemente, as preconizadas pelos programas da APS. O cuidado se mostra fragilizado e descaracterizado nessa nova conformação.

(...) a gestão atual, ela só preconiza a demanda espontânea, preconizam a demanda espontânea. Pode-se acabar tudo dentro do posto, mas tem que ter um médico e um enfermeiro atendendo na demanda espontânea, e eu acho que isso aí vai gerar consequência a longo prazo, agora, a mortalidade infantil em fortaleza, aumentou, e eu acho que isso aí já é um sinal de um erro estratégico (Médico).

(...) isso aí é uma droga realmente que tem no sistema público, então assim, é uma coisa que estressa muito, porque a propaganda do sistema público é que a gente tem médico, forma um posto bem bonitinho, tudo pintadinho, com cadeira, computador e ar condicionado, bota televisão pra agradar o pessoal, só que o que realmente é pra funcionar não funciona, então o paciente realmente tem acesso a mim, só que eu não tenho como fazer quase nada porque a gente precisa de um exame, a gente precisa encaminhar, a gente precisa da opinião do especialista e ele não consegue (Médico).

A propaganda da atual gestão é que se tem atendimento de 7 as 19hs nas UAPS de toda a grande Fortaleza, mas o que se percebe é que nem tudo funciona conforme o script exposto, os fluxos no contexto do trabalho em rede cristalizam as ações de cuidado. Os profissionais se veem de mãos atadas, pois acabam por esbarrar nos entraves do sistema, não existe fluidez nos encaminhamentos. Talvez, estejam querendo mascarar as situações limitadoras do sistema por meio de projetos arquitetônicos arrojados, mas as paredes ou equipamentos são produzem saúde. O que se percebe é cuidado fragilizado, é um cuidado que não consegue trabalhar na perspectiva de RAS.

(...) a gente não consegue encaminhar pelo sistema, que esse sistema também trava muito as coisas, a gente não consegue encaminhar via sistema, então a gente faz o encaminhamento, vai via coordenação, fala com colegas e aí a gente consegue da continuidade, depois paciente volta pra gente (Médico).

(...) Uma total falta de comunicação dentro da rede. Porque, inclusive a gente tava até conversando sobre isso, a gente tem recebido paciente aqui que vai pra UPA né, o paciente chegou lá com um pico hipertensivo, chegou lá e o médico deu a medicação, foi atendido, nem se quer pra dar uma orientação de dizer assim “olha, o senhor vai ficar acompanhando sua pressão, anote os valores, faça um mapinha, vá procurar sua equipe, vá procurar seu médico” não existe mais essa comunicação, o paciente foi pra UPA, teve um pico hipertensivo, foi liberado, no outro dia vem pra emergência, não sabe qual é a equipe dele, não sabe de nada, às vezes não sabe nem o que veio fazer ou por que que o médico mandou vir, né. Então falta essa comunicação mesmo, parece que eles não sabem como é que a gente funciona e a gente também não tá entendendo como é o funcionamento deles né. Então eu percebo (Enfermeiro).

Hoje, o que se percebe são profissionais submersos na avalanche das demandas da atual conjuntura de saúde e desesperançosos com o futuro da saúde no país. Os profissionais não são valorizados, os vínculos são fragilizados, a remuneração não condizente com o trabalho desempenhado.

(...) Sou engolida pelo sistema. É. Você tenta não se entregar, e todo dia fazer um bom trabalho... É isso que eu tento. Sair de casa, se não, o que interessa é o que eu faço. Mas tem dias que realmente... pesa (Enfermeiro).

(...) O cuidado não fica excelente, não fica otimizado. Eu sei que a gente não vai poder fazer tudo, nem nunca vai poder, mas o que mais impede do médico passar mais tempo na Atenção Primária, por exemplo, são as limitações do serviço, é desânimo, as limitações que vêm tendo. Eu falo por mim porque é a minha classe, mas eu tenho certeza que a enfermagem tem o que dizer sobre isso, nossa cadê os fisioterapeutas, cadê os nutricionistas, cadê os psicólogos pra Atenção Primária.

Para elucidar alguns aspectos a respeito da fragilização de vínculos traremos falas de alguns dos entrevistados que salientam a quebra constante de vínculos, por conta das seleções de profissionais da área da saúde contratados por um período de até dois anos. Essas seleções públicas foram iniciadas no ano de 2014 e perduram até o ano corrente, as quais tinham com justificativa principal a dificuldade orçamentária e financeira alegadas pelo Poder Público Municipal.

As situações limitadoras são permeadas pela fragilização dos vínculos, os profissionais são contratados por seleção pública, a qual tem duração de 2 anos, o primeiro é destinado a construção de vínculo, laços, empatia e conhecimento do caso “biopsiquicossocial” do paciente. Após essa longa e difícil jornada em busca da vinculação com o paciente, o ciclo se quebra, pois o contrato chega ao fim e novos profissionais chegam a campo.

(...) é muita perda, muita mesma. É assim, eles gostam muito quando já conhecem o médico, quando o médico já conhece a história dele e tudo. Quando quebra vai ter que falar tudo de novo, muitos não têm essa cognição pra dizer o que é que tem, o que teve ao longo do tempo. Por mais que exista o prontuário, quebra o vínculo e aí tem que começar tudo de novo (Médica).

(...) É, um ano é basicamente só pra gente ir meio que se adaptando ao serviço. Eu pelo menos nunca tinha trabalhado, tinha tido um contato porque eu também sou orientadora de estágio, aí eu já tinha orientado estágio aqui, mas é muito diferente de você tá com orientação de estágio e você realmente ser a enfermeira daquele serviço. Então, assim, é mais ou menos um ano pra você ir se adaptando, pra você, porque é assim, no acolhimento eles trazem as mais diversas demandas que você possa imaginar (Enfermeiro).

Essas quebras de vínculos quase que anuais fragiliza toda a cadeia de cuidado do usuário, pois são novos encontros e agenciamentos de cuidado nem sempre fortes e empáticos com os anteriores e é dessa maneira que é dispensado o cuidado no contexto do município de Fortaleza e tanto outros municípios brasileiros. Dessa maneira o estabelecimento de redes se mostra quase inatingível, pois não existem profissionais que se corresponsabilizam por esse cuidado.

Em suma o cuidado, deve ser o motivo propulsor dos estabelecimentos e conexões dos serviços de saúde e dos fortalecimentos da RAS. Contudo, esse caminho, na maioria das vezes, se mostra como incerto, frágil em suas relações de cuidado. Por vezes os usuários ficam perdidos na rede sem saber para onde se direcionarem, indo e voltando a vários serviços sem encontrar a resolutividade dos seus problemas de saúde, uma verdadeira peregrinação em busca de cuidado. Todas essas questões repercutem na produção do cuidado em saúde e em suas implicações para com o usuário, mas o que se percebe é que há uma multiplicidade de fatores que cristalizam e limitam a construção do cuidado.

5.2 INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS E DESAFIOS DA INTEGRALIDADE

A categoria integração das ações de saúde mental traz como eixos formadores: Relação entre Atenção Primária e Atenção Psicossocial e Transversalidade da Saúde Mental. Esses subnós serão o sustentáculo da discussão da integração de saúde mental na Atenção Básica. Diante dessa problemática de descontinuidade do cuidado gerada a partir do não entrelaçamento e interação entre Atenção Primária e Atenção Psicossocial vislumbra-se a obstrução do caminho do cuidado em saúde no território sanitário, penalizando consequentemente, os usuários, que deixam de ser vistos e atendidos de forma integral nas complexidades de suas necessidades básicas do cotidiano e existenciais.

Para Souza (2015), um dos desafios hoje estabelecidos para a implementação do atendimento integral em saúde mental está diretamente relacionado à questão da acessibilidade ao cuidado territorial. Os serviços de saúde existem em função dos usuários, e não o contrário. E esses mesmos serviços de atenção em saúde devem ter como objetivo central e geral a efetivação e o acesso ao cuidado demandado por cada usuário. Este deve ser contemplado na sua singularidade de sujeito de direitos. A transversalidade do cuidado em Saúde Mental deve contemplar todas as necessidades e carências existentes no território adstrito e adentrar às portas da Atenção Primária com intuito de fortalecer o cuidado em saúde, assumindo assim, a responsabilidade sanitária de cada comunidade e território. Existe aqui uma corresponsabilização da Atenção Primária e Atenção em Saúde Mental. Aqui não cabe rotulações de pertencimento, ou seja, o usuário atendido na Atenção Básica ou Primária pode ser também usuário da Saúde Mental e vice-versa. O usuário da Saúde Mental também é usuário da Atenção Básica. O cuidado é transversal e integral. Os limites e desafios

enfrentados nessa Rede de cuidado é um nó que necessita ser desfeito para que o cuidado em saúde flua livremente como as águas de um rio fluem para o mar.

Figura 11 - Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: N.Vivo¹⁰

Esta categoria de análise se entrelaça com a categoria de produção de cuidado, visto que o cuidado em saúde é com uma cadeia, ou seja, são criados arranjos que viabilizam articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas. A multiplicidade de ações está ancorada nas necessidades e singularidades. Tendo assim por resultado principal a integralidade para que se possa obter essa integralidade se faz necessário um diálogo entre os dispositivos de saúde. A proposta de redes vem ao encontro da consolidação da integralidade (FEUERWERKER, 2013).

Para que se possa alcançar a integralidade se faz necessário atender as necessidades de saúde e singularidades dos sujeitos que vão desde as condições adequadas de vida, o direito ao acolhimento, escuta qualificada, desenvolvimento e fortalecimentos de vínculos com a equipe, responsabilização pelas ações de saúde, acesso às tecnologias de cuidado sejam elas leve, leve-duras, duras como forma de resolutividade para as necessidades de saúde. Além disso, as necessidades de saúde transcendem o campo psicossomático, se torna crucial trazer a campo às necessidades sociais dos sujeitos, elas estão imbricadas em todo o processo de produção de cuidado, o que torna impossível se promover a integralidade sem dar cabo às questões sociais imersas nesse contexto.

Essa multiplicidade de ações é denominada como a cadeia de cuidados, ela se refere a multiplicidade de articulações de acesso e resolutividade que resultam na integralidade. (FEUERWERKER, 2013). Pensar e produzir a cadeia de cuidados exige gestão. Não somente gestão dos serviços, mas gestão da produção do cuidado. A gestão de cuidados se ancorada nas necessidades de saúde, as quais são complexas e amplas, são balizadas no exercício de direitos, nas boas condições de vida, na garantia do vínculo, na corresponsabilização da equipe pelo cuidado intermitente e a universalidade aos serviços de

A concepção de saúde pautada na completude de ações foi criada a partir da Constituição Federal de 1988, a nossa constituição cidadã, traz no seu arcabouço no seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 a sua promoção, proteção e recuperação. Juntas promoção, proteção e recuperação culminam na integralidade, ela está pautada no acesso a todos os níveis de complexidades, trânsito livre, dentro das redes em busca da resolutividade das questões de saúde.

Além da Constituição Federal de 1988, a lei n. 8080/90 dispõe sobre a integralidade da assistência é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema (BRASIL, 1990).

Ao demarcar a integralidade como um dos princípios do SUS, é preciso que a produção do cuidado esteja impregnada com as mais variadas formas de pensar e agir em saúde, associando ações promocionais, preventivas e curativas, despolarizando as possibilidades terapêuticas para dar conta das demandas das pessoas, no atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas (SANTOS; ASSIS, 2006). As ações de saúde são permeadas pela integralidade, ela salienta a necessidade de se trabalhar com as multiplicidades de práticas e saberes.

A diretriz do SUS que mais confronta com o modelo hegemônico do sistema é a integralidade, que pode ser definida como uma bandeira de luta do sistema de saúde. Envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais e para completude seja alcançada se faz necessário a construção de elos entre os dispositivos de saúde buscando alcançar a plenitude das ações de cuidado, além de entender que o cuidado deve ser pautado no pressuposto biopsicossocial. (ALVES, 2015).

Entende-se que a atenção integral à saúde, e aqui se leva em conta impreterivelmente a saúde psíquica do indivíduo, deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integral das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial, social e de reabilitação. A integralidade também se baseia na acessibilidade aos diversos níveis de complexidade (MACHADO, 2007).

Os discursos dos profissionais legitimam a necessidade de se trabalhar com essa indivisibilidade da saúde mental no contexto do cuidado em saúde. Eles compreendem que a produção do cuidado não se faz de forma fragmentada, é preciso entender a complexidade do cuidado e suas múltiplas dimensões, não existe “saúde geral” e “saúde mental”, elas estão entrelaçadas durante todo o processo de cuidado e isto é revelado no discurso “a Saúde Mental ela vai tá sempre, como é que eu posso dizer intrínseca no processo de cuidado. Não se pode cuidar só do corpo ou só da mente são coisas indissociáveis (técnico de enfermagem)”

Percebemos na leitura das narrativas a transversalidade da saúde mental o cuidado passa a ter como premissa a defesa da vida e a percepção dos usuários como cidadãos pertencentes à comunidade, o qual culmina com o pensamento (FERREIRA *et al*, 2017) que afirma ser necessário considerar as conexões relacionais que envolvem o sujeito que é cuidado e entendê-las como produtoras de vida. O cuidado em saúde é produzido e consumido em ato, a partir da relação, as tecnologias relacionais são o sustentáculo de toda a cadeia de cuidado.

Nessa direção, a Saúde Mental (SM) tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada contemplando a ESF. É necessária uma interlocução constante entre os diversos pontos de atenção das RAS para que possa alcançar a assistência integral.

Apesar de se produzir o cuidado em rede e para rede, o que notamos é o entrave com a corresponsabilização para com o usuário, mas muito disso se deve a exacerbação das atribuições dos profissionais inseridos na Atenção Básica, existe uma sobrecarga de trabalho. Existe uma cascata de fatores que contribui para a fragilização de todo esse processo de cuidado, hoje o que percebemos é que o Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se em “sofrimento” “extremo”, “agonizando” mediante todos os ultrajes que vem sendo alvo. É inteligível que todas as políticas sociais têm sido descaracterizadas e mais uma vez versamos sobre políticas de governo e não de Estado. Essa descontinuidade rotineira fragiliza ainda mais o sistema de saúde brasileiro.

(...) Eu percebo que melhorou um pouco o Apartheid entre Saúde Mental e a Atenção Básica, melhorou, mas ainda existe. Então o que é que eu percebo? Uma Unidade Básica de Saúde extremamente sofrida, não fazer o que deveria fazer, que seria o Programa de Saúde da Família, a Estratégia de Saúde da Família, mas hoje a gente percebe uma Unidade Básica de Saúde muito presa à queixa-conduta, agora o NASF está retomando as suas atividades junto à Atenção Básica de Saúde, mas, ao mesmo tempo, vai ser um grande desafio porque, ainda, existe uma má compreensão do que seja o NASF (Assistente Social).

Reconhecendo a legitimidade do discurso do trabalhador torna-se perceptível os entraves para atingirmos a integração entre os dispositivos, denominado por ela com “apartheid”, vem à tona a cisão das ações de cuidado, pois vezes essa situação limitadora é atribuída ao “sofrimento” dos dispositivos, o que se percebe é que o princípio da integralidade é minado.

Outra questão que cristaliza essa interlocução entre os dispositivos é a enxurrada de atendimentos sempre voltadas a queixa conduta, essa lógica de “cuidado” foi incorporada a partir da remodelação do modelo de saúde do município de Fortaleza que delineia a prioridade do atendimento à agudização das doenças crônicas.

Essa nova lógica de modelo tem repercutido na interlocução entre os dispositivos, pois os profissionais são engolidos por essa demanda e por vezes enxergam na demanda de saúde mental como algo que não pertence ao campo de atuação da APS.

(...) A gente fica muito limitado dentro da unidade, muito sufocada com o atendimento. Mas assim, eu acho que por conta dessas demandas que a gente sempre tá muito ocupado, porque também a gente não tem uma reunião, antigamente tinha reunião, tinha rodas com outras pessoas (Médica).

(...) Então a gente praticamente tá cada um no seu canto, cuidando das suas obrigações e o vínculo, praticamente, não existe (Enfermeira).

A efetivação do princípio da integralidade encontra muitos desafios que perpassam pelos diversos setores dos serviços de saúde e pela própria comunidade. Efetivar um cuidado integral envolve a participação de todos os indivíduos envolvidos, sejam eles gestores, profissionais, trabalhadores, usuários, familiares e cuidadores. É preciso envolvimento, desejo de participação e resiliência nesse processo que é dinâmico, que se move a cada pequeno ato de cuidado.

O sentido ou dimensão da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram (STARFIELD, 2012). Para a efetivação da integralidade é preciso se trabalhar em Redes de produção de cuidado e vida, redes vivas.

(...) a Saúde Mental realmente, assim, eu entendo como sendo parte do programa que é fundamental, mas que é muito carente tanto na rede da da Saúde da Família, da Atenção Básica, como também que envolve também como Atenção Básica do Caps (Adriana).

As Redes de Cuidado, como modelo de atenção à saúde, buscam dar conta dos vários níveis de atenção mantendo na RAS, organizada por intermédio da ESF, a porta de entrada principal e a responsabilidade pela gestão do cuidado do paciente e pelo acesso regulado a todos os pontos e níveis do sistema. Essa proposta incorpora também muitos dos conceitos, arranjos e dispositivos elaborados com base nas proposições da clínica ampliada e do cuidado para a superação das limitações, tanto da clínica quanto da gestão tradicionais, na busca pela integralidade (KALICHMAN; AYRES, 2016).

(...) não tem um fluxo permanente nesse atendimento, essa rede ela não existe, porque se vai da atenção básica pra o CAPS, se vem do CAPS pra atenção básica, esse elo não existe, essa referência e essa contra referência ela não existe, nem no prontuário do paciente, nem receber...até esse paciente ser atendido, ele se perde (NASF).

Existem nos discursos expressos vários obstáculos que tornam esse diálogo entre esses dois níveis de atenção outro ponto que merece destaque é a própria priorização de uma rede em detrimento de outra, ou o contrário disso, da rede de assistência à saúde mental pela gestão. Percebe-se a dificuldade de estabelecer o cuidado em rede uma vez que a APS que deveria atuar como ordenadora desse cuidado não consegue sequer estruturar, minimamente, as suas próprias ações. Ademais, rompe com as proposições da integralidade e da corresponsabilização pelo paciente. Essas quebras se dão por uma sobrecarga estrutural do sistema, existe uma multiplicidade de ações que não conseguem ser resolvidas nesse contexto.

(...) Assim, chega muito na atenção básica e, uma coisa especialmente que me angustia é que, a saúde mental na atenção básica, ela é vista assim, “não, vamos encaminhar pro CAPS”. Ela não é vista como uma coisa que faz parte da atenção primária, então, hoje eu tento com o grupo e com algumas orientações individuais ter esse cuidado na atenção básica. Se for perfil de CAPS, a gente tem uma comunicação muito boa com eles (Enfermeiro).

Apesar da tentativa de consolidação do trabalho em rede ainda é inegável os entraves, e no contexto na inter-relação entre a Atenção Primária, além das dificuldades de comunicação entre as duas redes é perceptível como ela ainda é permeada pelos estigmas. Outro entrave que dificulta o estabelecimento das redes, neste caso enfatiza-se a RAPS, é o estigma que ainda se produz e reproduz sobre os pacientes que são atendidos na rede de saúde mental, apesar destes se apresentarem em todos os ambientes, seja na própria APS ou nos CAPS. Esse estigma, além de ser falado pelos profissionais como algo que dificulta a rede, é perceptível na própria concepção do profissional, não assumindo a postura de estigmatizador e propagador deste estigma.

(...) Quando precisa já é mais fácil de ir lá, conversar com a coordenadora, com o profissional, algumas coisas, então, mas mesmo assim, ainda é possível perceber um distanciamento, também, têm pacientes aqui do serviço que vão para lá e sofrem preconceito, né, até mesmo dos profissionais, então tem também essa questão (Psicólogo).

Esse preconceito transcende para relações intersetoriais, pois ainda é possível notar relações estigmatizadas, também, no contexto da escola. Essas relações perpassam todos os ambientes e se apresentam como entraves para a efetivação do cuidado em saúde mental, expresso na fala de um dos entrevistados “escolas, geralmente, a relação com escolas é um pouco complicada, né, por exemplo, aqui na escola aqui do lado, ela tinha uma diretora que complicava muito as coisas, não queria uma relação de jeito nenhum, super preconceituosa” (PSICÓLOGO).

A integralidade do cuidado foi reportada pelos profissionais na compreensão de que as questões de ordem emocional e de saúde mental são transversais a todas as práticas. A pertença ao território significa mote para a responsabilização - mesmo com o foco da atenção especializada, a equipe continua articulada com o caso. A longitudinalidade aparece como um atributo que propicia o acompanhamento das situações de doenças e crises da família no curso da vida de seus integrantes. O olhar contextualizado para o cenário amplo da vida das pessoas e o resgate da história de vida permite a planificação de projetos terapêuticos singulares na perspectiva do paradigma da clínica ampliada e de produção de vida (HIRDES, 2015).

(...) Assim, a Saúde Mental ela vai tá sempre, como é que eu posso dizer intrínseca no processo. Porque muitos pacientes que vêm, a gente tem essa escuta principalmente no acolhimento, porque assim, na odontologia, na Saúde bucal, especificamente durante o atendimento clínico em si, depois que já passa por todo esse processo, às vezes a gente não consegue ter muito tempo de tá trabalhando as questões de Saúde Mental porque são procedimentos clínicos cirúrgicos. Mas até chegar no procedimento clínico cirúrgico, a gente tem um processo de acolhimento onde a gente consegue escutar o paciente, a gente consegue identificar. Então nesse momento, geralmente, a gente identifica alguns casos onde existe uma demanda de Saúde Mental naqueles pacientes (Odontóloga).

Kalichman e Ayres (2016) afirmam que dentre os princípios doutrinários do SUS, o de integralidade talvez seja o mais desafiador na construção conceitual e prática da Reforma Sanitária e do próprio SUS. É ele que diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde.

(...) Quase todos os usuários que chegam pro NASF, apresenta alguma demanda de saúde mental, nem que seja leve, não necessariamente precisa ser um transtorno grave muito explícito, mas a maioria traz uma demanda de saúde mental e eu sinto muita falta do

cuidado na saúde mental, na atenção básica, uma vez que, os CAPS se destinam atender o público que tá inserido em transtornos moderados a graves, eu acho que, existe uma certa negligência com os usuários que apresentam os transtornos leves, como: ansiedade, compulsão alimentar, conflitos familiares que às vezes desencadeiam questões mentais e, não existe um trabalho completo mesmo, integrado, na atenção básica com esses usuários que apresentam esses transtornos leves, embora, seja porta de entrada, a gente não consegue visualizar um fluxo definido, estabelecido pra esses usuários que não são perfil de CAPS(NASF).

Um das características mais relevantes da APS é que ela também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Partindo dessas premissas é de fundamental importância o acesso e o atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do adoecimento mental serem assistidas nesse nível de complexidade. A produção de saúde não se limita a único dispositivo de cuidados todos sem exceção são promotores de cuidado, o que se percebe na realidade brasileira é que se criaram estamentos de cuidado “só atendemos a esse tipo de demanda de saúde”. Existe uma descaracterização da proposta das redes, a partir do momento que predomina compartimentaliza das atribuições e ações, não existe um ideia tangível de integração entre os dispositivos.

Hoje, os dispositivos tornaram-se “ilhas de cuidados”, são separados por mares (de perdas, burocratização, falta de responsabilização). Talvez não consigamos avançar nos mares da integralidade, pois permanece bem vivo em nossas práticas, as questões segregacionais, elas estão presente não só no nosso imaginário como são reproduzidas no nosso discurso e nas nossas ações. Mas, para além da segregação existem à precarização da saúde seja dos vínculos trabalhistas, seja da estrutura. Essa precarização vem reverberando as dificuldades de articulação entre as redes de cuidado.

(...) a Saúde Mental realmente, assim, eu entendo como sendo parte do programa saúde mental que é fundamental, mas que é muito carente tanto na rede da da Saúde da Família, da Atenção Básica, como também que envolve também como Atenção Básica o Caps (Médica).

Em estudos desenvolvidos em Fortaleza, em diversos períodos, têm-se evidenciado resultados semelhantes em que, sobretudo, os trabalhadores apontam, precarização do trabalho e falta de condições de trabalho, tensionamentos políticos e técnicos entre gestores e trabalhadores. Expressam sinais de desresponsabilização da gestão municipal com efetiva implementação da RAPS e do modelo de atenção psicossocial territorial, configurando um problema crônico no município (GUIMARÃES, 2012).

Destacam-se, no entanto, as dificuldades e motivações apontadas como, por exemplo, a insuficiente organização em coletividade para busca de bens comuns, a formação da força de trabalho em saúde, ainda voltada para o mercado; a fragilidade da gestão democrática e participativa do SUS em todos os níveis da federação; a inexistência e ou existência de modo muito incipiente de uma política micro de Educação Permanente em Saúde, que possa colocar na roda de discussão todos os atores envolvidos na produção do cuidado em saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

(...) Se perdeu, foi uma coisa que foi... acho que também foi devido ao sucateamento que a própria Saúde Mental sofreu né, no município. Dificuldades de psiquiatras, quantidade reduzida de profissionais. Talvez meio que se reduziu só ao atendimento mesmo nos CAPS e diminuiu esses trabalhos que eles faziam na Saúde da Família. Muita coisa se perdeu no caminho assim, sabe, às vezes a sensação que eu tenho é que quando eu entrei há dez anos atrás eu trabalhava em outro lugar né, eu tô no mesmo lugar, mas mudou tudo. Mudou muita coisa, algumas coisas melhoraram, a estrutura física, mas assim, a essência eu acho que muita coisa piorou, fugiu muito do que eu acho que é o objetivo da atenção primária (Médico).

(...) A gente nunca teve treinamento, a experiência que eu tenho da saúde mental é o contexto do meu curso, e do meu estágio, só isso, nada mais (Odontólogo).

(...) Não me lembro realmente de nenhum curso. Quando tinha matriciamento, nunca fui treinada pra matriciamento, entrei no matriciamento daqui da unidade, porque tinham muitos pacientes da nossa área e eu ia mesmo pro matriciamento, falava do caso do paciente, tentava entender a situação do paciente, tentava ajudar o paciente (Enfermeiro).

Por vezes, a intercessão entre estes dispositivos se dá com o intuito de sanar as fragilidades dos mesmos. O diálogo só se estabelece no contexto carência de equipamentos, medicamentos, profissionais. O fluxo que se estabelece está ancorados na “necessidade-paliação” tem como base a resolução da necessidade mais gritante. Ainda não conseguimos incorporar o modelo psicossocial, o que se percebe é a coexistência do modelo asilar e psiquiátrico com uma tímida aparição do modelo psicossocial.

É notório os desarranjos entre proposição do modelo psicossocial e sua efetiva aplicação, configurando um entrave a sua consolidação na forma de gestão do cuidado, mas parte disso se deve à: um modelo de gestão incipiente, entraves no financiamento,

precarização do trabalho, escassez na qualificação das equipes. O protagonismo da medicalização enquanto proposta de estabelecimento de cuidado para com os usuários e familiares também possui estreita ligação com as falhas de rede ou ausência de rede de cuidados nos territórios.

(...) a gente tem muita barreira né, a gente faz a nossa parte, o paciente sai com vários papéis, papel de consulta, papel de exame, papel especialista, papel de vaga, e ele não tem quase nada, a única coisa que ele ainda consegue é o exame de sangue que é feito na unidade, e remédio quando tem (Médica).

(...) a gente percebe uma falta de médico no CAPS, então, muitos pacientes vem de lá pra cá, com aquele encaminhamento do assistente social, às vezes, do psicólogo, porque não tem médico com a medicação que o paciente toma, para que a gente renove a receita do paciente do CAPS, um paciente que você nem viu, assim, não acompanhava, não é da sua equipe, mas às vezes acaba que nós acionamos as válvulas de escape pelo CAPS não ter profissional médico (Enfermeira).

Os arranjos organizativos entre as redes de cuidado de Atenção Básica e da Saúde Mental, mostram-se voltadas a dar cabo às questões de ausência de insumos, profissionais, estrutura, o que se percebe é que as relações são pautadas na lógica biomédica de cuidado, são quase que inexistentes as relações pautadas no fortalecimento de vínculos para se promover integralidade.

Os discursos são pautados na “cultura da medicalização” nos dispositivos de saúde investigados tem como um dos desdobramentos a legitimação de uma proposta de cuidado com a qual as famílias e os usuários tomam para si a tarefa de a defender. A cultura da medicalização tem gerado indivíduos famigerados por fármacos que não conseguem, mas compreender os reais motivos do seu tratamento e o porquê do uso das substâncias, estamos em uma geração permeada pelo o abuso de medicamentos.

(...) Recebe, é uma boa parcela, assim, eu nunca fiz estatística pra saber mas é uma grande parcela né, ou paciente que ta descompensado né, ou foi começado o remédio na equipe e não deu certo teve algum efeito colateral, ou por que realmente ele entrou em crise e você precisa aumentar a dose, ou por que realmente nunca tinha usado medicação e teve uma crise (Médica).

(...) Nós temos muitos usuários, principalmente, fazendo uso exagerado, abuso mesmo de benzodiazepínico, de antidepressivos, fluoxetina, então, é... assim, estranho quem não toma, porque realmente é muito mesmo. Tem pacientes aqui usam medicamentos controlados, que iniciados, às vezes, por uma pequena crise existencial, em determinado momento da vida, mas que assim, depois que começou nunca mais parou, nunca mais foi reavaliado “ah, você toma diazepam à quantos anos?” “tá com dezoito anos que eu tomo diazepam” “mas por que?” “não porque eu tomo”, a pessoa nem lembra, as vezes, o que foi o estopim que iniciou, né, apenas está renovando, renovando, renovando, não tem essa continuidade mesmo do cuidado. E essa demanda reprimida, é muita gente, com poucas vagas a sensação que dá é que a gente nunca vai conseguir dar cabo disso (Psicólogo).

Existe um duplo caminho com relação à medicalização: um dos movimentos feitos pelas equipes de profissionais e outro feito movimento pelos familiares. Ambos os movimentos existem no sentido de deixar a conduta medicamentosa intocada.

(...) Ela (saúde) ficou é muito voltada a uma saúde curativa, que é a que existia bem no começo, e que hoje a nossa intervenção, a nossa tentativa de educação em saúde ela ficou mais restrita ainda, por que a gente não tem abertura, quando a gente começa a falar a gente é limitada (profissional).

No campo da Atenção à Saúde Mental, vale ressaltar algumas singularidades da trajetória da reforma quando a comparamos com a implantação de outras políticas do SUS. Têm-se a hipótese de que a política de SM brasileira, além de incorporar as diretrizes gerais do SUS – direito à saúde, integralidade da atenção, etc. –, realizou, ao mesmo tempo, uma reforma da reforma. Ou seja, junto com a expansão da cobertura, realizou-se, em alguma medida, uma reforma do paradigma teórico psiquiátrico tradicional que levou a realizar-se uma extensão do cuidado valendo-se de um modelo de atenção inovador (CAMPOS, 2008).

O cuidado em saúde mental se baseia na escuta qualificada, na corresponsabilização, no vínculo, na grupalidade para além de protocolos, medicações e medicamentos não existe uma “processualidade” no contexto de saúde, principalmente no contexto da saúde mental. Os processos de cuidado são construídos e consolidados no ato de cuidar. A produção do cuidado se estabelece no encontro. Mas, ainda percebemos a cristalização do processo de cuidado, a qual se dá por excessividade de protocolos, fluxos, os profissionais de saúde ainda estão moldados a lógica biomédica do cuidado.

(...) Já tentei também, já falei, inclusive, com professores meus lá do Mental, mas parece que cada Regional só tem um posto que faz matriciamento... dificuldades do sistema de novo. Era pra ter uma equipe pra isso e ir pra onde houvesse demanda, mas não, parece que só vai pra determinado posto em cada Regional. Então eu já solicitei, já tive necessidade, mas nunca recebi matriciamento (Médica).

O discurso salienta o engessamento do cuidado por conta dos protocolos estabelecidos pela gestão, o cuidado não está pautado nas necessidades de saúde, mas ancorado no fluxo pré-estabelecido, o que se vê é a constante necessidade de sobrepor a esses fluxos e se criar e recriar redes informais para atender as necessidades de saúde. A rede informal é aquela que se estabelece a partir da rede primária, quando há necessidade ou dificuldade comum vivenciada pelos membros que fazem parte da mesma rede. Nessa rede, o vínculo é fundado na solidariedade e não há troca financeiras, apenas de serviços (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

Quando interrogados sobre a produção de cuidado em saúde remete sempre ao atendimento médico (a consulta) ou a uma conduta medicamentosa (renovação de receita), é como não fosse possível produzir saúde sem esses dois componentes, não estamos negando a sua importância, mas eles não constituem a primazia do cuidado.

(...) a gente recebe, aqui, pacientes com a receita cheia, lotada de medicamentos, né, de tarja preta, medicamentos mesmo, bem, da psiquiatria mesmo, a gente tem uma demanda muito grande, apesar da gente não poder dar conta. A gente infelizmente, hoje, na rede já não tem nem psiquiatra nos CAPS, mas a gente ver isso aqui todos os dias. Pacientes com essa demanda mesmo bem... bem grande (Profissional).

O CAPS tem como intuito principal a atenção da demanda de saúde mental in lócus. A inserção dos CAPS no território não tem se configurado como estratégia efetiva para a articulação com os demais serviços de saúde, na perspectiva de constituição de redes de atenção, o que se constata mediante o não estabelecimento de fluxos assistenciais que assegurem os encaminhamentos dos usuários. Além disso, há a premissa de que parte dos problemas de saúde mental não precisa ser direcionada a serviços especializados, podendo ser resolvida no nível primário pelas equipes da ESF (Nunes *et al.*, 2007).

Diante da articulação entre o processo assistencial da ESF e as ações de saúde mental, algumas transformações ocorrem neste formato de atendimento. O usuário se mantém privilegiando a consulta especializada por um lado, mas reconhecendo a importância da escuta, por outro. Já os profissionais reconhecem que as práticas são processuais por serem modificadas com as experiências vividas no matriciamento a cada dia (PINTO *et al.* 2012). Mas, ainda se mantém viva a dificuldade de se manter relações sólidas e constantes entre APS e o CAPS.

(...) Então assim, nesse sentido de articulação, hoje, eu, com o posto, tenho muito pouco. São mais, às vezes, são mais atividades pontuais, né, mais... a articulação hoje é mais no sentido de informar o paciente (Psicóloga)

(...) a grande perda, foram os matriciamentos que eram feitos nas unidades de saúde e em várias outras unidades de saúde, não era só na nossa não e, a gente fala muito, reclama muito, a gente não tem encaminhamento pra psicólogo...é uma raridade você conseguir vaga, os pacientes desistem, porque realmente não conseguem vaga. Encaminhamento pra psiquiatria não existe também...não existe nem psiquiatra na rede de atenção básica, então, quem tirar, encaminha esses pacientes, então, está completamente desassistida a saúde mental no município (Odontóloga)

De acordo com Moraes e Tanaka (2012), a operacionalidade do apoio matricial em Fortaleza foi marcada por limitações, entre as quais se destacam a indisponibilidade dos profissionais, dificuldade em manter o seguimento dos casos de saúde mental – decorrente do despreparo para lidar com a dimensão subjetiva – e postura passiva dos profissionais mediante a lógica de gestão ainda verticalizada, sem comando efetivo em relação ao matriciamento. Ademais, a dificuldade de lidar com a dimensão subjetiva no território, por parte da atenção básica, tem reforçado a ideia de que o usuário com sofrimento psíquico é exclusividade do CAPS, não sendo passível de acometimentos clínicos que requerem intervenção médica em outras especialidades. Reproduz-se, assim, a lógica de fragmentação do cuidado, a dicotomia mente e corpo.

A construção desses vínculos é o grande desafio de qualquer modelo assistencial. Seria uma estratégia de atenção que produz rupturas com o modelo assistencial tradicional na saúde mental, também consideramos a articulação da saúde mental com a atenção básica uma estratégia de adoção de novas práticas de atenção e de cuidado em saúde mental, capaz de orientar a construção de outros modos de cuidar da loucura no território (YASUI, 2010).

Desse modo, uma das estratégias direcionadas pelas políticas públicas é a proposição da articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental, com o intuito de territorializar as ações de cuidado, considerando que é produtiva essa articulação, pois nesses dois espaços convergem princípios como o atendimento multiprofissional, a integralidade, o vínculo e a possibilidade de construção de redes, em uma atuação interinstitucional (Dalla Vecchia e Martins, 2009; Brasil, 2005). Uma ferramenta fundamental para essa articulação era o apoio matricial consiste em um suporte especializado para APS.

(...) Teve um tempo que eu lembro que tinha o matriciamento, vinha o pessoal do CAPS, vinha alguns psiquiatras, vinham psicólogos, vinha uma equipe e a gente tinha... eu cheguei a participar de várias consultas de matriciamento, onde a equipe de Saúde da Família identificava um paciente que tava com um maior problema, levava pra essa equipe pra ter um auxílio, havia aquela consulta coletiva, depois o estudo de caso pra poder a equipe depois ficar tratando o paciente (PROFISSIONAL).

Reconhece-se que a inserção territorial e a legitimidade da população constituem estratégia para abordagem de aspectos socioculturais, como dimensão da Reforma Psiquiátrica, voltados à construção de outro lugar social do sujeito em sofrimento psíquico e de novos modos de lidar com a loucura, superando o estigma e o preconceito, conforme defendido por Amarante (2007). Entretanto, o que se percebe na prática é a constituição de outras formas de cronificação, de institucionalização e de segregação (PANDE; AMARANTE, 2011).

Apesar de toda a construção desse arcabouço teórico em torno do fortalecimento de vínculos, integralidade e do fortalecimento dos elos entre APS e a RAPS do município de Fortaleza ainda é tímido o estabelecimento dessas interseções. Após treze anos de implantação da RAPS não enfrentamentos diversos tensionamentos para a sua consolidação. Parte disso, se deve a precarização da mão de obra, espaços físicos inadequados; ou em virtude da dissociação das bases teóricas do modelo em relação à realidade socioeconômica e psicossanitária da cidade; ou, ainda, em razão da permanência concreta dos dispositivos asilares que tanto se intencionava superar.

5.3 TECNOLOGIAS APLICADAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Durante décadas, o cuidado em saúde mental teve o hospital como modelo prescrito de parâmetro de cuidado central, ou seja, o cuidado resumia-se a internações prolongadas e medicamentosas. O intuito desses equipamentos de saúde mental dessa época, era prescrever psicotrópicos e controlar o paciente, tirando, por sua vez, do seu convívio e contexto familiar e comunitário e limitando-o a tratamentos, por muitas vezes desumanos, desonrosos e degradantes. A partir dos anos de 1970, o modelo asilar vem sendo discutindo e desconstruído por meio de lutas, movimentos de trabalhadores da saúde e conquistas, culminando *a priori* com a Reforma Psiquiátrica. Esta, foi um avanço, um salto de qualidade no contexto da Saúde Mental.

O processo de cuidado em saúde mental mudou o lugar do paciente trazendo-o, assim dessa vez, para o centro do cuidado, como o sujeito principal, para onde devem ser direcionados todas as atenções e cuidados em saúde. Dessa forma, o centro propositor de todo o cuidado e atenção integral em saúde é o próprio paciente. Nesse novo contexto de conquistas e viabilização de direitos sociais em saúde, o paciente torna-se o ator social principal, ativo, atuante e corresponsável do seu cuidado em saúde.

O campo de exclusão que antes existia na saúde mental vem sendo superado por um modelo de cuidado centrado no paciente. Um modelo de cuidado que se configura a partir das necessidades do próprio paciente. Nesse modelo contemporâneo de saúde mental, o foco é paciente em suas mais variadas demandas. Estas, por sua vez, fluem da vida e do cotidiano do paciente e vêm sendo atendidas, a partir de um novo circuito de cuidado e de estratégias em saúde mental que, priorizam uma relação terapêutica entre trabalhador de saúde e usuário. Conforme Merhy (2002), o agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena as tensões

autonomia *versus* controle em meio às quais se constroem as ações humanas nos ambientes produtivos em saúde.

O ponto de inflexão de suas análises se faz no entendimento que é na efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, expresso por relações intercessoras que têm como operação chave o encontro usuário/trabalhador de saúde. Nesse entrelaçar de trabalho vivo em ato sobressaem as tecnologias leves de acolhimento, vínculo e corresponsabilidade em Saúde Mental.

Nesse contexto de tecnologias leves garantidas pelo trabalho vivo em ato, há a intenção e superação do modelo médico hegemônico neoliberal do trabalho morto representado pelas máquinas que visam substituir em grande parte o trabalho vivo das relações humanas e afetivas de acolhimento de cuidado. O surgimento de um modelo coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica centrada no usuário, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários de saúde mental está arregimentado e pautado de um modelo atribuído e desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica.

A tecnologia como expressão do avanço da ciência tem acompanhado o desenvolvimento da história da humanidade e tem se mostrado cada vez mais extraordinária e abrangente. Dessa forma, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias de relações do tipo de produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiologia e tecnologias duras, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

A matriz das práticas em saúde vem sendo modificada com o passar dos tempos e percebemos que as ações de cuidado estão se voltando para um cuidado dialogado, com o protagonismo do sujeito, além do mais é percebido que o sujeito possui necessidades ampliadas de cuidado que vão para além das questões biológicas. Dessa forma, se necessário a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos promotores do cuidado, profissionais e trabalhadores da saúde inseridos nos serviços de saúde, associada à aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

(...) E que essas estratégias precisam ir para além dos muros do serviço. Então, nós, enquanto profissionais da saúde, nós também, precisamos ajudar que esse usuário amplie esse repertório social dele, também de cuidado, quer seja, em participar ou conhecer terapias complementares e de lazer e culturais que já existem no seu próprio território, mas

pelo desconhecimento eles não conseguem ter acesso e, isso também faz parte da proposta do cuidado (Assistente Social).

A partir disso, percebemos que o trabalho em saúde tem sua vivacidade, é uma construção contínua e rotineira de cuidado, ele não emoldura em protocolos, os fluxogramas, por mais que possa, por vezes ser direcionado por eles, mas a produção dele é singular, e plural, e múltipla pautado sempre na interdisciplinaridade visando o cuidado integral. É imprescindível produção de cuidado para além dos dispositivos de saúde, para além dos muros institucionais.

Os dispositivos de saúde devem promover a inserção social de seus usuários por meio ações intersetoriais, existe a necessidade de cuidado social, por assim dizer o qual está pautado na emancipação social, no esclarecimento de direitos, na intersetorialidade. A desinformação como também a desarticulação compõe barreiras para o alcance dos acessos aos mais vários serviços, expresso “a maioria dessas pessoas que estão com sofrimento mais agudo, não estão conseguindo acesso ao serviço por desinformação, ainda, por falta de articulação entre os equipamentos, e também porque os outros serviços de saúde, principalmente da atenção primária” (Farmacêutica), porquanto é fundamental compreender faceta social que fundamenta o cuidado.

O cuidado é multidimensional para a concretização desse cuidado é necessário o diálogo entre os mais diversos profissionais. A multiplicidade de atores desse processo salienta que os maiores protagonistas das redes de cuidado são os profissionais/trabalhadores. A partir da fala dos sujeitos pesquisados geramos a nuvem de palavras abaixo e é perceptível a centralidade do vocábulo “profissional”, em parte isso se deriva da configuração das tecnologias leves, como tecnologia relacional e os elos formados entre profissional e usuário.

No contexto do cuidado em saúde mental existe uma necessidade crucial de se trabalhar com as relações de cuidado, que se pautada no encontro entre profissional/usuário/serviço, esses três elementos tecem as teias de produção de vida. Baseado nessa perspectiva, os diálogos entretecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas também a conversação; ela própria, na forma como se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias (JORGE *et al.*, 2011).

Conforme (JORGE, PINTO, QUINDERÉ *et al.*, 2011), a organização das práticas em saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir de dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde. O trabalho em saúde mental exige a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos envolvidos. Nessas tecnologias leves têm-se uma perspectiva emancipatória do cuidado em saúde mental. Nesse contexto de tecnologias leves tem-se o trabalho vivo em ato.

Ressalta-se as tecnologias das relações, dos encontros de subjetividades para além de recursos tecnológicos. Nesse viés, o paciente é um sujeito de direitos implicado no seu cuidado em saúde. As tecnologias leves objetivam atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática em saúde mental fundamenta-se no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na escuta ativa e qualificada, nas atividades ofertadas pelos equipamentos de Saúde Mental que visam a autonomia e responsabilização do sujeito. Este não é um sujeito passivo, mas ativo e apto a participar de todo o processo de cuidado em saúde.

As relações de cuidado em saúde mental perpassam principalmente pelas tecnologias leves: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia. As atividades feitas nos Centros de Atenção Psicossocial e demais dispositivos e equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial primam pelas tecnologias leves do cuidado, do afeto, das trocas de saberes e experiências, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em sintonia e articulação com a Equipe da Atenção Básica de Saúde, da humanização do cuidado nos grupos onde todos os usuários têm a oportunidade de verbalizar seus anseios e exercer a sua cidadania, por meio de sua participação ativa. As tecnologias aplicadas em Saúde Mental objetivam oferecer um cuidado em saúde qualificado e integral, priorizando o usuário como sujeito fundamental nessa Rede de Atenção e cuidados em Saúde Mental (JORGE *et al.*, 2011).

As redes de cuidado em Saúde Mental lançam mão prioritariamente da utilização e desenvolvimentos das tecnologias que fortaleçam as relações de cuidado. Produzir cuidado significa aproximar-se do outro e valorizar as necessidades das pessoas que demandam atenção. Trata-se, portanto, de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Não se pode esquecer que a produção do cuidado envolve dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade. É preciso aliar a agenda política da regionalização com a produção do cuidado no cotidiano da APS, implicando responsabilidade e compromisso das equipes de saúde (ASSIS, 2015).

5.3.1 A tecnologia leve de acolhimento

Conforme o Ministério da Saúde (2010), o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros dos serviços de saúde. O Acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo.

Acolher é um dever de todos os trabalhadores de saúde e um direito de todos os usuários. A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da “fila de espera” no serviço de saúde. Os usuários que precisam mais são atendidos com prioridade e não por ordem de chegada. Os usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis. Por vezes, existe um confundimento entre o acolhimento e classificação de risco. Hoje, o conceito de acolhimento foi reduzido e é realizado como uma simples triagem e seleção dos usuários que chegam às UAPS apresentando alguma necessidade de cuidado e saúde

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas definições uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), o qual o profissional adverte em sua narrativa: “A escuta, assim, o carro chefe do cuidado (Médica).”

O acolhimento como ação técnico-assistencial não se restringe apenas a uma triagem, mas possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações entre profissional/usuário. O acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade da resposta do serviço. O acolhimento vai além de um espaço físico e climatizado. O acolhimento se dá na construção da relação com o outro: profissional trabalhador da saúde e usuário.

(...) Então a forma principal, assim, é ouvir aquela pessoa e tentar entender o que é que ela está precisando. Não é que você vai dar conta de tudo o que ela está precisando, mas só dela ser entendida, às vezes, ela já sai um pouco mais aliviada, né, de saber que vai ter alguma resposta, mesmo que não seja nem o que ela tava querendo ouvir. Mas essa escuta, né, de você entender o paciente, a questão da empatia também, já é uma das principais formas de cuidado que a gente oferece aqui, né (PSICÓLOGO).

O acolhimento é um processo de interpretação e esclarecimento mútuo, cabe aos profissionais compreenderem os motivos que trouxeram os usuários ao seio do dispositivo. As necessidades de saúde são ampliadas e múltiplas, afirmação que fortalece a necessidade do trabalho em equipe, pois apenas uma multiplicidade de saberes será capaz de assistir a complexidade do indivíduo.

Ele está presente em todos o processo de cuidado é uma ferramenta transversal, ele não pois não é tido apenas como uma parte do processo de cuidado (triagem). Ele perpassa todo o trajeto terapêutico do CAPS/ESF.

(...) o acolhimento, porque meio que ele perpassa tudo. Mas como o CAPS tá dividido dessa forma, né, os processos de trabalho estão divididos dessa forma, então a gente precisava partir disso, né, claro que não se limita né, é como se esses processos fossem os formais, digamos assim, aí a gente, na rotina, estava fazendo o cuidado como eu te disse, às vezes, no corredor, às vezes a gente para pra conversar, às vezes a gente para pra realizar um... jogar com os pacientes, às vezes eles dizem “não, vamos jogar ali comigo uma dama”, a gente tem jogo ali, então é uma forma de cuidado(Enfermeiro).

O acolhimento é essencial para um atendimento integral e de qualidade em saúde. O acolhimento é concretizado através de ações resolutivas e respeitosas que enxerga o usuário não como mais um a ser atendido; mas como um sujeito de direitos e de singularidade. Conforme Motta, Perucchi e Filgueiras (2014), o acolhimento como uma tecnologia leve, é capaz de possibilitar a melhor recepção de demandas e a desburocratização do acesso nos serviços de saúde mental, coaduna-se com o pensar do profissional de saúde no exercício de sua prática: “O acolhimento ele abrange todo o nosso trabalho (Psicóloga)”.

O acolhimento é o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde. A diretriz do acolhimento é capaz de criar uma rede de diálogos entre trabalhadores de saúde e usuários, uma produção de relação de escuta e de responsabilização e compromisso coletivo para a gestão integral do cuidado em saúde mental.

(...) Assim, uma das práticas que eu acho muito importante, que eu vejo que é uma questão de cuidado bem específico, assim, é o acolhimento. As pessoas que estão chegando no serviço pela primeira vez ou que tão precisando de alguma coisa ali naquele momento. E aí nesse tipo de atendimento eu percebo que uma das formas de oferecer cuidado, assim, que traz mais resultados mesmo pro paciente é a escuta. (Psicólogo).

O acolhimento é uma das importantes diretrizes de organização dos serviços de saúde, e requer novos significados na relação com os usuários, promovendo uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resposta positiva, estabelecimento de vínculos e responsabilização do seu problema. Nota-se que para o acolhimento se efetuar nas relações de

cuidado, não é necessário estar institucionalizado na rede de serviços, ele existe desde que os processos de trabalho o revelam como uma prática internalizada pelos trabalhadores, um modo de produzir o cuidado (FRANCO, 2015).

Desta forma, o acolhimento em saúde se configura como outro conceito estruturante de práticas em saúde comprometidas com a integralidade e com a articulação dos serviços de saúde com outras políticas e dispositivos de cuidado. Percebemos que o acolhimento não é apenas uma ferramenta de cuidado, mas deve ser uma postura de preocupação ética para a produção de teias de cuidado com objetivo à garantia de assistência para com o usuário.

5.3.2 A tecnologia leve do vínculo

De acordo com Masson, Falcão, Velo *et al.* (2015), o vínculo como tecnologia leve e relacional em saúde acontece entre profissional e usuário e estimula a cidadania e a autonomia produzindo a participação durante a prestação do serviço. Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga as pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A construção de vínculos é um recurso terapêutico de cuidado em saúde mental. O trabalho em saúde através do acolhimento e do vínculo estimula a autonomia e responsabilização do usuário sobre os seus problemas de saúde.

(...) É o vínculo: profissional, usuário e família. É muito importante. Cuidando do cuidador, a gente cuida dele e ele cuida da gente, da nossa saúde mental porque no momento que a gente olha pra ele, reconhece que ele tá com o rostinho de sofrimento, acolhemos e damos o maior suporte que a gente puder (Redutora de Danos).

Salienta-se a constante necessidade de aproximação entre profissionais e usuários, é perceptível como esse vínculo traz consigo ganhos para ambos, o cuidado tornasse mais munidos de sentidos, pois ele é concebido após inúmeras reflexões. O vínculo é uma ferramenta que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de confiança. É a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do trabalhador de saúde.

Era notório que os vínculos estabelecidos nos cenários de pesquisa do estudo revelam a fortaleza desse elo, vários sujeitos pesquisados revelaram que enxergam os serviços

de saúde como “minha segunda casa”, “se pudesse estaria todos os dias aqui, pois é onde me sinto bem”, esses trechos das falas reafirmam a pujança do vínculo.

A construção de vínculos fortes, permite o resgate de maneira intensiva a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, operando como um trabalhador coletivo. Além disso - e essa é uma consideração nossa - convivem e são desafiados por um grau inusitado de autonomia das famílias na produção dos projetos de cuidado implementados (FEUERWERKER, 2014).

Merhy (1994) destaca que criar vínculo implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento do outro. Enquanto acolhe e escuta, o profissional e o paciente criam vínculos que dão suporte para um atendimento integral em saúde. Assim por meio da construção de vínculos que interferem diretamente na identificação do sofrimento do usuário, tem-se um trabalho em saúde pautado no eixo da integralidade do cuidado.

O vínculo é uma ferramenta essencial na política do cuidado em saúde mental. O vínculo fomenta a participação e cooperação do usuário no seu Projeto Terapêutico Singular e de cuidado em saúde. A Atenção Primária em Saúde e as suas equipes de Estratégia Saúde Família vivenciam esses vínculos nos seus territórios adstritos. E com a Rede de Atenção Psicossocial tem-se o mesmo o desenho de cuidado e de responsabilidade sanitária. O vínculo em saúde mental entre trabalhador e usuário fortalecem a continuidade do cuidado e coopera para uma produção de saúde mais ativa e eficaz. Dessa forma essa tecnologia leve em saúde fortalece as relações entre os mais diversos sujeitos implicados no processo saúde-doença-cuidado. Vislumbra-se uma participação dos sujeitos envolvidos por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculos.

5.3.3 A tecnologia leve da autonomia

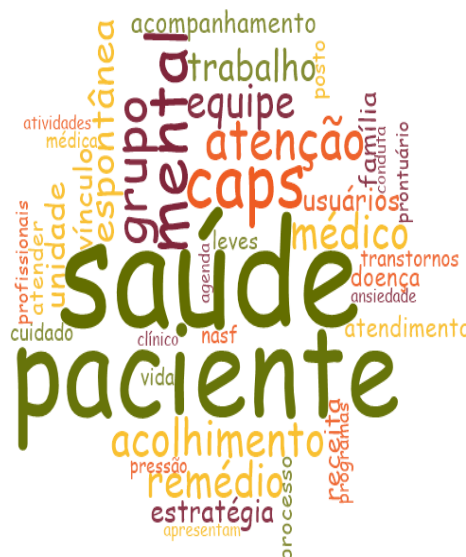
Podemos perceber que o acolhimento, o vínculo e a autonomia são peças chaves indissociáveis na produção integral de cuidado em saúde mental. Conforme Jorge, Pinto, Quinderé *et al.* (2011), a autonomia como dispositivo do cuidado integral é o resgate da cidadania dessas pessoas. Dessa forma, busca-se a autoestima e o autocuidado de cada usuário para que eles se tornem corresponsáveis nesse processo de cuidado em saúde.

(...) então quando essa pessoa chega sozinha ou com o apoio familiar, ou de um amigo, a gente vai tentar compreender um pouco, assim, como é que é, um pouco, essa história de vida dessa pessoa, o que ela faz tentar descobrir no seu relato quais são as possibilidades de

autocuidado que essa pessoa possa desenvolver, quais são as suas vulnerabilidades né, mas, também, potencialidades da vida dessa pessoa (Pedagoga).

O discurso enfatiza a necessidade produção de autonomia, ele deve se apropriar das ferramentas de autocuidado, não deve está aquém, mas imerso e participe de todo o seu processo de cuidado, o cuidado se manifesta como emancipação. Uma ferramenta primordial para consolidação dessa independência são os grupos, os sujeitos se sentem livres para expressar sua angústia e sofrimento, além da possibilidade de socialização. Os grupos no contexto tanto da Atenção Básica quanto da própria saúde mental mostram-se como potência e dão solidez das teias de cuidado.

Figura 14 - Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação de nó



Fonte: N.Vivo 10

A nuvem de palavras do nó tecnologias de cuidado em saúde mental traz o grupo como um dos vocábulos de destaque, pois os processos de cuidado em saúde mental se pautam na reintrodução do sujeito em sociedade, além de buscar torná-lo protagonismo/sujeito de sua história.

Busca-se, portanto, a superação do medo e das angústias de cada usuário, engajando-os por meio de oficinas terapêuticas e grupais, empoderando para que eles sejam participantes de sua própria produção em saúde. A dinâmica de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial prima sobretudo pela participação ativa de cada usuário. Estes são protagonistas e atores sociais nos espaços de saúde mental. Neste contexto, busca-se mecanismos que

viabilizem a participação de cada usuário e de sua rede familiar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam.

(...) ele me deu ânimo de viver, ele me trouxe a alegria que eu não tinha mais, eu não sorria nem nada, a minha vida era triste andando de ônibus em ônibus chorando e, graças a Deus, desde que eu comecei o grupo da família no CAPS que acabou, assim, tudo bem, tenho problema? Tenho, mas sei superar (Familiar).

Essas estratégias de cuidado são modos de produção de vida, além de despertar em cada uma das partícipes estratégias de superação dos seus dilemas, problemas, eles são levados enxergar para além dos problemas. A cada encontro grupal laços afetivos são consolidados, e eles se sentem responsáveis por seu plano de cuidado, além do mais existe uma rede afetiva pessoal, pois naquele contexto existem pessoas enfrentando situações limitadoras similares.

Por fim, as tecnologias relacionais permeiam todo o processo de trabalho em saúde tornando as ações em saúde dinâmicas e articuladas com prática cotidiana e são determinadas pelas próprias relações, demandas, necessidades e ofertas envolvidas no cuidado. Tomam sentidos e significados de acordo com a potência afetiva de cada sujeito para com o outro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Mental no contexto brasileiro e as suas relações com a Atenção Básica em Saúde ainda apresentam graves entraves que dificultam um acolhimento, um atendimento humanizado e longitudinal. Há um real e visível distanciamento entre essas Redes de cuidado em saúde. Esse distanciamento é perceptível e é visto a olho nu, entre a Rede de Saúde Mental e a Rede de Atenção Básica. E esse distanciamento existe devido a inúmeras fragilidades e lacunas no cuidado em saúde; tais como um diálogo horizontal e aberto entre essas Redes de Atenção à Saúde.

Vale ressaltar que esse distanciamento e vácuo existentes entre essas Redes de atenção à saúde, essa não conversação entre Saúde Mental e Atenção Básica e vice-versa gera a descontinuidade do cuidado. Mas a culpabilização aqui não é da parte dos profissionais que exercem as suas atividades nessas Redes; mas advêm da gestão devido a precarização do trabalho que configura-se em seleções para trabalhos temporários; o não investimento direto em Saúde Mental e Atenção Básica; a carência de equipes multidisciplinar e interdisciplinar; o não investimento em profissionais de saúde capacitados por meio da educação contínua e permanente; a existência de áreas descobertas no território sanitário; a sobrecarga de trabalho; a não valorização do trabalhador e consequentemente do usuário e o número insuficientes de profissionais, dentre outros.

Apesar de todas as Normas, Legislações, Portarias, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica ainda perduram muitas falhas nesse cuidado em saúde. Os usuários dos serviços de saúde ainda encontram-se descobertos de uma assistência integral e humanitária em saúde básica e mental. Os usuários ainda estão descobertos de uma assistência que lhes proporcione um cuidado humanizado e de qualidade. As falhas existentes nessas Redes de Atenção Básica e Psiquiátrica atingem todos os territórios vivos e comunitários. E essas falhas não fluem de um único fator, ou seja, não são unicausais. Os determinantes que fragilizam as Redes dos cuidados em saúde têm fatores diversos, são multifatoriais e multicausais.

Em pleno século XXI buscar estratégias de enfrentamento e resolução para o problema que atinge todos, sejam profissionais, gestores e usuários dos serviços públicos de saúde é de suma relevância.

A preocupação que paira neste trabalho não é a busca por mais direitos; mas a confirmação, efetivação e validação de todos os direitos conquistados a partir de 1998 com a promulgação da Constituição conhecida como Constituição Cidadã. Faz-se necessário romper os obstáculos e transpor os muros e lacunas existentes entre Rede de Atenção Básica e Rede

de Saúde Mental. O problema não se restringe aos profissionais de saúde e nem tampouco aos usuários que demandam os serviços. O problema emerge e está para além dos muros e antemuros da Rede de Atenção Básica e Rede de Atenção Mental, vai muito além do que está posto, do que foi colocado, do que aparente.

As reivindicações pela efetivação das legislações em saúde nas Redes de Atenção Primária e nas demais Redes de Atenção em Saúde devem ser a pauta e agenda do dia-a-dia e do cotidiano de todos os profissionais e usuários dos serviços de saúde. As demandas e reivindicações dos serviços de saúde precisam ser ouvidas nos conselhos locais, municipais, estaduais e nacionais de saúde, nos fóruns, nos congressos e nas câmaras e assembleias de vereadores, deputados e senadores. Não podemos reprimir aquilo que nos é direito de direito, à saúde universal e integral.

REFERÊNCIAS

- ALVES V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun Saúde Educ.** 2015 Fev;9(16):39-52.
- AMARANTE, P. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica.** In AMARANTE, P. (coord.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1439-1452, 2009. Suplemento 1.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004.
- ASSIS, M. M.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.
- ASSIS, M. M. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária a saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde.** EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.
- BALLARIN, M.L.G.S; CARVALHO, F.B. de; FERIGATO, S.H. **Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental.** O Mundo da Saúde, São Paulo; 34(4):444-450, 2010
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70; 2011, 229 p.
- BRASIL. M. S. **Saúde mental em dados – 7**, ano V, n. 7. Brasília, jun. 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONESP. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/2012.** Série Cadernos Técnicos Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde Mental. **Portaria nº 3.088 de Dezembro, 2011.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5 ed. amp. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279,** de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 82, p. 18055-9, de 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório do seminário nacional sobre política de despreciação das relações de trabalho no SUS.** Brasília: MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BERRA, K. Does nurse case management improvising implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? J cardiovasc Nurs., v.26, n.2, p. 145-167, 2011. In: JORGE, [et al]. **Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial: Gestão do cuidado e Atenção Psicossocial: Gestão do cuidado e Atenção Clínica em saúde.** Fortaleza. EdUECE, 2015.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: CAMPOS, R.O. *et al.* **Pesquisa avaliativa em saúde mental; desenho participativo e efeitos da narratividade**. Editora Hucitec. São Paulo. p.428, 2008.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v.15, n.37, p.589-599, June, 2011.

CORDOBA, E. **SUS e ESF: Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo. Ed. Rideel, 2013.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, SP, v. 13, n. 28, p. 151-64, mar. 2009.

DA SILVA, A.L. **Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva**. Editorial Bolina: São Paulo, v.2,n.7, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim, 2004. 432p.

FERREIRA T.P.S, Sampaio J., SOUZA A.C.N, OLIVEIRA D.L, Gomes L.B. Care Production In Mental Health: The Challenges Beyond Institutional Walls. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(61):373-84.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde in Marins J.J et al (org) **EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO**, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2013.

FLICK, V. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FRANCO, Túlio Batista. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadoriasregionais-de-saude>. Acesso em: 20 agosto. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2014

FRANCO, T.B. et al. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr/jun. 1999.
FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-474.

FRANCO, T.B. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com à saúde. In: SANTOS, A.D; ALMEIDA, P.F; SOUZA, M.K.B.(org.) **Atenção Primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Bahia: Edufba,2015.

GOMES M.C.P.A, PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – comunic, saude, educ**. 2005; 9(17): 287-301.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO. E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n 4, p. 856-62. 2009.

GUIMARÃES, J. M. X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos centros de atenção psicossocial**. 2012. 286p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza. 2012.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.371-382, Feb. 2015.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. In: Revista Espaço para a saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006.

JORGE, M.S.B., [et al]. **Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial: Gestão do cuidado e Atenção Psicossocial: Gestão do cuidado e Atenção Clínica em saúde**. Fortaleza. EdUECE, 2015.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia**. Ciência de Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 01/11/2018.

JORGE, Maria Salete Bessa et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800005&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011

MASSON, N.; FALCÃO, A.; VELO, M.M.A.C. et al. **Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde**. Rev. Bras.Pesq.Saúde, Vitória, 17 (2): 103-110, abr-jun, 2015. Disponível em: periodicos.ufes.br. Acesso em: 02/11/2018.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In. CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo. Hucitec, 1994, p. 116-160.

MERHY E.E. Saúde. **A cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. Editora Hucitec, 2002. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 01/11/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Ed.MS. Brasília, DF, 2010.

MOTTA, B.F.B; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T. **O acolhimento em saúde no Brasil**: uma revisão sistemática da literatura sobre o tema. Ver. SBPH vol. 17 nº 1 Rio de Janeiro junho de 2014. Disponível em: pepsic.bv.salud.org/scielo. Acesso em 02/11/2018.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.8, e00183415, 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M..A. **Técnicas de pesquisa**. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. P.615-634.

MENDES, E.V. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local**. IN: Mendes. E.V.(Org). São Paulo: Hucitec, 2002.

HIRDES, A., SCARPARO, H.B.K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. IN: **Ciência & Saúde Coletiva**. 20(2):383-393, 2015

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.371-382, Feb. 2015.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

LANZONI, G. M. M; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. Agentes Comunitários de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. In.: **Rev. Rene**. Fortaleza, 2014 jan-fev; 15(1): 123-31.

LANZONI, G. N. M; CECHINEL. C.; MEIRELLES, B. H. S. Agente Comunitários de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. In: **Rev Rene. Fortaleza**, 2014 jan-fev; 15(1): 123-31.

LEFEBVRE, H. **La Production de L' Espace Paris**: Antroropos, 1986.

MERHY,E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, E.V.. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 Ed. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 13º ed.rev. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 14. Ed. São Paulo, Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**. Equipe de referência e apoio matricial, Brasília-DF, 2004.

Ministério da Saúde. (2010b). **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

NETO, E. R. A reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Incentivo Participação Popular e Controle no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 2012.

NUNES, M., LANDIM, P.F.L. **Saúde Mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; SAMPAIO, J.J.C.; LIMA, G.P.; BASTOS, V.C.; SAMPAIO, H.A.D.C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Cien Saude Colet**, v.17, n.3, p.653-660, 2012.

NVIVO. O que é o Nvivo? QSR International. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/nvivo/what-is-nvivo>>. Acesso em: 17 agosto 2018.

HAESBAERT, R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. **A emergência da multiterritorialidade: a ressignificação da relação do humano com o espaço**, p. 19–36, 2008.

OLIVEIRA, A. L.; REIS, L. A. dos. Produção Do Conhecimento Em Estudos Brasileiros Sobre Envelhecimento No Período De 2005 a 2015. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 58, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1055>>.

OLIVEIRA, F.B; GUEDES, H.K.A; OLIVEIRA, T.B.S; LIMA JÚNIOR, J. . (RE) CONSTRUINDO CENÁRIOS DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA. **Interface Saúde mental/Saúde da Família**, v. 24, n. 1, p. 109–115, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE(OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: comportamentos estruturais de ação: relatório mundial/ Organização Mundial da Saúde**, Brasília, 2006.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JR., A.G. Integrality in the population's health care programs. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2,p.343-349, apr.2007.

RODRIGUES, E.S., MOREIRA, M.I.B., A interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p. 599-611, 2012.

SCHETMAN, A; ALVES, D.S. A organização da política de saúde mental. IN: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C de A; SILVA, P.R.F. da (ORG). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SILVA, L.G; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v.11,n.1, p. 74-84, jan/mar 2008.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dez. 2010

SOUZA, A.C. **Estratégias de inclusão da SAÚDE MENTAL na atenção básica: um movimento das marés**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2015.

STARFIELD,B., **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processo de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1079-1097, 2010.

MORAIS, A.P.P.; TANAKA, O.Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde soc.**, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E. M.. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p.821-828, Apr. 2012.

TEIXEIRA C.F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira CF, organizador. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: CEPS, ISC; 2002. p. 79-99.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997

VIERA, M.; LACERDA, A.; CHINELLI, F. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **O “CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE”** referente ao Projeto de dissertação da estudante Jordana Rodrigues Moreira, tendo como orientadora a Prof^a. Dr^a Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo desse estudo é Compreender como se dá o cuidado em saúde entre a equipe de saúde da família e a equipe de atenção psicossocial no contexto SER IV, do município de Fortaleza – Ceará.

Asseguramos-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória, não lhe trará nenhum ônus financeiro e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mas, essa pesquisa terá benefícios como: encontrar elementos que possam contribuir para a produção de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial.

A coleta de dados consiste na realização de uma observação, entrevista com familiares e usuários, entrevista em profundidade com os profissionais, sendo as atividades gravada por meio da utilização de instrumentos midiáticos (gravador sonoro) e observação transcrita em diário de campo. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos, para a publicação em periódicos científicos na área da saúde.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora pelo e-mail: jordana.moreira@aluno.uece.br ou pelos telefones (85) 986091180 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), telefone: (85) 3101.9890, email: cep@uece.br localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE. Caso concorde em participar do estudo, assine este termo de consentimento que constará de duas vias, e que também será assinado pela pesquisadora, o qual você ficará com uma cópia.

Fortaleza-CE, ____/____/2018

Participante

Pesquisadora

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa **O CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE**” aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2018.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DA SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADORES DA SAÚDE**

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **O “CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE”** referente ao Projeto de dissertação da estudante Jordana Rodrigues Moreira, tendo como orientadora a Prof^a. Dr^a Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo desse estudo é Compreender como se dá o cuidado em saúde entre a equipe de saúde da família e a equipe de atenção psicossocial no contexto SER IV, do município de Fortaleza – Ceará.

Asseguramos-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória, não lhe trará nenhum ônus financeiro e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mas, essa pesquisa terá benefícios como: encontrar elementos que possam contribuir para a produção de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial.

A coleta de dados consiste na realização de uma observação, entrevista com familiares e usuários, entrevista em profundidade com os profissionais, sendo as atividades gravada por meio da utilização de instrumentos midiáticos (gravador sonoro) e observação transcrita em diário de campo. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos, para a publicação em periódicos científicos na área da saúde.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora pelo e-mail: jordana.moreira@aluno.uece.br ou pelos telefones (85) 986091180 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), telefone: (85) 3101.9890, email: cep@uece.br localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE. Caso concorde em participar do estudo, assine este termo de consentimento que constará de duas vias, e que também será assinado pela pesquisadora, o qual você ficará com uma cópia.

Fortaleza-CE, ____/____/2018

Participante

Pesquisadora

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa **O CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE**” aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2018.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **O “CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE”** referente ao Projeto de dissertação da estudante Jordana Rodrigues Moreira, tendo como orientadora a Prof^a. Dr^a Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo desse estudo é Compreender como se dá o cuidado em saúde entre a equipe de saúde da família e a equipe de atenção psicossocial no contexto SER IV, do município de Fortaleza – Ceará.

Asseguramos-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória, não lhe trará nenhum ônus financeiro e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mas, essa pesquisa terá benefícios como: encontrar elementos que possam contribuir para a produção de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial.

A coleta de dados consiste na realização de uma observação, entrevista com familiares e usuários, entrevista em profundidade com os profissionais, sendo as atividades gravada por meio da utilização de instrumentos midiáticos (gravador sonoro) e observação transcrita em diário de campo. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos, para a publicação em periódicos científicos na área da saúde.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora pelo e-mail: jordana.moreira@aluno.uece.br ou pelos telefones (85) 986091180 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), telefone: (85) 3101.9890, email: cep@uece.br localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE. Caso concorde em participar do estudo, assine este termo de consentimento que constará de duas vias, e que também será assinado pela pesquisadora, o qual você ficará com uma cópia.

Fortaleza-CE, ____/____/2018

Participante

Pesquisadora

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa **O CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE E DO ENFERMEIRO** aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2018.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **O “CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE”** referente ao Projeto de dissertação da estudante Jordana Rodrigues Moreira, tendo como orientadora a Prof^ª. Dr^ª Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo desse estudo é Compreender como se dá o cuidado em saúde entre a equipe de saúde da família e a equipe de atenção psicossocial no contexto SER IV, do município de Fortaleza – Ceará.

Asseguramos-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória, não lhe trará nenhum ônus financeiro e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mas, essa pesquisa terá benefícios como: encontrar elementos que possam contribuir para a produção de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial.

A coleta de dados consiste na realização de uma observação, entrevista com familiares e usuários, entrevista em profundidade com os profissionais, sendo as atividades gravada por meio da utilização de instrumentos midiáticos (gravador sonoro) e observação transcrita em diário de campo. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos, para a publicação em periódicos científicos na área da saúde.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora pelo e-mail: jordana.moreira@aluno.uece.br ou pelos telefones (85) 986091180 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), telefone: (85) 3101.9890, email: cep@uece.br localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE. Caso concorde em participar do estudo, assine este termo de consentimento que constará de duas vias, e que também será assinado pela pesquisadora, o qual você ficará com uma cópia.

Fortaleza-CE, ____/____/2018

Participante

Pesquisadora

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa **O CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE**” aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2018.

APÊNDICES E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO NÍVEL SUPERIOR ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Como é o seu cotidiano de cuidado na rede?
2. Como é seu processo na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
3. Fale sobre a demanda de saúde mental no contexto da ESF?
4. Como são os fluxos de cuidado da rede?
5. Fale sobre as práticas de saúde e promoção da saúde que você utiliza e quais suas implicações

APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

1. Como é o seu cotidiano de cuidado na rede?
2. Como é seu processo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?
3. Fale sobre a demanda de saúde mental no contexto do CAPS?
4. Como são os fluxos de cuidado da rede?
5. Fale sobre as práticas de saúde e promoção da saúde que você utiliza e quais suas implicações

APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA SAÚDE NÍVEL MÉDIO (CAPS/ESF)

1. Como é sua rotina de trabalho neste dispositivo de saúde?
2. Como são organizados os territórios de responsabilidade de sua equipe?
3. Existe um perfil de saúde da população assistida, se sim qual? Quais são as demandas mais recorrentes no território e as mais atendidas na pela equipe?
4. Já se deparou com um caso ou demanda de saúde mental? O que para você caracteriza essa demanda?

APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FAMILIARES

1. Como se deu o início da assistência de saúde mental do seu familiar?
2. Qual a principal porta de entrada do mesmo para o sistema de saúde?
3. Houve dificuldades de acesso, se sim quais os maiores entraves?
4. Existe por parte dele maior predileção por algum dispositivo de saúde, se sim qual?

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA
PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA ESF E DO CAPS

1. Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade_____ anos

3. Qual é a sua escolaridade?

☐ Superior completo ☐ Pós-graduação incompleta

☐ Pós-graduação completa: ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

4. Estado Civil:

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Amasiado ☐ Outro

5. Religião:

☐ Católica ☐ Espírita ☐ Protestante ☐ Outro

6. Você possui filhos?

☐ Sim Quantos? _____filhos, sendo_____ maiores e _____ menores

☐ Não

7. Qual é a renda total, mensal (aproximada) de sua família? Some o seu salário com o de seu cônjuge e com o de seus filhos (que ainda dependem de você).

☐ 1 salário mínimo ☐ Entre 1 e 2 salários mínimos

☐ Entre 2 e 3 salários mínimos ☐ Entre 3 e 4 salários mínimos

☐ Entre 4 e 5 salários mínimos ☐ Entre 5 e 10 salários mínimos

☐ Entre 10 e 15 salários mínimos

8. Há quanto tempo você trabalha na ESF/CAPS?

☐ Menos de 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Entre 3 e 5 anos

☐ Entre 5 e 10 anos ☐ Entre 10 e 15 anos ☐ Entre 15 e 20 anos

☐ Entre 20 e 25 anos ☐ Entre 25 e 30 anos

9. Qual tipo de vínculo empregatício? _____

10.Você participou de alguma formação sobre o cuidado em saúde no contexto da rede de atenção ofertada pela secretaria de saúde de Fortaleza?

☐ Sim Qual? _____

☐ Não

11.Você gostaria de voltar a estudar? Acha necessária a educação permanente de profissionais imersos no contexto do trabalho? Comente.

☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE J - ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIOS

Dados de Identificação

Codinome _____

Idade _____

Profissão/Ocupação _____

Escolaridade _____

Qual a necessidade que o fez procurar a unidade pela primeira vez

Há quanto tempo realiza o acompanhamento

Qual nome da instituição onde é acompanhado

Roteiro de Entrevista

- 1) Fale um pouco sobre o seu acompanhamento de saúde? Por onde se deu o seu primeiro contato com o serviço de saúde?
- 2) Quanto tempo foi necessário para se chegar ao atendimento de saúde mental?
- 3) Você compreende o seu processo de cuidado?
- 4) Quais as potencialidade e situações limitadoras do acompanhamento em Saúde Mental em Fortaleza?
- 5) O que você acredita que deve ser efetuado para melhorar essa assistência de saúde mental?

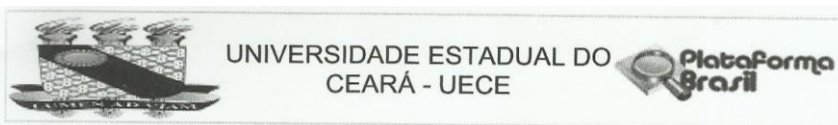
APÊNDICE K – CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos os pesquisadores JORDANA RODRIGUES MOREIRA, ANA CAROLINA ANDRADE DE OLIVEIRA, para desenvolver o projeto de pesquisa O CUIDADO COM INTERFACE ENTRE A SAÚDE FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMPARTILHANDO PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE, que está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, cujo objetivo é compreender como se dá o cuidado em saúde mental dentro da Equipe de Saúde da Família e na Equipe de Atenção Psicossocial, levando em consideração as tecnologias leves, nesta Unidade de Atenção Primária à Saúde Dom Aloísio Lorscheider. A coleta de dados se dará de março a agosto de 2018 após apreciação do comitê de ética. A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Fortaleza, em ____/____/____.

Cristiane Moura Carvalhêdo Mesquita
Gerente Administrativa da UAPS Dom Aloísio Lorscheider

APÊNDICE L – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 2.560.216

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância social e profissional ao buscar compreender como ocorre a atenção à saúde mental na atenção primária e especializada.

A metodologia proposta condiz com o objetivo do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE, carta de anuência, folha de rosto e orçamento adequados à execução do estudo.

Necessária atualização do cronograma para início da coleta de dados após a aprovação do CEP.

Recomendações:

Atualização de cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto, quanto aos preceitos éticos, a ser desenvolvido.

Enviar relatório final ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1064449.pdf	20/02/2018 10:04:25		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/02/2018 10:04:01	jordana rodrigues moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos.docx	19/02/2018 20:02:33	jordana rodrigues moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	19/02/2018 19:55:14	jordana rodrigues moreira	Aceito
Outros	Scanner_20180219.png	19/02/2018 19:50:16	jordana rodrigues moreira	Aceito

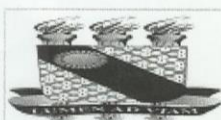
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 2.560.216

FORTALEZA, 23 de Março de 2018

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br