



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

JOSÉ PEREIRA MAIA NETO

**GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
Interfaces entre o centro de atenção psicossocial e a estratégia
saúde da família**

**FORTALEZA
SETEMBRO / 2014**

JOSÉ PEREIRA MAIA NETO

**GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
Interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde, da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Linha: Produção das práticas em saúde e as linhas do cuidado na rede SUS.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA

SETEMBRO / 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Maia Neto, José Maia.

Gestão do cuidado em saúde mental: interfaces entre o centro de atenção psicossocial e a estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / José Maia Maia Neto. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 139 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

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

Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.
Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salette Bessa Jorge.

1. Saúde Mental. 2. Assistência Integral à Saúde.
3. Gestão em Saúde. 4. Cuidado. I. Título.



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

FOLHA DE AVALIAÇÃO

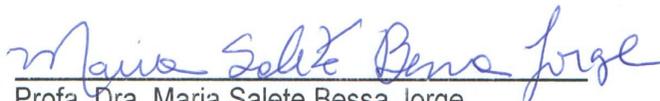
Título da dissertação: **“Gestão do Cuidado em Saúde Mental: Interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família”.**

Nome da Mestranda: **José Pereira Maia Neto**

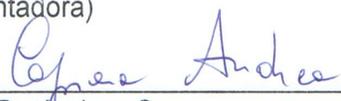
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge**

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

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)



Prof. Dr. Andrea Caprara
(1º membro)



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

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por me ajudar a superar os desafios cotidianos, por me auxiliar e permitir que eu siga nessa árdua caminhada que é a vida.

Aos meus pais, Francisco Valderi da Silva e Raimunda Carvalho Maia Silva, pelo cuidado dedicado a mim, por seus sacrifícios diários para me possibilitarem estudar e por serem os meus principais incentivadores.

À minha orientadora, Maria Salete Bessa Jorge, por seu empenho e confiança incomensuráveis, por ser o meu maior exemplo de dedicação acadêmica e por ter me proporcionado experiências de grande crescimento acadêmico e pessoal.

Aos meus irmãos, Carlos Eduardo Maia Silva e Ester Mary Maia Silva, por serem meus melhores amigos e me darem o apoio necessário à vida acadêmica.

Aos meus amigos, essenciais para a construção desse trabalho dissertativo, especialmente Braulio de Oliveira e Emília Caminha, por seus olhares críticos e incentivadores.

À Layza Mendes, por sua disponibilidade, atenção, cuidado e incentivo, essenciais para a etapa final do mestrado e para a confecção deste trabalho.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Práticas de Saúde, Família e Enfermagem (GRUPSFE), por suas singulares contribuições, especialmente aos bolsistas de Iniciação Científica, Mariana Pompílio, Caroline de Macedo e Ednaiane Andrade, sempre disponíveis para me ajudar no intrincado caminho que envolveu a formação no mestrado. E aos igualmente especiais Juliana Pessoa, Jamine Borges, Raquel Carvalho, Suelen Costa, Tatiana Ribeiro, Rebeqa Carvalho, Mardênia Vasconcelos, Milena de Paula, Rândson Soares e Leilson Lira, por seus olhares compreensivos, ouvidos atentos e abraços acolhedores.

Ao Programa de Saúde Coletiva da UECE, docentes e discentes, todos e a cada um de maneira singular, por ter me proporcionado grandes momentos de construção teórica e metodológica. Especialmente, à Mairla Alencar e Natália de Sousa, por todo o suporte disponibilizado.

Aos profissionais e usuários dos serviços de saúde, por terem se disponibilizado a participar da pesquisa, por se implicarem e contribuírem significativamente para a realização desse estudo. E ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo aporte financeiro.

Só nós humanos podemos sentar-nos à mesa com o amigo frustrado, colocar-lhe a mão no ombro, tomar com ele um copo de cerveja e trazer-lhe consolação e esperança. Construiu-se o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidado recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos.

(BOFF, 1999, p.1)

RESUMO

A aproximação ao conhecimento acerca da gestão do cuidado em saúde mental desperta constantes inquietações no que diz respeito a sua efetivação. Nesse ínterim, percebe-se que a forma como acontecem a atuação profissional, a organização das práticas e o diálogo entre os serviços de saúde, é essencial para a construção de uma atenção integral e resolutive. Desse modo, tem-se a compreensão de gestão do cuidado como correspondente ao modo como se dá a produção da atenção em saúde, no tocante à forma como esse cuidado se desenvolve e se organiza na interação propiciada entre os sujeitos. Objetiva-se, de modo geral, compreender a gestão do cuidado em saúde mental nas interconexões entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente no que se refere às dimensões profissional, organizacional e sistêmica dessa atenção. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, pois traz à tona a dimensão do sentido que o comportamento humano possui. Aspecto que numa apreensão a partir de análise hermenêutica, alcança um olhar ampliado e aprofundado para a realidade investigada. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no nordeste do Brasil, especificamente, em um CAPS e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizados na área administrativa da Secretaria Executiva Regional IV. Os participantes foram os usuários e os profissionais de saúde, escolhidos por terem experiências singulares no que diz respeito ao processo de saúde-adoecimento-cuidado e por fazerem parte da Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM). Para a coleta de dados foram utilizadas duas técnicas: a entrevista em aprofundamento e a observação. O plano de análise e interpretação dos dados foi orientado pela análise hermenêutica das entrevistas e observações. Seguiram-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE, com parecer Nº 122.324. A discussão e apresentação dos resultados seguiu a perspectiva reflexiva sobre o cenário analisado. A realidade investigada revelou limites e desafios para construção de um cuidado resolutive, tais como: o excesso de demanda; a centralidade em ações programáticas e no medicamento; a baixa comunicação entre os profissionais da ESF; as falhas de comunicação entre os serviços; a limitação do acesso aos usuários na ESF; a insuficiência dos processos de formação dos profissionais; e a falta de recursos materiais e a precarização das relações de trabalho. Apesar desses desafios e fragilidades, os usuários consideram o CAPS um espaço acolhedor e no qual se sentem cuidados. Foi apontado como um lugar que se preocupa com a qualidade de vida do sujeito e é visto como um apoio para lidar com as intempéries da vida diária. No que se refere à ESF, identificou-se que as ações de saúde mental não são bem acolhidas, e que os usuários não a visualizam como um espaço de cuidado. Contudo, entende-se a Atenção Básica como um lugar de potencialidades e, nesse sentido, compreende-se, por meio do diálogo em rede, que se pode haver uma (re)estruturação das práticas, tornando a atenção mais resolutive, seja por meio de uma (re)organização dos processos formativos, seja por meio de uma (re)orientação política, que torne o fluxo de atendimentos mais coerente.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde; Gestão em Saúde; Cuidado.

ABSTRACT

The approximation to the knowledge about the Care Management in mental health awakens constant restlessness when it comes to its effectuation. Meanwhile, it is noticeable that the manner in which the professional actuation, the practices organization and the dialog between the health services, it is essential to the construction of an integral and resolute attention. In that manner, it is achieved the comprehension of the care management as correspondent to the way in which the attention production in health, regarding the form in which this care is developed and is organized in the interaction that takes place between the subjects. It is the objective, in a general sense, to comprehend the mental health care management in the interconnections between the Psychosocial Attention Centre (PAC) and the Family Health Strategy (FHS), specifically regarding the professional, organizational and systemic dimensions of this care. It regards a study of qualitative nature, because it highlights all the dimension of the meaning that the human behavior has. Aspect that in an apprehension from the hermeneutics analysis, achieves an amplified and deeper look to the investigated reality. The research was conducted in the municipal area of Fortaleza, capital of the Ceara state, in the northeast region of Brazil, specifically, in a PAC and in a Basic Unity of Health (BUH), located in the administrative area of the Regional Executive Office IV. The participants were users and health professionals, chosen for having singular experiences regarding the process of health-sickening-care and for being part of the Attention Network in Mental Health (ANMH). For the data collections, there were used two technics: the interview in deepening and the observation. The analysis and data interpretation plan was oriented by the hermeneutics analysis of the interviews and observation. The ethical precepts of the human involving research were followed. The study was submitted and approved by the Research Ethics Committee (CEP) of UECE, with the ruling N° 122.324. The discussion and presentation of the results followed the reflexive perspective over the analyzed scenario. The investigated reality revealed limitations and challenges to the construction of a resolute care, such as: the demand excess, the centrality in programmatic solutions and medication; the low rate of communication between the professionals of the FHS; the flaw in the communication between the services; the limitation of access to users in the FHS; the insufficiency of the processes of professional formation; and the lack of material resources and the low quality work relations. Despite this challenges and fragilities, the users consider PAC a welcoming space in which they feel cared for. It was highlighted as a place that cares about the subject quality of life and it is seen as a support to deal with the challenges of the daily life. Regarding the FHS, it was identified that the actions of mental health are not welcomed, and that the users do not see it as a caring space. However, the Basic Attention is understood as a place of potentiality and, in that sense, it is possible to comprehend, by means of dialog, that a (re)structuration of the practices might happen, making the attention more resolute, whether by means of a (re)organization of the formative processes, or by means of a political (re)orientation, that makes the care flow more coherent.

Keywords: Mental Health, Integral Assistance to Health, Health Management, Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As múltiplas dimensões do cuidado em saúde	22
Figura 2 – Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza	36
Figura 3 – Mapa do Município de Fortaleza	44
Figura 4 – Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza	45
Figura 5 – Quadro de Análise	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Grupos de representantes para o estudo e critérios de seleção	46
Quadro 2 – Grupos representativos dos participantes do estudo	47

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CROA	Centro de Assistência à Criança – Lúcia de Fátima
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASM	Rede Assistencial de Saúde Mental
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 DESPERTAR PARA O FENÔMENO, O OBJETO E SUAS INTERFACES	12
1.1 Despertar para o fenômeno	12
1.2 O objeto do estudo e suas interfaces	14
2 OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 COMPREENSÃO DO FENÔMENO E SUAS INTERFACES	20
3.1 Gestão do cuidado: dimensão profissional, organizacional e sistêmica	20
3.2 Os sujeitos da produção do cuidado e o modo de organização dos saberes e práticas	25
3.3 As redes de atenção à saúde e sua interface com o cuidado em saúde mental	33
4 MÉTODO	40
4.1 Opção teórico-metodológica	40
4.2 Caminhos da investigação	42
4.2.1 Campo da pesquisa	42
4.2.2 Participantes da pesquisa	45
4.2.3 Estratégias e técnicas de apreensão dos discursos	47
4.2.4 Plano de análise e interpretação dos dados	49
4.2.5 Questões éticas	52
5 DESVELANDO AS EXPERIÊNCIAS: Resultados e Compreensões do Fenômeno	53
5.1 Diálogos sobre a Atuação Profissional na Produção do Cuidado em Saúde Mental	53
5.2 Interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES	131
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Profissionais	131
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Usuários	132
APÊNDICE C – Temas Norteadores – Entrevista com Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	133
APÊNDICE D – Temas Norteadores – Entrevista com Usuários de Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF)	134
APÊNDICE E – Roteiro de Observação - Cotidiano das Práticas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF)	135
ANEXOS	136
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos	136

1 DESPERTAR PARA O FENÔMENO, O OBJETO E SUAS INTERFACES

1.1 Despertar para o Fenômeno

As experiências anteriores do pesquisador como bolsista de iniciação científica do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE); como monitor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE-UECE); e como estagiário da equipe de Medicina Preventiva de um hospital da Rede Suplementar de Saúde, possibilitaram acesso e aproximação à literatura relacionada à gestão do cuidado e às múltiplas dimensões que a envolvem. Além disso, a aproximação à prática de cuidado aos usuários de saúde, principalmente aos que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), veio complementar o conhecimento adquirido em disciplinas da graduação em Psicologia.

Ao trabalhar na perspectiva de um cuidado pautado na integralidade e interdisciplinaridade, essas atividades me propiciaram estabelecer diálogos com as mais diferentes áreas das ciências humanas e da saúde, ampliando meu olhar para a clínica do sujeito, o que aumentou minha curiosidade e interesse pelos saberes e práticas envolvidos na produção do cuidado em saúde mental, principalmente no que se refere às dinâmicas profissionais e da comunicação entre os serviços.

Além dessas experiências, a proposta de construção deste trabalho emerge do diálogo com o projeto de pesquisa “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial”, desenvolvido pelo GRUPSFE, grupo de pesquisa ao qual o pesquisador faz parte.

Essa pesquisa maior é fruto da experiência acumulada do Grupo ao longo de dez anos de investigações, comprovada pela extensa produção científica em conceituados periódicos pertencentes às áreas de saúde mental, interdisciplinaridade, saúde coletiva e enfermagem. No tracejar desta linha do

tempo, foram realizadas muitas pesquisas, sobretudo, nos espaços que constituem os níveis de atenção primária e secundária, fomentando discussões em cursos de capacitação de trabalhadores da rede; nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social; e pós-graduação em Saúde Coletiva. Além de grupos de estudo e discussão teórica sobre os mais variados temas da saúde.

Nas investigações do referido grupo de pesquisa – das quais se pode citar “Produção da Atenção à Saúde e suas Articulações com as Linhas de Cuidado do SUS e a Rede Assistencial e Saúde Mental” (2008-2014); “A Rede de Atenção Primária como elo de Integração da Saúde Mental com Ênfase no Matriciamento” (2008-2011) e “Organização das Práticas de Saúde Mental no Ceará na Produção do Cuidado Integral: dilemas e desafios” (2007-2010) – constataram-se núcleos de cuidado baseados fortemente em práticas fragmentadas e centradas em ações programáticas, com poucos espaços potentes no que se refere à relação entre o trabalhador de saúde e o usuário, bem como, da resolubilidade das ações em saúde dentro da perspectiva da rede psicossocial.

Neste sentido, percebeu-se na atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), e na atenção secundária, pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), relações cotidianas muitas vezes sumarizadas, com precárias condições de trabalho das equipes, gerências despreparadas e autoritárias, produzindo sentidos condizentes com a lógica de uma atuação em saúde normalizadora e controladora.

Assim, a partir dessa realidade apontada por pesquisas anteriores do Grupo e da implicação propiciada pela vivência subjetiva do pesquisador, o presente estudo buscou analisar a gestão do cuidado em saúde mental nas interfaces entre o CAPS e a ESF, buscando perceber as potencialidades e os desafios da atuação profissional; do gerenciamento das atividades dos serviços; e da comunicação entre o CAPS e a ESF – traçando um olhar que atente para a resolubilidade da atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico.

1.2 O objeto de estudo e suas interfaces

Os processos de produção do cuidado em saúde mental vêm sofrendo importantes transformações ao longo das últimas décadas. Essas mudanças ocorreram em diferentes níveis de organização, desde o modo como se percebe o indivíduo em sofrimento psíquico até a configuração do modelo assistencial e os saberes no campo da saúde mental que norteiam essas ações. Dentre as ações sociais que mobilizaram tais mudanças paradigmáticas, citam-se as mobilizações políticas das décadas de 1970 e 1980, pelo processo de redemocratização do Brasil, como umas das mais relevantes que provocaram rupturas nos modelos até então hegemônicos, contribuindo, inclusive, para a diminuição do preconceito e da discriminação promovidos pela sociedade (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Pensar essas modificações acerca dos saberes e práticas que envolvem o campo da Saúde Mental traz, como ponto central, a análise de como se estrutura e se organiza a gestão do cuidado, na busca por alcançar uma atenção em saúde mental eficiente. Sabe-se que isso envolve múltiplos fatores, dentre os quais essa pesquisa enfoca as seguintes dimensões: o conhecimento técnico-científico e a forma como se estruturam as relações no cotidiano das práticas em rede – relações entre profissional e usuário, construção de vínculos, acolhimento, trabalho em equipe, diálogo entre os serviços que compõem a rede, entre outros aspectos..

Em análise aos saberes e práticas em saúde, destaca-se a importância das tecnologias leves e leve-duras, no tocante a corresponderem às habilidades de comunicação e raciocínio clínico (MERHY, 2005), que são referentes aos aspectos relacional e técnico e têm por maior objetivo o acolhimento do usuário e a interferência na evolução da sua demanda, restabelecendo a homeostasia corporal e produzindo vínculo entre os sujeitos e os serviços (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Existem diferentes formas de se efetivar o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, a clínica emerge como um dos principais meios de atenção, pois compreende o espaço intercessor de construção da atenção compartilhada profissional-usuário, tratando-se, portanto, de um lugar pujante de compartilhamento de possíveis estratégias de cuidado e de planejamento de processos a serem

desenvolvidos (BARROS, BOTAZZO, 2011; CAMPOS, 1998; MENDES, 2001; CUNHA, 2004; SUNDFELD, 2010).

Nesse cenário, evidencia-se a singularidade da prática clínica, na medida em que, por se tratar de um encontro intersubjetivo (profissional-usuário), cada consulta é diferente e única. Essas diferenças vão desde as especificidades de cada demanda, até às características individuais dos sujeitos envolvidos, que influenciam na forma como esse encontro se concretiza. Além disso, há a influência do ambiente em que ocorre esse encontro, como as condições de trabalho oferecidas, a disposição de equipamentos, a infraestrutura e a organização do trabalho em saúde (BARROS; BOTAZZO, 2011).

A análise de como se estrutura e acontece essa clínica é fundamental, pois é na relação interpessoal entre trabalhador de saúde e usuário, central nesse contexto, que pode haver uma produção do cuidado em saúde mental coerente e efetiva. Portanto, a forma como se configuram os saberes e práticas envolvidos na gestão do cuidado, facilitará, ou não, a concretização de uma atenção integral e resolutive. Tal discussão se faz presente, na medida em que, historicamente, essas relações são marcadas por uma ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que caracteriza uma atenção fragmentada e médico-centrada.

Esse modelo de cuidado se aproxima à perspectiva tradicional de clínica, que não percebe os sujeitos em sua complexidade e prioriza o olhar tecnicista. Muitas vezes, as práticas que são norteadas por esse modelo, se materializam em uma gestão do cuidado incongruente com a realidade apresentada. A clínica ampliada, por sua vez, traz a percepção do cuidado em saúde em sua complexidade, observando o usuário em seus aspectos biológicos, psicológicos, históricos e socioculturais (BRASIL, 2009). Dessa forma, evidencia-se que é a clínica dita “ampliada” a que se considera como sendo um possível espaço de produção de cuidado compartilhado e integral.

Nesse sentido, aponta-se que a dimensão profissional da atenção à saúde mental apresenta maior resolubilidade a partir de uma ampliação das condutas terapêuticas, envolvendo diferentes sujeitos em um processo de corresponsabilização. Tal dinâmica é assumida pelo Estado brasileiro, por meio da Constituição de 1988, na qual há o comprometimento pela atenção à saúde de toda

sua população, efetivada com a implantação do SUS em seus diferentes níveis de densidade tecnológica. A produção do cuidado feita pela nação vai desde o estabelecimento de políticas sociais, até o atendimento clínico individual (Brasil, 1988). A corresponsabilidade se confirma, ainda, na perspectiva de uma clínica ampliada, pois se entende que o usuário também deve assumir uma postura ativa, de protagonista do seu cuidado e, assim, igualmente se responsabilizar pelas ações planejadas e desenvolvidas.

A corresponsabilização do cuidado em saúde deve, portanto, ser entendida a partir da ampliação para os diferentes equipamentos que compõem a rede. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), pela portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, considera o modelo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como sendo um facilitador da organização das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a resolubilidade do cuidado. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e pelo compartilhamento de experiências, de saberes e de práticas. No presente trabalho, destaca-se a Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM).

A RASM emerge como uma estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando o reposicionamento do Hospital Psiquiátrico. Caracterizada como uma rede psicossocial, ela é representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros equipamentos, que buscam oferecer um atendimento integral à população, realizando o acompanhamento clínico e desenvolvendo ações que possibilitem uma verdadeira inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Preocupa-se, portanto, com o sujeito em sua singularidade, história, cultura e vida cotidiana (BRASIL, 2012).

O presente estudo compreende que a gestão do cuidado pode ser entendida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde. Essa disponibilidade deve vir de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, buscando o seu bem estar, segurança e autonomia nas mais diferentes áreas de sua vida. Sabe-se que essas necessidades, por sua vez, dependem dos diferentes

momentos da vida do sujeito (CECILIO, 2011; BONFADA et al., 2012; PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Assim, percebem-se as dimensões profissional, organizacional e sistêmica da gestão do cuidado como correspondentes ao modo como se estruturam as relações de trabalho em saúde, no tocante a forma como esse cuidado se desenvolve e se organiza na interação propiciada entre sujeitos. Entende-se que, dependendo das ações executadas, podem-se suscitar interações potencialmente geradoras de cuidado; ou, por outro lado, serem desenvolvidas práticas restritivas aos sujeitos (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Acredita-se que a presente pesquisa oferece subsídios importantes à produção do conhecimento científico acerca da gestão do cuidado em saúde mental na interface entre ESF e CAPS, proporcionando a ampliação para a construção de uma prática coerente e efetiva em Saúde Mental, na medida em que traz à tona as convergências com a construção de redes de saúde, o trabalho em equipe, o estabelecimento de vínculos e a corresponsabilização entre profissionais, usuários e familiares, inseridos em uma dinâmica psicossocial. A partir disso, compreende-se a sua potencialidade no apoio e como norteador da constelação da gestão do cuidado, ligada à educação, à pesquisa e à atenção em saúde, em âmbito político, social e organizacional, com efeitos na saúde humana individual e coletiva.

Ademais das contribuições já referidas, ao permitir a análise e/ou compreensão do fenômeno discutido, o estudo vislumbra contribuir para a produção do conhecimento na área, visando reduzir a lacuna encontrada durante o levantamento bibliográfico para este trabalho. Na oportunidade, detectaram-se poucas produções acerca da temática. Em uma busca nas bases de dados Scientific Electronic Library (Scielo), MedLine e na Base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), encontraram-se 21 (vinte e uma) produções relacionadas diretamente com o tema, entre os anos de 2007 e 2014. Este estudo, portanto, poderá, ainda, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas na área em discussão.

Para proceder a esta reflexão, adotou-se como eixo orientador do estudo, o seguinte questionamento: “Como ocorre o processo de gestão do cuidado em saúde

mental nas dimensões profissional, organizacional e sistêmica, especificamente no diálogo entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família?”.

Desse modo, o presente trabalho primeiramente traça uma reflexão acerca de alguns conceitos centrais para a compreensão do fenômeno e suas interfaces na configuração de uma atenção em rede, que vislumbre um cuidado integral e resolutivo. E, após a apresentação do método, segue-se a discussão acerca do desvelamento das experiências narradas e observadas.

2 OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS

2.1 Objetivo Geral:

Compreender a gestão do cuidado em saúde mental nas dimensões profissional (conhecimento técnico e relacional), organizacional (gerenciamento das práticas) e sistêmica (diálogo entre serviços que compõem a rede de saúde mental), na interface entre o CAPS e a ESF.

2.2 Objetivos Específicos:

Desvelar as experiências dos profissionais e usuários na produção do cuidado em saúde mental no que se refere às dimensões: profissional, organizacional e sistêmica.

Analisar como se dá a organização das práticas e suas interconexões com a área de saúde mental no cotidiano do CAPS e da ESF;

Descrever como se delineiam e se articulam os diálogos entre o CAPS e a ESF, na produção do cuidado em saúde mental.

3 COMPREENSÃO DO FENÔMENO E SUAS INTERFACES

3.1 Gestão do cuidado em saúde mental: dimensão profissional, organizacional e sistêmica

O presente estudo traz a compreensão de gestão do cuidado como correspondente ao modo como a produção da atenção em saúde acontece, no tocante à forma como esse cuidado se desenvolve e se organiza na interação propiciada entre os sujeitos. Lembra-se, assim, que a gestão do cuidado em saúde mental pode ser entendida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, que devem vir de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, buscando o seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com sua vida de maneira autônoma e qualitativamente saudável. Sabe-se que essas necessidades, por sua vez, dependem dos diferentes momentos da vida do sujeito (CECILIO, 2011; BONFADA et al., 2012; PIRES, GÖTTEMS, 2009).

Cecílio (2009; 2011) constrói a ideia de que a gestão do cuidado pode ser representada por diferentes dimensões, sendo estas imanentes entre si. Em estudo inicial, lança a análise de três delas, quais sejam: a profissional, organizacional e sistêmica. Posteriormente, ampliando essa visão, reflete sobre as dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Em estudo realizado em 2009, o autor explicita que a primeira dimensão corresponde à responsabilidade profissional e envolve o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Essa relação acontece de maneira singular e se estrutura a partir de diferentes fatores, tais como: o conhecimento técnico do profissional; a dinâmica relacional que se estabelece com o usuário; o modo como se opera a atenção, entre outros. Nesse ponto, estrutura-se a postura ética do trabalhador frente à demanda apresentada e se tem a possibilidade de analisar a competência com que ele inter-relaciona o seu saber e a sua prática. Além da sua capacidade de criação de bom vínculo com usuário e desenvolver práticas interdisciplinares.

A outra dimensão se refere à organizacional, que corresponde a questões relativas ao registro e uso das informações; à criação de espaços de construção de vínculos; ao estabelecimento de fluxos dos usuários; à efetividade nos encaminhamentos; à delegação de responsabilidades; entre outros aspectos, que trazem a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe para ocupar um lugar central (CECILIO, 2009).

Por fim, tem-se a dimensão sistêmica, que compreende as inter-relações que envolvem o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e distintos graus de incorporação tecnológica. Nessa dinâmica, analisa-se o modo como se dá a construção de fluxos de usuários que se utilizam de diferentes equipamentos, e a forma como estes sujeitos percorrem essa linha de cuidado – por meio de processos formais de referência e contrarreferência, – que propiciam a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si (CECILIO, 2009).

Em estudo publicado em 2011, Cecílio apresenta uma nova forma de apreender a gestão do cuidado, ampliando sua análise para outras características, fatores e sujeitos que a envolvem. Nesse momento, admite-se a dimensão individual como sendo a primeira, aquela que é a mais nuclear na produção do cuidado. Analisa que cada sujeito tem o potencial de construir estratégias de cuidado de si e de fazer escolhas que lhe possibilite ter uma boa qualidade de vida. Atenta-se, portanto, aos processos de autonomia e corresponsabilização que envolve a dinâmica da relação entre profissional e usuário na produção do cuidado.

Outro aspecto analisado são as relações familiares. Aponta-se o caráter privilegiado que as pessoas da família, os amigos e os vizinhos têm com o sujeito que está sendo cuidado, na medida em que essas são as pessoas mais próximas do seu convívio, que fazem parte do cenário de sua vida (CECILIO, 2011). Sendo assim, podem contribuir para o fortalecimento do cuidado, ou para a seu aniquilamento, dependendo de como esse encontro acontece e da atenção que lhe é dada nos serviços e atendimentos promovidos.

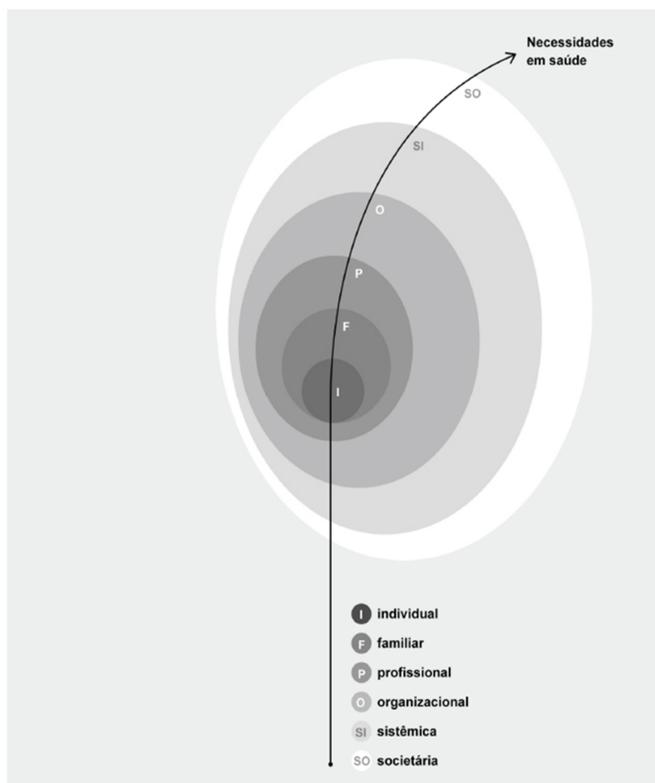
Por último, apresenta-se a dimensão societária, que se refere ao modo particular de como cada sociedade produz a sua atenção à saúde e de como o Estado formula e implementa suas estratégias – de forma a possibilitar aos

trabalhadores a implementação das políticas sociais. Trata-se da dimensão mais ampla, pois é nela que se aprecia como cada sociedade produz a cidadania, o direito à vida e o acesso a toda forma de produção de uma boa qualidade de vida. Corresponde ao encontro da sociedade civil com o Estado, e na multifacetada disputa de diferentes projetos societários, que resultarão em melhores ou piores condições de vida para os diferentes extratos da população (CECILIO, 2011).

O funcionamento dessas dimensões influencia-se mutuamente. Dessa forma, as redes de cuidado que um gestor tem sob sua responsabilidade construir, dependem intimamente do modo como a gestão do cuidado é feita nas outras dimensões (CECILIO, 2009). Sistema, equipe e atendimento profissional-usuário são relações que se influenciam e contribuem para o bom, ou mau, funcionamento do cuidado em saúde.

Frisa-se que todas essas dimensões se interpenetram e são imanentes entre si, como se pode observar na Figura 1, a seguir:

Figura 1: As múltiplas dimensões do cuidado em saúde.



Fonte: Cecílio (2011).

Dessa forma, não se deve perder a dimensão do todo, da atenção em sua completude e integralidade. A perda da conexão com o todo faz com que exista a fragmentação do cuidado e a sustentação do cientificismo atual (BOFF, 1999). Nesse sentido, lembra-se que o presente estudo se insere em um enfoque para as três primeiras dimensões apresentadas, quais sejam: a profissional, a organizacional e a sistêmica; mas se referencia a essa perspectiva integral, ou seja, ancora-se nesse pensamento ampliado para a execução da análise.

Outro ponto que merece destaque no que se refere à apreciação da gestão do cuidado é a organização das práticas. Urge a importância de que elas estejam vinculadas à autonomia dos sujeitos na produção da atenção, porém com a importância da prescrição de alguns hábitos de vida necessários para a efetividade da ação em saúde. Nesse sentido, salienta-se a construção de espaços coletivos de troca de experiências, que possibilitem o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos, por meio do conhecimento do cotidiano, das estratégias locais e das possibilidades de cada sujeito (SUNDFELD, 2010).

Trata-se, portanto, de expandir a visão do trabalho em saúde, ampliando a compreensão das potencialidades da clínica, percebendo que ela pode ir além das reais necessidades apresentadas. Ganha relevo, nessa prática, a adoção de posturas de compromisso ético e de respeito ao valor da vida no cotidiano dos serviços.

O trabalho em saúde tem por essência a característica intersubjetiva e de intervenção singular de um sujeito sobre outro, o que, por si, traz o caráter de complexidade no tocante aos saberes e práticas envolvidos. A gestão do cuidado varia, portanto, nos diferentes contextos histórico-sociais e em cada novo atendimento. Dessa forma, aponta-se essa complexidade inerente à produção de cuidado, como o principal desafio interventivo da prática em saúde, pois se reconhece que se trata de uma práxis que envolve o trabalho “vivo em ato” (MERHY, 2002; SÁ, 2009).

Por essa complexidade que envolve o trabalho na saúde, destaca-se a importância de que os profissionais sempre busquem aprimorar sua inteligência intrapessoal e interpessoal e, dessa forma, possam garantir o melhor atendimento ao usuário (VEIGA; MIRANDA, 2006). A atenção dada ao aprimoramento dessas

inteligências possibilita, também, que os trabalhadores ampliem a sua percepção de trabalho em grupo e entendam que o fato de se terem vários profissionais atuando em um mesmo espaço não significa que esses superem a fragmentação de saberes. Destaca-se, assim, o interesse pelo aprimoramento da inteligência interpessoal, do vínculo não só entre o trabalhador de saúde e o usuário, mas, também, de entre os próprios trabalhadores. Busca-se quebrar a lógica da justaposição alienada de trabalhos, em que cada profissional se apresenta com exercício autônomo e independente, pois isso impossibilita um cuidado integral (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

É relevante notar que o desenvolvimento dessa prática do trabalhador é estruturada com base, também, na sua história de vida, ou seja, há importante contribuição de valores e experiências vividas pelo profissional na sua conduta. Dessa forma, fica fácil entender que, como ser que é biopsicossocial, o profissional interage com o usuário de diferentes maneiras, apresentando distintas formas de intervir e analisar a demanda, dependendo da sua subjetividade naquele instante e do contexto ao qual está inserido.

Diante disso, destaca-se a fragilidade no que se refere às ações de formação permanente na área da saúde, na medida em que se identifica a ausência da subjetividade nos manuais de ensino e aprendizagem. Ressalta-se que essa subjetividade está presente em todo processo assistencial, da saúde e da produção pedagógica e, portanto, tem-se como incongruente a sua baixa representatividade nos cursos e materiais produzidos. A educação em saúde poderá obter um êxito maior quando efetivarem mudanças nas subjetividades dos trabalhadores (FRANCO, 2007), e, para isso, é preciso que haja uma conexão mais contextualizada do material teórico-pedagógico e a prática vivenciada.

Ainda segundo Franco (2007), essa prática de educação em saúde, na maioria das vezes, é concebida como distante do cotidiano e do saber dos trabalhadores, o que a torna desconexa e ineficaz. Há uma forte ideia de que os educadores são detentores absolutos do saber e, por isso, os trabalhadores têm que se dobrarem frente aos processos pensados por eles. Estabelecer a educação em saúde como uma ação permanente é, por outro lado, perceber sua função estratégica na mudança das práticas de cuidado. Essas ações que buscam a uma

prática educacional com perspectiva libertária – com pretensões de provocar mudanças nos sujeitos e no SUS –, são reivindicadas por aqueles que lutam por serviços de saúde voltados às necessidades dos usuários. Diante disso, a educação é vista como além da relação ensino-aprendizagem, com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do SUS (FRANCO, 2007).

Compreende-se, assim, que *modus operandi* define o modo como a gestão do cuidado se materializa. Nessa seara, observa-se a centralidade que as ações dos profissionais e gerentes dos serviços de saúde assumem na conformação de uma atenção integral e resolutiva. A cada sujeito, cabe a responsabilidade por configurar determinado aspecto do processo de cuidado. Ou seja, o usuário, o familiar, o trabalhador de saúde, o coordenador do serviço e o gestor, todos eles, e cada um em sua singularidade, apresentam responsabilidades essenciais.

Conforme ressaltado anteriormente, o presente estudo vislumbra a análise da atuação de todos esses sujeitos, mas a partir da ótica da construção da atenção no que se refere aos aspectos de operacionalização do atendimento em saúde mental aos usuários nos serviços e suas interconexões.

3.2 Os sujeitos da produção do cuidado e o modo de organização dos saberes e práticas

O trabalho em saúde mental é, sobretudo, complexo, pois pressupõe interconexões subjetivas na produção de uma atenção que se proponha a ser resolutiva. Apreende-se que é por meio dos diálogos entre os indivíduos que se podem construir planos terapêuticos coerentes, contextualizados e factíveis. Por se tratar de um campo multifacetado – que envolve aspectos sociais, históricos, econômicos e culturais –, esse diálogo entre os sujeitos se mostra central.

Dessa maneira, tem-se a necessidade de que ações que promovam a troca de experiências sejam valorizadas e estimuladas, na medida em que isso possibilitará uma ampliação do olhar para o fenômeno que se apresenta, qual seja: o cuidado às demandas de saúde mental.

Ressalta-se que a produção do cuidado se efetiva de maneira coerente a partir da perspectiva do princípio da integralidade. A prática desse princípio, contudo, ainda é um desafio, principalmente no que se refere ao acolhimento disponibilizado ao usuário e ao seu caminhar na rede assistencial. Entende-se que esse o fluxo de atendimentos – de diálogo entre os serviços – deve ocorrer sem as barreiras burocráticas que enrijecem e fragmentam o processo de construção da atenção. Além disso, a integralidade envolve a dimensão subjetiva do profissional de referência, ou seja, vai além da sua competência exclusivamente técnica (PAIM, 2005).

Compreende-se que as relações intersubjetivas configuram uma atenção onde a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que permeiam os serviços e se utilizam dos recursos assistenciais, emergindo, assim, a importância do relacionamento interpessoal. Isso contribui para que não exista sobrecarga de responsabilidades em uma única categoria profissional, e nem que se centrem ações estritamente nos profissionais.

No que diz respeito às relações dos profissionais com os usuários dos serviços, salienta-se que o sujeito que busca ser cuidado é, ao mesmo tempo, um indivíduo singular e um representante de vários coletivos – a família, a comunidade, a escola, dentre outros. Assim, o profissional deve se interessar por este plano de produção ou de individuação sempre coletivo, considerando-o indissociável do domínio da realidade individuada (CUNHA, 2004). Além disso, devem ampliar suas *práxis* buscando promover a autonomia dos usuários, o que, certamente, proporcionará ganhos significativos na produção do cuidado (MATUMOTO et al., 2005).

O trabalho em saúde acontece por meio do encontro entre trabalhador e usuário e não tem materialidade, no sentido de poder ser reproduzido. Cada encontro representa uma situação nova e novas relações se estabelecem. É nesse momento de encontro, por meio da produção de atos intencionais, que se tem a possibilidade de produzir cuidado (MARTINS et al., 2009). Nesse sentido, a criatividade aparece como sendo um dos principais facilitadores desse processo, na medida em que se faz importante a criação de diferentes estratégias para melhorar a atuação relacional com o usuário, na busca por produzir uma atenção integral e

resolutiva. Ressalta-se, mais uma vez, a perspectiva de trabalho vivo, que é o trabalho que acontece no momento mesmo do ato produtivo, correspondendo a uma profunda variabilidade nas situações e considerando a grande complexidade nos problemas de saúde (CECÍLIO, 2011; MERHY, 2002; MARTINS et al., 2009).

Nesse processo de produção de cuidado, cabe salientar as diferentes tecnologias que o trabalho em saúde envolve. Merhy (2002) analisa que existem três tipos de tecnologias de cuidado: as ditas duras (que correspondem ao uso de instrumentos, equipamentos e normas); as tecnologias chamadas de leve-duras (que se relacionam com o conhecimento técnico estruturado); e, por fim, as tecnologias leves (que expressam as relações entre sujeitos e só têm materialidade em ato, ou seja, corresponde ao que se considera no presente trabalho como vínculo).

Observa-se que, comumente, esses três tipos de tecnologias estão entrelaçados no ato produtivo de cuidado do profissional de saúde. Contudo, constata-se que, muitas vezes, há predominância na utilização de um dos tipos, em detrimento dos demais, caracterizando a forma como a gestão do cuidado opera e como ocorre a formação dos projetos terapêuticos que vão incidir sobre determinada demanda do usuário. Assim, as opções tecnológicas advêm da relação usuário-profissional, e sob influência dos serviços e de suas opções ético-políticas, que dizem respeito ao modo de gerir os saberes e práticas da equipe do serviço de saúde (MARTINS et al., 2009). No que se refere ao processo de produção do cuidado, a diretriz do vínculo ganha destaque, no tocante a ser um fortalecedor das relações trabalhador de saúde - usuário, onde aquele assume responsabilidade pelo cuidado a este, utilizando-se de tecnologias leves, enquanto este deve se empenhar ativamente nesse processo, em busca de assumir uma autonomia cada vez maior.

A palavra vínculo, em sua origem latina – *vinculum* – significa laço, ligação. O que sugere um conceito de interdependência e união, que, por sua vez, traz o sentido de cuidado humanizado e integralidade da assistência (GOMES; SÁ, 2009). A produção de vínculo é essencial na seara da saúde, pois constitui um elemento imprescindível do processo terapêutico (CAMPOS, 2003), uma vez que se configura enquanto prática integralizadora nos serviços de saúde e orienta um novo tipo de cuidado, envolvendo a humanização, a responsabilização e a trazendo a autonomia

ao usuário, ou seja, produzindo mudanças no modelo assistencial (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Camargo Junior et al. (2006), destacam que o vínculo implica uma mudança de paradigma, na medida em que implementa transformações na maneira como as relações se desenvolvem e, por se considerar o trabalho como vivo, cada novo processo de trabalho pressupõe uma nova maneira de se comportar, não podendo haver, portanto, enrijecimento tecnicante das práticas; o foco é, sobretudo, o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos.

Vincular-se com alguém e produzir uma atenção coerente e integral, pressupõe conhecimento dos diferentes aspectos da vida desse sujeito. E, ao mesmo tempo, conhecer a complexidade que envolve a vida de determinada pessoa, pressupõe vínculo. Assim, tem-se a impossibilidade de existir atitude de cuidado na ausência de vinculação entre os sujeitos – a produção de subjetividades aparece e se fortalece, ou não, no processo terapêutico (SOUZA et al., 2009).

Ao analisar a gestão do cuidado em saúde, pondera-se que o trabalho desenvolvido nos serviços nem sempre possui o mesmo significado de cuidado. É certo que o ato de cuidar (enquanto interação de subjetividades) é representado no encontro que se estabelece entre profissionais e usuários (PIRES; GÖTTEMS, 2009), mas pressupõe, antes do “olhar o outro”, um “olhar com o outro”. Ou seja, não é apenas um diálogo entre pessoas, mas, sim, um compartilhamento de experiências que envolvem o humano em sua complexidade. Nesse sentido, ganha importância a disposição que o trabalhador de saúde tem para dar essa atenção ao sujeito. Essa postura profissional varia de pessoa (pois cada sujeito tem uma sensibilidade e nível de interesse diferenciado), varia também no tempo (depende de cada dia) e no contexto (dependendo de cada caso). Além disso, a produção do cuidado acontece de maneira compartilhada, e o terapeutizando deve apresentar um papel ativo e fundamental nesse processo (SÁ, 2009).

A produção do cuidado em saúde é, portanto, essencialmente intersubjetiva, pois na intervenção de um sujeito sobre o outro, há um inter-relacionamento de suas mais diferentes experiências, sejam relacionadas à vida, ao prazer, à alegria, à dor, à tristeza, ao sofrimento e/ou à morte, por exemplo (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008). O vínculo, nesse sentido, emerge com um dos principais

fatores que podem contribuir para o estabelecimento de um cuidado que vise à resolubilidade, no tocante a proporcionar um diálogo aproximado entre os sujeitos, tornando a prática mais coerente.

Ainda com relação ao diálogo do trabalhador de saúde com o usuário, destaca-se que há um “espaço intercessor” entre esses sujeitos, conforme é referenciado por Merhy (2002), ou seja, a relação entre eles é lugar de construção comum, no caso, do cuidado em saúde mental. É a partir dos saberes e fazeres dos profissionais articulados com os usuários que se pode efetivar um cuidado coerente, integral e resolutivo.

Entende-se o humano como um ser que é coproduzido dialeticamente e de maneira singular – a partir de forças universais e particulares. Dessa forma, a gestão do cuidado em saúde mental possibilita perceber a complexidade que envolve as relações dos profissionais de saúde com os usuários. Destaca-se, ainda, que esse encontro não ocorre de qualquer forma (ou ao acaso); ele é regido por uma força externa – a Instituição Saúde –, que interfere direta e indiretamente no contexto da produção da atenção. O profissional de saúde é entendido, então, como um sujeito coproduzido, que está inserido numa Instituição e que apresenta um arcabouço de saberes e experiências singulares. Isso tudo, faz com que ele se diferencie do usuário. Este, por sua vez, igualmente é um ser coproduzido, que possui conhecimentos diversos e tem sua subjetividade, igualmente, construída por forças universais e particulares, o que lhe aproxima, e distancia ao mesmo tempo, do trabalhador de saúde (CAMPOS, 2000; CUNHA, 2004).

Compreende-se, assim, a necessidade de perceber o profissional de saúde nos seus múltiplos aspectos, quais sejam: biológico, social, histórico, cultural, entre outros. Considerando-se, assim, as peculiaridades de sua vida, na medida em que estes elementos estão permeados na prática de cuidado por ele desenvolvida. Perceber os profissionais imersos numa teia de determinantes é proveitoso, inclusive, para a transformação da clínica tradicional, pois traz maior carga de subjetividade para a análise contextual (CUNHA, 2004).

Assim, conforme é citado por Sá, Carreiro e Fernandes (2008), há de se observar que os sujeitos se ligam ao seu trabalho e às organizações não apenas com a seara capitalista – visando a um salário –, mas, sobretudo, em uma dinâmica

afetiva e repleta de imaginários. É a partir desses aspectos, de como se configura essa aproximação do trabalhador de saúde ao seu trabalho, que os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação, implicação e respeito serão desenhados.

O trabalho em saúde pode ser entendido, portanto, como uma realização singular e – enquanto intervenção – constitui-se como um ato sempre único, ou seja, dependente do encontro de duas (ou mais) subjetividades que se inter-relacionam – sendo a maior expressão disso as interconexões que se estabelecem entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços (SÁ, 2009).

Cabe ainda ressaltar que, na busca pela produção de um cuidado efetivo, ganham importância três níveis categoriais do trabalho em saúde, quais sejam: o conhecimento, o poder e a emancipação; considerando as dimensões epistemológicas, éticas e políticas, que as envolvem. A partir dessas categorias, o trabalhador de saúde deve buscar o conhecimento que fundamente sua *práxis*, atuar terapêuticamente – estabelecendo relações horizontais com o usuário – e proporcionar meios de tornar o usuário ativo nesse processo (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Diante disso, Sá (2009) explicita que muitos estudos e propostas de intervenção buscam desenvolver estratégias que aproximem o cuidador ao usuário, mas se limitam a discorrer sobre recomendações que giram em torno de se ter uma postura ética, responsável e que busque acolher e se vincular, mas não tratam de maneira aprofundada sobre os desafios e complicações que fazem parte desse processo, restringindo-se, por conseguinte, à sua capacidade de proposição de ações ou mecanismos que a favoreçam.

As relações interpessoais entre os trabalhadores de saúde também são importantes em todos os processos de trabalho por eles desenvolvidos, desde as ações de planejamento, até o cotidiano das práticas. É a partir do diálogo entre os diferentes saberes que se pode formular uma atenção que se aproxime à complexidade conferida ao humano. Bonfada et al. (2012) destaca que a valorização dessas relações são indispensáveis no trabalho em saúde, ressaltando a sua potencialidade em promover significativas transformações no modo de pensar e agir na saúde. Isso se mostra central, pois, historicamente, os saberes e práticas têm

sido marcados pela ênfase à assistência individualista, curativista e biologicista, que impossibilita visualizar o indivíduo em sua inserção no espaço coletivo.

Lembra-se que esse modelo tradicional não percebe o sujeito em sua complexidade, e nem possibilita uma coprodução subjetiva do trabalhador e do usuário no modo de se efetivar a gestão do cuidado. Essa perspectiva prima pelo cientificismo e diminui a importância do social no processo terapêutico.

Em contraponto a esse modelo arcaico, reforça-se, mais uma vez, que a clínica ampliada traz a percepção do cuidado em saúde em sua complexidade, observando o usuário em seus aspectos sócio-econômico-culturais e subjetivos, trazendo, ainda, a necessidade de inclusão dos usuários como participantes ativos das ações em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Esse projeto terapêutico deve se configurar em singularidades, pois deve buscar a complexidade do processo saúde-doença que envolve o usuário, assim, ele é produto da discussão coletiva. Tem-se mais do que uma negociação das formas e meios de tratamento; no sentido de que os usuários também participem do planejamento das ações. Baseia-se, portanto, na singularidade do sujeito, no seu contexto sociocultural, nas suas relações familiares, de trabalho, entre outros (SUNDFELD, 2010).

A clínica ampliada surge, então, como espaço de materialização da integralidade, compreendendo o sujeito em sua complexidade e visando ao estabelecimento do acolhimento/vínculo, fundamentais no processo de cuidado (BONFADA et al., 2012). Além disso, valoriza as ações intersetoriais, buscando, a partir das necessidades dos usuários, a articulação entre serviços de saúde e outros equipamentos sociais, tais como: as escolas, as creches e os centros esportivos.

As práticas de atenção integral à saúde se solidificam, portanto, a partir de uma visão ampliada da gestão do cuidado, que valorize mais o papel do sujeito no seu processo de cuidado do que uma prática mecânica biologicista – que prima pelo cientificismo.

Esse modelo de atuação centrado no sujeito amplia a visão de profissionais, gerentes e gestores para dimensões individuais e coletivas que envolvem a gestão

do cuidado e, potencialmente, promove transformações no modo como a atenção de materializa.

Diante de tudo isso, evidencia-se que o trabalho em saúde é representado pela construção de caminhos e meios que estão em constante transformação, produzindo conhecimentos compartilhados – onde é imprescindível que o usuário assuma uma posição ativa –, fortalecendo o vínculo na busca por ações cada vez mais resolutivas e integrais (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Tal resolubilidade é facilitada a partir de um cuidado que se organiza, dentro da dinâmica psicossocial, no diálogo entre os diferentes serviços de saúde, e entre estes e os diversos equipamentos sociais presentes no território.

3.3 As redes de atenção à saúde e as suas interfaces com o cuidado em saúde mental

A atenção em rede deve se caracterizar pela formação de relações horizontais entre os diferentes serviços e equipamentos de saúde, que, por meio de ações longitudinais, buscam alcançar a integralidade e resolubilidade do cuidado. Para tanto, a política nacional de saúde estabeleceu como prioridades o planejamento, a implementação e a consolidação dessas redes em todo o território brasileiro. E, em busca de ordenar a assistência, elegeu a Atenção Básica (AB) como principal porta de entrada do usuário, sendo o acesso e o acolhimento os maiores objetivos desse sistema, aproximando o cuidado em saúde à comunidade e, ao mesmo tempo, buscando organizar o fluxo dos usuários nas redes (BRASIL, 2010).

Essa organização do sistema de saúde vai de encontro às ações que, durante muito tempo, foram centradas na assistência individual e curativista – em que os usuários atuavam de maneira passiva no tratamento. Nessa conjuntura anterior, a maioria dos trabalhadores de saúde não se preocupava com o contexto psicossocial do indivíduo e, muito menos, com a sua opinião acerca dos meios e níveis de intervenção realizada. Percebe-se, assim, que o modelo de atenção em rede promove mudanças positivas para a estruturação do cuidado aos usuários.

Entretanto, Bonfada et al. (2012) alertam que, apesar das evoluções políticas, muito dessa prática segmentada e biologizante permanece nos serviços de saúde. Os autores destacam que, apesar da divisão da atenção em redes de assistência integradas, ainda existe o pensamento de que a prevenção deve acontecer na ESF e a cura nos hospitais. O que traz a ideia de que devam existir, pelo menos, dois tipos de clínica em ação (a clínica do cuidado – com ações de prevenção; e a clínica curativista – desconsiderando as singularidades). Compreende-se que a partir da ótica psicossocial, pensar uma clínica que desconsidere as singularidades é, sobretudo, reducionista. Além disso, destaca-se que, constitucionalmente, o cuidado em saúde deve ser integral em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1998).

Discorre-se que esse modo de perceber a assistência em saúde é reflexo da construção sócio-histórica do hospital e da atenção especializada, entendidos como espaços médico-hegemônicos – de ações curativas, centradas em procedimentos –, e, portanto, de tratamento situado na doença, em detrimento de uma atenção ampliada para o sujeito.

Diante dessa compreensão, urge a necessidade de que esse pensamento reducionista seja superado e que a atenção especializada seja coparticipe e corresponsável pelo cuidado integral do indivíduo. Nesse aspecto, a eficácia dos mecanismos de referência e contrarreferência se mostra imprescindível para aproximar os diferentes níveis de atenção e permitir que a integralidade perpasse todo o caminho do usuário na rede. Tem-se, desse modo, a necessidade da ressignificação da prática assumida historicamente por esse modelo institucional. Prática esta que percebe a utilização de equipamentos sofisticados – tecnologia dura – como garantia de qualidade da assistência (BONFADA et al., 2012).

Além disso, discorre-se a importância de se perceber o usuário enquanto sujeito em seu processo de cuidado e isso em todos os níveis de atenção. Esse pensamento vai ao encontro da noção de saúde Paidéia, um método que nasceu do conceito grego de desenvolvimento integral do ser humano. Esse método elimina o lugar de suposto saber do profissional de saúde e coloca o usuário em posição de coparticipe no planejamento e execução do seu tratamento. Ou seja, tem-se a valorização da busca de autonomia do usuário e das ações pedagógicas que potencializam a sua participação (CAMPOS, 2003; SOUZA et al., 2009).

Essa autonomia defendida ao usuário não deve significar desassistência e/ou que o indivíduo poderá receber uma prescrição de cuidados especializados, ou de medicamentos, e seguir sozinho. Pelo contrário, a autonomia só se efetivará em cuidado se houver o seu posterior acompanhamento e avaliação. No contexto brasileiro, atenta-se para a necessidade de que esse acompanhamento pressuponha um diálogo aproximado entre os diferentes equipamentos que compõem a rede de atenção, pois nem sempre as ações desenvolvidas serão realizadas pelos mesmos profissionais. Desse modo, se não houver um diálogo próximo entre os diferentes níveis de atenção, a gestão do cuidado se evidenciará como práticas multifacetadas, ofertadas de modo fragmentado, com ações que não se interpenetram (CASTRO; STEPHAN-SOUZA, 2010).

Como importante facilitador desse processo de manutenção do apoio ao usuário, as linhas de cuidado se apresentam, então, como ferramentas pujantes na organização da gestão do cuidado, no tocante a permitirem que a equipe e o sujeito sob cuidados possam imaginar e planejar o seu caminho na rede (MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006). Contudo, para que essas linhas se efetivem, é necessário que todos os atores envolvidos se comprometam e se impliquem com os problemas e demandas apresentadas pelos usuários – acolhendo, compreendendo, corresponsabilizando-se e intervindo com vínculo nas diversas ações (CECCIM; FERLA, 2006). A linha de cuidado deve representar, portanto, um acompanhamento longitudinal, em que o profissional se vincule ao usuário e dê apoio a ele durante todo o seu caminhar na rede, superando a fragmentação das práticas (MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006).

Essas transformações propostas pelas linhas de cuidado nos processos organizacionais envolvem mais do que a mudança nas práticas dos sujeitos, implica alterações na percepção do espaço dos serviços de saúde, que passa a ser entendido não só como um lugar material, normativo e político, mas também como espaço intersubjetivo, de relações que se interpenetram e se constroem mutuamente. Nesse sentido, as propostas prescritivo-normativas são questionadas, porque não problematizam o contexto social e político-institucional em que se inserem (SÁ, 2009).

Os serviços especializados em saúde mental estão espalhados por diversos municípios do país e o MS busca garantir acesso a todos os brasileiros, independente de raça, de religião, de orientação sexual, entre outros. Esses mecanismos de atenção prestam atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos. Acolhe e atende as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2012).

A RASM busca contemplar todo o território nacional e o principal critério para o planejamento de suas ações e implantação dos CAPS é o perfil populacional dos municípios. Contudo, esse critério populacional deve servir apenas como um orientador, e não como determinante das ações; sendo o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2012).

Com relação à saúde mental do município de Fortaleza, lembra-se que a implantação do primeiro CAPS ocorreu em 1998 na área administrativa da Regional III, seguido dos CAPS das Regionais IV e VI em 2001. Esse panorama se manteve sem grandes mudanças até 2005, quando houveram grandes transformações na conjuntura da Saúde Mental do município.

Aponta-se, então, que a partir de 2005, a atenção à saúde mental de Fortaleza passou a se orientar e organizar por de uma rede assistencial, a partir da renovação dos serviços já existentes e da implantação de novos equipamentos, sempre fundamentada na promoção da saúde e prevenção de doenças. Por o CAPS ser um serviço que prima pela preservação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, o município de Fortaleza o elegeu como equipamento fundamental da RASM e, hoje, possui 14 centros (6 CAPS Gerais, 6 CAPS AD e 2 CAPSi). Além disso, existem outros equipamentos que compõem a rede, tais como os serviços intersetoriais, os leitos em hospitais, as residências terapêuticas, entre outros. Como se pode observar na Figura 5, a seguir:

Figura 2: Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza



Fonte: SMS/Rede de Assistencial de Saúde.

Em Fortaleza, os CAPS têm recebido pessoas de todas as faixas etárias, com diferentes níveis de sofrimento psíquico, em situação de risco, e/ou pessoas com transtornos gerados pelo uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Sendo que as ações de maior impacto realizadas pensadas pela RASM têm se constituído em: auditoria dos hospitais psiquiátricos; reestruturação da rede, a partir de parcerias com os movimentos sociais, instituições formadoras e sociedade civil; estratégia de

educação permanente; e investimento financeiro para melhoria em recursos materiais e humanos (FORTALEZA, 2013).

As diretrizes da política de saúde mental concebem o sofrimento psíquico e a atenção para com os sujeitos e a sociedade também como um direito do cidadão, propiciando a proteção social na comunidade. Desse modo, a estruturação da RASM está sendo realizada na perspectiva de cogestão, sendo coordenada por meio de um colegiado com os coordenadores dos serviços de saúde mental (FORTALEZA, 2013).

A RASM de Fortaleza é constituída pela existência de CAPS, como unidades de atendimento às demandas de média e maior complexidade em saúde mental. Houve um aumento significativo no ano de 2006, quando o número de CAPS subiu de 03 para 14, e, também, o número de profissionais, que de 54, nas três equipes existentes (CAPS Regional III, CAPS Geral Regional IV e CAPS Geral Regional VI), passou para 333 profissionais lotados em todas as Regionais de Fortaleza (FORTALEZA, 2013).

O Apoio Matricial – ou Matriciamento em saúde mental – emerge nessa seara como um importante arranjo institucional, criado para promover interlocução entre os serviços de saúde mental, como os CAPS e as equipes de ESF. Destina-se, principalmente, a contribuir com a implementação de uma clínica ampliada; a favorecer a corresponsabilização entre as equipes; a servir de apoio para as equipes de referência; a promover saúde e diversidade de ofertas terapêuticas.

Dessa maneira, faz-se necessário que o profissional da saúde mental acompanhe frequentemente as equipes de ESF, propiciando um suporte teórico-prático. De acordo com Dimenstein (2012), o apoio matricial é diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e da contrarreferência, porque implica, de maneira mais efetiva, a responsabilidade compartilhada dos casos. Visa, portanto, aumentar a capacidade resolutive da equipe local.

A equipe de referência, por meio do Apoio Matricial, permite um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada indivíduo. As equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes,

sendo tais serviços, portanto, ferramentas indispensáveis para humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004).

O Apoio Matricial surge com a adoção de um sistema inovador de referência entre profissionais e usuários. Nesse sistema, cada serviço de saúde deve ser reorganizado por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, adequando-se às características de cada local e à disponibilidade de recursos.

Salienta-se, ainda, que a RASM trabalha em parceria com o SAMU e o com o Corpo de Bombeiros. Quanto aos Hospitais Gerais Municipais, tem sido desenvolvido um trabalho de sensibilização, para que os leitos destinados a demandas de saúde mental funcionem de maneira satisfatória (FORTALEZA, 2013). Entende-se que, dentro da perspectiva da RASM, a emergência psiquiátrica deverá partir do pressuposto básico de que a intervenção se dá somente na crise e de que seu objetivo principal deverá ser o de diminuir as internações julgadas desnecessárias.

4 MÉTODO

4.1 Opção teórico-metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem hermenêutica, na busca por compreender as narrativas dos usuários e dos profissionais de saúde, sobre como se conforma a gestão do cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente no que se refere às dimensões: profissional, organizacional e sistêmica.

Essa opção teórico-metodológica emerge da possibilidade do entendimento do fenômeno social e de suas inter-relações no campo da saúde. Ela permite dimensionar a percepção dos significados, dos sentidos, das intencionalidades, das questões subjetivas inerentes às ações, às relações e às estruturas sociais vigentes no campo investigativo. Bem como, apreender as percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida – produção, sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2010). Tais aspectos são centrais no presente estudo, na medida em que se busca compreender as vicissitudes relacionais e apreensões dos sujeitos acerca das dimensões sociais que envolvem a produção do cuidado em saúde mental.

No que se refere à abordagem hermenêutica, aponta-se que esse termo se insere na cultura grega a partir da sua concepção de análise interpretativa, sendo entendido como a “arte de interpretar”. Com o passar do tempo, novos sentidos e significados foram sendo lhes atribuído. Assim, ampliando-se do ponto de vista filosófico, a hermenêutica passou a abranger diversas formas de teoria da interpretação. Destaca-se que os filósofos pertencentes a esta linha de pensamento têm uma compreensão aprofundada da realidade humana, não se atendo à contemplação do meio, mas, sim, desenvolvendo uma reflexão aprofundada sobre as nuances que o envolvem. Desse modo, tem-se um olhar expandido para as relações humanas, na medida em que se observa o homem não somente enquanto

organismo biológico (CAPRARA, 2003; 2005). Percebe-se, portanto, o indivíduo como um ser social, imerso em um contexto histórico-cultural repleto de singularidades.

Na antiguidade, a hermenêutica era utilizada para a interpretação de textos bíblicos e jurídicos. Com o tempo, e enquanto resultado dessa evolução, ela passou a ser utilizada para interpretar outros textos, sendo utilizado, por exemplo, para interpretações na pesquisa em saúde coletiva.

Percebe-se, assim, que o pensamento filosófico hermenêutico se ampliou. Sendo apresentado no século XX como uma abordagem importante nas áreas de ciências humanas e sociais. Assim, há mudanças não apenas no modo de perceber essa filosofia, mas, sobretudo, na ampliação dos campos de sua aplicação, apresentando-se como uma possibilidade teórico-metodológica potente na pesquisa em saúde (ARAÚJO et al., 2012). Daí a emergência de sua utilização na presente análise.

A hermenêutica consiste, portanto, na reflexão e abrangência da realidade a partir de uma dinâmica meta-discursiva, ou seja, que funda na linguagem a compreensão não apenas das obras humanas, mas das próprias realidades humanas (AYRES, 2005). Para Gadamer (1997), o processo de análise hermenêutica pressupõe um olhar social – que envolve as concepções de história, tempo¹ e preconceitos² –, para a operacionalização da ação interpretativa.

Dentre as considerações que Ricoeur faz sobre a hermenêutica, ele afirma que esta consiste em um processo interpretativo na busca de “um conteúdo e um significado manifesto ou escondido”. O texto passa a ser interpretado, sendo os significados revelados para além do exposto (TERRA ET AL, 2009).

¹ Entende-se tempo, aqui, como o tempo do vivido, aquele que faz referência ao passado e ao futuro, e que se singulariza a partir da experiência do sujeito. Desse modo, tem-se o distanciamento do conceito de tempo cronológico.

² Preconceito deve ser entendido aqui não como intolerância, ligada a uma perspectiva pejorativa e necessariamente negativa. Pelo contrário, refere-se a um olhar construído antes do contato direto com o objeto, ou seja, é formado a partir das leituras, vivências, sentidos e significados, dados pelo sujeito a partir da sua própria singularidade. Trata-se de uma posição que se toma ante o que se é apresentado, podendo assumir um juízo positivo ou negativo, dependendo de quais informações se teve contato.

A abordagem hermenêutica parte da compreensão do texto, onde a subjetividade do sujeito é evidenciada dando margem a novos modos de agir e pensar. O texto gera uma nova reflexão a partir dos símbolos. Desse modo, configura-se como um método reflexivo que busca encontrar e interpretar o sentido (JAPIASSU, 2008).

A interpretação é vista como um processo que envolve diversas etapas, entre elas tem-se: transcrição das entrevistas em texto, interpretação superficial, análise estrutural e compreensão abrangente do texto. Esse processo interativo é representado em forma de espiral, pois relaciona as partes do texto com o todo e vice-versa.

Salienta-se que as pesquisas investigativas na seara das ciências sociais e humanas apresentam objetos de estudo com características singulares e princípios que os diferem de outros estrados científicos. Uma dessas características corresponde ao aspecto histórico presente em seu objeto. Vislumbra-se que a realidade captada no momento da investigação é multideterminada sócio culturalmente, estando os tempos, passado, presente e futuro, inter-relacionados. Destarte, o objeto analisado se insere em um campo de implicação e consciência histórica do possível e do real, sendo este resultante de um tempo anterior (MINAYO, 2010).

Diante disso, identifica-se a hermenêutica como pujante teoria para a descrição dialogada das relações sociais observadas, e para a realização da interlocução entre o contexto e as interconexões sociais que o envolvem. Essa opção teórico-metodológica possibilita, então, a compreensão da realidade empírica por meio da apreensão dos significados da experiência vivida, pois, em seu processo interpretativo, propõe-se um olhar ampliado para as entrelinhas das relações cotidianas.

A presente pesquisa buscou analisar a realidade em um nível que não se pode quantificar. Tendo-se o interesse de apreender as nuances que envolvem o cotidiano dos serviços de uma perspectiva mais aprofundada, valorizando as atitudes, os significados, os motivos das ações, as aspirações, as ideias, os valores e os processos narrados pelos sujeitos, e captados pela observação. Ou seja, o

objeto do estudo não é reduzível à operacionalização de variáveis. Tais características são análogas às apresentadas por Minayo (2010), ao caracterizar a pesquisa qualitativa; o que reforça, mais uma vez, a escolha por esse tipo de estudo.

Evidencia-se, ainda, que o processo de compreensão promovido pela hermenêutica pode potencializar transformações no cotidiano analisado, na medida em que se busca desvelar a realidade, considerando a harmonia que deve envolver a produção do cuidado, o compartilhamento de saberes, a relação entre os sujeitos e a articulação das práticas no campo empírico.

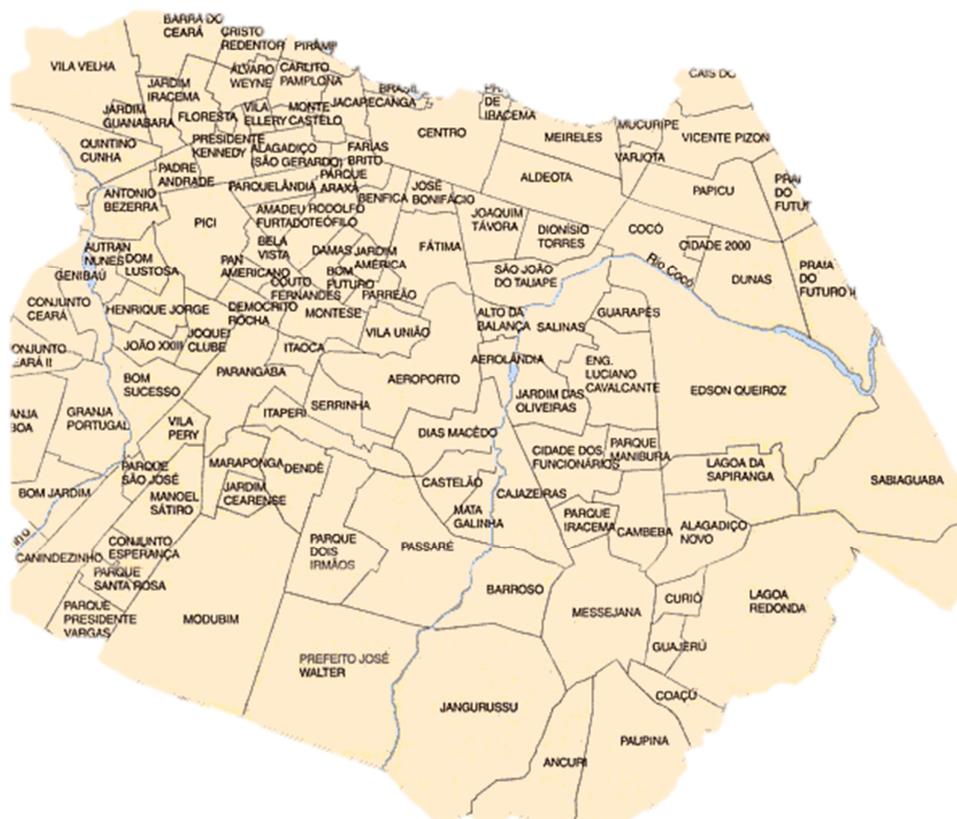
4.2 Caminhos da Investigação

4.2.1 Campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, nordeste do Brasil, mais precisamente em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ambos pertencentes à Secretaria Executiva Regional IV (SER IV).

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do estado do CE, com área territorial de 315 km². Limita-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (IBGE, 2010).

Figura 3: Mapa do Município de Fortaleza

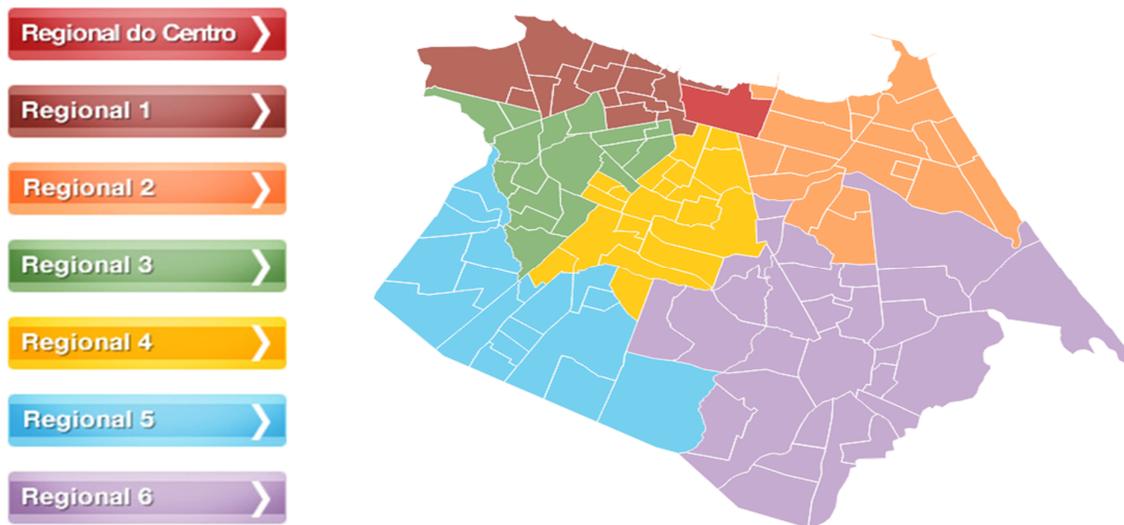


Fonte: Ceará (<http://www.ceara.com.br>).

O município possui uma população de 2.452.185 habitantes, sendo considerada a quinta maior cidade do país e a capital de maior densidade demográfica.

Atualmente, para efeito administrativo, a cidade se encontra dividida em sete Secretarias Executivas Regionais (SER) – Fig.4 (pág.41). Nessa divisão, a SER IV está localizada na zona oeste do município de Fortaleza, com uma área territorial de 34.272 km². Dispõe de 304.256 habitantes, representando 12,3% da população total do município de Fortaleza. Quanto à rede de saúde, é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três CAPS e um Centro de Atendimento à Criança (CROA). A Regional possui, ainda, a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês (FORTALEZA, 2013a).

Figura 4: Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza



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

A SER IV conta com 19 bairros (Aeroporto; Benfica, Bom Futuro, Couto Fernande, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri, Vila União), sendo o mais populoso a Parangaba, com 32.840 habitantes, seguida do Montese com 30.518 habitantes. Em contraposição, temos o bairro do Dendê com uma população de 2.482 habitantes. É a única Regional que se limita com todas as outras (FORTALEZA, 2013a).

Quanto à atenção à saúde, Fortaleza apresenta um lugar fundamental no Ceará, pois o Estado se encontra dividido em 22 microrregiões, que visam organizar da atenção secundária e em quatro macrorregiões, que correspondem à atenção terciária. No que se refere à atenção primária, a responsabilidade é de cada município. Dentro dessa organização, Fortaleza engloba os três níveis de atenção.

O CAPS Geral da Regional IV foi um dos primeiros serviços extra-hospitalares a ser implantado em Fortaleza, responsabilizando-se por atender a 26 bairros de secretaria regional, que se totalizam em 483.777 habitantes, e disponibilizando suas estruturas para capacitações de graduandos dos cursos de saúde de algumas Instituições de Ensino Superior (IES) do município.

4.2.2 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os usuários e profissionais do CAPS e da ESF. Estes sujeitos narram suas experiências no cotidiano dos serviços, explanando suas percepções dentro da dimensão do vivido. Por isso foram escolhidos, pois se relacionam direta ou indiretamente com os determinantes que influenciam a gestão do cuidado em saúde mental.

Para operacionalização da análise, os sujeitos foram constituídos por três grupos de informantes: Grupo I - Profissionais de saúde que atuam no CAPS; Grupo II – Profissionais que atuam na ESF; e Grupo III – Usuários dos serviços de saúde. Como se observa no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Grupos de representantes para o estudo e critérios de seleção

GRUPOS	REPRESENTAÇÃO	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO
I	Profissionais do CAPS	Profissionais com atuação no CAPS por no mínimo 01 ano
II	Profissionais da ESF	Profissionais com atuação na ESF por no mínimo 01 ano
III	Usuários	Sujeito em sofrimento psíquico atendido no CAPS e na ESF

Com relação aos critérios de exclusão adotados para os profissionais de saúde das equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), optou-se por excluir aqueles que estiverem de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa. No caso dos usuários, foram excluídos da amostra as pessoas que apresentaram disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal.

O alcance de respostas e descrições sobre o objeto de estudo e a opção pela pesquisa qualitativa isenta a inclusão de dimensões quantitativas e/ou numéricas no

processo de seleção dos sujeitos participantes. Deste modo, os participantes do estudo foram definidos pela composição operacional das equipes de saúde nas redes assistenciais sob investigação e os usuários que são atendidos no CAPS e, também, na ESF.

A totalidade dos sujeitos da pesquisa foi definida pela relevância das informações e das observações que indicaram contribuições significativas e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão, tendo sido entrevistados oito profissionais de nível superior e dois usuários dos serviços de saúde (CAPS e ESF). Conforme ilustra o Quadro 2:

Quadro 2: Grupos representativos dos participantes do estudo

GRUPOS	REPRESENTAÇÃO	Participantes
I	Profissionais do CAPS	02 Psicólogos; 01 Terapeuta Ocupacional; 01 Assistente Social
II	Profissionais da ESF	02 Enfermeiros; 02 Médicos;
III	Usuários	02 Usuários

As entrevistas se iniciaram com uma questão norteadora, seguindo-se o diálogo a partir da referenciação a temas previamente elaborados (Apêndice C e D). Ressalta-se que foram feitas duas entrevistas com cada usuário, para que se alcançasse um aprofundamento maior, completando informações que não foram contempladas no primeiro encontro, ou que não foram bem compreendidas pelo pesquisador.

4.2.3 Estratégias e técnicas de apreensão dos discursos

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista, realizada em profundidade (ou seja, partindo de temas norteadores); e a observação das práticas (com anotações em diário de campo). Como se pode observar nos Apêndices C, D e E.

A entrevista é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas, possibilitando a obtenção de informações a partir dos discursos dos entrevistados. A estruturação prévia deste instrumento – em temas sobre a gestão do cuidado em Saúde Mental – partiu de reflexões baseadas em teorias, e durante o processo de inserção no campo, bem como na aplicação do instrumento, o que decorrerá o aumento da amplitude investigativa (MINAYO, 2010). Este modelo de entrevista, dito “em profundidade”, caracteriza-se por não utilizar um questionário para obter dados, e sim de um roteiro no qual o diálogo transcorre de forma livre no tema proposto.

Nesse sentido, Turato (2003) compreende que a estruturação é necessária a todo tipo de entrevista, e por essa razão esse autor prefere denominar a citada técnica de semidirigida. O novo termo permite uma compreensão de certa flexibilidade na direção do processo, dando ao informante um espaço maior de contribuição. Na presente pesquisa, optou-se, no entanto, por utilizar o termo “em aprofundamento”, por considerá-lo mais adequado ao intento analítico. Sendo este o principal objetivo do processo investigativo, qual seja: um olhar ampliado para a realidade.

Desse modo, a “estruturação” prévia das entrevistas correspondeu à elaboração de temas que promovessem o diálogo. Entendendo, assim, que uma das características da investigação com enfoque hermenêutico está exatamente na experiência do perguntar, sendo, a partir disso, que se objetiva alcançar uma compreensão ampliada da realidade. É na essência da pergunta que se encontra as trilhas para o saber, mediante a interpretação das narrativas (ARAÚJO et al., 2012).

Minayo (2010), ao descrever sobre a entrevista, considera importante a elaboração de um roteiro que contemple os principais temas da pesquisa, no sentido de nortear os discursos, na busca por alcançar as informações essenciais para a

interpretação do objeto. Ao considerar o discurso do sujeito, o pesquisador pôde pedir, ao mesmo tempo, mais detalhes sobre algo que não ficou claro, ou que os significados e sentidos não parecem explícitos (TURATO, 2003). Desse modo, não se refere a uma técnica rígida e estagnada.

A gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pelos pesquisadores e ficarão ainda guardados por cinco anos, sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) para serem utilizadas por outros pesquisadores que se interessarem sobre o tema em estudo, contanto que seja preservado o anonimato dos sujeitos.

A observação em diário de campo é uma maneira de compreender a realidade de forma a complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como: atos, significados e relações (MINAYO, 2010).

Turato (2003) enfatiza que não somente as variações do discurso devem ser consideradas como, por exemplo, uma voz embargada, um vacilo no momento de pronunciá-la, ou um ato falho, mas o pesquisador deve também observar a linguagem corporal. Isto é, o apertar as mãos, o sentar na ponta da cadeira, enfim as expressões faciais, gesticulações e postura física. Assim, com essa técnica complementar, puderam-se ter dados para uma análise mais completa das informações.

Ressalta-se, ainda, que a observação do cotidiano das práticas possibilitou ampliar a percepção acerca da realidade narrada pelos sujeitos, na medida em que se puderam evidenciar as divergências, convergências e complementaridades dos relatos com a realidade observada.

4.2.4 Plano de análise e interpretação dos dados

O tratamento do material empírico foi orientada pela análise hermenêutica das narrativas escritas e anotações do diário de campo, buscando articular as diferentes experiências referentes à gestão do cuidado em Saúde Mental.

Para organização das informações, seguiram-se as três etapas estabelecidas por Minayo (1999) e ressignificadas por Assis e Jorge (2010), quais sejam: ordenação, classificação e análise final dos dados (conforme se pode visualizar no quadro de análise – figura 5, pág.48).

Na primeira etapa – ordenação dos dados – seguiram-se os seguintes passos: após a transcrição dos áudios das entrevistas, transformando-as em texto, e das anotações do diário de campo, fez-se uma leitura geral do material. A partir da segunda leitura, os textos foram organizados em diferentes conjuntos, que reuniam elementos comuns às três dimensões da gestão do cuidado em análise, quais sejam: a profissional; a organizacional e a sistêmica. Essa fase da análise possibilitou estabelecer um mapeamento horizontal do material coletado e a construção de conjuntos de dados empíricos.

Na segunda etapa – classificação dos dados – esses conjuntos foram analisados buscando-se alcançar as ideias centrais e sínteses de cada unidade de análise. Para isso, conforme é orientado por Assis e Jorge (2010), seguiu-se a leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas e nas observações, ou seja, recortando e realizando uma síntese geral de cada unidade de análise (atentando-se para cada unidade individualmente). Esse momento possibilitou a visualização das ideias centrais contidas nos textos, no tocante aos aspectos que fazem referência à gestão do cuidado em saúde mental. Além disso, formaram-se núcleos de sentido com a representação dos discursos dos sujeitos e das anotações sobre a realidade empírica. Desse modo, foram selecionados em cada entrevista, os discursos que se identificavam com as categorias, recortando-as e colando-as nos conjuntos correspondentes. O mesmo se decorreu com os textos das observações. Depois disso, foram elaboradas sínteses para cada categoria.

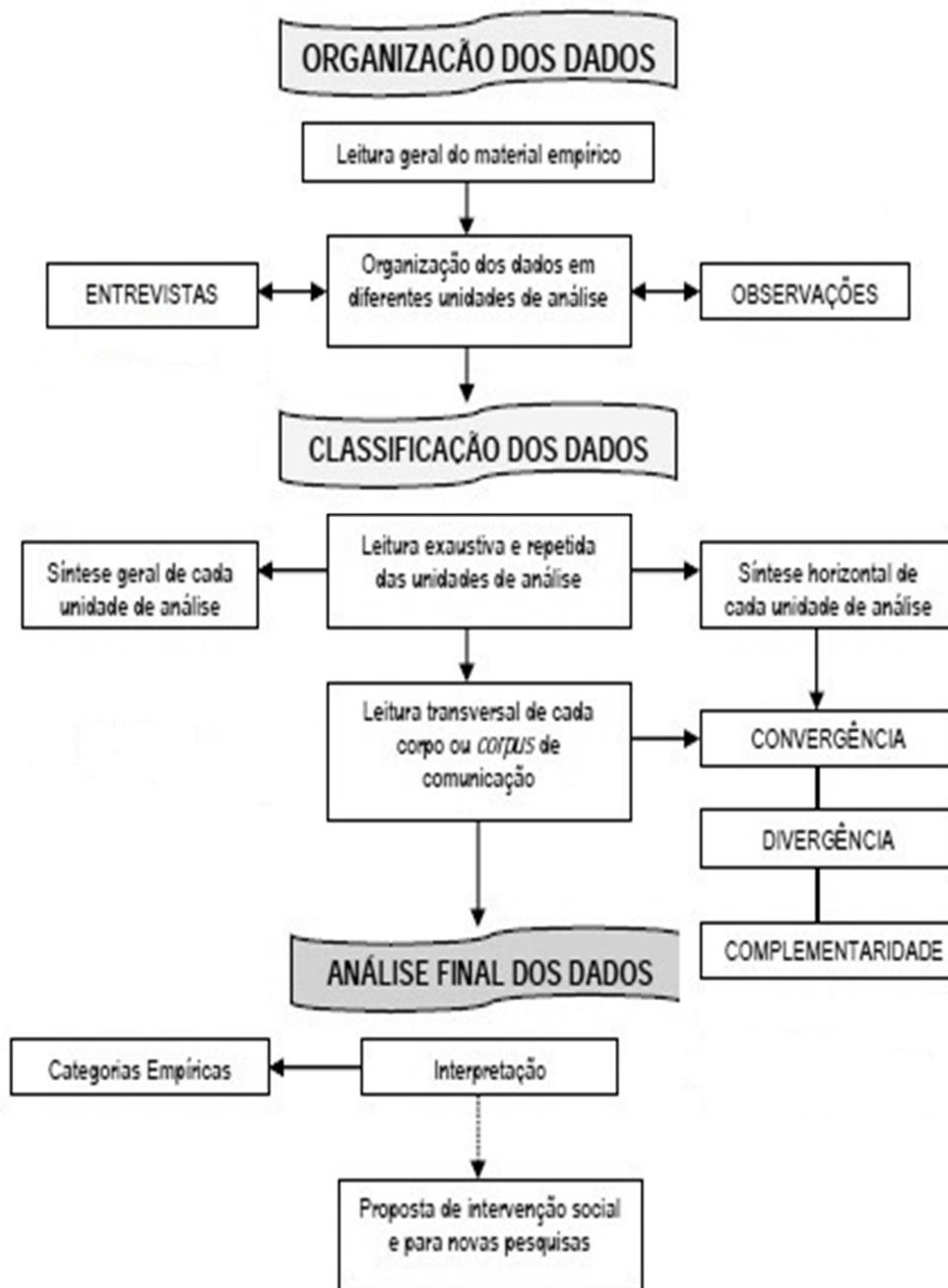
Prosseguiu-se a montagem de planos de análise dos grupos, relacionando-se a síntese de cada unidade aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais – unindo as ideias comuns apresentadas pelos sujeitos, por categoria empírica analisada (evidenciando-se elementos convergentes, divergentes e complementares). Com isso, houve a ampliação da compreensão acerca dos discursos e observações apreendidas.

De posse desse material, estruturado em núcleos de sentido, foram feitas leituras transversais, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes para o estudo. Essa avaliação foi feita a partir dos pressupostos teóricos atrelados ao objeto, bem como à intencionalidade dos objetivos da pesquisa.

Na terceira etapa – análise final dos dados – concretizou-se a articulação entre as categorias empíricas, emergentes dos textos das narrativas e das observações do campo. Essa etapa se caracterizou por um movimento contínuo entre aproximações com a teoria e com o campo investigado

Salienta-se que, nesta etapa, tem-se o entrelaçamento entre a vivência narrada pelos sujeitos da pesquisa e a experiência própria do pesquisador. Este traz elementos próprios de sua trajetória sócio-histórica – assim como os conhecimentos que adquire em leituras e reflexões sobre o tema estudado – para interpretar as experiências narradas por aqueles, apreendendo a realidade do campo investigado a partir desse olhar. Desse modo, entende-se que não se alcança uma neutralidade completa (MINAYO, 2010).

Figura 5 – Quadro de Análise



Fonte: Maia Neto (2014, Adaptado de Assis e Jorge (2010).

4.2.5 Questões éticas

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE, com parecer Nº 122.324. Desse modo, seguiram-se os princípios da Bioética descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres à comunidade científica e aos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, sendo garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo, inclusive, ter desistido em qualquer momento. Foram assegurados o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos e morais de cada sujeito.

As entrevistas foram gravadas em equipamento eletrônico, após a aprovação dos participantes. Ademais, as entrevistas foram realizadas em local reservado, especificamente em salas de atendimento do CAPS e da ESF. Já as observações foram registradas em um diário de campo. O material coletado foi transcrito e organizado conforme a necessidade da discussão dos resultados.

5 DESVELANDO AS EXPERIÊNCIAS: Resultados e Compreensões do Fenômeno

Os processos que envolvem a produção do cuidado em saúde mental abrangem diferentes fatores, desde o modo como se percebe o indivíduo em sofrimento psíquico até a configuração do modelo assistencial, e os saberes que norteiam essas ações. As experiências narradas e observadas sinalizam para essa configuração de gestão do cuidado construída por múltiplas dimensões, às quais se dá maior ênfase à profissional, à organizacional e à sistêmica. A presente análise buscou identificar esses elementos e discuti-los com teorias, pesquisas e legislações fundamentais. A apresentação foi dividida em dois tópicos. No primeiro, reúnem-se discussões acerca da dimensão profissional da gestão do cuidado e suas repercussões na atenção em saúde mental. E, no segundo, discorre-se sobre as dimensões organizacional e sistêmica no diálogo entre os serviços de saúde, na busca por uma atenção integral e resolutive.

5.1 Diálogos sobre a Atuação Profissional na Produção do Cuidado em Saúde Mental

Formação na área de saúde mental e suas interfaces com o cotidiano das práticas

Os discursos dos profissionais desvelam uma conjuntura dos serviços que torna a atenção em saúde mental um desafio diário. Aponta-se que os percalços presentes no cotidiano das práticas, muitas vezes, são resultantes da fragilidade dos processos formativos, na medida em que estes limitam ações que possibilitem o cuidado integral ao indivíduo. Por conseguinte, tem-se como pensamento convergente a perspectiva de que as práticas desenvolvidas não alcançam os objetivos preconizados pelas políticas de saúde, como se observa nos relatos: “Eu aprendi no serviço público que a gente não faz o que tem que fazer, mas, sim, o que

dá para fazer.” (Grupo I); “A gente sabe o que a política diz, mas nem sempre é possível fazer” (Grupo II). Entende-se, assim, que os profissionais, mesmo afirmando conhecer as diretrizes que devem nortear as suas práticas, não conseguem, no seu cotidiano, aplicá-las inteiramente.

Desse modo, ao analisar a dimensão profissional da gestão do cuidado em saúde, destaca-se que as ações desenvolvidas nem sempre se traduzem em uma atenção resolutiva, como se percebe no discurso: “A gente até deseja ouvir o usuário, conhecer o sentido da sua doença e tudo, mas não temos tempo” (Grupo II). Destaca-se que é essa “escuta” e esse “conhecer o sentido da doença” que aproximam a prática profissional ao significado de cuidado. Todavia, o discurso apresenta um quadro muito presente nas observações do diário de campo, qual seja: a quase totalidade das atividades promovidas pelos trabalhadores da ESF é centrada em ações programáticas, de atendimento clínico e com o objetivo primeiro de dar uma solução imediata, com a prescrição de medicamentos e/ou a solicitação de exames. Dá-se maior ênfase, então, à doença e ao sintoma apresentado, em detrimento de um conhecimento mais acurado da realidade do sujeito.

Esse conhecimento tecnicante, em detrimento de um olhar ampliado para o sujeito, é apontado por Ayres (2004) como uns dos limites da produção integral da saúde, na medida em que há segmentação do usuário em órgãos e funções. Além disso, o intervencionismo exagerado e a supervalorização de técnicas diagnósticas limitam a atenção aos aspectos psicossociais do adoecimento, colocando, muitas vezes, a doença como mais importante do que a própria pessoa.

Salienta-se, assim, que o ato de cuidar exige a interação de subjetividades, sendo representado pelo encontro que se estabelece entre profissionais e usuários (PIRES; GÖTTEMS, 2009), ou seja, pressupõe-se, antes do “olhar o outro”, um “olhar com o outro”, que só é possível a partir de um diálogo atento, que perceba o indivíduo em suas diferentes dimensões, quais sejam: biológica, sociocultural e psicológica.

As narrativas dos profissionais indicam que o contexto de trabalho na saúde mental é complexo e desafiador, principalmente, porque envolve uma relação mais aproximada ao sujeito. Essa proximidade que, às vezes, é diária, corresponde a lidar com as incongruências, inconstâncias e limitações do sofrimento psíquico de modo

muito adjunto. Por isso, algumas vezes, o profissional não se sente apto a lidar com tudo isso,

[...] porque a demanda de saúde mental é muito complexa, ela traz um sofrimento que, às vezes, a gente se esforça para dá conta. É complicado, porque você está alí direto, próximo demais, o envolvimento é inevitável. A prática aqui no CAPS é muito desafiadora, não é para todo mundo não. Algumas pessoas não se sentem capazes de atuar aqui (Grupo I).

Essa complexidade inerente ao sujeito requer que os profissionais tenham percepção ampliada para todo o processo, na medida em que é preciso identificar todos os elementos que compõem o quadro do cotidiano do indivíduo, configurando-se em um olhar integral para a realidade que se lhe apresenta. Além disso, salienta-se que o trabalho em saúde mental é representado por um ambiente de intensa produção subjetiva e intersubjetiva, e que implica, muitas vezes, em lidar com o sofrimento e com a loucura. Se expressa, assim, a necessidade de que os profissionais desenvolvam habilidades para lidar com o ser humano, respeitando suas singularidades e suas mais diversas vicissitudes (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Nessa seara, ressalta-se que o trabalho em saúde mental, diferente de outros setores da saúde, demanda mais recursos humanos do que aparelhos e exames, podendo ser considerada, assim, como uma área de recursos “humano-dependentes”. Nesse sentido, os processos formativos e organizacionais da prática de saúde mental emergem como necessidade precípua (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

No trabalho de campo, os profissionais relataram que eles têm baixo nível de conhecimentos específicos para área de saúde mental, e que, por isso, não se sentem preparados em competências e habilidades para atender a essas demandas:

Bem, confesso que a gente da Enfermagem não tem esse tato, assim, com a saúde mental. Não vou dizer pra você que eu tenho uma aproximação com esse público, porque eu realmente não tenho. A gente não tem. Não tive preparação nenhuma nessa área na faculdade [...] eu acho que é muito difícil para o clínico geral, ou para

qualquer especialidade médica, que não seja a Psiquiatria. Até porque, se ele escolheu essa área, significa que, além de aptidões e interesse, ele tem estrutura para isso, ele tem todo um preparo e um manejo. [...] No mais, além de não se sentirem aptos ao trabalho, muitos médicos da atenção básica se recusam a atender esse tipo de demanda (Grupo II).

Assim sendo, compreende-se que os déficits nos processos formativos dos profissionais repercutem na sua atuação e dificultam o acesso dos usuários a um cuidado integral. Destarte, observa-se que essa falta de cursos de formação apontada pelos profissionais fere um dos fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que diz que se “deve valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação” (BRASIL, 2012, p.20). Além disso, a afirmação de que “muitos médicos da atenção básica se recusam a atender ‘esse tipo’ de demanda” (Grupo II) traz para a discussão o conflito que se estabelece com o fundamento da PNAB, que traz como prerrogativa “o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivo, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde” (BRASIL, 2012, p.20). Esse acesso “universal e contínuo” só é possível quando se tem um olhar integral e uma escuta ampliada a todos os sujeitos, sem distinções segregadoras, o que diverge do relato dos profissionais da ESF.

Essa carência identificada nos cursos de graduação da área da saúde se apresenta como um contrassenso ao atual contexto do Brasil, que visualiza a AB enquanto estratégia de mudança paradigmática e busca perceber o sujeito em seu contexto sócio-histórico-cultural. Muitas dessas instituições de formação ainda seguem os princípios do Relatório Flexner, que, a partir de práticas pedagógicas tradicionais, não promovem discussões críticas, o que contribui para a permanência e repetição de um modelo de exercício descontextualizado (PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012).

O campo empírico revela que os cursos de graduação não têm a preocupação necessária para a discussão de aspectos que compõem a realidade onde o profissional irá desenvolver suas práticas, como ilustra o relato:

Eu estou com um ano e meio de formada. E caí na saúde mental meio que de paraquedas. Eu tinha feito algumas pesquisas, muito poucas, e participado de um projeto de ressocialização feito pela prefeitura, mas foi um contato muito superficial. Na graduação, eu fui muito próxima da saúde como um todo, mas senti falta de discussões que envolvessem o campo prático, a realidade dos serviços. [...] Na graduação a gente vê de forma muito generalista, assim, diversas áreas e tudo mais, não se tem uma aproximação com área da saúde propriamente dita, com o trabalho no CAPS. [...] Você, depois que se gradua, entra numa realidade de trabalho completamente estranha para você (Grupo I).

Essa dimensão do conhecimento acerca do serviço de saúde e as nuances que o envolvem é fundamental para o processo de construção do cuidado, na medida em que é a partir dos saberes que abarcam o funcionamento do equipamento que se poderá construir uma prática efetivamente resolutive. Ressalta-se que o território não é estanque e que as relações promovem uma vitalidade que o torna complexo e desafiador.

A realidade vivenciada pelos profissionais aponta que a existência de espaços de diálogo e de construção de conhecimento crítico se apresenta como necessidade essencial para a formação dos trabalhadores na área da saúde. Como ilustra o relato dos profissionais da ESF:

Eu acredito que as demandas de saúde mental só serão bem acolhidas, se houver algum treinamento, algum curso que possibilite que as pessoas troquem experiências. Não adianta vir aqui e dizer o que a saúde mental é, e o que ela não é. [...] O que interessa para a prática é, exatamente, a dimensão da prática, ou seja, como que o conhecimento, a teoria, se aplica na prática. [...] O que eu vejo muito aqui é a dificuldade do profissional em ter que atender demandas de saúde mental, sem nunca ter tido contato com isso (Grupo II).

Compreende-se, assim, que os cursos de graduação não têm respondido de maneira integral às demandas e desafios que a realidade de trabalho apresenta aos profissionais no cuidado em saúde mental. Aponta-se, então, a mudança nas diretrizes curriculares como fator necessário e, potencialmente, solucionador dos problemas encontrados na prática (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). Deve-se buscar, principalmente, a aproximação das ações pensadas na academia às práticas desenvolvidas para a comunidade (e com a comunidade). Algumas iniciativas governamentais já deslumbram essas mudanças nos cursos da saúde.

Estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, e fortalecido pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e pelo Pró-Ensino na Saúde, ambos de 2010, configuram uma atmosfera de transformação e potencialização do processo de ensino-aprendizagem, por meio da aproximação do ensino ao serviço e à comunidade (PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012).

Além dessa necessária atenção aos cursos de graduação, os sujeitos sinalizam a importância dos processos formativos após a obtenção do título profissional, na medida em que eles identificam dificuldades no seu processo de trabalho que poderiam ser abrandadas a partir do diálogo em ações de educação permanente,

Eu acho que um curso de saúde mental para os profissionais poderia diminuir muito as nossas dúvidas e nos ajudar a atender essas demandas. [...] Eu não me sinto segura para atender a algumas pessoas, porque eu nunca fiz um curso na área e a gente não tem muitas oportunidades para conversar com as meninas do CAPS. [...] eu acho que a prefeitura deveria propor atividades de formação. A gente vive muito dentro do serviço, não temos incentivo nenhum para buscar novos conhecimentos e, você ver aqui, a gente precisa muito, porque sempre existem coisas novas para a gente aprender. A saúde mental, mesmo. Um curso sobre isso seria importante, não só para mim, mas para todos. [...] Poder compartilhar as nossas dificuldades e discutir isso em um curso seria importante (Grupo II).

Apreende-se, desse modo, que há a necessidade de ações de educação permanente que tratem da saúde mental, possibilitando maior segurança para os profissionais lidarem com as demandas que se lhe apresentam. Salienta-se que, assim como tratado na discussão acerca dos cursos de graduação, essas atividades também devem ser contextualizadas, ou seja, tratem de temas do cotidiano dos sujeitos. Deve-se buscar uma prática educacional com perspectiva libertária, com pretensões além da relação ensino-aprendizagem, no sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo nos assuntos discutidos (FRANCO, 2007).

Compreende-se que é nesse formato que se podem construir estratégias coerentes e que promovam mudanças significativas. Observa-se, ainda, que enquanto campo complexo e que envolve diferentes categorias profissionais –

médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, entre outros –, os processos formativos na área da saúde mental se configuram em atividades, igualmente, complexas e desafiadoras (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

As anotações em diário de campo assinalam que essa insegurança sentida por muitos profissionais no cuidado em saúde mental promove limitações no atendimento ao usuário. Muitas vezes, o sujeito atendido não é compreendido em sua integralidade, tem seu acesso limitado e o fluxo de atendimento comprometido, pois há processos de encaminhamento desconexos e um caminhar na rede de atenção não resolutivo – o usuário é orientado a buscar atendimento no serviço especializado, que o identifica como demanda para atenção básica e o encaminha de volta, estabelecendo um repasse de demanda que, algumas vezes, fica sem ser resolvida.

Salienta-se que ações executadas em equipe contribuem significativamente para a diminuição das dificuldades apresentadas no cotidiano dos serviços, pois existe a possibilidade de diálogo entre diferentes sujeitos, diferentes categorias, com saberes e experiências complementares. Essa atenção interdisciplinar é, inclusive, uma estratégia fundamental no processo de desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico, no tocante a propiciar atendimentos ampliados, integrais e corresponsabilizados (SCHNEIDER et al., 2009).

Trabalho em equipe

Os discursos ilustram que o trabalho em equipe interdisciplinar é reconhecido como uma estratégia pujante na concretização de um cuidado integral e resolutivo, na medida em que, “[...] o diálogo entre os membros da equipe é fundamental para a resolução das demandas do serviço” (Grupo I); entendendo, ainda, que “um único profissional não pode dar conta de tudo, é preciso mais de um olhar [...]” (Grupo II), ou seja, uma atenção pautada na integralidade pressupõe o estabelecimento de um diálogo aproximado entre as diferentes categorias, no tocante a propiciar uma compreensão ampliada da demanda apresentada.

No contexto do CAPS percebeu-se que há essa tentativa de integração entre as ações e um diálogo aproximado entre os trabalhadores,

[...] assim, existe uma atenção para o cuidado integral ao paciente. Eu não me centro apenas no meu grupo não, ao contrário [...] Contanto que eu construa junto com o paciente a ideia de participar dessas atividades, eu posso incluí-lo no grupo da enfermagem, no grupo da psicologia e no do serviço social. Assim, eu não boto só ele no meu grupo e ponto, não. A enfermagem bota só no grupo dela e ponto, não. Cada profissional busca atender o usuário de forma integral e pensando nas atividades promovidas pelas outras áreas. Além disso, se eu vejo que estou em dúvida sobre algum ponto do tratamento daquela pessoa, eu busco conversar com outro profissional que possa me ajudar (Grupo I).

Dos discursos, apreende-se que existe a valorização das ações compartilhadas, a troca de experiências e o envolvimento do usuário no processo de decisão sobre qual atividade irá participar. Como se observa:

Aqui, a gente tem espaço para conversar com outro profissional e com o próprio usuário. Então, se eu acho que a pessoa não está com a medicação bem organizada, eu vou conversar com a enfermeira; se o paciente reclama de algum sintoma que possa ser resultado de um novo medicamento, eu procuro conversar com o médico. Então, assim, tem esse olhar do multidisciplinar e a gente se respeita cada um no seu espaço, mas a gente se ajuda e procura saber a opinião da pessoa que está sendo atendida também (Grupo I).

Discorre-se, assim, que a produção do cuidado se efetiva de maneira coerente a partir da perspectiva da integralidade. Esse princípio valoriza o trabalho em equipe e pressupõe práticas mais ligadas ao cuidado, no tocante a perceber o olhar sobre o sujeito do ponto de vista da humanização em saúde e da corresponsabilização das ações. Há, pois, destaque para o diálogo entre os membros das equipes e entre os serviços e equipamentos que compõem a rede de atenção (VASCONCELOS et al, 2012). Além do protagonismo do usuário no processo de construção do cuidado.

Contudo, a observação na ESF revelou que ainda existem muitas ações promovidas nos serviços de saúde que estão centradas na prática segmentada e com pouco diálogo entre as categorias. Identificou-se que os atendimentos seguem um fluxo previamente estabelecido e que há um ordenamento nas consultas –

primeiro, tem-se o atendimento com o auxiliar de enfermagem, depois com o enfermeiro e, se a demanda não for resolvida ou agendada, tem-se o encaminhamento para o médico, que é o principal responsável pelas decisões acerca da demanda apresentada. Desse modo, não se percebe uma comunicação direta entre os profissionais, mas, sim, um processo de hierarquização das práticas.

Essa realidade apontada pela pesquisa de campo revela limites e desafios para construção de um cuidado resolutivo, pois se entende que a saúde é um campo que exige um olhar interdisciplinar. Os atendimentos ou intervenções devem ser pensados e concretizados de maneira compartilhada e envolver as diferentes áreas do saber. Além disso, deve operar em diálogos que envolvem os diferentes equipamentos intersetoriais (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). No entanto, reconhece-se que ainda existem atendimentos isolados, pautados em procedimentos verticalizados, segmentados e hierarquizados, como os apresentados na observação supracitada.

As experiências apresentadas pelos sujeitos revelam, ainda, a necessidade de que esses impasses na produção do cuidado sejam superados, “pois se houver uma integração maior entre os profissionais, as demandas de saúde mental serão melhor atendidas” (Grupo II). Além disso, os discursos são complementares, no tocante a apresentar o papel da família como essencial para a concretização desse processo, sendo necessário que os profissionais reforcem o seu protagonismo. Como em grupos de familiares, onde, “[...] também é um espaço para eles terem um conhecimento maior, para saber como é o serviço, como é que funciona a terapêutica [...]” (Grupo I). Além disso, “[...] às vezes, tem visita domiciliar, para aumentar o acesso, ver como é essa dinâmica familiar.” (Grupo II). Compreende-se, portanto, a importância do olhar integral para o sujeito e o envolvimento de diferentes atores na produção dessa atenção, especialmente o profissional, o usuário e seu familiar.

A família no processo de gestão do cuidado

A atenção à família aparece como necessidade precípua, pois ela apresenta participação significativa no acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico.

São os amigos, vizinhos e familiares que estão mais próximos ao cotidiano do usuário, onde as relações se estabelecem e a vida acontece. Assim,

A gente precisa ter um olhar atento para a família, porque é ela, junto com os vizinhos e amigos, que mais pode contribuir para a melhora do paciente. [...] A gente aqui tenta fazer o nosso melhor, mas a família também precisa ter um papel atuante, porque é ela que está na ponta, é ela que está direto com o paciente. [...] É por isso que nós fazemos grupos com os familiares, para poder sensibilizar também esse lado, para que eles se tornem mais compreensivos e busquem melhorar essas relações (Grupo I).

Nesse sentido, os suportes sociais, como se podem destacar as relações familiares, são fundamentais para o cuidado em saúde mental. Observa-se que uma rede social fortalecida contribui para a reinserção social e ajuda a enfrentar os conflitos e os entraves resultantes de um adoecimento psíquico (BRUSAMARELLO et al, 2011).

A pesquisa de campo evidencia a importância do protagonismo da família no acompanhamento aos usuários dos serviços de saúde. Discorrendo-se sobre o papel que esta assume no contexto da gestão do cuidado,

A família tem um lugar central no tratamento do paciente, muitas vezes, inclusive, é ela que mais contribui para a melhora [...]. Ao mesmo tempo, a gente também percebe que ela pode prejudicar o processo. Então, assim, tanto para bom, quanto para ruim, a família possui um lugar muito importante na vida do paciente e influencia diretamente no seu processo (Grupo I).

O paciente, aqui, precisa vir acompanhado de um responsável, geralmente aquelas pessoas que moram com ele e conhecem bem a sua realidade, porque a gente entende que é essa pessoa que vai passar a maior parte do tempo com ele e, dessa forma, tem que ter conhecimento sobre o que está se passando, para poder ter um comportamento mais adequado, até mais compreensivo (Grupo II).

Assim sendo, aponta-se o caráter privilegiado que pessoas da família, amigos e vizinhos têm com o sujeito que está recebendo cuidados, na medida em que são essas as pessoas mais próximas do seu convívio, que fazem parte de seu cotidiano (CECILIO, 2011), por conseguinte, potencialmente podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Pondera-se, no entanto, que, ao mesmo tempo em que as relações familiares podem ser promotoras de saúde, elas também podem ser as responsáveis pela piora do usuário. O modo como esse relacionamento se dá é que trará benefícios ou danos aos sujeitos.

Os profissionais explanam que “não é fácil ter um paciente adoecido em casa, alguém que dá trabalho; alguém que precisa tomar remédio todo dia, alguém que, de repente, quebra tudo dentro de casa; que, em surto, pega uma faca e quer matar o povo dentro de casa” (Grupo I). Tudo isso, evidencia a atenção que se deve dar à família, pois,

[...] se eu não pudesse ter um trabalho de suporte, de escuta dessa família, que também adocece, eu não estaria contribuindo para um cuidado integral ao paciente, pois a família precisa ser cuidada, inclusive, para poder cuidar do paciente. [...] Ela é essencial para a concretização dessa atenção integral, porque é ela que passa mais tempo com o paciente e pode contribuir para a sua melhora, ou piora, dependendo de como são essas relações. [...] Saber o que os familiares acham é essencial para o tratamento. Saber o que eles percebem do que está acontecendo e tentar ver possibilidades de melhorar essa dinâmica em casa (Grupo I).

Considera-se, ainda, que “é difícil ter um paciente psiquiátrico em casa, mas não é impossível, principalmente quando se tem o suporte que é oferecido pela equipe” (Grupo I). Destarte, compreende-se que o apoio à família é percebido como importante no sentido de que se entende a existência de dificuldades em se lidar com o indivíduo em sofrimento psíquico e os desafios inerentes a esse relacionamento.

Esse olhar ampliado para as relações familiares pode contribuir para o estabelecimento de relações cotidianas saudáveis, tal como aponta pesquisa realizada por Borba et al (2012). Esses autores discutem que a convivência da família com o indivíduo em sofrimento psíquico apresenta melhora significativa após o início do acompanhamento do CAPS. Antes, essas relações eram marcadas por brigas, discussões e, principalmente, incompreensões acerca do comportamento expressado pelos sujeitos. Após a inserção desses familiares nas atividades do CAPS, começou-se a perceber a melhora na convivência, com o estabelecimento de diálogos mais conscientes e respeitosos. Os familiares passaram a participar de

reuniões no serviço, onde, além de receber esclarecimentos e orientações sobre os aspectos do sofrimento psíquico, encontraram, também, um espaço de cuidado e atenção para sua subjetividade. Essas atividades propiciaram a aceitação e o entendimento dos comportamentos, por vezes, desconexos dos sujeitos. Nesse estudo, os familiares indicaram a melhora na convivência como a principal contribuição do modelo psicossocial, pois isso interferiu diretamente nas suas vidas (BORBA et al., 2012).

Portanto, essas ações de apoio aos familiares se mostram potentes na mudança da percepção dos indivíduos acerca do adoecimento psíquico. Esse entendimento sobre as limitações apresentadas pelos sujeitos e da quebra do estigma presente no olhar para a loucura, são fundamentais para melhora da convivência. Desse modo, um trabalho dialógico nos serviços de saúde pode contribuir para transformar a realidade.

Em pesquisa realizada por Onocko Campos et al. (2012), identificou-se que os usuários valorizam o papel da família e dos amigos, mas afirmam que ainda têm que enfrentar a estigmatização por parte dessas pessoas, o que pode tornar a relação conflituosa.

A análise das dimensões relacionais do usuário com os seus familiares e amigos, remeteu a outro processo relacional igualmente importante, qual seja: o vínculo que se estabelece entre o indivíduo que busca atendimento e o trabalhador de saúde que atende. Entendendo-se que é por meio desse processo que o profissional alcança os seus objetivos de cuidado.

Vínculo e sua importância na produção do cuidado

Os discursos dos usuários assinalam que o processo de vinculação com os profissionais do CAPS emerge como um dos principais fatores contribuidores para a efetivação das ações. O estabelecimento desse laço intersubjetivo é imprescindível para que as ações se configurem em cuidado, na medida em que é a partir disso que se estabelece uma relação de confiança, tão necessária para revelar as nuances que envolvem a subjetividade do sujeito e os aspectos relevantes para que a produção do cuidado aconteça:

Os profissionais são muito atenciosos. Se, por algum motivo, eu faltar a algum atendimento, eles me ligam para saber se está tudo bem. [...] Se eu estou triste, para baixo, sempre vem alguém do CAPS me perguntar se eu estou bem, se eu quero conversar, se preciso de alguma coisa. Tudo isso, me ajuda a fortalecer essa minha confiança, porque eu tinha perdido essa capacidade de acreditar no outro. [...] aqui, eu voltei a gostar das pessoas e a confiar nelas (Grupo III).

O processo de vinculação acontece de modo gradual e envolve os mínimos detalhes da relação, tais como: o modo como se é reconhecido pelo outro; a atenção que se recebe; a conformação dos diálogos, entre outros. Como se observa nos relatos:

Eu me sinto muito bem amparada pelos profissionais daqui. [...] sempre fui muito bem tratada, isso me trouxe um sentimento de confiança. Sei que posso confiar neles. São todos muito atenciosos comigo e, por isso, sei que posso contar os detalhes da minha história, porque eles só querem saber para poder me ajudar, e não para me prejudicar. Porque, antes, eu tinha medo de contar da minha vida. [...] hoje, eu ia chegando e a Dra. (Terapeuta Ocupacional) ia chegando também, aí ela esperou por mim, para a gente entrar junto. [...] ela esperou, me abraçou, perguntou se eu estava bem. Se fosse outro, não tinha feito isso, porque eu sou só uma paciente do CAPS, não sou uma amiga dela. Ela me trata como um ser humano, assim como outros profissionais aqui também. É por isso que meu coração se enche de alegria quando eu chego aqui. Sou muito bem cuidada aqui (GRUPO III).

Essa atenção ao processo de vinculação entre o profissional e o usuário ganha destaque, pois constitui um elemento imprescindível do processo terapêutico (CAMPOS, 2003), no tocante a propiciar a aproximação necessária para o estabelecimento de uma relação de confiança. Isso se faz necessário para que o usuário traga os elementos indispensáveis para a compreensão do fenômeno que lhe tem gerado sofrimento psíquico.

Esse conhecimento acerca das singularidades do sujeito se mostra importante na orientação para um novo tipo de cuidado, que envolve humanização, responsabilização e produz mudanças no modelo assistencial (GOMES; PINHEIRO, 2005). Reconhece-se que há a impossibilidade de existir atitude de cuidado na ausência de vinculação entre sujeitos, e que a produção de subjetividades aparece e se fortalece no processo terapêutico (SOUZA et al., 2009).

Os profissionais referem que o processo de vinculação é notadamente necessário na gestão do cuidado em saúde mental. Apontam que é imperativo o fortalecimento do processo de vinculação, como meio de se aproximar dos usuários e, até mesmo, para que as atividades promovidas possam se configurar em cuidado, e não apenas na prescrição de procedimentos e medicamentos. Destarte,

[...] a gente sabe da importância do vínculo com o profissional, principalmente, na saúde mental. Não é um trabalho simples. Não é só chegar lá, passar um remedinho e “vai-te embora”. A gente precisa desse fortalecimento do vínculo, até porque é com isso que a gente consegue fazer alguma coisa nos pacientes psicóticos. É assim que a gente consegue chegar perto deles e cuidar (Grupo I).

A experiência vivida explica que o vínculo é primordial para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, sendo imprescindível que o profissional não se esqueça dessa dimensão, presente em todos os momentos do processo de produção do cuidado. Essa postura assumida pelo trabalhador de saúde envolve mudanças na própria estruturação da *práxis*:

Eu percebo que a forma como eu trato o paciente repercute em toda a terapêutica. Às vezes, o paciente chega a ser agressivo com a gente, mas na maioria dessas vezes ele faz isso para nos desafiar. Eu poderia ter duas posturas: ou revidar os insultos, ou refletir com ele sobre o motivo de tal comportamento. No início, eu tinha até raiva, depois que eu fui compreender melhor o que é a saúde mental. [...] É claro que em alguns momentos é preciso ter uma postura mais firme, tudo vai depender da situação (Grupo I).

Destaca-se, assim, que o vínculo implica uma mudança de paradigma, na medida em que pressupõe transformações na maneira como as relações se desenvolvem. Portanto, por se considerar o trabalho como vivo, cada nova ação em saúde pressupõe uma nova maneira de se comportar, não havendo coerência, assim, para o enrijecimento tecnicificante das práticas; o foco é, sobretudo, o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos (CAMARGO JUNIOR et al, 2006). Nessa seara, o cotidiano exige do profissional um constante repensar de sua prática, na busca por expressar as condutas mais assertivas para o processo terapêutico.

As expressões dos usuários acerca do modo como acontecem seus encontros com os profissionais do CAPS convergem para a valorização do

relacionamento terapêutico como responsável pela modificação de comportamentos disfuncionais, apresentados nas mais diversas situações da vida diária. À vista disso, emerge a seguinte narrativa:

Eu era muito agressiva com meus filhos e com minha neta. Já cheguei até a bater na minha filha, mesmo ela já sendo adulta. [...] Meu comportamento mudou bastante, agora, eu consigo refletir sobre a minha raiva e me expressar de maneira mais tranquila. Eu comecei a mudar depois que a minha psicóloga fez com que eu refletisse sobre esse meu lado, sobre as possibilidades de eu falar o que eu quero, sem precisar agredir as pessoas. [...] Eu era muito agressiva, porque as pessoas também eram assim comigo. No CAPS, passei a ter outro tipo de relacionamento e percebi que eu poderia ser mais tranquila. Isso trouxe mudanças para o meu relacionamento lá fora também (Grupo III).

Compreende-se que o próprio relacionamento terapêutico – enquanto encontro intersubjetivo – promove mudanças nas diferentes esferas da vida dos indivíduos envolvidos (profissional e usuário). Tem-se que, a partir de uma relação autêntica, onde exista a valorização das experiências de vida e um processo de conhecimento mútuo, ambos são beneficiados (AGUIAR et al., 2012).

Essas relações de vinculação positiva com os profissionais de saúde estão presentes na vivência dos usuários, mas apenas no que se refere ao CAPS, pois,

[...] lá no posto de saúde é diferente. [...] lá o povo não entende você. Lá, você não recebe um bom dia, um abraço, não tem nada disso. Aqui no CAPS, já recebi dois abraços só hoje. Um abraço, para mim, é algo muito importante, porque é uma coisa que eu não tinha. Hoje, eu estou alegre, só por conta disso. No posto, tem profissional que passa perto da gente como se fosse um animal. Nem o animal a gente pode tratar sem amor. Aqui no CAPS, não. Aqui eu me sinto bem. Todo mundo me trata bem (Grupo III).

Essa diferença entre os serviços é percebida não apenas no que se refere ao tratamento dado pela equipe, mas, também, pela forma como o serviço se organiza. Observa-se que o CAPS – enquanto serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico – apresenta uma oferta de atividades que evidenciam a importância da socialização nos processos de cuidado. Assim, tem-se a prerrogativa de uma atenção que vá além de procedimentos e técnicas previamente estabelecidos. Dá-se ênfase a

diretrizes que envolvem acesso, vínculo, acolhimento e desenvolvimento de autonomia no usuário. Tudo isso, dentro de uma perspectiva psicossocial.

Na ESF, por outro lado, tem-se que “os atendimentos são só para prescrição e recebimento de medicamento” (Grupo III), diferente do CAPS, onde o diário de campo aponta atividades de valorização das relações intersubjetivas, com trabalhos em grupos e o envolvimento da família. Neste espaço, tem-se, inclusive, a possibilidade de estabelecer um diálogo mais atento com o profissional. Já na ESF, “os atendimentos são mesmo só para encaminhar, só faltam não olhar para a gente. Quando não dizem o medicamento que tem que tomar, mandam para outro lugar, ou pedem exame. Não tem muita conversa não” (Grupo III).

Essa postura atenta e dialógica elucidada no CAPS aproxima a prática dos profissionais ao que se entende por clínica ampliada, no tocante a ser um espaço de materialização da integralidade, pois, a partir do uso de tecnologias leves, compreende o sujeito em sua complexidade e visa ao estabelecimento do vínculo, fundamentais no processo de cuidado (BONFADA et al., 2012).

Os discursos dos usuários e a observação do cotidiano dos serviços apontam, também, que as ações desenvolvidas no CAPS “são pensadas na realidade contextualizada, na dimensão do cotidiano. E mesmo sendo lugar de saúde mental, têm uma preocupação com a vida como um todo” (Grupo III). Diferente do que acontece na ESF, onde ainda se identifica, a partir das anotações no diário de campo, um processo de trabalho marcado por uma segmentação de saberes e pouca valorização das tecnologias leves de cuidado.

Lembra-se com Merhy (2002) que existem, pelo menos, três tipos de tecnologias de cuidado: duras, que correspondem ao uso de instrumentos, equipamentos e normas; leve-duras, que se relacionam com o conhecimento técnico estruturado; e leves, que expressam as relações entre sujeitos, que só têm materialidade em ato, ou seja, agrega ao que se considera no presente trabalho como vínculo.

Observa-se que esses três tipos de tecnologias estão entrelaçados no ato produtivo de cuidado do profissional de saúde. Apesar disso, constata-se que, muitas vezes, há predominância na utilização de um dos tipos, em detrimento das

demais, caracterizando a forma como a gestão do cuidado opera e como ocorre a formação dos projetos terapêuticos que vão incidir sobre determinada demanda do usuário. Assim, as opções tecnológicas advêm da relação do usuário com o profissional, e sob influência dos serviços e de suas opções ético-políticas, que dizem respeito ao modo de gerir os saberes e práticas da equipe do serviço de saúde (MARTINS et al., 2009).

Em análise às anotações do diário de campo, percebe-se que a dimensão relacional – de diálogo e criação de vínculos – tem sido perdida nas condutas profissionais da ESF. Estes sujeitos estão mais preocupados em dar respostas rápidas e diretivas. Nesse sentido, a equipe de saúde tem se utilizado da medicalização como ferramenta de resposta imediata (mesmo que isso não se configure em cuidado ou atenção resolutive). Ressalta-se, ainda, que mesmo a prescrição sendo um procedimento prioritariamente médico, as ações dos demais profissionais se orienta em torno disso – com o encaminhamento e posterior acompanhamento do uso do fármaco.

Uso de medicamentos como estratégia precípua e determinante

Os discursos apresentam uma realidade da ESF em que a medicalização assume um lugar central na resolução das demandas, independente dos diferentes fatores que lhes são intrínsecos. Assim, o transtorno mental, como mais uma das “doenças” que aparecem no cotidiano dos profissionais, tem a utilização do medicamento como necessidade precípua e determinante. Como ilustra o relato:

A doença mental é algo que, se você não medicar, não tem jeito. Aqui, a gente entende que tem que medicar, porque só assim a pessoa consegue ter uma vida, mais ou menos, normal. O médico daqui prescreve, quando não tem ninguém que faça isso no CAPS. Se não tem esse tipo de medicamento, não se pode fazer nada (Grupo II).

A experiência vivida confirma que a utilização de medicamentos está presente na maioria dos planos terapêuticos dos usuários, sendo constante a sua retirada na farmácia. Atenta-se, também, que a prescrição medicamentosa é assinalada como única possibilidade terapêutica, o que vai de encontro a toda construção psicossocial

de cuidado. Tal lugar de centralidade é reforçado pela percepção dos usuários, que afirmam ter sido o fármaco o responsável pela sua “melhora”. Como se observa:

[...] eu melhorei depois do medicamento. Se não fosse o medicamento, eu era aquela mulher do passado, aquela que era violenta. Depois que comecei a tomar os comprimidos, meu comportamento foi mudando. Hoje, eu sou outra pessoa. Estou muito melhor (Grupo III).

Discorre-se que a centralidade assumida pelo fármaco também está presente no CAPS. Nessa configuração, uma pesquisa realizada por Campos et al. (2012) sinaliza que o uso de psicofármacos é prática hegemônica nas condutas realizadas pelos profissionais da saúde mental. A pesquisadora identificou que os psiquiatras até concordam que, caso o usuário insista em não fazer uso de medicamento, não se deve deixar de atendê-lo. Por outro lado, outros sujeitos da pesquisa discordaram, defendendo a hegemonia médica e o saber da psiquiatria, apontando o uso de psicofármacos como única estratégia no tratamento de crises. O estudo encontrou, ainda, que existem serviços que impõem o desligamento do usuário que se recuse a fazer uso da medicação.

Nota-se que o uso do fármaco não é prática comum apenas no atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, pois também assume lugar de centralidade e hegemonia em muitos serviços de saúde para a resolução das mais distintas demandas. Não se pode, no entanto, fazer generalizações e afirmar que todos os atendimentos realizados pelos profissionais são voltados para essa valorização da substância, em detrimento do diálogo e de outras condutas terapêuticas.

Compreende-se que a medicalização é percebida como fundamental, mas “[...] a conversa com o paciente é tão importante quanto. A medicação é importante, mas a conversa é também; e o lazer, e a família” (Grupo II). Nesse sentido, dá-se ênfase ao diálogo que o atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico deve envolver. Ressalta-se que essa postura exige mudanças estruturais, inclusive, para a necessidade de tempo que esse encontro intersubjetivo pressupõe. Tendo-se, por conseguinte, a limitação da quantidade de usuários atendidos por dia/horário, pois um atendimento atento demanda tempo e concentração:

[...] queriam que eu atendesse vinte pessoas. Eu não posso, porque se fosse para ser assim, eu estaria só dando o medicamento. Aí não tem condições. Ia ser uma distribuição de medicação. E eu não concordo com essa postura, eu entendo que é necessário dialogar com a pessoa, entender o motivo de ela estar ali, precisando de um apoio. O remédio ajuda, e é fundamental, mas ele não dá apoio, não. E, muitas vezes, essas pessoas vêm atrás de apoio, e não de remédio. Para atender bem uma pessoa, eu preciso de tempo e de concentração (Grupo II).

Nessa conjuntura, emergem dois tipos de postura. Por um lado, o profissional determina que não pode atender a uma quantidade de usuários excessiva, porque precisa se ater ao sujeito em sua integralidade; por outro, diz-se que o tempo limitado não permite que se tenha um atendimento mais detalhado e cuidadoso com o sujeito, como se sobressai do relato:

Eu acredito que você não tem que ver só a questão da medicação, você tem que ver o paciente como um todo e no seu contexto. Tem que ver a pessoa, a sua família, onde que ela está inserida. E, com isso, a gente poderia ver, realmente, um grupo de apoio, de música, de dança, de conversa, de pintura, para a gente poder tentar sentir tudo isso. Mas o que acontece é que a gente não tem tempo. Não tem como fazer isso. A gente tem vontade, mas não tem como, então a gente encaminha para o médico, porque é ele que pode prescrever o medicamento. Seria interessante a gente ver a realidade de cada um, como cada um se comporta, o porquê e a razão de cada doença, e perceber esse paciente dentro do contexto da família, fazer as visitas e tudo (Grupo II).

Observa-se que, como evento narrado, o uso do psicofármaco surge como uma estratégia de resposta rápida para a demanda que se apresenta aos profissionais, conforme foi citado anteriormente. Salienta-se que mesmo desenvolvendo outras ações, a maioria delas não envolve um cuidado intersubjetivo. Parece existir interesse, mas não empenho, no desenvolvimento de atividades psicossociais.

Em vista disso, Oliveira et al (2011) encontraram em seu estudo que as profissionais de enfermagem da ESF desenvolvem atividades de atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico, tais como: a visita domiciliar, o encaminhamento para o CAPS e a orientação aos agentes comunitários de saúde (ACS) – treinando-os para identificar casos que demandem cuidado em saúde mental. Assim, ressalta-se o aspecto positivo equivalente ao acesso promovido ao usuário pela “busca ativa”

a qual se estabelece com o “treinamento” dos ACS. Todavia, essa pesquisa realizada em 2011 aponta que essas foram as únicas ações relatadas como tendo sido desenvolvidas pelas enfermeiras da AB. Além disso, discute-se que o único contato clínico que se estabelece com o sujeito que demanda atenção em saúde mental na ESF se dá diretamente com o médico, que por meio de uma consulta, muitas vezes rápida, prescreve psicofármacos e nada mais sugere.

Considera-se importante notar que esse processo de prescrição de medicamentos se dá sem que a opinião do usuário seja considerada, por vezes, nem informações sobre o próprio psicofármaco – indicações, efeitos esperados, reações adversas, contraindicações – são repassadas. Como se observa:

Eu acho que a minha função é tomar a medicação na hora certa. Não falhar. [...] não sei direito para que serve cada remédio, o Dr. só dá a receita, eu pego na farmácia e pronto. Eu só sei que é remédio para ajudar a cuidar das minhas loucuras, mas não sei o que é não (Grupo III).

Tal realidade é apontada, também, no estudo realizado por Campos et al. (2012), onde se constatou que nos CAPS por eles investigados não existem espaços de diálogo e reflexão sobre a medicação. Além disso, identificaram que os trabalhadores apresentam baixa qualificação no que se refere ao apoio que deveria ser dado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Apesar desses desafios e fragilidades, os usuários consideram o CAPS como um espaço acolhedor e necessário para o seus cotidianos. Conformando-se em um lugar que se preocupa com a qualidade de vida do sujeito, é visto como um apoio para lidar com as intempéries da vida diária. As ações desenvolvidas são percebidas como estratégias de fortalecimento pessoal, que objetivam a sua autonomia no processo de cuidado. Assim,

[...] os atendimentos do CAPS têm que ser semanalmente mesmo, porque a gente passa a semana em casa aguentando filho, neto e marido. E aí, quando chega ao atendimento, a gente coloca tudo em cima da nossa doutora, elas recebem todo o abacaxi da gente. A gente conta a vida da gente todinha, a semana todinha, o que aconteceu no dia-dia. Isso é muito importante para a gente, serve como um apoio, para que a gente se fortaleça para poder enfrentar

os desafios sozinhos. Por enquanto, eu preciso desse apoio, mas, um dia, eu conseguirei enfrentar sozinha (Grupo III).

Oferecer um “apoio ao usuário” não pode se confundir com “tutelá-lo”, tornando-o dependente. O objetivo da atenção ao usuário deverá ser sempre o de promover autonomia. É preciso que o indivíduo se torne protagonista no seu processo de cuidado e participe de todas as etapas de decisão sobre o plano terapêutico a ser seguido, inclusive na prescrição e uso de medicamentos.

Lembra-se que esse pensamento vai ao encontro da noção de saúde Paidéia, um método que nasceu do conceito grego de desenvolvimento integral do ser humano. Essa perspectiva elimina o lugar de suposto saber do profissional de saúde e coloca o usuário em posição de protagonista no planejamento e execução do seu tratamento. Há, também, a valorização da busca de autonomia do usuário e das ações pedagógicas que potencializem essa participação (CAMPOS, 2003; SOUZA et al., 2009).

Autonomia do usuário no cuidado em saúde mental

As percepções dos trabalhadores acerca de como se dá a atenção aos sujeitos que buscam atendimentos em saúde mental é a de compreendê-los enquanto pessoas que apresentam um sofrimento psíquico e que, apesar das muitas limitações que isso implica, têm potencialidades a serem fortalecidas. Busca-se reforçar a autonomia do indivíduo, ampliando o olhar para além do transtorno mental apresentado; para além dos sintomas expressos. Desse modo, entende-se que um dos objetivos do profissional do CAPS é:

[...] receber essas pessoas e poder ouvir; poder ajudar essa pessoa a se ver como alguém que está passando por um momento que não está legal – no sentido do transtorno como alguma coisa que muda as atividades –, e não consegue caminhar sozinho naquele momento, mas que pode alcançar essa autonomia novamente. [...] A gente trabalha buscando a qualidade de vida, buscando uma atenção que vá além do sintoma, além da doença. Mesmo com a doença, você pode de uma forma o mais agradável possível, estimular potencialidades no usuário (Grupo I).

Dialoga-se, então, com o próprio conceito de gestão do cuidado, que se compreende como o provimento ou a oferta das tecnologias de saúde. Evidenciando que essa disponibilidade deve vir de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, buscando o seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com sua vida de maneira autônoma e qualitativamente saudável. Sabe-se que essas necessidades, por sua vez, dependem dos diferentes momentos da vida do sujeito (CECILIO, 2011).

Lembra-se que essa autonomia defendida ao usuário não corresponde à ideia de desassistência e/ou que o indivíduo pode receber uma prescrição de cuidados especializados, ou de medicamentos, e seguir sozinho. A ideia de autonomia só se efetiva em cuidado se houver o posterior acompanhamento e avaliação pelos profissionais que compartilham essa corresponsabilidade. Esse pensamento deve dialogar com a noção de saúde ampliada, que percebe o ser humano de modo integral.

Os profissionais do CAPS reforçam o que foi citado anteriormente, que as decisões sobre o plano terapêutico a ser seguido precisam ser dialogadas e decididas em consenso. Além disso, esse olhar para “além do sintoma”, expede a necessidade de buscar estratégias que envolvam o usuário nas diferentes dimensões que abrangem suas vidas, quais sejam: social, política, cultural, familiar, entre outras. Esse envolvimento deve ultrapassar os muros dos serviços de saúde e adentrar nos demais equipamentos sociais, tais como: escola, praças, igreja, centros esportivos, entre outros. Isso se mostra enquanto desafio, na medida em que, muitas vezes, esse sujeito se encontra fragilizado.

Nessa seara, reforça-se o papel primordial que o familiar (ou pessoa próxima) assume, na medida em que este pode acompanhar o usuário, facilitando o processo. Desse modo, discorre-se que:

[...] o plano terapêutico tem que ser algo feito consensualmente. É preciso incentivar o paciente a buscar novas coisas fora. Não ficar restrito aqui. Incentivá-lo à questão política, de procurar saber como estão as assembleias e os conselhos. A questão cultural, de envolvimento social, de ir a atividades na escola, na igreja [...]. O que é difícil mesmo, por conta da sua fragilidade. Alguns familiares, inclusive, se envolvem muito com essa questão política também, vão atrás, participam das assembleias e tudo o mais. É importante que

isso aconteça; que o familiar esteja próximo, porque, muitas vezes, ele facilita o processo, ajudando o paciente, dando esse apoio (Grupo I).

Desse modo, analisa-se que a gestão do cuidado implica a atenção a estratégias que incentivem a autonomia do usuário. Mas para que isso se efetive, lembra-se, com Sundfeld (2010), que é necessário que o profissional oriente alguns hábitos de vida que tornem as ações de produção do cuidado possíveis e reais. Nesse sentido, a autora destaca a importância da existência de espaços coletivos de troca de experiências, no tocante a propiciar o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos sobre o conhecimento das ferramentas disponíveis no território – equipamentos de assistência, educação, saúde e lazer – das estratégias locais que os sujeitos mais se interessam e das possibilidades de cada pessoa.

Destarte, entende-se que o conhecimento do território é importante, pois existe “[...] um campo vasto ao redor do CAPS, de lugares que poderiam ser mais utilizados pelo serviço. Existem muitas coisas que poderiam ser utilizadas pelos os usuários” (Grupo I). É a partir da descoberta desses equipamentos que o profissional pode pensar em estratégias de cuidado ampliadas, que insiram os sujeitos em atividades na sua própria comunidade, não centrando as ações apenas no serviço de saúde.

Apreende-se, no entanto, que não basta apenas conhecer o território, é importante que haja uma organização das práticas que possibilite essa inserção. À vista disso, visualiza-se a existência de entraves nos processos de trabalho, na medida em que se configuram “tão no lugar de apagar incêndios, que não temos tempo. Aqui, nós temos muitos pacientes e pouca gente para atender” (Grupo I). É preciso, então, que se (re)configure a organização das práticas, de modo a propiciar espaço para os processos de territorialização.

Nessa seara, assinala-se que os profissionais reconhecem que é indispensável o conhecimento acerca do território ao qual o serviço está inserido, bem como a funcionalidade dos demais equipamentos que compõem a rede, pois isso interfere no próprio andamento da conduta terapêutica e dos processos de cuidado estabelecidos. Esse saber possibilita que sejam estabelecidos fluxos mais coerentes e resolutivos, pois o conhecimento acerca dos serviços permite que os

encaminhamentos aconteçam de modo mais assertivo. Desse modo, percebe-se que:

É muito importante que o profissional tenha conhecimento dos serviços de saúde e de assistência que podem dialogar com ele. É preciso saber o que é cada setor. Entender o que é a atenção básica, o que ela abrange; entender o que é o CAPS, e o que ele abrange; o CRAS; o CREAS, entre outros. Para não estar confundindo, para estar encaminhando bem. Para estar se comunicando, para estar sabendo se aquele paciente foi bem atendido, se está tudo certo, se ele foi e se a demanda dele foi atendida. [...] Essa articulação tem que ser feita, mas, para isso, é preciso que o profissional tenha conhecimento da sua área e saiba quais os serviços que ela possui, se tem uma praça, se tem um esporte [...] é preciso uma comunicação com esses lugares, estar interagindo, estar se reunindo e se conhecendo. [...] a gente tenta encaminhar da melhor maneira, e isso só é possível com o conhecimento (Grupo I).

Esse pensamento se aproxima à perspectiva da clínica ampliada, na medida em que se preconiza a comunicação entre os equipamentos de saúde e a valorização de ações intersetoriais (BONFADA et al., 2012). Entende-se, assim, que por meio dessa articulação entre os serviços, pode-se construir uma atenção que se aproxime ao olhar integral para o sujeito.

Tratando das ações desenvolvidas pelos profissionais, os usuários identificam a importância de que as atividades sejam “voltadas e pensadas no nosso problema” (Grupo III). Destarte, os saberes e as práticas que consideram a dinâmica e a singularidade do território ao qual o usuário faz parte, possibilitam, ainda, a promoção de atividades de cuidado contextualizadas, coerentes e resolutivas.

Aponta-se a autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico como um dos principais objetivos (talvez o maior) da prática do profissional de saúde mental. Indica-se, conforme dito anteriormente, que esse empoderamento pelo sujeito implica uma série de fatores determinantes e condicionantes, envolvendo profissionais e usuários em um intrincado processo. Entende-se que:

[...] buscar a autonomia do usuário é o objetivo final do profissional. Mas para isso ser alcançado, passamos por muitos desafios. [...] porque quando se promove isso para o paciente, é porque se está tendo todo um aparato. Quando se atinge isso aí, é porque está trazendo este usuário para dentro do serviço de uma maneira

segura. Está trazendo ele para o grupo, está tendo todo um acompanhamento interdisciplinar (Grupo I).

Esses desafios enfrentados para a concretização de um processo de autonomia do usuário são de diversas ordens. Dentre elas, destaca-se a relação entre o profissional e seu trabalho na saúde. No tocante a isso, observa-se a conformação de uma precarização das relações de trabalho dos profissionais, com a mudança contínua desses trabalhadores, principalmente dos CAPS – uma vez que muitos dos contratos possuem tempo limitado. Essa situação foi citada por todos os sujeitos da pesquisa e se apresentou com destaque nas anotações em diário de campo.

Precarização das relações de trabalho

Profissionais e usuários dos serviços de saúde relataram que a instabilidade nos campos de trabalho é fator prejudicial para a relação terapêutica. Entende-se a complexidade que envolve o processo de vinculação e, sobretudo, as repercussões nas relações de confiança do sujeito que busca o cuidado. Muitas vezes, isso gera fragilidades em todo o processo. Como ilustra o discurso:

[...] acho que um dos maiores problemas hoje no CAPS é essa instabilidade do trabalho dos profissionais. A gente está aqui hoje por uma seleção pública, e a seleção vai acabar. Esses dois anos acabam agora. O paciente cria um vínculo com a gente, desenvolvemos todo um manejo, todo um esquema, para estabelecer uma confiança e, de repente, acabou. Acabou e tchau – vamos embora. Aí vem outro profissional. [...] isso acontece em todas as categorias profissionais. Com médico, principalmente. O médico vem – vem e sai; passa dois meses e sai, quando o paciente vem de volta para a consulta: “Cadê meu médico? Não tem mais meu médico!” (Grupo I).

Aponta-se, então, que “um dos maiores problemas do CAPS é essa instabilidade do trabalho dos profissionais” (Grupo I), e que “o mais atingido é o usuário, que tem que passar por todo o processo de vinculação de novo; começar tudo de novo.” (Grupo I). Sendo comum que essas pessoas sintam certa resistência para serem atendidas pelos novos profissionais, como se observa:

Uma vez a doutora (psicóloga nova no serviço) estava na sala que era da doutora (psicóloga anterior) e eu fiquei com ódio. E foi assim, eu quase ataco ela, porque ela estava usando a sala da minha doutora. Mesmo ela tendo ido embora, a sala ainda era para ser dela. Mas depois, a doutora (psicóloga nova) me fez entender que ninguém substitui ninguém, mas que cada um tem o amor de cada. Eu passei muito tempo para entender isso (Grupo III).

Dá-se ênfase, também, à perspectiva de que a mudança de profissional, muitas vezes, implica em alterações significativas no plano terapêutico e na conformação das práticas de cuidado que se estabelecem. Cada sujeito, mesmo possuindo a mesma formação, apresenta singularidades que fazem com que essas mudanças sejam inevitáveis. Nesse sentido,

[...] quando muda de profissional, muda tudo. A outra psicóloga que tinha aqui é a minha doutora preferida. Mesmo ela tendo ido embora do CAPS, ela sempre será a minha preferida. Cada profissional atende de um jeito diferente, tem ideias diferentes. As novas profissionais daqui não substituem a minha doutora de antes, mas elas estão tentando alcançar o mesmo lugar. Elas são boas também, mas se mudasse novamente agora, eu não ficava no serviço não, porque teria que começar tudo de novo; contar minha história tudo de novo (Grupo III).

Além disso, por envolver vinculação entre pessoas, não se pode perder de vista a dimensão afetivo-emocional que essa situação envolve; e a quebra dos laços que foram criados e, muitas vezes, fortalecidos em um processo de troca intersubjetiva de cuidado. Conforme ilustra o discurso:

Sofri muito quando a minha psicóloga saiu, ela era muito importante para mim. O primeiro abraço que eu tive, foi ela que me deu. O carinho que eu tive dela foi muito grande. Ela me fez perceber uma vida que eu não sabia que existia, porque eu só tive contato com violência durante toda a minha vida. Aqui, aprendi a ver o outro lado da vida, o que é mais feliz (Grupo III).

Nessa perspectiva, lembra-se, até, que o próprio encontro entre profissional e usuário envolve singularidades que o faz ser sempre um espaço novo e distinto, na medida em que se trata de uma relação intersubjetiva e de construção complexa. Essas diferenças presentes em cada novo atendimento vão desde as especificidades de cada demanda, até às características individuais dos sujeitos

envolvidos, que influenciam na forma como esse encontro se concretiza. Assim, a mudança de profissional traz repercussões diretas ao processo terapêutico. Além disso, não se pode desconsiderar a influência do ambiente, das condições de trabalho oferecidas, da disposição de equipamentos, da infraestrutura e da organização do trabalho em saúde (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Essa modificação periódica dos integrantes das equipes de saúde é ainda mais expressiva no que se refere aos psiquiatras dos CAPS, que têm sido alvo de apontamentos e críticas dos usuários e demais profissionais dos diferentes serviços. Discorre-se que cada novo médico dá um diagnóstico distinto e prescreve fármacos diferentes. Nota-se, por meio da observação do campo, que essa transitoriedade dos psiquiatras tem estado fora dos padrões normais identificados pelos sujeitos, trazendo repercussões diagnósticas significativas para os indivíduos em tratamento:

Um dos principais problemas que identifico aqui é a mudança de médico. Porque toda vez que eu venho, é um médico novo, que dá um diagnóstico diferente e muda a medicação. Eu já sofri muito com isso, tive até crise alérgica a um medicamento que mudaram. Tinha que ter um médico que nos acompanhasse de fato e não que servisse só para prescrever a medicação. E o pior é que sempre mexem na medicação. Teve um tempo aqui, que eu estava super bem, sendo acompanhada por um mesmo médico há bastante tempo. Daí, mudaram de profissional, e o novo mudou minha medicação, num negócio de desmame. Com isso, entrei em crise. Nunca mais voltei a ficar bem como naquela época. E, desde então, também nunca houve um médico que durasse muito tempo (Grupo III).

Nessa configuração, a decisão sobre qual o fármaco mais adequado para o tratamento é apontada, também, por Campos et al. (2012) como uma ação que, em sua análise, mostrou-se exclusiva do médico, sem a existência de qualquer tipo de diálogo ou de decisão compartilhada. Além disso, destacaram que os demais trabalhadores dos serviços declararam falta de conhecimento sobre os medicamentos – suas interações e efeitos –, apresentando incompreensões maiores do que as dos próprios usuários e familiares. Essa análise realizada por Onocko Campos e outros autores é representativa para a presente pesquisa, na medida em que a realidade apresentada também confere aos médicos a exclusividade da decisão sobre os medicamentos e se percebe a pouca (ou quase inexistente)

comunicação entre eles e os demais membros da equipe, a não ser por encaminhamentos escritos.

Os usuários salientam mudanças que ocorrem na conduta médica – no modo como se estruturam as práticas; identificando divergências entre os atendimentos de dois médicos (que não estão mais no serviço), e os outros (em maior número), expressam o desejo da volta daqueles para o serviço. Mencionam que aqueles apresentavam uma compreensão mais ampliada para o processo de cuidado – que se detinham a uma escuta mais afinada; ao contrário destes, que assumem uma prática centrada na prescrição de medicamentos. Nessa seara, observa-se que:

Quando era outro médico, existia um atendimento de conversa mesmo; de saber como eu estava realmente. Mas quando entrou outro médico, houve mudança, porque esse novo só muda o medicamento e pronto. [...] cada médico consulta a gente de modo diferente. Eu queria que aqueles médicos voltassem, mas o que tem aqui é o que a prefeitura manda. [...] nem todos os médicos são iguais. Têm uns que são mais humanos, que lhe atendem melhor, que têm mais respeito. Têm outros que só faltam não olhar para você. Dos médicos que passaram por aqui, só gostei de dois, que tinham esse interesse maior para o que eu estava sentindo. Os outros foram muitos, mas nenhum mostrou interesse em me ouvir (Grupo III).

Em análise a esse processo de mudança dos membros das equipes de saúde mental, outro ponto emerge como importante para a discussão, qual seja: a dependência que os usuários apresentam por alguns trabalhadores, o que, por vezes, torna o atendimento mais difícil. Os profissionais referem que:

[...] os pacientes são muito dependentes de nossas ações. Imagine o que acontece quando algum profissional sai. Um exemplo do meu cotidiano é a participação nos grupos, porque para eles estarem no grupo, tem que está ligando toda semana – toda semana. Se não ligar, eles não vêm. E isso para mim é um desafio, é muito difícil. Deixar a lista de telefone para recepção ligar, não tem funcionado, parece que eles dependem de ouvir a minha voz e de ter que receber a ligação toda semana. Isso tudo é muito complicado, já tentei conversar com eles, mas não adianta (Grupo I).

Diante disso, os profissionais expressaram a necessidade de reforçar a ideia de que se “[...] estar atendendo ali, naquele momento, mas estar falando para ele – estar explicando para o usuário – sempre numa perspectiva de mudança para o

futuro, tentando mostrar que as coisas não são para sempre” (Grupo I). Busca-se, desse modo, que o usuário entenda que “ele está no CAPS como uma passagem, que o vínculo dele no CAPS não é eterno e que ele não deve ficar dependente [...]” (Grupo I). Os trabalhadores elucidam, ainda, sobre a importância dessa autonomia para outras dimensões do usuário, o que aumenta o seu caráter de importância. Apesar disso, afirmam que “se tem uma quebra quando o profissional sai do serviço” (Grupo I), na medida em que, algumas vezes, não se teve tempo para a consolidação do plano terapêutico – sendo comum que o usuário perca o seu profissional de referência antes da consolidação dos objetivos terapêuticos traçados.

Matumoto et al. (2005) discutem que o trabalhador de saúde ao assumir a responsabilidade pela produção de um cuidado integral, precisa ampliar suas possibilidades de atuação, buscando estratégias que tornem a atenção mais resolutiva e a sua prática mais coerente. É por meio de um olhar atento e responsável que se podem promover ganhos de autonomia dos usuários. Do relato supracitado, entende-se que a “quebra” do plano terapêutico acontece pela saída do profissional, o que torna a gestão do cuidado em saúde mental ainda mais complexa e desafiadora.

No que se refere ao campo da ESF, apreende-se que, apesar de a instabilidade de profissionais não ser identificada, os trabalhadores não se sentem aptos a atenderem as demandas de saúde mental que se lhe apresentam, ou seja, não se tem um olhar integral para o sujeito. Dá-se ênfase aos processos curativos e centrados na promoção de atividades programáticas, principalmente as que se relacionam com diabetes, problemas cardiovasculares e saúde materno-infantil. Conforme ilustra o discurso:

[...] eu não me considero capaz. Em outra coisa, sim, pode me colocar, mas para atender demanda de Saúde Mental eu não tenho condições. [...] Tem o matriciamento, que os colegas do CAPS fazem aqui, mas eles demoram muito a vir. Esse contato é muito pouco, é insuficiente. Eu acho que o médico aqui teria que ter um apoio para o atendimento desses pacientes, porque ele demora de trinta a quarenta minutos. Ele marca poucos justamente para que possa escutar e fazer a consulta adequada. [...] Eu não posso fazer muita coisa, porque não posso prescrever medicamento controlado. Eu não me sinto apta a atender essas demandas, meu trabalho aqui é com gestante, com planejamento familiar, diabetes, hipertensão [...] (Grupo II).

Esse cenário também é apontado por Caçapava e Colvero (2008), que explanam uma conjuntura de atendimentos de saúde mental na atenção básica marcada por uma forte concepção “procedimento-centrada”. Nesse sentido, destacam-se as dificuldades estruturais e de conhecimento na área, bem como a fragilidade na articulação entre os serviços de saúde, para atender às necessidades do usuário no território. Do discurso supracitado, identifica-se a necessidade que os profissionais têm de um apoio e de um diálogo mais aproximado com os serviços especializados, mas apontam que isso ainda é muito diminuto. Reconhece-se, então, que o estabelecimento de uma rede de atenção em saúde mental ainda permanece como um desafio para o SUS (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Além de todos esses desafios resultantes da precarização das relações de trabalho na área da saúde mental, os profissionais apontam se sentirem desestimulados para desenvolver suas práticas, pois “é tudo tão incerto, que não dá para ter interesse em fazer muita coisa aqui não. Porque, se eu começar algo, logo terei que sair e não poderei dar continuidade” (Grupo I). Diante disso, Guimarães, Jorge e Assis (2011) analisam que é possível inferir consequências danosas resultantes dessa flexibilização nos postos de trabalho. Discute-se que a instabilidade contratual pode gerar tensões, insegurança e medo nos profissionais, prejudicando sua atuação.

Além disso, identifica-se que apesar da necessidade de lutar por seus direitos trabalhistas e por melhores condições de trabalho, predomina o receio de perder o emprego. Isso foi percebido quando, em diálogo com os profissionais do CAPS, eles se recusaram a comentar sobre o motivo dessa decisão da gestão em fazer seleções temporárias, ao invés de concursos públicos.

Diante de tudo isso, nota-se que os serviços de saúde são representados por ambientes de trabalho complexos, que abarcam diversos atores, entre eles: gestores, trabalhadores e usuários. Esses indivíduos ocupam lugares diferentes, mas igualmente importantes na configuração de uma atenção resolutiva. O encontro entre esses sujeitos é marcado por uma relação intersubjetiva e, como tal, envolve múltiplos fatores, atravessados por diversos interesses, conflitos, necessidades e satisfações/insatisfações (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). O modo como esse

diálogo se concretiza e as práticas se consolidam diz muito da gestão do cuidado presente – da maneira como se estabelece o projeto terapêutico, da relação usuário-profissional, da comunicação entre os membros da equipe e entre esta e os demais serviços da rede, entre outros.

5.2 Interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família

Diálogo entre os serviços

Os discursos dos profissionais sinalizam a importância da comunicação entre os serviços de saúde. “Inclusive, existem aquelas fichas de fluxo e contra fluxo” (Grupo I), que são instrumentos facilitadores da transmissão de informações essenciais dos usuários entre os serviços. Ressaltam a necessidade de que “não se encontre dificuldade de fazer encaminhamento para um posto, para um hospital, para uma atenção mais especializada. Se é um problema que não envolve saúde mental, como a menopausa, por exemplo, a gente precisa ter a abertura de encaminhar para o Hospital da Mulher” (Grupo I).

Lembra-se, mais uma vez, que a gestão do cuidado em saúde mental se efetiva de maneira coerente a partir da perspectiva do princípio da integralidade. A prática desse princípio, contudo, ainda é um desafio, principalmente no que se refere ao caminhar na rede pelo usuário, pois esse fluxo deve ocorrer sem as barreiras burocráticas que enrijecem e fragmentam o processo de produção do cuidado. Além disso, a integralidade envolve a dimensão cuidadora do profissional de referência, que vai além da competência exclusivamente técnica (PAIM, 2005), pois se configura em uma atenção multidisciplinar, onde a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Isso contribui para que não exista sobrecarga de responsabilidades em um único serviço, e nem que se centrem ações estritamente nos trabalhadores de saúde.

Os profissionais do CAPS assinalam que encontram dificuldades no processo de encaminhamento dos usuários para outros serviços. Discutem que conhecem a legislação vigente, mas que esta se mostra ineficaz, na medida em que exige o acesso ao usuário, mas não possibilita a capacitação dos profissionais para acolhê-lo. Na prática, a aplicação da lei se mostra insuficiente, pois não é qualquer acesso

que promoverá a resolubilidade do cuidado. A equipe precisa estar apta a acolher as demandas que se lhe apresentam de maneira equânime e, ou seja, pautada em singularidades. Destarte,

[...] a lei diz que os hospitais gerais devem ter leitos para receber os pacientes psiquiátricos, [...] mas a gente não tem encontrado uma boa receptividade para esses usuários. [...] não é um leito no meio de todo mundo que vai resolver. A gente precisa ter um lugar especial, porque, se de repente a gente precisar conter o sujeito para uma situação emergencial – porque ele vai fazer alguma coisa contra ele ou contra outras pessoas – aí tem que haver todo um trabalho, uma capacitação para esse profissional receber esse sujeito. E a gente não ver isso acontecendo (Grupo I).

Os profissionais analisam que “a lei é importante, mas o que aconteceu foi que ela foi implantada sem a realidade está estruturada para isso. [...], a lei foi aprovada e, por causa disso, fecharam os hospitais” (Grupo I). Discute-se, assim, que as mudanças na legislação são fundamentais, mas não suficientes, sendo preciso que se tenha um olhar atento para a realidade a qual ela propõe alterações. Ou seja, é importante que existam estratégias de suporte que possibilitem a efetivação dos objetivos previstos. Desse modo, quanto à legislação antimanicomial “talvez, tivesse que ter feito o contrário, arrumar primeiro, depois implantar a lei” (Grupo I).

Considera-se importante frisar que essa afirmação “fechamento dos hospitais psiquiátricos, por causa da aprovação da lei antimanicomial” merece ser analisada com cuidado. Lembra-se que, de fato, esta proposta de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos esteve presente no projeto de lei nº 3657-A de autoria do deputado Paulo Delgado. Esta proposta, no entanto, não foi aprovada no Senado Federal.

A lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, traz o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, mas não aponta a extinção dos hospitais psiquiátricos – como é publicitado até hoje; e, sim, uma orientação para um modelo de hospitalização mais socializado. Esta lei trata da proteção aos direitos de cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico; da garantia ao acesso ao melhor

tratamento do sistema de saúde e de proteção contra a discriminação (BRASIL, 2001).

A experiência vivida pelos trabalhadores aponta que esse acesso aos serviços é um obstáculo comum no seu cotidiano, mesmo quando o caso apresentado não se relaciona com transtorno mental. Muitos dos equipamentos que compõem a rede de saúde não visualizam o indivíduo de modo integral e, desse modo, consideram que, independente da demanda apresentada, os sujeitos em sofrimento psíquico devem ser sempre atendidos em serviços especializados em saúde mental. Desse modo,

O acesso à saúde como um todo é muito complicado para o indivíduo que tem um transtorno mental. Já aconteceram casos em que foi preciso levar o usuário para um hospital de traumatologia, porque ele havia quebrado o braço, e quando chegou lá, na entrada, ele foi barrado; queriam encaminhá-lo para o hospital mental. Mas o cara não estava com problema na cabeça, ele estava até medicado, tranquilo, ele havia quebrado o braço. Mas insistiram em dizer: “não, não é aqui não, é no hospital mental de Messejana”. [...] essa turma não consegue ver o sujeito para além do seu transtorno mental. Isso, infelizmente, é comum. [...] No posto de saúde, não é diferente. “Ah, é paciente de CAPS, é doidinho, não vou atender”. A gente escuta muito isso, infelizmente (Grupo I).

Essa postura assumida pelos profissionais que não são especializados em saúde mental – que se recusam a atender os indivíduos em sofrimento psíquico –, vai de encontro à política nacional de saúde.

Destaca-se que o Ministério da Saúde aponta a AB como o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Por se encontrarem próximas ao território dos sujeitos, as equipes de saúde da AB têm facilidade de acesso aos usuários em seus contextos de vida. Essa contextualização territorial – de possibilidades de conhecer a comunidade e a família dessas pessoas – mostra-se estratégica na produção de um cuidado integral ao indivíduo. Além disso, por desenvolverem atividades onde as pessoas moram, torna-se comum o contato com sujeitos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

Observa-se que os profissionais até buscam sanar as dificuldades de diálogo com a ESF, mas não percebem mudanças. Dizem que, apesar das tentativas de ampliar a atenção dos trabalhadores da ESF, sensibilizando-os para o cuidado em

saúde mental, não identificam alterações significativas na postura assumida por esses sujeitos. Afirmam, ainda, que a não presença de médico na equipe do CAPS, torna-se um fator importante para fragilidade do estabelecimento desse diálogo, notando-se uma maior resistência das equipes da ESF, que pensam que o único motivo do CAPS buscar essa comunicação é porque precisa de um médico para prescrever os fármacos – o que a observação participante propiciou perceber não ser uma inverdade. Tudo isso, faz com que os trabalhadores do CAPS considerem a comunicação com a ESF improdutiva. Como se percebe no relato:

A gente já foi conversar algumas vezes nos Postos. Existe essa resistência com a temática da saúde mental como um todo. [...] a gente percebe uma resistência maior ainda, porque não ia um profissional médico daqui do serviço. Eles achavam que só estávamos com aquele discurso, porque, sem médico, precisávamos deles. Então, mesmo conversando, tentando sensibilizar, abrir a mente para outras possibilidades, não se percebe uma mudança. [...] alguns profissionais da Atenção Básica insistem na opinião de que a saúde mental deve ser percebida apenas no CAPS e no hospital mental. Isso torna nossa comunicação improdutiva (Grupo I).

Os discursos dos trabalhadores da ESF confirmam a percepção da necessidade de prescrição medicamentosa como sendo o fator primordial da busca de comunicação entre os serviços. Além disso, os usuários são vistos como sendo responsabilidade do CAPS, ou seja, referenciados como “pacientes de lá”:

Eu nunca dialoguei com ninguém do CAPS. Mas eu sei que aqui tem uma programação para atender o pessoal de lá. Todas as terças, a médica daqui atende uns dezoito a vinte pacientes de lá. Daí, nesse dia, vem um pessoal para dar um suporte. A única comunicação que eu vejo é essa. Estava faltando médico lá e, como a profissional é lotada aqui, os atendimentos passaram a acontecer aqui. Eles precisam de medicação, então precisaram vir ao Posto (Grupo II).

Essa inter-relação entre a falta de médicos no CAPS e a comunicação entre os serviços, é referenciada também pelos usuários. Eles notam que “quando tem médico no CAPS, o atendimento no Posto é bom, porque lá a consulta passa a ser só para os medicamentos da hipertensão” (Grupo III). Ou seja, se tem médico no CAPS, a demanda por fármacos diretamente relacionados ao transtorno mental é sanada e a ESF se responsabiliza por questões de outra ordem. Isso sinaliza mais uma vez a ênfase que se tem dado à segmentação do indivíduo em mente e corpo,

ou seja, em uma atenção que se centra apenas nos aspectos biológicos da pessoa. A atenção à saúde mental – e a eventual prescrição de medicamentos nessa área – ainda é um problema na ESF, “pois o pessoal do Posto não quer saber de passar remédio para doidice” (Grupo III).

Diante dessa orientação que divide o homem em mente e corpo – presente nas condutas de alguns profissionais –, considera-se importante frisar o pensamento de Boff (1999, p.7), que diz:

Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?).

Nesse interim, compreende-se que o adocimento envolve uma complexidade que a prática de cuidado fragmentado não é capaz de alcançar. É preciso que se tenha um olhar ampliado para as vicissitudes que envolvem o indivíduo, em seus aspectos biopsicossociais.

Ao perceber o humano na sua integralidade, destaca-se com Quinderé, Jorge e Franco (2014) que a atenção em rede é imprescindível na produção do cuidado, uma vez que não há um equipamento – ou mesmo uma equipe de saúde –, considerado autossuficiente, pois se entende que as demandas apresentam uma complexidade que exige olhares múltiplos. Faz-se necessário, então, a efetiva corresponsabilização entre os serviços.

Apreende-se, também, que a má qualidade da comunicação entre os equipamentos interfere no modo como as equipes se articulam e promovem a atenção em saúde mental. Destaca-se, assim, a dificuldade encontrada pelo usuário para acessar o cuidado ofertado pela ESF:

Fui uma vez ao posto de saúde e, chegando lá, fui discriminada, porque eu era paciente-usuária do CAPS. Disseram que não iriam atender paciente do CAPS, só que antes de eu ser do CAPS, eu era

paciente do Posto. Eu levei copia do meu prontuário daqui, levei o encaminhamento da coordenadora daqui, porque aqui estava sem médico. Eu queria, pelo menos, a receita do meu medicamento, mas não consegui. [...] com isso, o CAPS me encaminhou para outro Posto, que fica mais longe de minha casa, para não me deixar desassistida. Nesse novo Posto, eles me acolheram muito bem, porque quem me atendeu já sabia como estava o CAPS, que estava faltando médico. Mesmo assim, levei a cópia do prontuário daqui para ela saber a medicação que eu estava tomando (Grupo III).

Salienta-se que a comunicação entre os serviços possibilita que as demandas sejam mais bem acolhidas. É expresso no relato do usuário que o encaminhamento para a UBS foi satisfatório porque os profissionais que lhe atenderam conheciam o motivo de o CAPS não ter podido solucionar sua demanda imediata (prescrição de fármaco – porque estava faltando médico). Apesar de essa comunicação entre os serviços ser imprescindível e, de fato, ser um facilitador dos processos de referência e contrarreferência, o acesso à ESF não deveria ter sido negado.

A gestão do cuidado em saúde mental deve se pautar em uma atenção em rede. Esta se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os diferentes serviços e equipamentos de saúde, que, por meio de ações longitudinais, procuram de forma efetiva alcançar a integralidade e resolubilidade do cuidado. Para tanto, a política nacional de saúde estabeleceu como prioridade a implementação e a consolidação dessas redes. E, em busca de ordenar a assistência, elegeu a AB como principal porta de entrada do usuário, sendo o acesso e o acolhimento os maiores objetivos desse sistema, aproximando a atenção em saúde à comunidade e, ao mesmo tempo, buscando organizar o fluxo dos usuários nas redes (BRASIL, 2010).

Isso parece ser bem compreendido pelos profissionais do CAPS, que consideram o terapeuta como um usuário do SUS e, como tal, possuidor de direitos de acesso a um cuidado integral que articule diferentes equipamentos da rede de saúde, dentre eles, os que compõem a AB. Lamenta-se, no entanto, que essa articulação entre os serviços não seja bem visualizada na prática e as ações acabem acontecendo de forma muito isolada. Entende-se que “[...] todo paciente da rede, é usuário do SUS. Ou seja, é para ele ser acompanhado também no Posto. [...] infelizmente, as ações de saúde não estão integradas, e os pacientes não são bem acolhidos no Posto. Tem sempre o repasse de demanda para o CAPS” (Grupo I).

Ressalta-se que o acesso/acolhimento aos serviços de saúde é um direito universal e que, portanto, não poderia ser negado. Lembra-se que, enquanto princípio norteador do SUS, o acesso aos equipamentos de saúde não se resume à oferta de serviços. É preciso acolher essas pessoas de maneira equitativa e desenvolver uma escuta orientada pelo princípio da integralidade, respondendo às demandas que se apresentam de modo contextualizado. Nessa seara, o encontro do sujeito em sofrimento psíquico com a equipe da ESF se deve configurar em um momento privilegiado para a construção de uma atenção dialogada e resolutiva.

Sendo a porta de entrada para o SUS, a AB confere o primeiro encontro com o sujeito, o que é imprescindível para o recolhimento de pontos relevantes que poderão orientar o trabalho a ser realizado e a resposta a ser dada – seja no próprio serviço, ou a partir do encaminhamento a um especializado (BRASIL, 2013). Atenta-se, ainda, para a importância de que esse encaminhamento se dê de maneira corresponsabilizada, e não como um “repasse de demanda”.

Uma estratégia que emerge como facilitadora dos processos de integração entre os serviços é o Apoio Matricial (AM) – ou Matriciamento – em Saúde Mental, que se mostra uma ferramenta pujante na discussão de casos, como prática pedagógica e de aproximação dos serviços, configurando-os em rede.

Apoio Matricial

Os trabalhadores da ESF indicam que houve um período no qual se percebia uma aproximação maior com o serviço especializado em saúde mental. Lembram que existiam encontros de AM, nos quais se podiam discutir temas relacionados aos sofrimentos psíquicos apresentados pelos usuários e, a partir do suporte dado por uma equipe do CAPS, “[...] muitas das demandas que se apresentavam à Atenção Básica, podiam ser acolhidas sem ter que encaminhar para o CAPS” (Grupo I). “Além de um melhor acolhimento ao usuário, existia o estabelecimento de um fluxo de atendimentos mais resolutivo [...]” (Grupo II).

Essa atuação articulada da AB com os serviços especializados em saúde mental, de fato, representa um papel basilar de contribuição à expansão da

capacidade resolutiva das equipes, na medida em que há a troca de saberes e experiências fundamentais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

O AM emerge, então, como uma estratégia potencializadora da descentralização das ações de saúde mental em serviços especializados, na medida em que amplia e promove a corresponsabilidade da atenção com a ESF. A partir desse diálogo que se estabelece entre as equipes, tem-se a possibilidade de identificar os casos que são recomendados para atenção especializada, e os que não necessitam. Isso torna os fluxos mais resolutivos e melhora o acesso aos usuários.

O CAPS é um serviço especializado em saúde mental e seu público alvo é composto por pessoas em sofrimento psíquico de moderado à grave. Os transtornos mentais leves, por sua vez, podem ser atendidos na AB, que, por se configurar como porta de entrada, tem a potencialidade de ser um espaço onde se identifiquem demandas iniciais. A partir do desenvolvimento de um cuidado a esses sujeitos, podem-se prevenir eventuais pioras dos casos. Dessa maneira, destaca-se:

A gente fazia matriciamento em vários postos. Era importante, para ter esse olhar, ter essa ajuda dos postos, esse cuidado compartilhado. [...] íamos levando a nossa equipe e orientávamos os trabalhadores da Atenção Básica. [...] a função do CAPS é tratar pacientes com transtornos de moderados a graves. E aquele sujeito que não tem um transtorno sério, aí como vai ser tratado? Vai esperar ficar sério, para depois ser encaminhado ao CAPS? Então, a primeira coisa que a gente tinha tentado fazer era esse apoio nos postos de saúde, porque é lá que a gente vai tentar ver e ajudar no tratamento desse sujeito, que ainda está apontando alguma sintomatologia mais leve. Aí o sujeito que não alcança o perfil do posto de saúde, porque ele já está num lugar de patologia de moderada à grave, vem para o CAPS e aqui a gente tem todo o cuidado interdisciplinar (Grupo I).

Compreende-se, assim, que as equipes de saúde da família estão em posição privilegiada para a identificação e para o acolhimento de demandas relativas ao sofrimento psíquico, principalmente pela possibilidade de captação de demandas iniciais, podendo promover ações assistenciais e de cuidado – prevenindo o agravamento dos casos. Contudo, para que essa potencialidade se concretize no cotidiano dos serviços, é importante que se tenha uma atenção integral para todas

as ações desenvolvidas pelos profissionais. Destarte, eles precisam desenvolver competências que lhes permitam atingir este objetivo. Desse modo, a existência do AM, com uma equipe de saúde mental de referência (como a do CAPS), e a identificação de equipamentos intersetoriais nos territórios, são necessidades precípuas para a efetiva produção do cuidado em saúde mental na AB (BRASIL, 2013).

A observação do cotidiano dos serviços e os discursos dos profissionais convergem, infelizmente, para a indicação de que os encontros de AM deixaram de acontecer. Descrevem-se como alguns dos motivos: a dificuldade de transporte para levar a equipe do CAPS para as UBS e a diminuição do quadro de profissionais, em contraponto ao aumento da demanda – o que impossibilitou a saída da equipe para as reuniões matriciais, por causa da necessidade de atender a demanda do CAPS. Identifica-se, ainda, que a ausência do AM prejudicou a comunicação entre os serviços, na medida em que antes era possível estabelecer uma linguagem homogeneia e um entendimento mais eficiente entre os serviços. Discorre-se que:

Antigamente, tinha matriciamento, mas devido a algumas dificuldades – como a falta de carro e outras questões, – foi deixando de existir. [...] Outra dificuldade foi a diminuição de profissionais. Antes, nós tínhamos uma equipe que fazia o apoio matricial, formada por uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma médica. Aí a médica saiu, depois a psicóloga saiu e a equipe se desfez. A equipe diminuiu e a demanda aumentou, ficou inviável sair de dentro do CAPS. [...] nesse momento, a gente não está fazendo. Isso está afetando muito, porque a gente tinha essa comunicação, e podia caminhar em uma linguagem mais homogeneia junto com a atenção básica. Mas hoje em dia está ocorrendo muitos ruídos na comunicação, está muito ruim o nosso relacionamento com a atenção básica. Isso prejudica muito o atendimento integral para o usuário (Grupo I).

Tais entraves e “ruídos de comunicação” poderiam ser amenizados, ou, idealmente, até extintos, com o fortalecimento do AM. Lembra-se que essa estratégia se estrutura com o objetivo de promover a interlocução entre o CAPS e a ESF. Esse diálogo se destina, principalmente, à produção de uma atenção ampliada para os processos que envolvem a gestão do cuidado em saúde mental. Desse modo, busca-se expandir o olhar sobre a maneira como se efetivam as práticas, tornando-as articuladas – promovendo um cuidado corresponsabilizado. Além disso,

objetiva-se a construção de um modelo técnico-assistencial que compreenda o indivíduo em sua singularidade, ou seja, centrado no usuário (e não no procedimento, ou na patologia) (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ressalta-se dos discursos dos profissionais que o AM era o único espaço de comunicação direta entre as equipes da ESF e do CAPS. Ainda assim, apontam-se algumas fragilidades desse processo, como a pouca quantidade de encontros, a dificuldade de adesão dos usuários e sua baixa participação nos encontros. Sinalizando-se a necessidade de haver mudanças estruturais, com vistas a uma maior participação dos usuários. Como se percebe:

O único diálogo “cara a cara” que existia era através do matriciamento, que acontecia uma vez por mês. As pessoas vinham apenas uma vez por mês e isso é muito pouco. [...] acho importante o matriciamento, até porque permitia que a gente se aproximasse de outros serviços da comunidade, mas ele precisa ser aperfeiçoado. Precisa mudar o seu funcionamento – tem que existir um elo, uma coisa mais participativa. Os pacientes não têm facilidade de voltar. [...] Acho que se o matriciamento voltasse a acontecer como era antes, não ia servir muito não. É uma coisa boa, mas é preciso que os profissionais estimulem o paciente a vir para os atendimentos e a participarem mais ativamente das decisões tomadas (Grupo II).

Ressalta-se que, idealmente, além de promover uma aproximação entre os serviços e melhorar o fluxo de atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico, as discussões nos encontros de AM se caracterizam pela potencialidade do diálogo entre diferentes equipamentos sociais, na busca por promover uma atenção ampliada para outras dimensões que envolvem o cotidiano dos sujeitos (não se centrando em procedimentos tecnicantes e medicamento-centrados).

Diálogo entre os serviços intersetoriais

Os profissionais expressam que a gestão do cuidado em saúde mental envolve múltiplas dimensões. Nesse sentido, uma atenção pautada apenas nos serviços de saúde se mostra insuficiente para abarcar a complexidade que envolve o sofrimento psíquico. Faz-se necessário uma articulação entre os equipamentos

intersetoriais, como a escola; os centros comunitários, esportivos e de eventos; as academias populares; os clubes recreativos e as igrejas. Conforme elucida o relato:

[...] dentro dessa perspectiva do movimento da reforma psiquiátrica, veio o fechamento de alguns hospitais. E aí essas pessoas passaram a ser acolhidas dentro do contexto da comunidade, no contexto do território. [...] o CAPS surge para dar um apoio. Não é para acontecer a simples transferência do hospital para o CAPS. Tem, sim, que existir uma rede de serviços, envolvendo a escola, a igreja, as academias populares nas praças, os clubes, os centros de evento, enfim, todos os equipamentos sociais (Grupo I).

Reconhece-se, assim, que a configuração dos equipamentos intersetoriais como ferramentas de apoio é uma das transformações promovidas nos processos de produção do cuidado, ocorrido nas últimas décadas. Essas mudanças ocorreram em diferentes níveis de organização, desde o modo como se percebe o indivíduo em sofrimento psíquico, até a configuração do modelo assistencial e os saberes no campo da saúde mental. Lembra-se que, dentre as ações sociais que mobilizaram tais mudanças paradigmáticas, ganham destaque as mobilizações políticas das décadas de 1970 e 1980, pelo processo de redemocratização do Brasil, que provocaram rupturas nos modelos até então hegemônicos, contribuindo, inclusive, para a diminuição do preconceito e da discriminação promovidos pela sociedade a respeito da loucura (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Contudo, apesar dos inquestionáveis avanços, ainda se percebem muitas fragilidades. Destaca-se que “essa rede é muito falha, porque é possível ver a população desassistida em muitos aspectos. Falta creche, escola e lazer. E tudo isso contribui para a saúde mental [...]” (Grupo II). Sendo importante notar que, do ponto de vista da integralidade, os diferentes espaços de vida cotidiana dos sujeitos trazem repercussões para a sua saúde biofisiológica e psicossocial. Sendo que “muito sofrimento poderia ser evitado, se houvesse a disponibilização de uma rede de equipamentos essenciais para a pessoa” (Grupo I). Compreende-se, portanto, que a atenção à saúde mental deve ultrapassar os muros dos serviços de saúde, pois envolve outras dimensões do cotidiano do sujeito, como a escola, o trabalho e o lazer.

Nesse contexto, frisa-se, mais uma vez, que a Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) emerge como uma facilitadora da organização da gestão do cuidado em saúde mental, na qual o CAPS funciona como o equipamento ordenador dos cuidados (BRASIL, 2002), e não como o único responsável por essa atenção. Lembra-se que a RASM se configura como uma estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando o reposicionamento do Hospital Psiquiátrico e sua gradativa substituição pelos CAPS e outros equipamentos, buscando oferecer atendimento à população, por meio de acompanhamento clínico e ações que possibilitem inserção social dos usuários – por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Portanto, no âmbito dos cuidados institucionais em saúde mental, percebe-se a inauguração de uma preocupação com o sujeito em sua singularidade, história, cultura e vida cotidiana (BRASIL, 2011).

A experiência narrada explana iniciativas do CAPS de promover a inserção dos indivíduos em outros equipamentos sociais, tais como as praças e os centros culturais da cidade. No entanto, apesar de os usuários terem considerado como bons acontecimentos e de terem se mostrado contentes com os passeios, afirmaram não ter incorporado esses espaços como lugares de lazer e ou atividades futuras. Desse modo, essas iniciativas, infelizmente, restringiram-se a momentos pontuais. Como se percebe:

Assim, por meio do CAPS, eu já conheci muitas coisas, que eu não conhecia. Porque eu ficava sempre dentro de casa. Uma vez eu fui ao Dragão do Mar, outra vez à Praça do Ferreira; já fui a muitos lugares, já fiz um passeio na Praia de Iracema com o grupo de terapia. Que são lugares, que a gente mora em Fortaleza, mas não conhece. Eu não conhecia, passei a conhecer através do CAPS e foi muito bom. [...] Não voltei a esses lugares, porque não tem sentido ir sozinha e ficam longe de minha casa. [...] Eu fui porque foi com os meus colegas do grupo aqui do CAPS. Na verdade, eu só saio de casa quando é para vir ao CAPS, ou para ir ao Posto de Saúde. Se não for isso, ou para ir ao mercantil, eu não coloco nem meus pés para fora do portão (GRUPO III).

Diante disso, enfatiza-se que a aproximação dos usuários aos equipamentos sociais deve acontecer de modo contextualizado, ou seja, que se busquem lugares da sua vida cotidiana, os quais, apesar de fazerem parte do seu ambiente, muitas

vezes, não são utilizados, tais como a pracinha do bairro, as atividades físicas promovidas pelo Corpo de Bombeiros, entre outros. Pois se entende que esses lugares, por fazerem parte do ambiente de vida dos usuários, têm maior potencialidade de serem incorporados aos seus hábitos.

Essa compreensão está presente nos discursos dos profissionais do CAPS, mas eles apontam obstáculos que têm paralisado a execução de tais atividades, principalmente o excesso de demanda para a quantidade insuficiente de profissionais. Isso faz com que as ações do CAPS se restrinjam a atendimentos clínicos no interior serviço. Os trabalhadores revelam, ainda, que apenas o incentivo aos usuários de que procurem lugares de lazer e socialização, tem se mostrado insuficiente. Conforme ilustra a narrativa:

As atividades do CAPS deveriam ser desenvolvidas também em outros espaços, e não só aqui. Seria importante que a gente pudesse encontrar esses espaços dentro do próprio lugar onde o sujeito mora, [...] porque aí poderíamos aproximar o usuário de atividades culturais e esportivas, permeando ações em que ele se visse envolvido em atividades normais, do cotidiano. [...] mas a gente está pecando nisso aqui no CAPS. Hoje, a gente está tentando, pelo menos, manter os pacientes mais organizados, para que eles possam ter condições de buscar outras coisas fora desse ambiente. [...] Infelizmente, só o nosso incentivo para que eles busquem, por si, integrar esses serviços, tem se mostrado insuficiente (Grupo I).

É consensual que a atenção em saúde mental, dentro da perspectiva Psicossocial, exige a articulação entre diferentes equipamentos sociais. Reconhece-se a grande variedade de necessidades, tais como: socialização; acesso à cultura, ao esporte e ao lazer; trabalho/emprego; entre outros; que estão relacionadas à saúde e precisam ser trabalhadas a partir de redes de suporte social. Desse modo, o interesse pela integração entre os serviços – e a construção de um cuidado compartilhado – deve ser precípuo na gestão do cuidado em saúde mental. (BRASIL, 2013).

Os profissionais sinalizam que até incentivam os usuários a buscarem outros equipamentos de suporte social, mas acreditam que isso não tem trazido resultados satisfatórios. Desse modo, apesar dos entraves presentes no território e no planejamento das atividades dos serviços, faz-se necessário que se busquem

aproximar esse diálogo com os equipamentos e, a partir dessa integração, promovam-se estratégias de inserção dos usuários.

Destaca-se que um dos principais entraves apontados pelos profissionais para a concretização de ações intersetoriais é o excesso de demanda para os serviços de saúde. Compreende-se, no entanto, que a reformulação do gerenciamento das práticas – passando a dar maior ênfase às ações sócio-comunitárias –, pode amenizar esse problema, na medida em que há o compartilhamento do cuidado, pois se fortalece uma rede de suporte social. Além disso, percebe-se a potencialidade para o aumento da resolutividade, da promoção de uma atenção integral e, por consequência, o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Destaca-se que o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais da equipe e a gerencia dos serviços é fundamental nessa articulação com os diferentes equipamentos. Nota-se que “[...] às vezes, a coordenação do CAPS entra em contato com outros serviços e promove esse diálogo, como o que se tem com as clínicas-escola das Universidades [...]” (Grupo I). Compreende-se que essa comunicação promovida pela gerencia é importante por se tratar de uma instância organizativa, a qual se confere maior poder de decisão no plano das atividades. Desse modo, “[...] não tem como um profissional pegar o telefone e dizer ‘Ei, reitor, como é que tá aí a conversa?’; sem saber do funcionamento e programação dos serviços. É importante que o diálogo se dê através da coordenação” (Grupo I).

Diante disso, ressalta-se a dimensão organizacional da gestão do cuidado em saúde, como um dos elementos importantes para a promoção de uma atenção efetiva. Lembra-se que essa dimensão corresponde a questões relativas ao registro e uso das informações, à criação de espaços de criação de vínculos, ao estabelecimento de fluxos de pacientes, efetividade nos encaminhamentos, à delegação de responsabilidades – como se percebe nos discursos supracitados –, entre outros aspectos, que trazem a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe para ocupar um lugar central (CECILIO, 2009).

Gerenciamento das atividades dos serviços

A experiência apreendida no cotidiano aponta às gerências dos serviços de saúde a responsabilidade por organizar as práticas e promover uma atenção integral, contextualizada e resolutive para o usuário. Para isso, o coordenador precisa assumir mais do que a função de estruturar o fluxo de atendimentos e atividades do interior da unidade a qual é responsável. Faz-se necessário estabelecer um diálogo eficiente com os demais serviços e com os equipamentos sociais, bem como com a gestão municipal e estadual. Visualiza-se que é por meio dessa comunicação que se podem articular estratégias de melhorias das fragilidades e déficits encontrados, tais como a falta de profissionais e a carência de alimentos e vales-transportes para os usuários. Além disso, ressalta-se que o processo de coordenação deve ser sempre o de se corresponsabilizar por essas ações, sendo esta dividida por todos os atores envolvidos, quais sejam: os usuários, os familiares, os profissionais e os gerentes. Conforme delinea o discurso:

A coordenação é muito importante, porque ela deve funcionar, também, como uma ponte com as demais unidades de saúde e com outros serviços, por exemplo, com a escola. Além disso, é o coordenador que vai se comunicar com a gestão municipal e estadual. É ela que vai chegar e tentar batalhar por profissionais que estão em carência; que vai à busca de profissional médico, de psicólogo, de profissional de “n” instâncias. Quando falta alguma coisa aqui, como o vale-transporte e a alimentação dos usuários, é a coordenação que vai se responsabilizar pela busca disso. Na verdade, ela vai coordenar isso, porque não é uma responsabilidade somente dela, tem que envolver usuários, familiares, profissionais e coordenação (Grupo I).

Portanto, o gerenciamento de um serviço de saúde exige o domínio de uma variedade de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração. O gerente lida, cotidianamente, com questões administrativas – de organização das práticas e controle de materiais/recursos – que interferem na produção do cuidado. Desse modo, as ações gerenciais devem se pautar em uma lógica ampliada, que visualize o contexto e as vicissitudes inerentes aos serviços, considerando os seus compromissos sociais com a comunidade. Ou seja, o gerente de uma unidade de saúde tem como atividade precípua a organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo ou à coletividade (PASSOS, CIOSEK, 2006).

Salienta-se, assim, que gerenciar é a função administrativa e social da mais alta importância, pois o modo como esta se dá poderá conferir uma boa, ou má, resolutividade da atenção, na medida em que se tem o controle das variáveis que interferem diretamente no processo de produção do cuidado.

Nessa seara, enfatiza-se a presença de outros atores, além do gerente, no planejamento e na organização das práticas. Dentre eles, identifica-se o terapeutizando como sujeito fundamental. Discorre-se que “[...] é muito importante o diálogo dos usuários com a coordenação, porque, com isso, pode-se estabelecer uma relação de apoio e uma participação maior em todo o tratamento” (Grupo III). Ao mesmo tempo, os usuários afirmam a importância da sua comunicação com os gerentes, na medida em que “[...] é a partir de uma conversa entre os mais interessados no tratamento, que os problemas presentes em cada detalhe podem ser percebidos” (Grupo III). Revela-se, ainda, a compreensão de que “[...] a coordenação é responsável pela organização, mas cabe a cada pessoa assumir a sua responsabilidade” (Grupo III).

As dificuldades de comunicação entre os serviços, discutidas anteriormente, são apontadas como desafios para as gerencias – até mesmo no diálogo entre os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial³. Com isso, “[...] existem pacientes no CAPS Geral, que eram para estar sendo acompanhados no CAPSad, mas que a coordenação tentou encaminhar e não conseguiu” (Grupo I). Desse modo, pode-se ter prejuízo na produção do cuidado dessas pessoas, na medida em que “[...] cada serviço apresenta uma proposta específica de atenção” (Grupo I). E, portanto, potencialmente produz um cuidado mais resolutivo para determinadas demandas.

Aponta-se, por outro lado, que “o diálogo com o CAPSi é mais fácil, até porque têm algumas crianças que são atendidas lá, e os pais aqui; daí tem essa comunicação, para saber como que a família está [...]” (Grupo I). O que se mostra fundamental em uma perspectiva ampliada da gestão do cuidado, na busca por compreender o indivíduo em sua singularidade, considerando as diferentes

³ De acordo com o Art. 5º da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída por vários serviços que se agrupam nos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

dimensões que a envolvem, como o seu interesse pelo tratamento, a participação da família, o contexto ao qual estão inseridos, os equipamentos sociais que lhe estão disponíveis, entre outros.

Apreende-se das narrativas que, enquanto coordenador das ações, o gerente deve estimular, inclusive, a comunicação entre os próprios profissionais de dos diferentes serviços. Descreve-se, ainda, que esses diálogos, quando acontecem, ocorrem apenas entre trabalhadores de uma mesma categoria, ou seja, não há uma articulação interdisciplinar. Na verdade, aponta-se essa não articulação como algo positivo. Sendo assim,

[...] a comunicação se dá entre as coordenações, mas, às vezes, é importante que os profissionais se comuniquem também; o coordenador até deve estimular essas ações. [...] isso se dá entre pessoas da mesma categoria. Por exemplo, quando a gente tem paciente nosso internado no hospital de saúde mental. Nesse caso, o psicólogo de lá quer falar com o psicólogo daqui, isso acontece. Eu, como psicóloga, particularmente, não vou chegar lá para a enfermeira do Posto. [...] aqui, a gente tem esse cuidado, de ficar cada um no seu quadrado (Grupo I).

Diante disso, discorre-se que há um contrassenso entre o pensamento teórico e a concretização das práticas. Entende-se como correta a apresentação da saúde como campo de interdisciplinaridades, mas o cotidiano dos serviços aponta para uma organização multidisciplinar, com saberes e práticas fragmentados.

Costa (2007) analisa que essa conjuntura é multicausal, compreendendo quatro principais obstáculos, quais sejam: a tradição positivista e biocêntrica; os espaços de poder que a detenção de saber disciplinar propicia; a falta de comunicação entre as instituições de ensino e pesquisa; e as dificuldades próprias à interdisciplinaridade, como a operacionalização de conceitos, de métodos e de práticas entre as categorias. Fatores, estes, que são notáveis também no campo empírico analisado pela presente pesquisa.

A experiência vivida revela que existe essa atenção da gerencia para a produção de cuidado interdisciplinar entre os membros da equipe do CAPS, mas não entre os que compõem o quadro de profissionais da ESF. Neste, há uma organização segmentada, onde os usuários seguem um fluxo determinado,

passando por trabalhadores de diferentes áreas – não ocorrendo, no entanto, comunicação entre essas partes. Diferente do que acontece no CAPS, onde se percebe a valorização de um diálogo mais aproximado entre as diferentes categorias. Destarte, elucidam as narrativas:

[...] as atividades aqui são sempre pensadas de modo a abarcar tudo o que serviço oferece. Assim, a gente não inclui o paciente apenas em um grupo específico e pronto. Na verdade, a gente busca conversar entre nós sobre qual o melhor direcionamento para aquela pessoa. [...] eu percebo que tem muito essa preocupação aqui, quem assume a coordenação sempre segue essa ideia de construção coletiva, ou seja, de estabelecer um tratamento que envolva os diferentes profissionais. Para isso, quem está no papel de coordenador sempre está lembrando, nas reuniões, da importância de a gente está conversando entre si, de não ficar cada um dentro da sua sala e pronto (Grupo I).

[...] cada equipe de saúde da família tem uma área de território adscrito⁴. Por exemplo, eu tenho três mil pessoas sob a minha responsabilidade, ou mais. Assim, o serviço se organiza de modo a atender a todos esses pacientes. [...] existe uma sequência nos atendimentos. [...] o coordenador facilita esse processo, porque o papel dele é organizar esse fluxo. No dia da consulta, o paciente passa pelo auxiliar, depois pelo enfermeiro, depois pelo médico. [...] a comunicação que existe é só pelas receitas, não temos tempo para ir conversar um com o outro, ou para fazer um grupo de discussão sobre o caso, não. E a nossa conversa na coordenação é mais para assuntos administrativos, de um profissional que precise faltar, por exemplo (Grupo II).

Diante disso, visualiza-se que o modo como se dá o gerenciamento das práticas traz repercussões importantes para a produção do cuidado. Da narrativa dos profissionais do CAPS, apreende-se que há maior atenção para a integração das categorias, diferente do que acontece na ESF. Tais realidades podem ser vistas como indicativo da resolubilidade e fragilidade da atenção nos diferentes contextos. Pois, conforme salienta Cardoso (2004), a atuação interdisciplinar tem maior potencialidade de alcançar a resolubilidade, pois se observa um determinado problema por vários ângulos, permitindo uma ampliação cuidadosa do fenômeno.

⁴ De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. A partir desse conceito de responsabilização, deve-se adscriver uma população a uma equipe de saúde, uma unidade ou um serviço, numa lógica numérica que permita que a oferta de serviço seja adequada às necessidades da população. A adscrição é realizada através do cadastro das famílias, por micro área através das fichas do Sistema de Informação na Atenção Básica.

Além disso, reforça-se a dimensão da interdisciplinaridade que envolve a troca de informações continua entre os profissionais, possibilitando que se tenha um olhar e uma escuta integral e corresponsável.

Os profissionais sinalizam fatores externos às suas práticas, que influenciam a não interdisciplinaridade das ações promovidas pela ESF, tais como: o resultado da insuficiência de recursos humanos para atender ao excesso de demanda (fato que já foi discutido na presente análise). Outro ponto destacado é a ausência de espaço nos seus planejamentos, para inserir momentos de discussão entre os membros da equipe, ou, até mesmo, para fazer atividades grupais com os usuários. Afirma-se, ainda, que existe uma série de procedimentos e atendimentos que lhe são exigidos, o que, somado à quantidade elevada de usuários e ao pouco tempo disponível, tornam os seus cronogramas restritos a atendimentos clínicos e à resolução de questões burocráticas.

Tudo isso, contribui para que o planejamento das ações seja restrito ao atendimento clínico das demandas apresentadas, com fins de alcançar os objetivos previstos pela gestão, de números de atendimentos produzidos, e não tanto pela qualidade do serviço oferecido, assim,

[...] o planejamento é feito em cima da quantidade de pessoas que se tem para atender e o tempo disponível. Tudo o que você faz durante um mês, tem que gerar atendimento, tem que gerar uma numeração. [...] tem que produzir, e essa produção é contabilizada em cima da quantidade de usuários e de procedimentos. [...] tem que dar conta de tudo o que aconteceu naquele mês na equipe, porque é gerado através de números de dados. Então, não posso deixar de atender gestante. Como é que eu posso deixar de atender gestante e fazer um grupo de educação em saúde mental, se o que me é exigido é atender a todas as gestantes da área? [...] Também não tem tempo para reunir a equipe e ir discutir os casos, porque quase não dá tempo de atender, imagine de discutir sobre isso [...] durante o mês, eu tenho que dar conta das minhas gestantes, independente do número, por exemplo. Então são coisas que são cobradas de nós e temos que cumprir. Não existe essa de gestante ser mais importante do que o grupo de educação em saúde; o que existe é o cronograma que é feito em cima do que é cobrado e que não nos deixa com tempo para outras atividades (Grupo II).

Esse relato vem em consonância com as prioridades relatadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explana como áreas estratégicas: a

eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose; o controle da hipertensão arterial; o controle da diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança; a saúde da mulher; a saúde do idoso; a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007). Ficando a atenção psicossocial subtendida. Esse modo de estruturar a política influencia e, por vezes, direciona o planejamento das práticas para ações programáticas – que estão visualmente descritas na PNAB – como se percebe nos discursos supracitados.

Evidencia-se, mais uma vez, com Bertussi e Almeida (2003) que pois estas são as unidades produtoras, a porta de entrada no Sistema Local de Saúde, onde os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados e atendidos pela equipe de saúde, sendo que a gerência pode definir mudanças no modo de organizar o processo gerencial. A ideia da organização piramidal tem sido criticada e substituída por modelos mais flexíveis, com possibilidade de outras portas de entrada, além da Atenção Básica e fluxos reversos entre os vários serviços. Em 2011, o decreto n.º 7.508 regulamentou a lei n.º 8.080, reforçando a organização em redes de atenção à saúde, visando a garantia da integralidade do cuidado. Tais desafios podem ser discutidos nas reuniões de equipe da ESF, nas quais, potencialmente, podem-se traçar estratégias de reformulação da atual conjuntura apresentada.

As reuniões de equipe são espaços pujantes para a discussão de casos e de problemas encontrados no cotidiano e para o planejamento de ações que possam solucioná-los ou amenizá-los. As anotações no diário de campo indicam que esse momento é o mais propício para os gerentes repassarem os informes da gestão e debaterem o cronograma de atividades. Fato que ocorre no CAPS, mas que apresenta limitações em seu funcionamento na ESF, onde o encontro é restrito ao repasse de informações burocráticas. Assim,

Têm as questões administrativas, os informes. Mas tem também as pautas trazidas pelos profissionais. [...] então, às vezes discutimos algum caso específico, ou melhorias como um todo. [...] Nós tivemos que elaborar um projeto especificando a necessidade desses momentos, porque, na verdade, nesta gestão agora, foi proibida as reuniões semanais nos serviços. Então, baseados na ideia do projeto de educação permanente, conseguimos fazer com que o serviço continue fechando um período, importante para a equipe ter este momento de conversa, partilha e conhecimento (Grupo I).

As reuniões aqui são bem administrativas. [...] a coordenadora é quem organiza a maior parte desses encontros. Quando ela não pode vir, tem uma auxiliar que faz isso. [...] é necessário que a gente se veja, porque às vezes tem algum informe importante da gestão, que a gente só fica sabendo a partir desse encontro na reunião. [...] são repassadas as atividades que a gente tem e, com isso, cada um organiza sua própria agenda. [...] Se vai ter campanha de vacinação, a coordenadora fala e eu já sei que, naquele sábado, no dia tal, eu terei que vir trabalhar. [...] não tem discussão de caso e nem debate sobre as atividades, porque já está tudo no cronograma, o que a gente tem que fazer (Grupo II).

As reuniões de equipe são momentos basais para a organização das práticas, na medida em que configuram um espaço onde se pode construir – a partir da interface de diferentes categorias profissionais – uma atenção integral e resolutiva para os usuários. Destaca-se que, além de seu caráter administrativo – de estruturação, organização e estabelecimento de diretrizes –, esses encontros se apresentam como pujantes espaços de tomada de decisão, a respeito de alguma demanda emergente naquela semana, ou sobre alguma estratégia de melhoria da atenção, por exemplo.

Em estudo sobre as reuniões de equipe, Grando e Dall’Agnol (2010), identificam que esses momentos são importantes para os profissionais, principalmente porque lhes possibilitam o compartilhamento das experiências cotidianas, a socialização do conhecimento, bem como o planejamento conjunto das ações a serem desenvolvidas. No entanto, apontam, também, que é comum a existência de percepções que avaliam as reuniões como cansativas e improdutivas – configurando-se como perda de tempo e dificuldade de tomada de decisão. (GRANDO; DALL’AGNOL, 2010). Diante disso, se expressa que o modo como se gerenciam esses encontros, tem a potencialidade de torná-los espaços ricos em troca de conhecimento e experiência – o que contribui para a produção de um cuidado integral, coerente e resolutivo –, ou serem apenas repasse de informações burocráticas – o que contribui para a estagnação das práticas.

Evidencia-se que modo como se dá o gerenciamento da equipe de saúde e o interesse dos profissionais sinalizam muitos aspectos da concretização das práticas, pois o planejamento das ações e a produção da atenção seguem o cronograma estabelecido nessas reuniões, tanto no CAPS, quanto na ESF. Como se observa:

[...] a visita domiciliar da equipe é fundamental, mas hoje não tem mais. Quando precisa da Psicologia, por exemplo, a gente sai das outras atividades e vai fazer. [...] A visita que sempre tem é da enfermagem, por causa das medicações, porque têm pacientes que não vêm ao serviço de jeito nenhum. [...] tinha visita médica, mas está mais restrito, pela falta de profissionais. Outro que faz visita é o serviço social, que faz busca ativa. [...] Tudo isso, é organizado na reunião. Tem o cronograma das atividades e cada um sabe o que tem que fazer. Então, antes, no cronograma, tinha visita de Psicologia, então essa era feita. Hoje, não tem mais, então, não é feita. Só em casos especiais, mas fica descoberta outra atividade, que estava prevista no cronograma (Grupo I).

Eu acho que a equipe de saúde da família é para atender, como o próprio nome diz, a família como um todo, em sua casa. [...] antes até dava para a gente ir onde as pessoas estão, de fazer visita domiciliar, e ter uma noção maior do que acontecia. Só que nessa gestão atual foi mudado totalmente o plano de trabalho e, agora, não temos tempo. [...] nas reuniões, a gente ver o que está planejado, se tem alguma coisa de diferente, e segue o que é solicitado (Grupo II).

Essa centralidade nas ações planejadas e pensadas nas reuniões traz, portanto, repercussões para o cotidiano dos serviços e para o modo como os usuários são acolhidos e percebidos. Nessa dinâmica, observa-se que os sujeitos passam a ser olhados a partir da ótica dos aspectos que estão no planejamento das ações:

A ACS sempre está sempre visitando minha casa, para atualizar o cartão de vacina dos meninos. Só faz isso e pronto. As perguntas são sempre sobre as crianças e só. Por mim, ela nunca perguntou, mesmo eu tomando remédio de diabete, pressão, nunca perguntou não. [...] mesmo sendo acompanhada pelo CAPS, eu acho que a ACS do Posto era para, pelo menos, procurar saber se eu estou bem, mas não, ela só pergunta pelas vacinas das crianças, peso e essas coisas, porque é o que tem para ela preencher na ficha (Grupo III).

Em vários momentos desta análise, fica expresso que os profissionais apontam o que seria a prática mais adequada – que promova a construção de um cuidado integral, resolutivo, equânime, entre outros –, mas que, no seu cotidiano, atuam de modo diverso e, por vezes, até contrário. Como se pode perceber nas narrativas supracitadas.

Apreende-se que há um conformismo na atuação dos trabalhadores, tanto do CAPS, quanto da ESF. Alguns, inclusive, afirmam: “[...] não tenho muito interesse em mudar, porque meu vínculo aqui é por meio de um contrato que já está perto de acabar” (Grupo I). Outros destacam que: “[...] eu vou seguindo a maré, o que a equipe faz, eu faço também” (Grupo II).

Identifica-se o conformismo dos trabalhadores como um dos principais motivos para a estagnação das práticas. Sobre isso, aponta-se uma pesquisa realizada pelo psicólogo social Stanley Milgram que, em 1963, revelou, por meio de experiências, que as pessoas são capazes de dizer ou fazer coisas que contrariam suas próprias convicções, porque se submetem a uma autoridade (que, no caso, seria representada pelos ocupantes dos cargos de gestão), ou porque são influenciadas pelo pensamento de um grupo (no caso a equipe de saúde).

As anotações em diário de campo delineiam uma prática medicamento-centrada, onde também é comum o relato: “[...] de três em três meses, eu vou pegar a receita no Posto. Chegando lá, eu vou para o médico e ele passa outra receita. Depois, vou à farmácia e pego os comprimidos – o remédio da pressão. Esse é meu atendimento há cinco anos” (Grupo III). Ou seja, tem-se o “acompanhamento” do indivíduo apenas no que se refere à manutenção do fármaco, não se tem um olhar ampliado para as vicissitudes que envolvem esse adoecimento e nem para uma possível mudança na pessoa. No caso, faz-se uso de um mesmo medicamento há cinco anos e os atendimentos foram sempre iguais. Isso não é diferente nas demandas de saúde mental, onde a manutenção do usuário na terapêutica é exclusivamente por meio da consulta médica para prescrição medicamentosa, como se percebe nos discursos:

Tem paciente aqui que não faz parte de grupo, mas que tem atendimento periódico para receber o remédio. [...] não existe entrega de uma quantidade exagerada de medicamentos e pronto não, até porque, é a partir disso que a gente sabe que o paciente vai voltar. Então, o remédio acaba e, ele sabe que precisa, a família sabe que ele precisa, daí eles vêm para a consulta médica e pegam o remédio.[...] a gente faz esse controle (Grupo I).

Sendo assim, quando o gerenciamento das ações limita-se a um cronograma fechado, corre-se o risco de se ter uma gestão do cuidado estagnada, seja com uma

prática medicamento-centrada, conforme supracitado ou, até mesmo, com a reprodução de atendimentos clínicos e atividades grupais vazios de significado, alguns profissionais apenas seguem o cronograma, sem ter muito interesse na resolubilidade das demandas,

[...] principalmente no momento que nós estamos vivendo atualmente. Estamos passando pelo processo de seleção, que as pessoas ficam apenas por dois anos, no máximo. [...] agora, os grupos estão mais fragilizados, sem muito significado [...] os profissionais às vezes, fazem por fazer, não querem nem assumir novos atendimentos, porque sabem que não poderão dar continuidade, então, seguem apenas o que está no cronograma (Grupo I).

Nessa seara, às vezes, mesmo as estratégias que buscam ter uma maior atenção ao usuário, restringem-se à análise da medicação. Salienta-se a importância do conhecimento do usuário e/ou da família acerca do medicamento, suas indicações, contraindicações, efeitos e complicações,

[...] porque é tão fácil você chegar e dizer para o paciente pegar um medicamento e ficar tomando para o resto da vida. Aqui, eu percebo que tem esse cuidado de não prescrever a medicação por prescrever. Se vem uma criança com a mãe, que questiona a medicação, a gente explica. O idoso, do mesmo jeito. E na saúde mental, tem a médica responsável por esses atendimentos e ela explica tudo. [...] a gente já pensou em fazer grupo, até de pintura, para eles se expressarem; mas a gente não tem espaço, não tem tempo. [...] Já acho importante e um diferencial a gente poder explicar o remédio que ele vai tomar (Grupo II).

Compreende-se que o medicamento é um componente importante da atenção à saúde mental. Entende-se que à integralidade, insere-se, também, a manutenção do tratamento adequado com fármacos seguros, eficazes e eficientes. Nesse sentido, salienta-se a importância da orientação dada ao usuário, principalmente, porque isso contribui para o processo de autonomia assumido por ele. Observa-se, ainda, que o acesso a medicamentos pode ser interpretado como um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e, também, um determinante notável do cumprimento do tratamento prescrito, conforme é referenciado por Paniz (2008). Pondera-se, no entanto, que essa conduta “terapêutica” – de prescrição e orientação dos fármacos – não seja a única utilizada, pois se considera que a gestão do

cuidado deve envolver muitos outros aspectos e que, inclusive, muitas vezes, os fármacos são dispensáveis. Assim, essa visão ampliada deve ser bem apreendida pelos profissionais, para que não se corra o risco de haver a prescrição desmedida de fármacos, em detrimento de uma atenção integral.

Os discursos dos profissionais do CAPS apontam que “[...] a gerencia está sempre dentro do mesmo formato [...]”, ou seja, não há mudanças no modo de organizar as práticas no serviço. Por um lado, isso é positivo, na medida em que “[...] as pessoas que assumiram a gerencia são sempre de dentro, funcionários do serviço, que conhecem o trabalho, conhecem os funcionários”, o que, potencialmente, torna o gerenciamento coerente e facilita a comunicação entre os membros da equipe. Por outro lado, pode fazer com que ocorra o enrijecimento das práticas e, algumas vezes, por mais que seja algo que já acontece há muito tempo não o é, necessariamente, o mais acertado. Destarte,

[...] de forma geral, não é o fim do mundo ficar sem coordenação não, porque a gente sabe mais ou menos como que o negócio flui. Só quando acontece, assim, alguma coisa mais séria, que a gente corre para a coordenadora, mas isso é raro. Quanto ao funcionamento de horário, vir para trabalhar, a gente tem isso bem organizado. Não muda, porque a coordenação sempre é assumida por alguém que tem o mesmo pensamento, então, vai-se mantendo tudo como estar, não que o que acontece seja sempre seja o mais correto (Grupo I).

Analisa-se que muitas dessas características identificadas nas gerencias vêm em consonância com a política assumida pela gestão, que, de algum modo, direciona o modo como os gerentes organizam as práticas nos serviços. Em algumas situações, os coordenadores das unidades consideram que “[...] as decisões tomadas pela gestão são boas, porque eles têm todo um embasamento epidemiológico para isso” (Grupo I); mas em outras, “[...] tem o problema de que eles não sabem de tudo o que acontece aqui, não tem como saber, então, fica difícil conciliar o cronograma com tudo o que é solicitado” (Grupo II).

Atuação dos gestores

Apreende-se a compreensão dos trabalhadores de que, apesar dos muitos entraves encontrados no cotidiano dos serviços, as políticas de saúde e de assistência são criadas com a intenção de melhorar a atenção dada às pessoas. Nesse sentido, citam-se muitos equipamentos e dispositivos de cuidado – de saúde e assistência – que foram instituídos nas últimas décadas, dos quais, citam-se: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS),

[...] assim, existe uma série de fatores que contribuem para que as coisas não deem certo, [...] mas os gestores têm interesse em melhorar, porque antes não tinha o NASF, não existia o CAPS, o CRAS. Então, foram coisas que foram criadas há 15 anos, ainda são recentes. Se você for olhar, em nível de saúde pública, é recente. E isso aí serve para o quê? Para melhorar, para desafogar os serviços que não estão dando conta. E por que não desafoga? E por que não melhora? (Grupo II).

Essa construção de novos equipamentos e dispositivos de cuidado tem sido uma das iniciativas do governo brasileiro para a consolidação de uma atenção integral aos cidadãos. Foram muitas as estratégias criadas no âmbito da saúde e da assistência social, das quais, algumas foram supracitadas. Pondera-se, no entanto, que existem entraves na consolidação da operacionalidade desses serviços, principalmente, no que se refere à articulação em rede e ao olhar para saúde mental. Além disso, os profissionais discorrem – como resposta às perguntas relatadas acima – que “[...] a falta de atenção dos gestores para a preparação dos programas e serviços criados, prejudica a sua consolidação. Falta preparação dos profissionais e materiais para os serviços [...]” (Grupo II). Essa escassez crônica de recursos é apontada, inclusive, como desafio a ser enfrentado pelo Pacto de Gestão (2005), assim como a persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde; a debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; a desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em saúde; o financiamento e organização enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; a indefinição de meios e modos para a gestão de políticas de saúde no âmbito regional, dentre outros (BRASIL, 2005).

Além desses entraves apresentados, os trabalhadores discorrem que os modos como a gestão e sua atual política governamental têm atuado, colocam a atenção à saúde mental em segundo plano. Afirmam que há a priorização de propagandas do governo, em detrimento de ações efetivas. Foram muitas as dificuldades apontadas, quais sejam: a falta de profissionais; a precarização das relações de trabalho; a escassez de material para as atividades; e a insuficiência de alimentos e vale-transporte para os usuários. Como se destacam da narrativa:

Não há priorização de recursos humanos para a área da saúde mental. O que se tem é a priorização de ideias e de modos de fazer uma boa propaganda. Infelizmente, eu acho que a saúde mental está muito aquém. [...] Eu acho que as ações de saúde mental já estiveram mais em alta no pensamento dos gestores maiores. [...] eu vejo a saúde mental muito esquecida. [...] Existe, assim, um descomprometimento por parte da gestão. Faltam recursos de todos os gêneros aqui, desde coisas para o nosso trabalho, para realizar as atividades, até alimento e vale-transporte para os usuários. Além disso, não fazem concursos para os profissionais, o que torna as relações de trabalho fragilizadas (Grupo I).

Tudo isso, traz repercussões para a forma como os usuários são atendidos. A experiência narrada sugere que as ações na área de saúde mental, no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, não são prioridades governamentais. Cita-se que há apenas uma ambulância para atender as emergências de toda a população fortalezense, e que, para outras situações, tem-se um olhar mais atento e mais recursos, como “uma briguinta entre vizinhos”, que é capaz de mobilizar mais setores do que um surto psicótico. Assim,

[...] o paciente que tem transtorno mental é muito desrespeitado pela saúde pública. Tudo que é feito para ele não é bem organizado. [...] Quando foi pra fechar o hospital mental foi do mesmo jeito. Era comum ver gente sofrendo com a doença e sem ter a assistência devida. Hoje, não é muito diferente. Fortaleza, por exemplo, só tem uma ambulância para uma população todinha. Se a pessoa tiver um surto psicótico, não será atendida tão cedo. Enquanto que para briguinta de vizinho tem muita coisa; tem ronda do quarteirão, ambulância e unidade de pronto atendimento (Grupo II).

Ressalta-se que desconsiderar uma “briguinta entre vizinhos”, ou qualquer outro problema social, não resolverá a desassistência à população. Pois, apenas a mudança de ênfase de uma área para outra, deixará sempre um setor em déficit.

Além disso, entende-se que o social e a saúde não são campos dissociáveis e que uma “briguinha entre vizinhos” pode representar um sintoma que mereça intervenção psicossocial, depende do contexto.

O que se visualiza como possível solução, então, é a ampliação da atenção ao sujeito em todos os aspectos que o envolvem, como a saúde, a educação, a segurança e a assistência social. Destaca-se que o Brasil já possui um sistema de saúde mental inovador, que centra sua atenção na comunidade e na socialização do sujeito em sofrimento psíquico. Além disso, esse sistema se mostra operacionalmente viável, restando, apenas, o enfrentamento dos desafios discutidos anteriormente.

Outro ponto explanado pelos trabalhadores refere-se a não haver um espaço de diálogo efetivo entre eles e os gestores, o que contribui para que as decisões tomadas por estes sejam desarticuladas das pretensões daqueles, ou, até mesmo, que sejam descontextualizadas. No caso, a decisão de mudar o horário de funcionamento das ESF e publicitar isso, tem provocado problemas para as equipes. Como se pode apreender do discurso:

A gestão atual fez todo tipo de propaganda dizendo que tem que ter atendimento médico de sete da manhã à sete da noite. Com isso, a população passou a exigir médico para atender de tudo, qualquer tosse e espirro [...] alguns passaram a recusar o atendimento de outros profissionais, como os enfermeiros. E isso prejudica todo o nosso planejamento, porque não tem condições de o número de médicos que tem aqui atender a todo mundo na mesma hora. Isso não faz nenhum sentido. Estamos sofrendo diariamente com isso aqui. As pessoas estão exigindo atendimento imediato até mesmo para prevenção, não querem agendar o atendimento não. [...] a saúde mental, então, fica totalmente em segundo plano. [...] nós estamos muito sobrecarregados, por conta desse acolhimento que foi implantado nessa gestão agora. Na verdade, a gente perdeu muita coisa da demanda programada. Então, nós acabamos diminuindo nossa carga horária para 32h e fomos remanejados para os horários do acolhimento [...]. A gente recebe essa demanda, e vai direcionando. A gente perdeu muito aquela demanda programada, na qual a gente podia ter um olhar mais cuidadoso para a saúde mental (Grupo II).

Entende-se que a efetiva participação dos trabalhadores no processo decisório acerca das políticas e planejamentos em saúde se mostra essencial, na medida em que são eles que vivem o cotidiano das práticas, e que, dessa forma,

potencialmente conhecem melhor a realidade a qual se destinam essas ações e diretrizes.

Apesar disso, os profissionais narram que não se sentem participantes dos processos decisórios. Afirmam não ter um diálogo próximo com os gestores e que, “[...] ninguém diz assim: vamos ouvir médico, o que eles acham disso aqui; vamos ouvir o enfermeiro. Nada. Vêm as ordens e pronto; todo mundo tem que aceitar” (Grupo II). O que contribui para a existência de possíveis fragilidades no processo terapêutico, na medida em que algumas decisões da gestão no planejamento das ações não se aplicam de maneira coerente ao cotidiano dos serviços.

Atividades e Recursos disponíveis nos serviços

Compreende-se que por a gestão do cuidado em saúde mental envolver diferentes dimensões, cada atendimento ou conduta terapêutica, mesmo as mais rotineiras, implicam uma série de fatores que se interpenetram. De tal modo que,

[...] para que exista uma organização adequada na prática, muitos fatores estão envolvidos, por exemplo: para que os usuários participem do grupo, tem que ter o vale-transporte, que possibilite o acesso deles ao serviço; tem que ter a alimentação, porque alguns precisam do lanche; tem que ter o material, essencial para os trabalhos de expressão; tem que ter o telefone, porque alguns só vêm para os encontros se a gente ligar; e tem que ter o profissional, para direcionar o tratamento (Grupo II).

Dessa maneira, entende-se que o funcionamento dessas dimensões influencia-se mutuamente. Assim, a produção do cuidado que um trabalhador de saúde, um gerente, ou um gestor tem sob sua responsabilidade construir, dependem intimamente do modo como a gestão do cuidado acontece nas outras dimensões (CECILIO, 2009). Ou seja, o atendimento profissional-usuário, o gerenciamento da equipe e a organização do sistema são relações que se influenciam e contribuem para o bom, ou mau, funcionamento dos serviços. Outro fator que interfere nesse processo é a estrutura física dos espaços onde as atividades são realizadas.

Em análise ao cotidiano dos serviços, percebe-se que há a escassez de materiais para os trabalhos e que a estrutura apresenta fragilidade. Na ESF, apesar de ter havido uma reforma recente, as salas de atendimento são pequenas e não

apresentam boa acústica, o que pode comprometer o atendimento clínico. O mesmo se repete no CAPS, onde, além de salas que não garantem o sigilo do atendimento, algumas são muito desconfortáveis, com aparelhos de ar-condicionado quebrados, cadeiras duras e espaço pequeno. Além disso, o espaço destinado para os atendimentos grupais é um auditório improvisado que é aberto (sem portas) e não possui boas instalações.

Diante dessas limitações estruturais, os profissionais tentam realizar seus atendimentos da melhor forma que conseguem. Buscam, de diferentes maneiras, conseguir os materiais que lhe são necessários e lutam por melhorias na estrutura física, assim,

[...] para fazer as atividades, é preciso fazer de tudo para conseguir material para os trabalhos. [...] Organizar bazar, trazer de nossa casa, comprar do próprio bolso, tudo isso é comum de acontecer. Isso é necessário para que a gente consiga material para trabalhar, para que as oficinas aconteçam. A dificuldade é grande para se conseguir material do governo. [...] A gente já brigou muito por uma estrutura física, para termos salas de atendimento adequadas, climatizadas, que garantam o sigilo das sessões de terapia e de atendimento clínico. Além da estrutura da sala de grupos, da recepção, enfim, de todo o serviço. Isso é importante para que o paciente seja cuidado da melhor forma possível (Grupo I)

Ressalta-se que existe um manual de estrutura física dos CAPS, com orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação dos serviços. Apresentam-se especificações para a adequação de diferentes espaços, desde o destinado à recepção, até à estrutura dos banheiros e almoxarifado. Essas orientações objetivam facilitar o processo de acolhimento dos usuários e tornar a sua permanência no serviço mais agradável. Lembra-se, ainda, que toda a estrutura é pensada de modo a proporcionar acessibilidade, conforto, segurança e sigilo para os atendimentos (BRASIL, 2013a). A experiência vivida, no entanto, aponta que as regulamentações propostas pelo manual não foram consideradas, como se pode confirmar no discurso acima.

Esses percalços também são sentidos pelos trabalhadores da ESF, que, além disso, enfatizam a limitação do tempo destinado aos atendimentos, bem como a

adequação das demandas para os profissionais a quem são destinados os sujeitos em sofrimento psíquico,

[...] então assim, além de várias outras limitações, o tempo para o atendimento é muito curto. Aí surgem perguntas do tipo: será que uma pessoa com depressão, transtorno bipolar, ou outro transtorno mental vai ser bem atendido com o tempo da consulta do Posto? Será que essa demanda é mesmo para o Posto, para um médico que não é psiquiatra? Será que um clínico geral tem conhecimento suficiente para atender demandas nessa área? (Grupo II)

Como foi discutido no primeiro capítulo desta análise, compreende-se que existem fragilidades no processo formativo dos profissionais, o que reflete na sua atuação frente aos usuários. Diante disso, surgem perguntas como as citadas acima, que discutem a validade da atenção à saúde mental na AB. Apesar disso, pondera-se, mais uma vez, que, de acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a ESF é ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, bem como do consumo abusivo de substâncias psicoativas – como álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Gestão do cuidado em saúde mental: conceitos e compreensões múltiplas

Os profissionais consideram que a gestão do cuidado em saúde mental abrange cada ação cotidiana e as múltiplas relações que a envolvem. Compreendem que todos os sujeitos (gerente, profissional, usuário e familiar) afetam-se mutuamente, ou seja, as ações de cuidado não são percebidas como unidirecionais – apenas do profissional que cuida e do usuário que é cuidado. Desse modo, a percepção da gestão do cuidado de modo multidirecional traz a emergência da atenção para o profissional, que, de acordo com narrativas, apresenta-se desprovido de atenção. Inclusive, os relatos sinalizam o trabalho no CAPS como possível causa do adoecimento de alguns funcionários. Sendo assim,

[...] cuidar vai muito além de olhar para a via assistencial. Não se restringe ao atendimento clínico. É muito mais amplo do que isso. É você ver o cuidado com o seu trabalho; com o paciente; do paciente com você; da coordenação; o cuidado entre os profissionais; dos

profissionais com os pacientes que estão ali no serviço, independente de ser o dia da consulta. [...] assim, envolve o trabalhador, o usuário, o serviço, toda sua estrutura, e o ambiente [...]. Se você pensa em cuidar, você deve ver tudo. Todo o contexto. [...] os profissionais, por exemplo, precisam muito de cuidado. Têm dois profissionais aqui, no serviço, que estão trabalhando adoecidos. E um está até de licença. E aí você pergunta: foi por causa do serviço? Pode ser, porque é muito difícil trabalhar com saúde mental. E, às vezes, a gente nem percebe o quanto, só vai perceber quando o corpo está ali, lhe mostrando isso. [...] O próprio gestor precisa de cuidado. E aí a gente tem que estar sempre atento a isso. Cuidar de quem cuida, que é uma proposta que a gente se esquece de realizar [...] (Grupo I).

Essa discussão sobre a necessidade de atenção para o trabalhador de saúde mental não é uma novidade. Esteve presente em muitos debates das décadas de 1980 e 1990, quando fervilhavam as mudanças na conjuntura da Saúde do país. Foi tratada, também, e de modo mais imperativo, no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, onde foram discutidos meios para construção e consolidação de uma política de recursos humanos coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Diante disso, foram estabelecidas algumas diretrizes às quais os processos gerenciais precisam estar atentos, tais como: formação profissional como ação permanente; política salarial justa; garantia de condições de trabalho dignas e de planos de cargos, carreira e salários, que valorizem o trabalhador; democratização das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação; garantia de suporte profissional, a partir de supervisões clínicas e institucionais; e a garantia da jornada de trabalho adequada para todos profissionais. Destacando-se, ainda, o desenvolvimento de estratégias específicas para a produção do cuidado em saúde mental para os trabalhadores de saúde (BRASIL, 2001). Fato, este, que está sendo “esquecido” no cotidiano dos serviços, como ilustra o discurso anterior.

Evidencia-se, mais uma vez, que o modo como a gestão do cuidado é percebida pelos gestores e gerentes influencia a maneira como as práticas se efetivam no cotidiano. A organização da rede e dos serviços de saúde pressupõe uma postura de interesse e implicação para toda a complexidade que é inerente à produção do cuidado – como a preparação da equipe, a elaboração do cronograma de atividades, e a organização do fluxo de atendimentos –. Discorre-se, ainda, sobre a importância de um planejamento participativo – que envolva usuários, familiares,

profissionais, gerentes e gestores – e sobre a necessária preparação/capacitação da equipe para acolher as demandas de saúde mental. Destaca-se, assim,

[...] que toda a ação que se faz com interesse e responsabilidade exige preparação e planejamento. É importante pensar não só no cronograma, mas no preparo dos profissionais para executar as atividades. [...] É preciso que exista uma atenção para a capacitação das equipes e uma organização no fluxo de atendimentos. [...] quando se propõe a construir um cuidado em saúde mental, o envolvimento de pacientes e seus familiares, profissionais, coordenadores e gestores nas reuniões de planejamento é uma necessidade (Grupo II).

Ressalta-se que essa preparação não é percebida no cotidiano dos trabalhadores da ESF, onde “[...] simplesmente o profissional é colocado para atender demandas de Saúde Mental. Não há uma preparação da equipe, uma organização da equipe” (Grupo II). Esse contexto potencialmente promove dificuldades para a construção de uma atenção integral e resolutiva, pois, sem a devida preparação e coordenação das equipes, tem-se o comprometimento da qualidade dos atendimentos e da organização dos fluxos – com entraves no diálogo entre os equipamentos, por exemplo.

Esses fatores já foram discutidos em outros pontos deste trabalho e são enfatizados no discurso dos usuários, que encontram dificuldades no acesso à atenção em saúde mental na ESF:

É difícil ser atendido no posto, mesmo que seja só para pegar a receita do remédio dos nervos. [...] Já sofri discriminação no Posto e isso me doeu muito. Até hoje, eu ainda não me recuperei disso. [...] eu sou perturbada e tudo, mas eu não deixo passar em branco nada na minha vida. Fui ao Posto e disseram que não iam atender ninguém do CAPS. Mas eu já tinha cadastro lá. Antes de ser paciente do CAPS, eu era de lá. Eu era atendida lá, quando eu era “normal”, como eles taxam. Agora, só porque sou atendida no CAPS, vou ser discriminada? (Grupo III).

Fato que também é identificado pelos profissionais do CAPS, que afirmam ser problemática a comunicação com outros serviços, principalmente com os ESF. Onde percebem a limitação do acesso aos sujeitos em sofrimento psíquico e uma prática

de encaminhamento exagerada. O que exige, por vezes, uma postura mais firme dos trabalhadores do CAPS,

[...] às vezes, é preciso fazer confusão para que o usuário seja atendido. É inacreditável, mas, às vezes, é necessário dizer que o cara está com o braço quebrado, e não com problema na cabeça, para fazerem alguma coisa pelo braço dele. E aí o negócio pega. [...] Muitas vezes, os nossos pacientes são barrados no Posto, porque dizem que lá não é lugar deles. Se a gente perceber, a gente tem muito a fazer ainda; a gente precisa mostrar muito ainda para as pessoas. É importante que essas pessoas sejam capacitadas e sensibilizadas para atender as demandas de saúde mental, e não ficar apenas nessa de encaminhometro para o CAPS, tudo o que é choro, encaminham para o CAPS (Grupo I).

Desse modo, salienta-se que “a gestão do cuidado em saúde mental deve envolver atenção desde ao processo de formação dos profissionais, até ao gerenciamento das práticas” (Grupo I), para que, assim, possa se estabelecer uma produção do cuidado em rede resolutiva e integral. E, desse modo, esse discurso de que “tudo o que choro, encaminham para o CAPS”, gradativamente deixará de existir, pois, potencialmente, ter-se-á uma maior resolubilidade na AB.

Considera-se o encaminhamento para os serviços especializados, como o CAPS, uma necessidade premente para muitos casos de saúde mental, mas não para todos –, como se observa no cotidiano das práticas. Ao considerar o direcionamento da demanda ao CAPS como uma estratégia de cuidado ou uma ação de saúde realizada isoladamente, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade potente da AB (CAVALCANTE et al., 2011), o que, como já foi discutido, mostra-se um contrassenso à atual política de atenção psicossocial brasileira.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que o processo de análise do fenômeno investigado não se esgota, assim, tecem-se aqui algumas considerações que sinalizam o fechamento do presente estudo, mas não o encerramento das múltiplas possibilidades de interpretação da realidade apreendida. Lembra-se que o enquadramento científico e a factibilidade temporal – no tocante aos limites que se impõem ao pesquisador –, determinaram o enfoque para a análise, qual seja: a compreensão das dimensões profissional, organizacional e sistêmica da gestão do cuidado em saúde mental.

Discorre-se, portanto, que as formas como os profissionais atuam; as práticas se organizam; e os serviços se comunicam; trazem repercussões essenciais para o modo como se processa a gestão do cuidado em saúde mental dos usuários. Entende-se que tais fatores estão entrelaçados na atenção.

O estudo apontou que o cuidado em saúde mental exige processos dialógicos – de envolvimento de subjetividades – que só pode ser alcançado a partir de uma construção coletiva da atenção. Apreende-se, assim, que o sujeito em adoecimento deve assumir uma posição ativa – de autonomia – na construção de estratégias de cuidado. Esse processo deve ser facilitado pelo profissional, o que lhe exige preparação técnica e relacional, na medida em que se amplia sua percepção para os diferentes aspectos que envolvem o sujeito em sofrimento psíquico, quais sejam: biológico, sociocultural e psicológico.

A análise da experiência vivida assinalou, no entanto, que o desempenho profissional tem apresentado muitas dificuldades no cotidiano dos serviços de saúde, sendo que, muitas vezes, a fragilidade dos processos formativos emerge como causa, ou como potencializadora, dos impasses que se apresentam aos profissionais, no tocante a limitarem as ações que possibilitem o cuidado integral ao indivíduo.

A pesquisa encontrou que há convergência nos discursos e nas anotações em diário de campo no que se refere à atenção desenvolvida pelos profissionais,

que nem sempre se traduz em resolubilidade, na medida em que se dá maior ênfase às ações programáticas e ao tecnicismo das práticas, em detrimento de um olhar psicossocial para o adoecimento. Nessa perspectiva, muitas vezes, a doença assume um lugar mais importante do que a própria pessoa.

As narrativas dos profissionais sinalizaram a necessidade de capacitação e de preparação para o atendimento a demandas de saúde mental. Os trabalhadores identificaram fragilidades nos cursos de graduação, por estes não responderem de maneira integral às demandas e desafios que a realidade de trabalho lhes apresenta. Diante disso, apontam-se os processos formativos como pujantes ferramentas de transformação das práticas, no que se refere às possibilidades de discussão e construção reflexiva de conhecimento. Contudo, para que isso se materialize, tem-se a necessidade da efetivação de mudanças estruturais nos currículos e diretrizes dos cursos de graduação, buscando aproximar os conteúdos teóricos à realidade dos serviços, de modo contextualizado e crítico.

Identificou-se que algumas iniciativas governamentais já deslumbram essas mudanças nos cursos da saúde, das quais, citam-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Pró-Ensino na Saúde, que buscam aproximar a sala de aula ao cotidiano dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva interdisciplinar e norteada por um olhar integral para a realidade.

A pesquisa sinaliza que a produção do cuidado pautada na atenção interdisciplinar apresenta a possibilidade de concretizar-se em uma maior resolubilidade, pois pressupõe um olhar múltiplo para a demanda que se é apresentada. Ou seja, tem-se, por meio do trabalho em equipe, a possibilidade de visualizar uma única demanda a partir de vários ângulos, o que se aproxima da integralidade, fundamental no cuidado em saúde.

Destaca-se, no entanto, que essa articulação entre as diferentes categorias e a valorização de ações compartilhadas – com a troca de experiências e o envolvimento do usuário no processo –, exigem interesse e iniciativa dos profissionais. Estes, muitas vezes, se deparam com desafios e limites – tais como o excesso de demanda e o déficit na sua formação –, o que lhes inclinam para a opção de assumir uma postura de prática individual e segmentada.

Foram percebidas divergências no modo como se processa a gestão do cuidado em saúde mental no CAPS e na ESF. Nesta, identifica-se que os atendimentos seguem um fluxo previamente estabelecido e que há um ordenamento nas consultas (não se visualizando uma comunicação direta entre os trabalhadores, que se organizam em um formato de estrutura hierárquica das práticas). No CAPS, por sua vez, reconhece-se a necessidade de um olhar ampliado para o sujeito, havendo uma integração maior entre os profissionais (seja em atendimentos conjuntos, ou em discussão de casos).

Na análise sobre a importância da atenção integral aos sujeitos que buscam os serviços de saúde, compreendeu-se, ainda, que o profissional deve ampliar seu olhar para a família, pois ela apresenta participação significativa no acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. São os amigos, vizinhos e familiares que estão mais próximos ao cotidiano do usuário, e podem interferir positiva ou negativamente na gestão do cuidado, influenciando na melhora, ou piora, do sofrimento do sujeito. O profissional pode, assim, facilitar processos de harmonização das relações familiares, potencializando a resolubilidade do cuidado.

Outro ponto assinalado como necessidade precípua para a prática profissional foi o processo de vinculação com os usuários, sendo este um dos principais fatores que contribuem para a efetivação das ações. O estabelecimento desse laço intersubjetivo se mostra imprescindível, pois é a partir disso que se estabelece uma relação de confiança, tão necessária para revelar as nuances que envolvem a subjetividade do sujeito e os aspectos essenciais para que o atendimento se materialize em cuidado. Além disso, tem-se o próprio benefício terapêutico promovido pelas relações de vinculação.

A pesquisa em campo revelou que as gerências dos serviços de saúde assumem a responsabilidade por organizar as práticas e promover uma atenção integral, contextualizada e resolutiva para o usuário. Sendo necessário, ao coordenador do serviço, assumir a função de estruturar o fluxo de atendimentos e atividades do interior da unidade. E, além disso, buscar articulações entre os diferentes serviços e equipamentos sociais.

Outro importante fator do desempenho do gerente se refere à sua comunicação com os gestores, pois, a partir desse diálogo, podem-se articular

estratégias de melhorias das fragilidades e déficits encontrados nos serviços, tais como a falta de profissionais e a carência de alimentos e vales-transportes para os usuários. Evidencia-se, também, que o processo de coordenação deve se efetivar em corresponsabilização, sendo as responsabilidades divididas por todos os atores envolvidos, quais sejam: os usuários, os familiares, os profissionais, gerentes e gestores.

A realidade investigada revelou limites e desafios para construção de um cuidado resolutivo, tais como: o excesso de demanda; a centralidade em ações programáticas e no medicamento; a baixa comunicação entre os profissionais da ESF; as falhas de comunicação entre os serviços; a limitação do acesso aos usuários na ESF; a insuficiência dos processos de formação dos profissionais; e a falta de recursos materiais e humanos nos serviços. Apesar desses desafios e fragilidades, os usuários consideram o CAPS um espaço acolhedor e no qual se sentem cuidados. É considerado como um lugar que se preocupa com a qualidade de vida do sujeito e é visto como um apoio para lidar com as intempéries da vida diária. Já no tocante à ESF, identificou-se que as ações de saúde mental não são bem acolhidas, e que os usuários não a visualizam como um espaço de cuidado.

Diante de tudo isso, conclui-se que os serviços de saúde são representados por ambientes de trabalho complexos – que abrangem diferentes sujeitos em suas inter-relações –, e que as interfaces entre o CAPS e a ESF apresentam-se como necessidade precípua para construção de uma atenção integral. Ressalta-se que a gestão do cuidado em saúde mental envolve a atenção desde ao processo de formação dos profissionais e ao modo como as práticas se organizam, passando pelo gerenciamento das ações e fluxo de atendimento, até o diálogo entre os serviços, e entre estes e os equipamentos intersetoriais – bem como, com a participação e direcionamento da gestão e a formulação de políticas. Urgindo o entendimento para a construção de uma gestão do cuidado que vislumbre as relações intersubjetivas de modo contextualizado e valorizando os múltiplos fatores que as envolvem, quais sejam: social, político, econômico, cultural, biológico, entre outros.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. et al. Concepções de Promoção da Saúde na Perspectiva dos Profissionais de Saúde Mental. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.13, n.5, p.1111-20, nov./dez., 2012.

ARAÚJO, J.L.; PAZ, E.P.A.; MOREIRA, T.M.M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.200-207, p. 223-228, jan./fev. 2012.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA; J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Org.) Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: EdUEFS, 2010, p.139-159.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu , v.14, n.8, set./ dez. 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das Práticas de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, setembro, 2005.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov., 2011.

BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto Gerus. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises/org. André Falcão et al. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília. v.28, n.3, p.632-645, jul./set., 2008.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORBA, L. O. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, dez. 2012.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, fev.. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto de Gestão – Garantindo saúde para todos**. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em 12 de ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em 10 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de caps e de ua como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília, DF, 2013a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Série Cadernos Técnicos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1882**, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Constituição Federal. **Constituição de República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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; 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Portaria nº154/GM**, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> > Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. Ministerio da Saude. **Secretaria de Atencao à Saude**. Política Nacional de Humanizacao da Atencao e Gestao do SUS. Humaniza SUS: clinica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Serie B. Textos Basicos de Saude).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 10 mar. 2014.

_____. 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. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em 10 jan. 2014.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n.1, p.33-40, jan./mar., 2011.

CAÇAPAVA J. R., COLVERO L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.29, n.4, p.573-580, dez., 2008.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. p.223-241. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006

CAMPOS, R. T. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – comunic., saúde educ.**, Botucatu, v.16, n. 43, out./dez., p. 967-980, 2012.

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

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-70, out./dez. 1998.

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

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

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.19, n.4, p.923-31, jul./ago., 2003.

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

CARDOSO, C.L. Relações Interpessoais Na Equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 7, n.1, p. 47-50, jan./jun., 2004.

CASTRO, E.A.B.; STEPHAN-SOUSA, A.I. Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, suplemento 1, p.S46-S59, 2010.

CAVALCANTE, C.M. et al. Desafios do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.2, p.102-108, abr./jun., 2011.

CEARÁ, Brasil. Assistência Farmacêutica. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - Coasf/Sesa. Secretaria do Estado do Ceará, 23 de Outubro de 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-de-servicos/assistencia-farmacutica>>. Acesso em: 26 jan 2014.

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

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

CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – comunic., saúde educ.**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Espaço Aberto. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu. v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

CECÍLIO, L.C.O.; MERH, Y.E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. p. 197-210. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003.

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

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

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2004. 206p.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Jun., 2012.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v.32, 2012.

FORTALEZA, Ceará. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Rede Psicossocial. Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela>. Acesso em 20 jan. 2013.

FORTALEZA, Ceará. Secretaria Municipal. Regionais. **Regional IV**. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza, 2013a. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-IV>>. Acesso em 20 jan. 2013.

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

GADAMER, H-G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

GOMES, M. C. P. A., PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago. 2005.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.2, p.365-72, abr./jun. 2009.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.504-510, jul./set., 2010.

GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Cienc. Saude Colet.**, v.16, n.4, p.2145-2154, 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Informações sobre as cidades: Ceará. Brasília, 2012.

JAPIASSU, H. **Hermenêutica e ideologias**. Organização, tradução e apresentação. Autoria: Paul Ricoeur. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; p.615-634. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. p.51-63. Rio de Janeiro: EDUCS; CEPSC/IMS/UERJ; 2006.

MARTINS, A. A. et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.457-474, abr./jun. 2009.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E.E. **Engravidando palavras**: o caso da integralidade. Disponível em: <acd.ufrj.br/nutes/Home%20LTC/mestrado/arquivos/semmerhy.pdf>. Acesso em: 02 maio 2013.

MERHY, E.E. Ato de Cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. P.115-133. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2005. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/> 2007>. Acesso em: 18 abr. 2013.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.172-4, jan./abr., 2005.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MILGRAM, S. Behavioral study of obedience. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, CIDADE, v.67, p.371-378, 1963.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

OLIVEIRA F. B. et al. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 229-227, abr/jun, 2011.

PAIM, J.S. **Desafios para saúde coletiva no século XXI**. Bahia: Edufba; 2005.

PANIZ, V. M. V. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p., fev., 2008.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.464-468, dez. 2006.

PEREIRA, A. A.; COSTA, A. N.; MEGALE, R. F. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 2, p. jun., 2012.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção Da Integralidade**: Cotidiano, Saberes E Práticas Em Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO; 2003. 228 p.

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

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília v. 62, n.2, p. 294-299, Brasília, mar./abr., 2009.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, Maria Salete Bessa. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saudesoc.*, São Paulo , v. 19, n. 3, Set. 2010.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, Mar., 2014.

SÁ, M.C. **Em busca de uma Porta de Saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

SÁ, M.C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p. 651-64, 2009.

SÁ, M.C.; CARRETEIRO, T.C. FERNANDES, M.I.A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1334-1343, jun., 2008.

SCHNEIDER, J. F. et al. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.30, n.3, p. 397-405, 2009.

SOUZA, K.M.J. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.4, p.904-911, out./dez., 2010.

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

TERRA, M. G; ET AL. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.** [online],v.22, n.1, pp. 93-99, 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2003.

VEIGA, E.C.; MIRANDA, V.R. A importância das inteligências intrapessoal e interpessoal no papel dos profissionais da área da saúde. **Ciência & Cognição**, Rio de Janeiro, v.9, n.64, p.64-72, set./dez. 2006.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estratégia Saúde da Família (ESF)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL: interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Profissionais de Saúde (ESF/CAPS)

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a gestão do cuidado e atenção clínica em saúde mental na Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial. Pretende-se, assim, aprofundar a discussão sobre questões relacionadas às dimensões profissional, organizacional e sistêmica do processo de gestão do cuidado. Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo: Compreender a gestão do cuidado em saúde mental e as articulações entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial para a produção do cuidado. Para isso, utilizará como técnica de coleta de dados: a entrevista e a observação sistemática das práticas. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, sendo publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos trabalhadores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar deste estudo, respondendo a uma entrevista. Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Se necessário, pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa: **Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge (85 31019826 ou 85 31019891)**. Caso sinta que esses direitos não estão sendo respeitados entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE pelo fone 85 31019890. Drª. Maria Salete Bessa Jorge (Profª. Coordenadora da Pesquisa)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL: interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família

Tendo sido informado sobre a pesquisa "Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial", concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Estratégia Saúde da Família (ESF)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL: Interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Usuários (CAPS/ESF)**

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a gestão do cuidado e atenção clínica em saúde mental na Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial. Pretende-se, assim, aprofundar a discussão sobre questões relacionadas às dimensões profissional, organizacional e sistêmica do processo de gestão do cuidado. Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo: Compreender a gestão do cuidado em saúde mental e as articulações entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial para a produção do cuidado. Para isso, utilizará como técnica de coleta de dados: a entrevista e a observação sistemática das práticas. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, sendo publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos trabalhadores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar deste estudo, respondendo a uma entrevista. Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Se necessário, pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa: **Prof^a Dr^a Maria Salete Bessa Jorge (85 31019826 ou 85 31019891)**. Caso sinta que esses direitos não estão sendo respeitados entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE pelo fone 85 31019890. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge (Prof^a. Coordenadora da Pesquisa)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL: interfaces entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família

Tendo sido informado sobre a pesquisa “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial”, concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE C - Temas Norteadores – Entrevista com Profissionais de Saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Conhecimento específico em Saúde Mental. Se a formação contemplou essa seara.

A prática no atendimento ao usuário que está em sofrimento psíquico (acolhimento, equidade, integralidade, resolubilidade e qualidade da atenção).

Conhecimento acerca da rede de atenção psicossocial. Investigar a articulação do serviço que o trabalhador está inserido com outros que compõem a RASM.

Como se dá o cuidado ao usuário que está em sofrimento psíquico. Se há seguimento clínico continuado e avaliações periódicas.

Investigar qual a percepção do trabalhador de saúde sobre o papel que o usuário deve desempenhar em seu autocuidado.

Investigar qual a percepção do trabalhador de saúde sobre o papel que a família deve desempenhar na produção do cuidado ao usuário e como isso se dá na prática.

Articulação do serviço em que o trabalhador está inserido com os equipamentos intersetoriais. Perceber a importância que é dada a essa articulação.

APÊNDICE D - Temas Norteadores – Entrevista com Usuários de Saúde Mental

Qualidade do atendimento recebido no serviço. Pequeno histórico do tratamento. (Fluxo e itinerários terapêuticos).

Conhecimento acerca dos serviços que compõem a rede de saúde mental. Se o sujeito observa alguma articulação do serviço que está sendo atendido com outros que compõem a rede.

Investigar sobre o seguimento clínico continuado e avaliações periódicas no tratamento do indivíduo.

Investigar qual a percepção do usuário de saúde sobre o papel que ele deve desempenhar em seu autocuidado.

Investigar qual a percepção do usuário de saúde sobre o papel que a família deve desempenhar na produção do seu cuidado e como isso se dá na prática.

Investigar qual a percepção do usuário de saúde sobre o papel do gerente no cuidado e atenção em saúde.

Articulação do serviço em que o usuário está inserido com os equipamentos intersetoriais. Perceber a importância que é dada a essa articulação.

APÊNDICE E – Roteiro de Observação - Cotidiano das Práticas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF)

- Articulação do serviço com na RASM (diálogo entre serviços e entre profissionais)
- Processos de trabalho das equipes (comunicação entre os profissionais)
- Comportamento dos profissionais nos serviços (vínculo/acolhimento)
- Organização do fluxo de atendimento
- Integralidade da atenção à saúde mental
- Ações intersetoriais
- Resolubilidade assistencial nas dimensões individual e coletiva da gestão do cuidado
- Atividades desenvolvidas
- Estrutura física do serviço

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05829012.5.0000.5534

Instituição Proponente:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 122.324

Data da Relatoria: 17/09/2012

Apresentação do Projeto:

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

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

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

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

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Esperidi

CEP: 00.000-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9603

E-mail: darsa@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Esplanada

CEP: 00.000-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-0603

E-mail: diana@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Folha de rosto não está preenchida adequadamente.

Cronograma adequado.

Orçamento a ser custeado por agências de fomento à pesquisa.

Revisão de literatura pertinente, atualizada.

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

FORTALEZA, 15 de Outubro de 2012

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Esperidi

CEP: 00.000-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9603

E-mail: diana@uece.br