


Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão
Fernando Sergio Pereira de Sousa
Jamine Borges de Moraes
Lourdes Suellen Pontes Costa
Adriana Catarina de Sousa Oliveira
Autores e Organizadores



Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial:

Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde

Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial:

Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmio Miessa Ruiz

Conselho Editorial

Antônio Luciano Pontes
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso
Francisco Horácio da Silva Frota
Francisco Josênio Camelo Parente
Gisafran Nazareno Mota Jucá
José Ferreira Nunes
Liduina Farias Almeida da Costa
Lucili Grangeiro Cortez
Luiz Cruz Lima
Manfredo Ramos
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Marcony Silva Cunha
Maria do Socorro Ferreira Osterne
Maria Salete Bessa Jorge
Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

Conselho Consultivo

Antônio Torres Montenegro (UFPE)
Eliane P. Zamith Brito (FGV)
Homero Santiago (USP)
Ieda Maria Alves (USP)
Manuel Domingos Neto (UFF)
Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)
Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça (UNIFOR)
Pierre Salama (Universidade de Paris VIII)
Romeu Gomes (FIOCRUZ)
Túlio Batista Franco (UFF)

Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão
Fernando Sergio Pereira de Sousa
Jamine Borges de Moraes
Lourdes Suellen Pontes Costa
Adriana Catarina de Sousa Oliveira
Autores e Organizadores

Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial:

Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde

Fortaleza - CE

2015



**Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial:
Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde**

© 2015 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre Arruda Leitão, Fernando Sergio Pereira de Sousa, Jamine Borges de Moraes, Lourdes Suellen Pontes Costa e Adriana Catarina de Sousa Oliveira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmo Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Bastos

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

E 82 Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial: Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde / Maria Salete Bessa Jorge ...
[et al.]. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

266 p.

ISBN: 978-85-7826-210-5

1. Saúde mental. 2. Cuidado clínico. 3. Apoio familiar ao paciente.
4. Rede de Saúde Mental de Fortaleza. I. Título.

CDD: 610

AUTORES E ORGANIZADORES

Maria Salete Bessa Jorge

Doutora. Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora CNPq. Coordenadora e Docente do Doutorado em Saúde Coletiva AA IES UECE/UFC/UNFOR. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEC: Mestrado e Doutorado. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva AA IES UECE/UFC/UNFOR. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE.

Jamine Borges de Moraes

Graduada em Enfermagem pela UECE. Mestranda em Saúde Coletiva pela UECE.

Lourdes Suelen Pontes Costa

Graduada em Enfermagem pela UECE. Mestranda em Saúde Coletiva pela UECE.

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Doutora. Professora da Universidad Católica de Murcia (UCAM)-Murcia-Espanha. Docente do Programa de PostGrado en Investigación en Ciencias Socio sanitarias – UCAM.

AGRADECIMENTOS

À participação de alunos de Doutorado, Mestrado e de Iniciação Científica, pela colaboração no desenvolvimento de coleta no campo empírico, em especial, **Leilson Lira de Lima**, Doutorando do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ao CNPq, pela oportunidade de contemplação do projeto intitulado Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial.

Aos trabalhadores de saúde, gestores, usuários e familiares, pela disponibilidade de participar da Pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade Estadual do Ceará pela possibilidade de realização desta investigação.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Nós comparados por número de itens codificados.... 50
- Figura 2** - Cidade de Fortaleza..... 53
- Figura 3** - Localização Geográfica da Cidade de Fortaleza-CE 53
- Figura 4** - Divisão Geopolítica da Cidade de Fortaleza-CE por Secretaria Executiva Regional 54
- Figura 5** - Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza-CE 57
- Figura 6** - Perspectivas da estruturação das necessidades de cuidado 113
- Figura 7** - Fluxograma do atendimento no CAPS 150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Grupos de participantes do estudo e critérios de seleção	46
Quadro 2 - Composição amostral por representantes do estudo	46

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO:

O OLHAR SOBRE GESTÃO: CONCEITOS E NATUREZAS

SEÇÃO 1

APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO DA GESTÃO DO CUIDADO: SUBSÍDIOS PARA A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....

Capítulo 1.....
ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL E SUA ARTICULAÇÃO COM O CUIDADO

Capítulo 2.....
GESTÃO DO CUIDADO E SUA INTERFACE COM OS PROCESSOS DE ADOECIMENTO E PROCESSOS DE TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA

Capítulo 3.....
A INTEGRALIDADE DAS REDES ASSISTENCIAIS NA CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS NO PROJETO TERAPÊUTICO: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL

Capítulo 4.....
A PESQUISA E SUAS NUANÇAS

Capítulo 5.....
O DESVELAR DO TERRITÓRIO POLÍTICO E DE GESTÃO DO CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA.....
5.1 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.
5.2 REDE DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA.....

SEÇÃO 2

DIMENSÃO INDIVIDUAL:
A AUTONOMIA E A CORRESPONSABILIZAÇÃO DO SUJEITO COMO PROPULSORAS DO CUIDADO DE SI.....

Capítulo 6.....
PRÓTAGONISMO DO USUÁRIO PERANTE O CUIDADO COM A SUA SAÚDE

SEÇÃO 3

DIMENSÃO FAMILIAR:
A FAMÍLIA ORA COMO PARCEIRA ORA COMO USUÁRIA..

Capítulo 7.....
PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NO TRATAMENTO

SEÇÃO 4

DIMENSÃO PROFISSIONAL

Capítulo 8.....
A EXPERIÊNCIA DA FORMAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Capítulo 9.....
PRÁTICAS DE CUIDADO ESQUADRINHAM OS USUÁRIOS A PARTIR DO SABER/FAZER DE UMA CATEGORIA PROFISSIONAL: LÓGICA DO ESPECIALISMO PSIQUIÁTRICO

Seção 5.....
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: AS FERRAMENTAS UTILIZADAS, OS DISPOSITIVOS COMPARTILHADOS

Capítulo 10.....
APOIO MATRICIAL: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA

Capítulo 11.....
OS PROCESSOS DE TRABALHO FOCADO NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS: MODOS BUROCRATIZADOS E HIERARQUIZADOS

Capítulo 12.....
O TRABALHO EM EQUIPE COMO DESAFIO PARA A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

SEÇÃO 6

DIMENSÃO SISTÊMICA

Capítulo 13.....
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A (DES)ARTICULAÇÃO ENTRE O CAPS E A ESF

Capítulo 14.....
A COMUNICAÇÃO ENTRE OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO: NA TEORIA, UMA ALIADA, NA PRÁTICA, AINDA NÃO EFETIVADA

Capítulo 15.....
INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES NA BUSCA PELO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Capítulo 16.....
O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSO, ACES-SIBILIDADE E FLUXO DOS SUJEITOS

REFERÊNCIAS

O OLHAR SOBRE GESTÃO: CONCEITOS E NATUREZAS

A conformação das práticas de cuidado está, historicamente, relacionada com o campo biomédico, pois as ações foram se desenvolvendo e se adequando ao modo de vida emergente a cada época. Pela produtividade no trabalho do corpo, direcionou-se para a eliminação de agravos à saúde que dizimavam as populações e apontou para procedimentos que remontavam a um consumo requisitado e justificado pela necessidade de bem-estar de alguma parcela da sociedade (SAIDÓN, 2008).

No Brasil, desde 1994, a expansão da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) tem se dado, prioritariamente, através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com informações do Ministério da Saúde (MS), a implantação de Equipes de Saúde da Família tem sido realizada em todo o território nacional, e passou de 300 equipes, em 1994, para cerca de 33.000, em 2011.

No seu delineamento clínico, a Estratégia de Saúde da Família tem a atenção clínica em saúde como eixo resolutivo da gestão do cuidado, gerando um instrumento essencial na produção do cuidado, que incorpora um sentido objetivo para com os indivíduos que a compõem. O eixo condutor da própria clínica como prática dos profissionais de saúde

poderá permitir a interface da integralidade pelo resgate da subjetividade humana como o sentido de todas as práticas (RAMOS, 2005). A clínica se conforma em um cotidiano multifacetado onde interação sujeitos, práticas e saberes delineados por vertentes que dão sentido ao modo de aproximação e à relação intersubjetiva. No campo da saúde, a clínica se torna um instrumento essencial para a produção do cuidado e a resolubilidade da assistência.

A gestão do cuidado na atenção primária tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários, particularmente daqueles que participam das instâncias de controle social seja em nosso país ou no âmbito internacional. Os olhares, as prioridades e as estratégias propostas para a melhoria da qualidade guardam relação direta com o papel e a inserção de cada sujeito na gestão e, em particular, na produção do cuidado.

O cuidado é uma atitude e característica primeira do ser humano: revela a natureza humana e a maneira mais concreta de sermos humanos. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano se desestrutura, define, perde o sentido e morre. Se, ao longo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acaba por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Conforme Boff (1999), o cuidado brota quando a existência de alguém adquire sentido para nós. Nessa definição, passamos a participar e cuidar do destino do outro com suas lutas e vitórias (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004).

O processo de cuidado deve estar pautado nas transformações que ocorrem na estrutura dos seres humanos que podem mover a sua conjuntura e não apenas na identificação

dos sintomas e queixas clínicas de doenças. Com esta afirmativa, concluímos que se faz necessário um preparo profissional por parte de quem cuida, uma vez que o trabalhador poderá estar diante de suas próprias experiências (CECCATO; VAN DER SAND, 2001; ALVES, 2005; DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004).

A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde implica em uma reorganização das práticas para a promoção da autonomia, com ênfase na centralidade dos usuários e na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Para o enfermeiro, em especial, há de se articular as dimensões política e técnica do fazer para que a gestão do cuidado se constitua em reflexão-ação e práxis emancipatória.

Muitas são as dimensões com as quais o cuidador deve estar comprometido: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde e muitos são os desafios que se aceita enfrentar quando se está lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2006a). A gestão do cuidado comporta, pelo menos, três dimensões, que poderiam ser representadas por uma “dimensão profissional” - cuidar, tratar; uma “dimensão organizacional” - prevenir, recuperar, promover; e uma “dimensão sistêmica” - produzir saúde.

Ressalta-se que as várias dimensões da gestão do cuidado se interpenetram. As redes de cuidado que o gestor tem a responsabilidade de construir, por exemplo, dependem, intimamente, do modo como a gestão do cuidado é feita nas outras dimensões. Sabe-se que a eterna insuficiência ou a inesgotável demanda por serviços de média e alta comple-

xidades depende de como a gestão do cuidado é feita pelo profissional e pela equipe. O cuidado ao usuário feito pelo profissional é altamente dependente do trabalho da equipe e de quanto o sistema pode ou não oferecer as tecnologias que permitem que o cuidado se finalize.

No campo da saúde mental, dentro das dimensões profissional e individual da gestão do cuidado, a clínica deve operacionalizar a autonomia, capacitando o usuário dos serviços para o autocuidado, para a compreensão sobre o processo saúde-doença-cuidado, para usar o seu poder e estabelecer compromisso e contrato com outros (JORGE et al., 2006).

Assinalam Machado e Lavrador (2009) a definição de saúde não como a ausência de doença, mas como a possibilidade de ficar doente e de poder se recuperar, sendo, portanto, entendida a partir de uma dimensão coletiva e política que afirma a saúde como um estado de instabilidade, considerando a vida enquanto tensão, potência de criação, movimento, afirmando, assim, outras formas de vida. Nesta mesma perspectiva, é que também os serviços de saúde e os cuidados oferecidos por estes vêm sofrendo alterações no modelo vigente.

A dimensão organizacional se refere ao processo de institucionalização das práticas de saúde em que se desenvolve a gestão do cuidado em sua dimensão profissional em contextos organizacionais. Uma das características essenciais da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica foi, exatamente, a institucionalização da prática dos médicos, o que significa que ela passa a depender, de forma crescente, para o seu exercício, de contextos organizacionais (SCHRAIBER, 1993). Novos atores e novas questões vão configurar esta dimensão do cuidado.

Uma das principais consequências do cenário apresentado é a fragmentação do processo de atenção à saúde, mas, “[...] no que diz respeito à integralidade e suas implicações, ainda se está distante do que se esperava na primeira década dos anos 2000” (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Na trajetória de construção do SUS, observa-se avanços que estimulam a discussão de novas questões que exigem estudos, sobretudo em relação às dificuldades que continuam sem solução, impondo que a urgência seja de aprimoramento do sistema da gestão em saúde. Nesta visão, as condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito aos anseios dos trabalhadores como, também, a visão meramente tecnicista e burocrática desqualifica o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas (BRASIL, 2006a; FONTANA, 2010).

A gestão do cuidado pode ser pensada, em uma perspectiva sistêmica, como o conjunto de serviços de saúde com suas diferentes funções, diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam por meio da constituição e da gestão de complexas “redes de cuidado” institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde de complexidades diferentes e complementares entre si. Este é, em princípio, um mundo razoavelmente estruturado, regido por regras e responsabilidades e que pode ser objeto de gestão (coordenação, avaliação e controle).

A visão sistêmica da gestão do cuidado, como expresso de forma mais recente no Pacto pela Vida, é imprescindível para a consolidação do SUS, mas - e este é o ponto que quero destacar -, não será nunca suficiente se não for enriquecida com outras perspectivas ou o reconhecimento de sua imanenência com as outras dimensões do cuidado que desenvolvemos até agora. Para além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado que resultasse na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que vimos até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros. Encontros nos nós de uma complexa rede de cuidado. Os nós da rede são conexões humanas, são encontros humanos. Há um potencial imenso de energia-criatividade-produção retida nos profissionais, nos usuários e gestores (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a ESF foi tomada como estratégia de reorganização da prática assistencial, com atenção centrada na família, territorializada a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2006). Teve como meta principal contribuir para a mudança na forma de gerir o cuidado em saúde, assumindo a reorganização dos serviços na esfera do SUS e evitando o aprisionamento do cuidado expresso pelo modo mecanicista de produzir serviços e ações em saúde bem como pela inibição das autonomias presentes na relação que se estabelece no ato de cuidar (PIRES; GÖTTTEMS, 2009). Em sintonia com esta afirmativa, Camatta et al. (2011) revelam que a gestão do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda necessita de maior en-

volvimento, no que se refere à adoção de uma postura de protagonista, junto aos usuários e profissionais de saúde mental, para que se consolide os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira.

As equipes de saúde da família devem utilizar estratégias de acolher e se responsabilizar da melhor forma possível, dentro de cada realidade, pelas pessoas com sofrimento psíquico, verificando a necessidade de integração das ações de saúde mental e atenção básica, visto que toda e qualquer doença implica em sofrimento subjetivo e, então, todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde (BRASIL, 2005). A reflexão em torno da gestão do cuidado na atenção primária e psicossocial conduz a um debate oportuno a fim de subsidiar mudanças nas práticas dos trabalhadores de saúde, tornando-as mais reconstrutoras de cidadanias e alterando a excessiva tecnificação que o cuidado sofre no processo de trabalho em saúde.

Dentro da gestão do cuidado em saúde, urge a construção de um projeto terapêutico pelos trabalhadores de saúde e usuários que leve em consideração as necessidades de cada sujeito adoecido. O alcance das necessidades de saúde é algo que não é produzido pelos trabalhadores de saúde por não estar no seu imaginário, já que, conforme apontam Franco e Merhy (2005), cada sujeito possui suas intenções e seus desejos configurados pelo próprio agir, no momento de cada intervenção.

Por outro lado, esforços institucionais têm sido empreendidos na direção de uma pretendida qualificação do atendimento ou cuidado, como definido pelas direções/gêrências dos serviços de saúde, baseando-se na criação de pro-

tos, de capacitações, no estabelecimento de normas, regras, fluxos e rotinas, visando modelar o comportamento dos trabalhadores, tendo como alvo a “dimensão profissional”. São estratégias gerenciais que aspiram a visibilizar, regulamentar, moldar, padronizar o encontro trabalhador - usuário, de maneira que critérios de eficácia e eficiência sejam alcançados no espaço privado de tal encontro (CECÍLIO, 2008). Para este autor, existem seis dimensões da gestão do cuidado, a saber: dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. De modo simplificado, pode-se atribuir para cada dimensão os seguintes aspectos: individual – cuidar de si, escolha; familiar – apoio, proximidade; profissional – preparo técnico, vínculo; organizacional – processo de trabalho em saúde; sistêmica – linhas ou redes de cuidado e societária – políticas sociais (CECÍLIO, 2011).

Para dar respostas a esta aproximação da gestão do cuidado aplicada na atenção clínica em saúde, realizamos um projeto intitulado Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial, com os seguintes objetivos operacionais: 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; identificar os processos de construção da gestão do cuidado clínico nas redes assistenciais de saúde mental; c) descrever os processos de trabalho das equipes da ESF e do CAPS e sua interlocução com a gestão do cuidado; d) 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; e discutir a construção do projeto terapêutico nos planos individual e coletivo a partir dos dispositivos político-assistenciais, integralidade, autonomia e intersubjetividade.

Este livro é fruto deste projeto, um resultado que oferece uma base empírica, dando visibilidade à relevância da gestão do cuidado na atenção clínica em saúde como ponte para potencializar o processo de tomada de decisão, de acordo com a subjetividade de cada indivíduo, gerando autonomia, resolutividade, corresponsabilização, e com as relações sociais e laborais (CECÍLIO, 2011). A composição deste livro utiliza a perspectiva das dimensões da gestão do cuidado proposta por Cecílio (2011) como base teórico-metodológica. Diante do exposto, esta obra se configura com as seguintes seções: Seção 1 – Aporte teórico-metodológico da gestão do cuidado: subsídios para a gestão do cuidado em saúde mental, composta por cinco capítulos; Seção 2 – Dimensão individual: a autonomia e a corresponsabilização do sujeito como propulsoras do cuidado de si, que se apresenta em dois capítulos; Seção 3 – Dimensão familiar: a família ora como parceira ora como usuária abordada em dois capítulos; Seção 4 – Dimensão profissional, composta de único capítulo, porém de similar relevância sobre o saber/fazer a partir das práticas do cuidar e experiência na formação; Seção 5 – Dimensão organizacional: as ferramentas utilizadas, os dispositivos compartilhados, composta por três capítulos; Seção 6 – Dimensão sistêmica formada por quatro capítulos;

A análise de fatores inter-relacionados com as diferentes dimensões da gestão do cuidado que norteiam o processo de atenção da clínica em saúde dentro da Estratégia de Saúde da Família traz consigo o entendimento do comportamento dos sujeitos que propicia a compreensão da situação e do contexto de saúde, sendo parte de um processo de capacitação do próprio profissional, contribuindo, de forma significativa, na formação e reorientação para práticas mais humanizadas e condizentes com a realidade vivida pelas pessoas idosas. Assim, mais do que pensar ações para determinar como as pessoas devem se cuidar ou prescrever e normatizar medidas verticalizadas, surge a gestão do cuidado como uma tecnologia que contempla aspectos determinantes da condição de saúde.

SEÇÃO 1

APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO DA GESTÃO DO CUIDADO: SUBSÍDIOS PARA A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada.

(Albert Einstein)

Capítulo 1

ATENÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL E SUA ARTICULAÇÃO COM O CUIDADO

O processo de construção social das práticas em saúde é definido pela dialética transformação das realidades, conjunturas e ambientes em que a produção do cuidado está sendo operada, dinamicamente, e sob a atuação de vários trabalhadores com base em uma lógica produtiva determinada macro e micro politicamente.

A análise da organização social é a verificação, em cada instituição, da forma de intervenção e o delineamento explícito da ação instituinte e organizativa. A transversalidade considera as dimensões instituintes que se manifestam na sociedade voltadas para a transformação social e a ruptura com a dominação, exploração e a mistificação.

A preparação de dispositivos e a construção dos analisadores da organização social frente às demandas atendidas se definem na necessidade de obtenção das informações e descrição sobre o processo. No entanto, não é a indução de respostas sobre o contexto investigado que deve ser buscada, mas sim, a produção da autoanálise. O dispositivo deve ser apenas um propulsor, dentro da organização, para que novos analisadores possam emergir e favorecer a constituição de novos contratos e intervenções (BAREMBLITT, 1996).

O processo de trabalho das equipes de saúde circunda o objeto de intervenção das práticas em saúde que é definido pela ótica hegemônica, por um lado, e, também, pela propulsão paradigmática, pelo outro.

Na prática cotidiana, o agir em saúde apresenta tensões na sua fabricação e operação. A primeira tensão diz respeito ao próprio território como espaço de disputas, contradições e de conformações de interesses, políticas e hegemônias dos diversos sujeitos do processo. Em seguida, tem-se que a micropolítica do trabalho em saúde se constitui a partir do trabalho vivo em ato e, dependendo do modelo condutor, pode estar aberto ou não a novos dispositivos de subjetivação. Por último, as organizações compilam um tenso espaço pela própria existência no cenário produtivo e o autogoverno muitas vezes se condiciona por interesses e modelos tecno-assistenciais específicos (MERHY, 1999).

Na mesma perspectiva, o processo de transformação no campo da saúde mental decorre de uma longa construção histórico-social. A distinção principal desta evolução temporal perpassa pela prática assistencial empreendida. O modelo hegemônico manicomial é contraposto por uma nova forma de pensar e de agir direcionada à desinstitucionalização da assistência.

O paradigma da atenção psicossocial procura construir um novo espaço social, possibilitando o resgate da cidadania e o suprimento das necessidades de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. Assim, contextualizar sócio-historicamente e em ato as práticas dos trabalhadores de saúde mental na operação da produção do cuidado no CAPS proporciona o debate, a contraposição, a análise e a compreensão crítica

das atividades empreendidas e promove a reelaboração dos sentidos e significados deste contexto laboral.

A prática clínica se torna relevante socialmente pela própria constituição de valores e, também, na organização dos serviços de saúde mental no SUS, já que a reforma psiquiátrica no Brasil vem se conformando por meio da intensificação das ações mobilizadas pelos trabalhadores, instituições e usuários na luta constante por melhores condições de atenção e assistência em saúde mental.

O modelo assistencial reformista está baseado na superação do isolamento e na vida plena em sociedade e preconiza a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento psíquico como um estado ou período de evidenciação de sinais e sintomas específicos da mente, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua (AMARANTE, 2000).

Arendt (2007) coloca que a condição humana compreende algo mais que as condições em que a vida foi dada ao homem. O condicionamento humano se dá a partir da sua existência e do contato do mundo com ele mesmo. O mundo deve ao homem a condição de existir e o condiciona em uma relação de coexistência.

A vulnerabilidade em uma situação de doença é concebida como um sentimento de ameaça de perda da autonomia por parte do sujeito que está sob pressão da doença, da família e das relações e consequências decorrentes de seu sofrimento (PETTENGILL; ANGELO, 2006). O sofrimento, a dor, a doença e a morte se remetem ao ser em vida. As condições impostas por sua natureza se interligam às suas dimensões bio-psíquicas e à forma como interage com o mundo e com as pessoas que nele vivem.

Portanto, a atenção à saúde se conforma a partir de um estágio técnico-assistencial em que os encontros singulares, as disputas e os acordos entre indivíduos e grupos com suas necessidades de saúde, mediados pelos espaços institucionais, incluem a operação, os modos de saber e fazer saúde (MERHY, 2006b).

O posicionamento ético e crítico do trabalho em saúde pode ser construído a partir das relações cotidianas que se dão no campo prático, por meio da interação entre os pares, os usuários e o próprio sistema de saúde.

A disponibilidade para possibilitar novas atitudes frente às necessidades de saúde encontradas no território condiciona uma postura ante o modelo de gestão do cuidado assim como uma abordagem clínica diferenciada pela evocação do sujeito.

Em contraposição, apresenta-se a clínica do sujeito como requisito para a prática em que o diálogo deve se dar na própria rede de cuidados de saúde mental, no sentido de favorecer a autonomia do usuário (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nesse paradoxo da clínica, muitas vezes, a alternativa terapêutica oportunizada pelos serviços de saúde mental aos seus usuários se limita à terapia medicamentosa e a uma internação, de vez em quando. O trabalho da equipe, determinadas vezes, ajuda a dissociar ainda mais o sujeito em sofrimento, pois se apresenta fragmentado e departamentalizado por cada núcleo profissional (CAMPOS, 2001).

Assim, a análise do modo de cuidar em saúde deve superar a visualização apenas do consumo direto dos atos

ofertados e direcionar o olhar investigativo para a compreensão das necessidades de saúde dos sujeitos em seu território. A situação de necessidade de atendimento em saúde se transforma em uma relação de instituição de poderes que, por vezes, nega aos usuários a condição de sujeitos sociais, ao dar prevalência à tecnocracia das especialidades, e possibilita o bloqueio no acesso de quem mais precisa.

A necessidade de ampliação da capacidade de escuta, na própria clínica, disponibilizando um sentido humanizado do atendimento, acolhendo os sofrimentos individuais, traduzindo-os em dimensões físicas, psíquicas e sociais torna possíveis as ações/intervenções integradoras de todas estas dimensões (CAMPOS, 1992).

A dificuldade na articulação dos conhecimentos técnicos nas equipes de saúde dificulta o encontro de soluções e/ou investigações integradas sobre os problemas a serem enfrentados na prática cotidiana. A incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão acaba por produzir visões fragmentadas e desfocalizadas da integralidade do paciente (SILVA JÚNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007).

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura, pela oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida ou sobrevivida. A aplicação desta diretriz revalorizaria a prática clínica assim como estimularia o combate à medicalização (CAMPOS, 1994).

Os agravos psicossociais permeiam os cenários e espaços de cuidado. Tal demanda é decorrente da forma como a

população humana vem interagindo com o mundo e sua natureza. A busca incessante pelo capital acumulado interpõe a necessidade do trabalho em excesso, por parte de alguns, assim como a desigualdade social e a exclusão delimita a vida de muitos.

Portanto, a compreensão do sofrimento e adoecimento implica o processo saúde-doença para além das causas orgânicas e inclui a relação do sujeito com o ambiente como determinante das condições gerais de saúde (LACERDA; VALLA, 2006). Tal concepção deve permear as práticas cuidadoras na medida em que são implementadas não pelo sentido de excluir os determinantes biológicos e físico-químicos, mas sim, pela amplitude dada ao processo diagnóstico e ao possível planejamento terapêutico.

Os trabalhadores podem manter o cuidado sistemático dos pacientes e suas famílias na busca de mudanças viáveis, dando apoio e estímulo para o enfrentamento dos problemas e dificuldades cotidianas. As ações interdisciplinares e inter-setoriais encontram nas redes de cuidados uma forma pela qual todos participam ativamente do cuidado empreendido (LACERDA; VALLA, 2006).

O apoio social permite um maior controle dos mecanismos de enfrentamento dos sujeitos frente aos processos de vida e/ou sofrimento. A autoestima e a confiança são favorecidas por meio das atividades grupais nas quais cada participante compartilha suas experiências, vivências e dificuldades (LACERDA; VALLA, 2006).

A prática do cuidado em saúde mental evoca o trabalho em grupo, por apresentar um dinamismo peculiar às

relações humanas. Embora a relação dialógica, muitas vezes, inicialmente, tenda a acontecer no plano individual, com o passar do tempo e o fortalecimento do vínculo e das responsabilizações é possível a utilização desta ferramenta terapêutica no resgate de novas formas de vida e saúde para o alívio e/ou resolução do sofrimento.

O trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes. Este tipo de dispositivo precisa ter claro o seu objetivo, evitando-se a banalização de sua ocorrência. O significado do grupo para os sujeitos envolvidos precisa ser exposto e expresso, de forma particular, para cada um dos participantes e não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço (CAMPOS, 2001).

Campos (2006) enfatiza a possibilidade da clínica ajudar as pessoas a lidar com as dimensões inevitáveis da vida. A clínica, como prática próxima mais da arte do que da técnica, poderia resgatar a possibilidade de pensar cada caso de forma singular, sem descaso com o coletivo.

O significado da clínica em saúde mental precisa ser dimensionado, a nível coletivo, para que seja explicitada toda a lógica da expressão de significados sobre esta prática. As correntes teóricas explicitam construtos a respeito da origem, finalidade, instrumentos, sujeitos e contextos em que a ação clínica está inserida.

A clínica não é apenas a prática do médico, mas a de todas as profissões que estão no cotidiano do diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. A mudança em serviços de saúde exige uma interlocução com a clínica,

ou seja, com quem lida com a eficácia dos modelos adotados (CAMPOS, 2001).

Campos (2003), ao repensar a clínica, aponta que é possível a proposição da seguinte tipologia: clínica degradada, clínica tradicional e clínica ampliada.

A clínica degradada é assinalada pela queixa-conduta, a não avaliação dos riscos, o não tratamento da doença e sim dos sintomas. Pode ser percebida em diversos ambulatórios e pronto-atendimentos espalhados pelo Brasil, onde apenas a produção de procedimentos (consultas) é requerida por gestores e usuários. No SUS, ter acesso é garantir cidadania, porém o questionamento sobre qual tipo de cuidado é obtido deve ocorrer como extensão do direito e garantia da eficácia do serviço (CAMPOS, 2001; 2003).

A clínica tradicional (clínica-clínica) trata das doenças enquanto natureza comum a todos os casos. O foco está no curar e não objetiva a prevenção e a reabilitação de forma direta. O sujeito, na clínica comum, é reduzido à doença. É a clínica das especialidades e se restringe aos saberes de cada profissão, o que acarreta a difícil possibilidade de ampliação (CAMPOS, 2001; CAMPOS, 2003).

A clínica ampliada (clínica do sujeito) estabelece que a doença nunca ocupe o lugar do sujeito, ela entra na vida deste, mas nunca o desloca totalmente. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo (CAMPOS, 2001; CAMPOS, 2003).

A noção de cuidado supera a lógica pontual e casuística da intervenção medicamentosa por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias,

os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como o direito do ser humano (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Dessa forma, a formação das profissões de saúde, por um lado, enfatiza o modelo de vigilância à saúde, em que cada setor ou área do conhecimento é departamentalizado, a partir de teorias, construtos teóricos, dentre outros, sempre focalizando o processo de adoecimento e/ou cura para subsidiar a prática.

Por outro lado, os trabalhadores de saúde que não obrigatoriamente fazem parte do corpo acadêmico e/ou técnico-científico das ciências da saúde apresentam-se no processo de acolhimento em condições subalternas na condução do usuário em sua entrada para com o serviço, refletindo, muitas vezes, a mesma lógica determinista da causa-efeito do adoecer-curar.

Pinheiro *et al.* (2005) inserem a discussão sobre a oferta de serviços e a demanda de necessidades em saúde. A análise proposta evita dividir as categorias citadas por impedir a relação/interação entre si, sobressaindo dos aspectos dicotômicos e estáticos impostos pela lógica econômica.

Para tanto, a ressignificação das relações sociais e o tensionamento das relações de produção encontra na prática cotidiana o nexos de constituição entre o cuidado e a integridade. O caráter intersubjetivo inerente à natureza humana problematiza conscientemente a sua inserção nos próprios processos de trabalho e nas interações entre os sujeitos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

O desafio incitado na produção do cuidado junto à organização dos serviços de saúde remete à competência técnico-científica, pois coloca questões que vão além do modelo biomédico historicamente estabelecido e estruturado e traz à tona a demanda atual do homem que sofre e tem perdido seus referenciais de valores fundamentais à vida (LUZ, 2003).

A organização social contemporânea parece desamparar o ser humano, pois a lógica conceitual de mundo empreendida afasta ou dificulta os processos nos serviços para que sejam dadas as respostas às demandas sociais humanas (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Para tanto, a rede de atenção em saúde mental precisa alocar diversos trabalhadores em um cenário ativo, em que a construção de alternativas para o resgate da cidadania e do estado de saúde efetive-se através do cuidado integral. As ações pontuais e limitadas fogem do universo multidisciplinar, pois as relações de equipe, usuários e sistema de saúde devem problematizar as questões inerentes ao desenvolvimento de uma prática saudável e resolutiva (LACERDA; VALLA, 2006).

As políticas públicas sociais, especificamente aquelas voltadas para a exclusão social e os direitos humanos (saúde mental) impõem diretrizes políticas para estruturação de investimento e construção de estratégias. Dentro desta situação, emerge um conjunto de procedimentos voltados para o delineamento de investigação situacional. É válido ressaltar que no processo de organização e planejamento em saúde, mais especificamente no projeto de um serviço de saúde, deve-se incluir, essencialmente, uma proposta clínica (CAMPOS, 2001).

O surgimento de novas estratégias de cuidado em saúde mental pode ser vislumbrado com ações que extrapolam o limite da unidade de saúde. Os novos vínculos e novas significações ocorrem em espaços de pactuação social do sujeito em seu existir. A produção desta clínica existente também na atenção básica, no PSF, prioriza a comunidade ao capilarizar e interiorizar as ações de saúde pública, incluindo políticas especiais como no caso, a saúde mental (SILVEIRA, 2003).

A estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que subordine a assistência individualizada aos preceitos coletivos e direitos de cidadania e que efetive as atividades de promoção e proteção à saúde sob os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade constitui um desafio para o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2004c).

A política de saúde mental brasileira considera os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. O território deve ser o espaço de atitude e ação. Entende-se que a atuação com base territorial inclui a geografia do convívio social (família, escola, trabalho, igreja, entidades, etc.) dos usuários e deve favorecer o resgate das potencialidades nos recursos comunitários circunscritos, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

A reinserção social pode ter o início no CAPS, mas sempre em direção à comunidade e nunca como o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Pelo contrário, esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados (atenção básica, residências terapêuticas, ambulatorios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros) (BRASIL, 2003).

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

O compromisso radical com o sujeito em tê-lo de modo singular; o ato de assumir a responsabilidade dos mesmos nos serviços de saúde por meio de ações intersetoriais, reconhecendo limites no conhecimento e nas tecnologias empregadas e principalmente, reiterando um compromisso ético profundo é a concepção de clínica ampliada a ser discutida neste espaço investigativo no contexto da saúde mental.

Capítulo 2

GESTÃO DO CUIDADO E SUA INTERFACE COM OS PROCESSOS DE ADOECIMENTO E PROCESSOS DE TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA

O projeto terapêutico com foco no sujeito direciona uma conduta voltada para a habilitação deste indivíduo, no sentido de interagir com o mundo ao seu redor. Os valores e princípios pessoais condensados na vivência social dinamizam o comportamento humano, a percepção sobre si mesmo e a inter-relação sociofamiliar. A prática antimanicomial e a reabilitação psicossocial ampliam o espectro clínico para a dimensão subjetiva e assim delineiam o caminho essencial para efetivar suas ações.

Dessa forma, a assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela corresponsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações socioculturais (AMARANTE, 2007), na perspectiva de construção do cuidado integral.

Portanto, o cuidado integral favorece uma multidirecionalidade nas abordagens empreendidas. As ações convergem na busca de dar ao indivíduo uma plenitude de soluções

capaz de torná-lo ativo, digno e livre (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Assim, o processo de trabalho em equipe favorece o fortalecimento da atenção psicossocial, pois todo o processo fertiliza os espaços para o surgimento da ação interdisciplinar. A diversidade proporcionada por cada núcleo específico de saberes, ciências e profissões se intersecciona na indução de uma busca integral do agir em saúde (MATTOS, 2004).

A organização dos serviços de saúde mental sugere uma perspectiva humanizadora das relações na produção do cuidado. A fragmentada prática assistencial sucumbe às possibilidades de autonomia do usuário frente a seus déficits e também às oportunidades terapêuticas a serem disponibilizadas no campo prático profissional.

A fragmentação do cuidado e a desresponsabilização pelo usuário são constituídas pela condição estática e departamentalizada do processo condutor da terapêutica e constituem um empecilho ao desenvolvimento da conduta autônoma (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A singularidade de cada indivíduo define o papel único do agir em saúde. O protocolo da atitude clínica deve permear estas peculiaridades, semelhanças e contrastes. A aproximação do objeto da clínica, agora, o sujeito, requisita a habilidade de aceitar-se parceiro na construção de um projeto terapêutico comum. É fato, segundo Merhy (2006b), que podem ocorrer situações nas quais as lógicas de contratualização privilegiem certos atores em relação a outros, sem que percam suas identidades situacionais pelo fato de estarem nesta interação.

As necessidades de saúde inseridas na concepção central da prática do cuidado a ser efetivado são capazes de ampliar a definição de integralidade assumida nos serviços. Perceber tais necessidades evidencia a potencialidade, nos trabalhadores, equipe, serviços e redes, de fazer a melhor escuta das pessoas que buscam o atendimento (CECÍLIO, 2006).

O entendimento da demanda como necessidade expressa a dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. A constituição de novas estratégias no cuidado integral interpela a transformação das práticas profissionais e da própria organização do processo de trabalho por meio da problematização e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECÍLIO; FEUERWERKER, 2004).

As necessidades de saúde estão contextualizadas no modo de vida de cada sujeito. A condição de vida, o direito à singularidade, o direito às tecnologias de melhoria da vida, o acolhimento e o vínculo na construção da autonomia são características, muitas vezes, mais amplas do que os espaços de intervenção das redes de cuidado em saúde. Cabe, assim, conceber o ato de saúde como intersetorial, já que, na busca pela resolutividade, o encontro de vida se dá, às vezes, no mundo vivido.

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos nem da unilateralidade e, sim, dos

diálogos entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

Merhy (2006b) refere que os profissionais de saúde atuam de modo significativo em relação à determinação da forma de representação dos usuários sobre suas necessidades. O fato ocorre devido ao poder detido por tais profissionais no que concerne ao conjunto de saberes e ao próprio modo de fazer saúde, o que faz condicionar ou não a centralização do usuário no processo de cuidar.

O referencial transversal para a integralidade implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade de múltiplas facetas da relação. O espaço público proporciona o encontro do profissional/serviço com seu outro, usuário/comunidade e, nestes encontros “concretos”, ressignificam e consolidam as práticas, ensinam a qualidade do outro ou favorecem a inovação das instituições (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

O enfoque da atuação produtiva deve permitir a possibilidade do ganho de autonomia do usuário na escolha pelo modo de andar na vida. Contraditoriamente, a produção da saúde pode inverter este caminho, favorecendo um modelo voltado para o procedimento, que conclui a ação de saúde no final de um ato isolado decorrente da solução de um problema orgânico (MERHY, 2002b).

Na prática individual, em que o ato/procedimento é soberano, o núcleo específico do saber profissional opera de forma a subordinar a dimensão cuidadora a um plano complementar e irrelevante. Tendo em vista que a prática médico-centrada expressa a diminuição desta dimensão voltada para o cuidado, os outros núcleos profissionais aliados, sob

esta ótica, tendem a consolidar um núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 2002b).

Os modos tecnológicos de atuar em saúde seguem uma trajetória definida pela disputa entre as forças sociais confrontadas a partir do interesse individual comum de cada modelo assistencial. O modelo médico-hegemônico precipita a utilização de tecnologias duras e submete outros núcleos de saber a impulsionar seus atos para a perspectiva singular e restrita do problema do usuário.

O núcleo cuidador de todos os atos de saúde favorece a ampliação das condutas terapêuticas, a centralização no usuário, a relação entre os diversos núcleos profissionais e o surgimento de um espaço intercessor, ou seja, as relações do trabalho em equipe. Todo e qualquer profissional de saúde, na medida em que produz atos de saúde, “vivos em ato”, é também um produtor de cuidado (MERHY, 2002b).

O trabalhador de saúde e o usuário efetivam o encontro no interior do processo de trabalho em saúde em que a clínica se dirige à produção dos atos de cuidar. O espaço intercessor só existirá nestes encontros em ato (MERHY, 2002c). A produção do cuidado faz emergir um espaço de interrelação trabalhador de saúde/usuário, mediado por tecnologias, mas que supera a objetivação destas e permite a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática (AYRES, 2000).

É fato prevalente, na atual conjuntura, a forma como ocorre a produção de saúde sendo o uso de tecnologias duras (equipamentos, instrumental, etc.) evidenciado como forma superior às outras tecnologias leve-duras (saber técnico) e leves (relacional) na linha produtiva do cuidado (MERHY, 1997).

A organização das práticas de saúde e o campo relacional na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilitam a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde (AYRES, 2004). Os espaços do cuidado se renovam por meio da rede de serviços de saúde e da mudança de um comportamento terapêutico hospitalocêntrico, definido, principalmente, pela internação hospitalar, e se voltam também para outros contextos, como o domicílio, por meio de atendimentos contínuos aos portadores de doenças crônicas bem comuns na rede de atenção básica (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005).

March, Fernandez e Pinheiro (2005) afirmam que a integralidade será alcançada pela demanda reconfigurada na atenção à saúde. Esta mudança reflete uma nova estruturação dos elementos integrantes da rede de cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto das unidades de saúde (Posto de Saúde, Policlínicas, Ambulatórios, Posto de Coleta de Exame, Unidades de apoio diagnóstico, hospitais, etc.) como da própria supervisão, coordenação e gestão.

A atitude do cuidado implica acolhimento, solidariedade e compaixão. Na relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado brota a interação, a troca e o respeito entre os diversos saberes envolvidos. Por exemplo, a homeopatia, o apoio social e outros recursos, propiciam o acolhimento dos sujeitos e chegam a aliviar o sofrimento. No entanto, o estímulo da consciência crítica e a autonomia do indivíduo em sofrimento permitem que ele restaure ou afirme os seus sentidos e significados frente às experiências da vida (LACERDA; VALLA, 2006).

A busca por práticas integrais no seio dos centros formadores e de pesquisa, nos serviços, na comunidade, enfim, na conjuntura de atenção à saúde, é percebida como um indicador que possibilita a exposição das necessidades suprimidas por um modelo que apenas medicaliza e não dimensiona amplamente suas ações e/ou intervenções. O sofrimento psíquico e as práticas terapêuticas integrais se correlacionam de maneira imediata, pois a complexidade do adoecer e do desequilíbrio da mente requisita uma abordagem extensa e intensa no favorecimento da recuperação e condução da vida comum.

A integralidade ultrapassa os limites oficiais da prática profissional registrada. Os saberes podem ser emitidos a partir de vários sujeitos na produção do cuidado integral. O trabalho do agente comunitário de saúde, por exemplo, configura um cotidiano pertencente à troca de experiências e vivências do processo relacional entre equipes e usuários para finalizar o alívio do sofrimento dos indivíduos de sua comunidade.

O agente comunitário de saúde tem sua atenção sob a forma de cuidado, a partir do acompanhamento de sujeitos doentes ou não, e passa a auxiliar na recuperação e promoção da saúde assim como no aumento da autoestima e da dignidade pessoal, trazendo um ganho excelente no aspecto relacional equipe-usuário (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

O conhecimento dos problemas e do próprio contexto da comunidade pode trazer benefícios no processo de cuidar e ser um referencial para todos os trabalhadores de saúde em suas práticas diárias. A distância física ou simbólica do território, por parte de alguns sujeitos (profissionais centrados), delinea uma prática medicalizante da vida social (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

A integralidade começa no processo de trabalho em saúde, em que às ações multiprofissionais se somam os elementos de vínculo e responsabilização. Daí provém um cuidado a partir da interação de diversos saberes e práticas envolvidas no ato produtivo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A linha do cuidado em saúde é configurada pelo fluxo singular do usuário no sistema de saúde, a partir de sua entrada, perpassando pelas intervenções cuidadoras e pela disponibilidade terapêutica, até chegar ao alcance de suas necessidades de saúde. Desta forma, para construir a linha do cuidado em saúde são necessários a premissa do desejo, a adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais como o núcleo essencial da proposta assim como a reorganização do processo de trabalho (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Na linha do cuidado, a segurança assistencial na trajetória do usuário precisa estar garantida pela disponibilidade dos serviços, por fluxos usuário-centrados, mecanismos de referência e contrarreferência aptos ao dinamismo da saúde, à responsabilização das equipes para a condução compartilhada do projeto terapêutico, gestão colegiada dos recursos assistenciais e intersetorialidade (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A conformação das redes de cuidado e a própria organização dos serviços de saúde seguem uma lógica macroestrutural na qual as valises político-jurídicas direcionam as ações, intervenções e o funcionamento dos diversos segmentos sistêmicos.

Capítulo 3

A INTEGRALIDADE DAS REDES ASSISTENCIAIS NA CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS NO PROJETO TERAPÊUTICO: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL

A atenção psicossocial requisita abordagens terapêuticas emancipatórias que envolvam a integralidade do cuidado em saúde mental em suas múltiplas dimensões. Na relação interpessoal e na articulação sistêmica, a linha do cuidado da área se delimita pelo reconhecimento ou não das subjetividades. Sendo assim, a intersubjetividade define o caminho para a resolubilidade assistencial.

Um foco importante na organização dos serviços de saúde mental é a formulação de estratégias que fortaleçam a capacidade da rede de atenção primária em saúde de realizar ações de promoção da saúde que, conseqüentemente, tendem a melhorar a condição de saúde e reduzir custos (BERRA, 2011).

Por outro lado, a integralidade tem sido colocada como uma parte de uma imagem-objetivo que indica a direção para a transformação da realidade. Pode-se considerar que uma imagem-objetivo parte de um pensamento crítico que não reduz a realidade ao que existe, mas que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las (FRACOLLI et al., 2011). A partida se dá pelo próprio conceito de integralidade delimitado pela integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdepen-

dência dos atores e organizações, pressupondo, inclusive, que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Portanto, torna-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos que responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos locais e regionais. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Na área da saúde, tal articulação é necessária em todos os setores assistenciais. Por exemplo, a avaliação das internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) aponta que a perda de prontuários e a falta de correta referência e contrarreferência sugerem inadequada articulação da atenção básica com os hospitais de referência e baixa responsabilização pelo seguimento de pacientes com hipertensão arterial, o que levanta dúvidas sobre sua efetividade (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

As ações de saúde mental na rede assistencial também têm direta relação com a conjuntura da área. Dentre muitas peculiaridades desfavoráveis à integralidade, aponta-se: abordagens sem efeito resolutivo, falta de qualificação profissional e de estrutura adequada, falta de grupos de apoio específico à comunidade, acompanhamento clínico insuficiente, involuções dos casos, falta de retorno terapêutico, ESF como ambulatório e falta de pessoas para atuar em um território extenso (AMARANTE et al., 2011).

Corroborando com a integralidade da atenção à saúde mental, o estabelecimento de articulações com outros serviços de saúde, outros setores e com a comunidade. No entanto, se considerarmos o conceito ampliado de saúde, faz-

se necessário o desenvolvimento da comunidade como um todo, inclusive, a formação dos profissionais da ESF (AMARANTE et al., 2011).

O que se dispõe na articulação entre as ações de saúde mental e o processo assistencial da ESF são transformações ocorridas nos atendimentos deste campo. Ainda que o usuário se mantenha almejando a consulta especializada, por um lado, reconhece a importância da escuta, por outro. No que diz respeito à equipe profissional, esta reconhece que as práticas são processuais por serem modificadas a partir das experiências vividas no matriciamento, a cada dia (PINTO et al., 2012).

Na operação das práticas, a atuação das equipes da ESF perante as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental aponta variadas estratégias de atenção à saúde mental, porém, ainda existe a falta de planejamento direto e intencional no cotidiano daqueles que assumem o papel de escutar, acolher, visitar, articular e, por vezes, afirmam se responsabilizar pelo cuidado de pessoas com sofrimento dentro do território (AMARANTE et al., 2011).

Os sujeitos que conduzem a ampliação da clínica na ESF enfatizam a importância da escuta dos profissionais da saúde mental no tratamento, porém, se queixam de sua alta rotatividade, que produz descontinuidade do tratamento. Esta última se apresenta como uma dificuldade do próprio sistema de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

O apoio matricial é um arranjo institucional que efetiva a articulação entre as redes de atenção básica e saúde mental. Sua implantação diferenciada mantém regularidade

dos encontros, participação de toda a equipe, proposição de assistência conjunta entre profissionais dos CAPS e ESF, denotando produção ativa de corresponsabilização pelos casos. Eis o diálogo necessário entre as equipes dos CAPS com outros serviços tornado possível constitutivo de uma retaguarda assistencial especializada e adequada (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

As dificuldades do apoio matricial perpassam pelo processo dialógico, pois se sua operação ocorrer de maneira precária com algumas categorias profissionais, ou seja, limitando-se à discussão de casos e encaminhamentos, há uma dificuldade de entendimento da proposta pelo perfil inadequado dos profissionais responsáveis. (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

O propósito é diminuir a fragmentação e a desresponsabilização no seguimento clínico continuado e a falta de avaliações periódicas dos pacientes que utilizam psicotrópicos. Tais requisitos evitam a encrudescimento da prática de repetição de receitas, inclusive, criticada pelos usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Por tais fatos, a efetiva produção do cuidado dispõe a corresponsabilização entre equipe e usuário ao incorporar a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário. O diferencial deste dispositivo terapêutico se pauta no compartilhamento de problemas vividos e na pactuação integrada das resoluções. À medida que todos assumem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida, seja individual ou coletivamente, os resultados são alcançados de modo mais resolutivo (PINTO et al., 2012).

É visto que o cuidado na rede de atenção à saúde mental é, por vezes, desconhecido pelos próprios usuários. No plano terapêutico, expressam a utilização de medicamentos sem informações básicas deste tratamento. Embora o tratamento nas UBS esteja centrado na prescrição de psicofármacos, os usuários reconheceram a existência de outros tipos de tratamentos e serviços, mas que ainda não compõem a vivência nos seus cotidianos (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

A organização do cuidado perpassa pelas atribuições de planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar, priorizando a assistência integral na Unidade de Saúde de Família (USF), levando em conta as reais necessidades da população. Na atenção psicossocial, a tendência política é ampliar o acesso da população, inclusive de grupos sociais até então excluídos, aos serviços de atenção básica de saúde e organizando a demanda aos demais níveis de atenção à saúde, como o CAPS (BRASIL, 2008).

Com o olhar interdisciplinar, os processos de trabalho se interpenetram para conjugar novas abordagens à saúde da população. No entanto, há dificuldades em lidar com as subjetividades, porque os instrumentos, saberes e tecnologias apreendidas na formação e prática desses profissionais se encerram na racionalidade moderna, aprisionadora de sentidos intersubjetivos (BAUMAN, 2001).

A falta de preparo dos profissionais alocados na atenção primária pode ser um dos motivos da dificuldade em fortalecer e promover a saúde mental. Para tanto, a formulação de políticas públicas para a atenção primária requisita o desenvolvimento e implantação de mecanismos de fixação de profissionais e alocação de agentes comunitários de saúde.

de para viabilizar o trabalho territorial, utilizando mecanismos de integração destes às equipes de saúde. (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Ao plano social, a precariedade das relações de trabalho, as iniquidades sociais, a conjuntura econômica, as condições insalubres, os cenários de violência, as influências políticas locais, bem como as debilidades na formação dos profissionais, fazem parte da lógica capitalista que tem produzido retrocessos e avanços na política de saúde. Reconhecendo tal conjuntura, a Estratégia Saúde da Família inova na forma de gerir o cuidado e se assume como estratégia para reorganizar os serviços de saúde do SUS (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Nessa perspectiva, as práticas dos profissionais de saúde, ao reconhecerem a cidadania tentam superar a excessiva tecnificação do cuidado expressa na ultraespecialização alienante e no modo mecanicista de produzir serviços e ações em saúde. A politização do cuidado almeja a construção da autonomia relativa de sujeitos, sejam esses usuários, profissionais, técnicos ou gestores do SUS (PIRES, 2005a; 2005b).

O trabalho em saúde é vivo em ato e está apoiado na geração de autonomia e liberdade ao trabalhador da saúde para efetivar processos de gestão pactuados e dirigidos coletivamente. Tais pactuações devem ser orientadas por contratos dentro de uma lógica usuário-centrada implicada com a produção do cuidado e articulada a uma rede de atenção (CECÍLIO, 1994; MERHY et al., 2003).

Os nós críticos do cotidiano do trabalho em saúde evidenciam que as tecnologias já disponíveis são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado centrado na necessidade do cidadão. A potência

dos encontros incide nos movimentos ativos da gestão para apoiar a produção do cuidado (BADUY *et al.*, 2011).

Nesse processo, é preciso ocorrer a transversalidade em ato de saberes, práticas e tecnologias produzidas no sentido do cuidado integral. Assim, montar sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas são atitudes válidas apenas se efetivar sua operação no cotidiano, na interação entre os diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, gestores, trabalhadores e usuários. Nos encontros e nas redes de conversação é que acontece a produção do trabalho em saúde e se efetua os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do SUS (BADUY *et al.*, 2011).

A qualidade e a resolutividade das ações em saúde mental devem estar baseadas nas necessidades e demandas da população. Eis a ativação resolutiva a ser construída nas unidades de saúde entre si e na articulação com os demais componentes do sistema de saúde. Para além da garantia da referência e contrarreferência assistencial, verifica-se que toda e qualquer doença possui seu sofrimento subjetivo, então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde (BRASIL, 2005; FRACOLLI *et al.* 2011).

O preconceito em relação em torno do “doente mental” e da assistência “psiquiátrica” gera dificuldades das equipes em acolher a pessoa em sofrimento psíquico, corroborando a ideia de que os profissionais da saúde acabam focalizando suas ações no cuidado ao corpo e detrimento às questões subjetivas. Desse modo, a prática fica distanciada do conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2005b; JARDIM *et al.*, 2009; AMARANTE *et al.*, 2011).

A gestão do cuidado em saúde mental com vistas à integralidade precisa dimensionar o foco assistencial nos sujeitos, diferentemente, das práticas que focalizam somente a doença com procedimentos dissociados do contexto. A impossibilidade de atender a pessoa em sofrimento psíquico na ESF reduz o coeficiente de autonomia do usuário e, ainda assim, não reconhece a lógica do território no encaminhamento àquelas pessoas que demandam atendimento psíquico aos serviços especializados (PIRES, 1998; REZENDE, 1989; AMARANTE et al., 2011).

O atendimento da ESF para com a população deve dispor de conhecimento sobre os modos de lidar com portadores de sofrimento psíquico, também assumindo pessoas com transtornos mentais leves e se corresponsabilizando com os usuários em tratamento de problemas severos e persistentes (AMARANTE et al., 2011).

Em todos os sentidos da atenção à saúde, na própria redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, são adotadas estratégias como o manejo dos casos de maior risco e planejamento conjunto entre pacientes e profissionais da atenção primária de estratégias singularizadas e multifacetadas (BERRA, 2011).

Corroboram, nessa perspectiva, componentes com efetividade comprovada na análise do contexto, suporte profissional, recomendações claras e simples com base em evidências robustas, boa comunicação, uso de redes bem estabelecidas para troca de informações com especialistas, programas com atividades conjuntas e práticas e grupos pequenos (SJÖSTRÖM et al., 1999; WRIGHT et al., 2006).

Delimita-se o cuidado clínico na atenção em saúde operada para o cuidado em sua integralidade. Ao incorporar também as necessidades de cuidado ao familiar em convivência de sujeito em sofrimento psíquico e seus riscos e vulnerabilidades sociais e subjetivas. Compõe um instrumento de empoderamento dos sujeitos que advém da convivência, da carência de informações ou da necessidade de apoio social (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Portanto, conformam-se indicações para a integralidade da atenção em saúde mental no plano das práticas e políticas: acesso às ações de saúde; efetividade do segmento longitudinal dos indivíduos; organização do cuidado para os que apresentam transtornos mentais, com abordagens terapêuticas e gerenciamento de casos; efetivação da política intersetorial; criação de centros de serviços e oportunidades de trabalho, moradia, educação, entre outros (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

O contexto territorial é o plano de atuação da Equipe Saúde da Família (ESF) e a gestão do cuidado deve pautá-lo no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população, pode organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda aos demais pontos da rede de atenção, e, principalmente, fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, responsabilizações partilhadas e promoção da autonomia (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

É pela inserção no território que se constitui relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar inter-

venções, cria vínculos contínuos com os assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Tão somente por práticas indicadoras de integralidade, mas também por ressignificações de atitudes profissionais ao reconhecerem e valorizarem as ações educativas e apontando-as como norteadoras do processo de cuidado. As ações conjuntas com a comunidade permitem uma melhor avaliação da realidade, dando subsídios para a busca da superação das dificuldades. Trata-se de práticas que não se restringem apenas a ações assistenciais (KANTORSKI et al., 2009).

Na integração do campo psicossocial no processo operacional da ESF, inegavelmente o cuidado em saúde mental ocorre na assistência direta das equipes de saúde com a participação dos usuários e familiares durante o processo terapêutico. A unidade de saúde configura um ponto de partida, passagem ou saída para o usuário na sua trilha para a resolução de problemas subjetivos e sociais. No entanto, as condições sociais, econômicas e culturais e o atrelamento a práticas medicamentalizadas reduzem a interlocução inter-setorial e comunitária essencial para a atenção psicossocial (PINTO et al., 2012).

As abordagens terapêuticas para com a família são estratégicas para a busca da integralidade do cuidado clínico. Dentre as práticas, as terapias em grupos, as visitas domiciliares e escutas ativas aos pacientes dirimem o atendimento à demanda de sofrimento da comunidade (AMARANTE et al., 2011).

Dentre os desafios para a efetivação das ações de saúde mental na atenção primária em saúde, urge a existência do planejamento e organização do processo de trabalho da equipe por meio da articulação dialógica e horizontal entre os saberes e práticas dos vários profissionais possibilitam a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos (KANTORSKI et al., 2009).

Expressivamente, o desafio maior é ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde para superar reproduções de enfoques restritivos dos programas de saúde pública, hegemonicamente centrados na epidemiologia das doenças de massas configurados como aspectos importantes à discussão de mudança de modelo assistencial (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

A partir dessas tessituras, as posturas terapêuticas ativas pelas equipes dos CAPS se contrapõem à prática tradicional em psiquiatria que caracteriza por uma relação passiva do usuário em relação ao profissional. Na atenção psicossocial se faz necessário um processo de construção engendrado no diálogo com os atores sociais (profissionais de saúde, usuários e familiares). Eis o compartilhamento de saberes, forças concretas da comunidade para viabilizar ações que estabeleçam vínculos e promovam a cidadania e a autonomia do usuário (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

Enfatiza-se que a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como a forma pela qual o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades

humanas. Para tanto, tomam-se ferramentas como a gestão da clínica e a auditoria assistencial, implementadas por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente para problematização dos processos de trabalho (PIRES; GÖTTEMS, 2009; BADUY et al., 2011).

No cuidado em rede, a atenção à saúde produz instrumentos constitutivos da regulação e das linhas de cuidado, incluindo padronização das solicitações de procedimentos, protocolos, buscando-se integração e corresponsabilização dos trabalhadores das unidades de saúde nos diferentes pontos assistenciais (BADUY et al., 2011).

No plano micropolítico das redes assistenciais emergem as redes de conversação (individuais e coletivas) oriundas das interações entre os trabalhadores da equipe de saúde mental, usuários e gestores nos seus fluxos de conversas não formais que potencializa diferentes relações na ESF (CAÇAPAVA et al., 2009).

A política nacional de saúde mental dirige ao CAPS, a função de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos contextos municipais, de modo a atender às complexas demandas de inclusão das pessoas que se encontram excluídas da sociedade em decorrência do transtorno mental. São eles os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental em determinado território, responsáveis pela promoção de ações que envolvam trabalho, cultura, lazer, esporte, educação, com vistas à inserção na vida comunitária (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, as práticas voltadas para saúde mental na atenção primária em saúde são as atividades transversais. As-

sim, o enfoque dado aos problemas psíquicos deve permear as demais abordagens programadas para cada grupo populacional, situação de risco ou vulnerabilidade. Na rotina das equipes da ESF, este trabalho é realizado com dinâmicas em sala de espera, nas discussões coletivas e no diálogo individual em cada atendimento. No conteúdo de cada atendimento com ênfase nos aspectos da subjetividade e no equilíbrio mental do indivíduo estão as situações que o envolvem nas suas relações sociais e no enfrentamento do estresse cotidiano (PINTO et al., 2012).

A PESQUISA E SUAS NUANÇAS

A busca pelo conhecimento e por arcabouços que expliquem a realidade em suas singularidades tem tido na pesquisa qualitativa, em especial na pesquisa social, relevantes métodos que vêm ao encontro da complexidade e dos desafios das necessidades da avaliação em saúde.

O acervo de teorias e técnicas qualitativas, especialmente a partir da década de 80, tem composto o variado campo das investigações em saúde, agregando novos olhares disciplinares. A adoção de metodologias qualitativas tem buscado contribuir, ao lado de outros saberes, para uma abordagem um pouco mais inclusiva e responsiva da complexidade que constitui o objeto da saúde. Neste caminho da ciência, a pesquisa qualitativa muito tem a oferecer, exercitando justamente a sua vocação para a análise em profundidade das relações e vivências, trazendo as singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca da saúde (DESLANDES; GOMES, 2004).

Guba e Lincoln (1989) dividem a história da avaliação em quatro gerações, das quais três estão descritas a seguir:

1ª geração – da mensuração na qual o papel do avaliador era o de um técnico que tinha de saber construir e usar os instrumentos de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida;

2ª geração – da descrição, em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior;

3ª geração – do julgamento, na qual o avaliador assume o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior.

E, por fim, a Avaliação de 4ª Geração (AQG) que é proposta como alternativa às avaliações anteriores, sendo implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que a informação seja necessária). Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos *a priori* enquanto a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse (GUBA; LINCOLN, 1989).

Destaca-se, ainda, que a AQG se contrapõe ao paradigma convencional ou positivista, uma vez que, nesta proposta de avaliação, são questionadas as estruturas de poder e de autoridade presentes nas decisões e nos conceitos politicamente ingênuos e conceitualmente limitados do positivismo que muito influenciou as avaliações das outras gerações.

A AQG tem como característica peculiar a elaboração de “construções compartilhadas” e significativas criadas por meio de “processos interativos” entre avaliador/pesquisador e os grupos de interesse/participantes os quais são considerados soberanos sob os diferentes pontos de vista dos envolvidos neste processo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Sendo assim, sob a ótica da ética e política na avaliação, Guba e Lincoln consideram que o paradigma construtivista oferece vantagens, devido à concessão de poder a todos os envolvidos (empoderamento), pela eliminação da garantia de busca de uma verdade suprema e permanente, sendo a responsabilidade das informações compartilhada com todos (elaboram-se construções).

O referencial teórico-metodológico da AQG utilizado por Camatta et al. (2011) se mostrou como um relevante referencial de pesquisa na condução de estudos avaliativos no campo da saúde mental, pois permitiu maior compreensão de algumas dimensões das políticas de saúde mental, da organização dos serviços e das práticas profissionais, de familiares de usuários, usuários na perspectiva das dimensões da gestão do cuidado em saúde.

Este estudo aqui apresentado se define como um estudo de Avaliação de Quarta Geração (AQG), ou seja, um estudo avaliativo pautado em uma abordagem construtivista. Conforme enfatizam Guba e Lincoln (2011), a AQG representa uma proposta emergente de um modelo de avaliação que vai além da obtenção e descrição dos fatos, envolvendo aspectos humanos, físicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e contextuais.

O enfoque construtivista enfatiza a construção de novo conhecimento e maneiras de pensar mediante a exploração e a manipulação ativa de objetos e ideias tanto abstratas como concretas e explica a aprendizagem através das trocas que o indivíduo realiza com o meio.

Os trabalhos de maior influência para a concepção construtivista foram os de Piaget (1896-1980) e Vygotsky

(1896-1934) e esta tem sido apropriada por diversos autores que expandiram seu escopo e desenvolveram novas abordagens. A abordagem construtivista é a que tem gerado mais benefícios e a que melhor contextualiza e aproveita os recursos tecnológicos para a avaliação de pesquisas em saúde.

A pesquisa foi 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.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta maior cidade do país, com população estimada de 2.447.409 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica: 7.764,6 hab/km². A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.435.456 habitantes e é composta por treze municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante.¹

Considerando a análise das ações deste estudo sob a ótica construtivista com abordagem integradora e intersetorial, optamos por convidar para constituir o corpo de informantes da pesquisa dos setores da saúde aqui representados por trabalhadores e gestores de CAPS e da ESF, usuários e familiares.

Estes sujeitos narraram suas experiências singulares no acompanhamento dos pacientes no processo de saúde-a-doecimento e, por isto, foram escolhidos, pois se relacionam,

1 A Figura 2 mostra a localização geográfica de Fortaleza-CE (IBGE, 2010).

direta ou indiretamente, com os serviços de saúde e atuam na gestão do cuidado e atenção clínica.

A participação dos usuários e profissionais no estudo se justifica pela aproximação com os trabalhadores e os serviços. Ademais, cotidianamente, lidam com os problemas de saúde e o cuidado clínico que é impactado pela sua participação ativa ou não no cuidado em saúde, influenciando as práticas e intervenções do projeto terapêutico.

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. A seu turno, a investigação qualitativa trabalha com a amostra não probabilística na qual os depoimentos dos sujeitos são compreendidos como representantes de um segmento de pertença (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Deste modo, os participantes do estudo foram definidos pela composição operacional das equipes de trabalhadores de saúde nas redes assistenciais sob investigação e pelos cargos ocupados, além dos usuários e seus familiares. O Quadro 1 apresenta a divisão dos participantes bem como os critérios de seleção e exclusão pré-determinados.

Quadro 1 – Grupos de participantes do estudo e critérios de seleção

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO
I	Gestores	Ocupantes dos cargos de Coordenação-Regional de Saúde Mental
II	Trabalhadores de saúde	Atuação na Equipe da Estratégia Saúde da Família
		Atuação na Equipe dos Centros de Atenção Psicossocial
III	Usuários	Atuação na Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Saúde Mental
		Atendimento na rede de saúde mental e atenção primária em saúde no período mínimo de seis meses
IV	Familiares dos usuários	Parentes cuidadores dos usuários atendidos na rede de saúde mental e atenção primária em saúde no período mínimo de seis meses

Fonte: pesquisa direta, 2014

Com relação aos critérios de exclusão adotados para os trabalhadores de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) bem como para os gestores, se delimitou excluir aqueles que estiveram de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa. No caso dos usuários, excluí-se da amostra pessoas que apresentaram disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal. Entre os familiares, foram excluídos aqueles que não tiveram relação direta com o cuidado.

O número de participantes foi composto por 138 trabalhadores de saúde da ESF, NASF e CAPS e seis gestores (coordenadores de saúde mental) de cada SER. O número de usuários participantes foi 120 e o número inicial de familiares foi 60, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Composição amostral por representantes do estudo

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	COMPOSIÇÃO AMOSTRAL		
		Local	Representantes	Amostra
I	Gestores	Coordenação Regional de Saúde Mental	01 Coordenador Regional da SER	06
II	Trabalhadores de saúde	Estratégia Saúde da Família (ESF)	01 equipe da ESF por SER (n=10x6)	60
		Centros de Atenção Psicossocial	01 equipe do CAPS Geral por SER (n=10x6)	60
		Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01 equipe do NASF por SER (n=3x6)	18
III	Usuários	Atendidos no território da ESF/NASF (n=10x6)		60
		Atendidos no CAPS (n=10x6)		60
IV	Familiares dos usuários	Parentes cuidadores dos usuários atendidos no território da ESF/NASF (n=5x6)		30
		Parentes cuidadores dos usuários atendidos no território do CAPS (n=5x6)		30

Fonte: pesquisa direta, 2014

Entretanto, além dos critérios citados, adotou-se a saturação teórica das informações como balizador final. Sendo assim, os participantes da pesquisa foram definidos pela relevância dos conteúdos dos discursos e pelas observações que trouxeram contribuições significativas e pertinentes ao delineamento do objeto em apreensão (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A pesquisa qualitativa também observa a amostra por saturação teórica quando os dados coletados passam a apresentar redundâncias.

Para a coleta de dados foram utilizadas três técnicas: a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e o grupo focal. Utilizou-se, ainda, documentos, de forma complementar às demais técnicas.

Em abordagens qualitativas, a principal técnica de coleta de dados é a entrevista, que tem por finalidade obter informações verbais de uma parcela representativa de uma população e tem por objetivos: atender os objetivos da pesquisa; auxiliar, como roteiro, na coleta de dados e ajudar a motivar o entrevistado por ser uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciarem, também, o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2003).

A estruturação prévia da entrevista que vai caracterizar a “entrevista semiestruturada” parte de questionamentos e reflexões baseados em teorias e ou hipóteses formuladas anteriormente e, até mesmo, no processo de aplicação do instrumento, do que decorrerá o aumento da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1992). Nesse sentido, Turato (2003) compreende que a estruturação é necessária a todo tipo de entrevista e, por esta razão, prefere denominar a citada técnica de semidirigida. O novo termo permite a compreensão de alguma flexibilidade na direção do processo, dando ao informante um espaço maior de contribuição. Minayo (2008, p. 191), ao discorrer sobre a entrevista semiestruturada, considera importante a elaboração de um roteiro que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”. Ao considerar o discurso do sujeito, o pesquisador pode lhe pedir mais detalhes sobre algo que não ficou claro ou cujos significados e sentidos não parecem explícitos (TURATO, 2003).

A gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar que todas as gravações digitais ficaram à disposição do entrevistado para que este pudesse ouvi-la e, caso desejasse modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento ele pôde ficar à vontade para fazê-lo. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pelos pesquisadores e serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE, para serem utilizados por outros pesquisadores que se interessarem sobre o tema em estudo, contanto que seja preservado o anonimato dos sujeitos.

A observação sistemática é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar à análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1992). Turato (2003) enfatiza que não somente as variações da fala 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 esta técnica complementar, tem-se os dados para uma análise mais completa das informações.

A observação sistemática foi orientada por um roteiro de observação de forma a possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta no serviço de saúde mental. Realizada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno

observado, para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos, tem se tornado uma técnica imprescindível nos estudos em saúde, visto que possibilita ao pesquisador captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas. Ao estabelecer uma relação face a face com os observados, o observador pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância desta técnica reside no fato de se poder captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais importante e evasivo na vida real (MINAYO, 2003).

O grupo focal (GF) é uma técnica privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais, oferecendo a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 1999).

Vários autores chamam a atenção para o incremento na utilização dos grupos focais nos últimos anos. Para Flick (2004), esta técnica experimenta uma espécie de renascimento. No campo das ciências sociais, sua penetração se inicia pelo campo da política, mas se espraia, progressivamente, pelos diversos segmentos da pesquisa social (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Essa técnica tem suas características próprias e se distingue das demais, principalmente, pelo processo de interação grupal em que a fala a ser trabalhada não é meramente descritiva ou expositiva e sim uma “fala em debate” (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Os sujeitos que participaram dos grupos focais foram 6 usuários da ESF e 8 do CAPS, em duas sessões. Foi formado um outro grupo de 5 familiares, com realização de duas sessões com o mesmo grupo. Para a condução do grupo focal, utilizou-se um temário condutor.

Para Minayo et al. (2005) a técnica de grupo focal é bastante utilizada nas pesquisas de avaliação, de forma exclusiva ou combinada com entrevistas. Os princípios de definição amostral se baseiam na busca de aprofundamento e compreensão de um grupo social, de uma organização. A partir destes princípios, o foco se volta para questões acerca do que observar e de quais os grupos a serem observados.

Quanto ao grupo focal como técnica de pesquisa este tem sua constituição e desenvolvimento em função da pesquisa (GATTI, 2005). Visando abordar questões em maior profundidade, pela interação grupal, cada grupo focal não pode ser grande, ficando sua dimensão entre 6-12 pessoas. O emprego de mais de um grupo permite a ampliação do foco de análise. Portanto, a técnica de grupo focal é bastante utilizada em avaliação seja de forma combinada com entrevistas seja com exclusividade.

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas, narrativas focais e observações, sob os pressupostos da hermenêutica crítica (MINAYO, 2008).

Considerando os diferentes tempos de realização desta pesquisa e a importância do contexto histórico na interpretação de uma dada realidade, entende-se que a análise hermenêutica crítica pode contribuir para valorização da realidade a ser analisada. Essa metodologia é capaz de levar o investi-

gador à compreensão, a partir de um entendimento dos fatos, que considera as liberdades e as forças de cada um, as necessidades e a consciência histórica do todo e das partes, sendo o pensamento balizado por empatia e intencionalidade e, ao mesmo tempo, a estranhar e criticar, percebendo processos, mudanças, contradições, movimentos e transformações da realidade estudada.

Observando as linhas das hermenêuticas, dentro das quais se insere a hermenêutica crítica, há que se registrar que sua fundamentação tem foco de interesse na compreensão dos significados das informações qualitativas oriundas do campo empírico. Assim, podemos defini-la como uma metodologia que prima pela interpretação.

Enfatiza Minayo (2008) que, entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática que consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir a comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira. A unidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido que conformam a comunicação advinda do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo.

Na organização dos dados, os registros transcritos foram dispostos em base eletrônica adaptada à utilização do software analítico Nvivo. Esta ferramenta possibilita a congruência de termos significantes que evidenciem aproximação, relevância, prevalência e/ou redundância. A partir do mapeamento literal do material, foi possibilitada a organização temática, crítica e reflexiva das narrativas.

No primeiro momento de análise das entrevistas, estas foram organizadas e codificadas por meio da utilização do software Nvivo versão 9.0. Nesta etapa foi utilizado o software *Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR) versão 9.0, que se baseia no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas.

No processamento do Nvivo, as categorias do estudo, nomeadas “nós”, foram codificadas e, em seguida, conceituadas e agrupadas (Figura 1), para, enfim, terem seus dados analisados (GOMES et al., 2012).

Figura 1 – Nós comparados por número de itens codificados



Fonte: pesquisa direta, 2014

Após a codificação, a análise dos dados foi realizada a partir dos documentos gerados pelo próprio programa. Assim, iniciaram-se as buscas por Nós. Cada busca resultou em um documento no qual ficam registrados todos os recortes de textos codificados segundo aquele Nó específico, o que permite a sua identificação mais facilmente do que se todas as etapas fossem feitas manualmente (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Neste primeiro momento da ordenação, foi feita a organização do material complementar à leitura inicial do

conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nas narrativas. Neste sentido, a análise de conteúdo hermenêutica foi feita através das etapas básicas estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2007): ordenação, classificação e análise final dos dados.

A segunda etapa se constitui na submissão do conjunto de dados empíricos aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A etapa de classificação dos dados correspondeu à construção dos dados empíricos que toma como base a teoria que sustenta a pesquisa e os pressupostos teóricos eleitos pelo pesquisador e que foi desenvolvida em dois momentos:

1º momento – leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral de cada unidade de análise (uma a uma), o que possibilita a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco, representadas em núcleos de sentido (isto dá sentido às representações das falas ou de outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo).

Este momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabelecem-se, assim, as sínteses horizontais, permitindo mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática analisada (em blocos convergentes e divergentes) que podem ser evidenciados nos diferentes quadros de análise. Destacam-se, neste momento, as “estruturas de re-

levância” que significam, segundo Minayo (1999), a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

2º momento – leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos.

A terceira etapa do estudo foi a análise final dos dados. Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis et al. (1998), o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para a análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

A análise dos dados empíricos teve 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) possibilitando as várias dimensões de se confrontar o processo investigativo.

Para Minayo (2005), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e a validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos.

O processo de investigação no campo social e humano é produzido e produz, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade assim como a objetivação do investigador que se

torna, também, produto de sua própria produção (MINAYO, 2008).

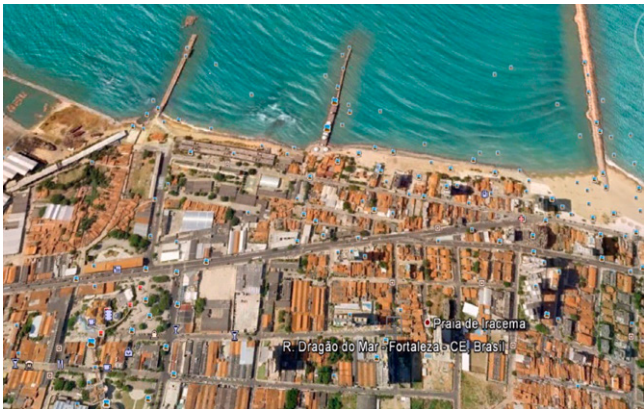
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE, tendo parecer aprovado de nº 122.324 e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP. Este estudo respeitou os princípios da Bioética descritos na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Assim, 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, desistir 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.

Destaca-se que foram realizadas visitas à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE para informação sobre a pesquisa, solicitação de autorização e outras informações necessárias. Foi permitido o desenvolvimento do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e Secretaria de Saúde do Estado (SESA).

O DESVELAR DO TERRITÓRIO POLÍTICO E DE GESTÃO DO CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA

Figura 2 – Cidade de Fortaleza



Fonte: Google Earth, 2011. Acesso em novembro de 2011.

A cidade de Fortaleza possui Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 24.474.012.000,00 e PIB *per capita* em torno de R\$ 11.461,22, representando 49,84% do PIB do Ceará (IBGE, 2010).

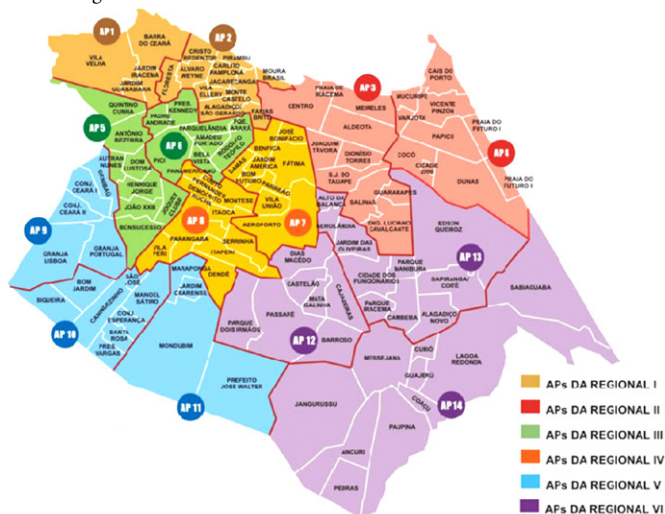
Figura 3 – Localização geográfica da cidade de Fortaleza-CE.



Fonte: SMS/APLAN (GEO).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2007 (FORTALEZA, 2007), o município de Fortaleza está dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (Figura 4).

Figura 4 – Divisão geopolítica da cidade de Fortaleza-CE por Secretaria Executiva Regional



Fonte: SMS/APLAN (GEO).

No sentido de instituir uma administração descentralizada, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura (FORTALEZA, 2007).

Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER, pelos seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) (FORTALEZA, 2007).

5.1 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

A organização do sistema municipal de saúde tem se dado em Fortaleza através de redes assistenciais (RAs), a saber: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar; e Rede Assistencial da Saúde Mental (FORTALEZA, 2007).

A Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família apresenta o programa saúde da família como eixo estruturante da organização do sistema municipal de saúde. Neste sentido, a operação Fortaleza bela, em 2006, trabalhou na estruturação desta rede concluindo a reforma de 77 (setenta e sete) unidades dispostas nas seis regionais da cidade.

Ainda nesse ano, o número de equipes de trabalho foi ampliado, contabilizando, em dezembro de 2006, um total de 304 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, das quais 240 compostas por profissionais médicos. Nesta data, o município também contava com 196 equipes de saúde bucal as quais realizaram, no ano de 2006, um total de 465.009 procedimentos (FORTALEZA, 2007).

Destacam-se como trabalhos importantes dessa rede assistencial: atenção ao idoso, controle de hipertensão e diabetes mellitus, programa de combate à tuberculose, programa de controle e eliminação da hanseníase, atenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS, programa de alimentação e nutrição e bolsa família.

A rede ambulatorial de atenção especializada (RAAE) está sob a coordenação e supervisão da célula de atenção especializada (CAE) da Secretaria Municipal de Saúde. Em sua

composição constava: Diretoria de Programação de Recursos Hospitalares e Laboratoriais (DPHL), Central de Regulação e Referência das Internações de Fortaleza (CRRIFOR); Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCEE), e Equipe de Auditoria, Avaliação e Controle (EAAC). Esta rede tem proporcionado ações no intuito de organizar os serviços de regulação assistencial e aprimorar o acesso da população aos serviços especializados, a saber: Finalização dos Planos Operativos e Minutas de Convênio dos Hospitais de Ensino; Estabelecimento do fluxo para atendimento de demandas judiciais; Solicitação de licitação para aquisição de bolsas de ostomias; Encaminhamento de solicitações de credenciamento de leitos de UTI; Regulação de todas as internações em UTI Adulto na Rede Privada; e Avaliação de solicitação de novos credenciamentos (FORTALEZA, 2007).

A rede assistencial hospitalar do município de Fortaleza é composta por 61 unidades, estando, dentre elas, 20 unidades da esfera pública (33%) e 41 unidades da esfera privada (67%). Em termos da rede municipal própria, Fortaleza conta com um hospital de nível terciário (Instituto Dr. José Frota) e oito hospitais de nível secundário.

A rede assistencial de urgência e emergência de Fortaleza é formada pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Em média, o SAMU 192 recebe 3.000 ligações por dia, porém 30% deste montante são trotes. A equipe deste serviço conta com seis telefonistas auxiliares de regulação médica e dois médicos por turno de seis horas. Em 2006, a frota era de 18 unidades de suporte básico e 3 unidades de suporte avançado realizando, em média, 200 atendimentos por dia, sendo 80% destes atendimentos na área clínica e de trauma (FORTALEZA, 2007).

5.2 REDE DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA

Com relação à saúde mental do município, considera-se que a implantação do primeiro CAPS ocorreu em 1998, na Secretaria Executiva Regional III (SER III), seguido dos CAPS das SER IV e VI, em 2001. A partir de 2005, a atenção à saúde mental têm se dado através de uma rede assistencial construída, ao longo de sua história, a partir da renovação dos serviços já existentes e da implantação de novos serviços sempre fundamentada na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Esta rede tem como serviço fundamental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atualmente em número de 14 (6 CAPS Gerais, 6 CAPS AD e 2 CAPSi), pois têm neles a preservação dos objetivos da reforma psiquiátrica.

Em Fortaleza, os CAPS têm recebido pessoas, de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves, em situação de risco, e pessoas com transtornos gerados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. As ações de maior impacto da rede de saúde mental têm se constituído em: cogestão da rede assistencial de saúde mental; estruturação da rede assistencial de saúde mental; auditoria dos hospitais psiquiátricos; parcerias com os movimentos sociais, instituições formadoras e sociedade civil; estratégia de educação permanente; e investimento financeiro (FORTALEZA, 2007).

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

Dentro da perspectiva da RASM, a emergência psiquiátrica deverá partir do pressuposto básico de que a inter-

venção se dá somente na crise e de que seu objetivo principal deverá ser diminuir as internações julgadas desnecessárias.

A Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza, como se pode observar na Figura 5, está sendo construída com serviços públicos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico interligados aos demais serviços públicos de saúde e a equipamentos, dispositivos e recursos existentes na própria comunidade (ANDRADE et al., 2007).

Figura 5 – Rede de proteção social e de assistência à saúde mental de Fortaleza-CE



Fonte: SMS/Rede Assistencial de Saúde.

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

de Saúde Mental (CRSM) – (6 coordenadores regionais, no total), compondo um colegiado com os coordenadores dos serviços de saúde mental e coordenadores de serviços localizados no âmbito de cada território (FORTALEZA, 2007).

A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza é constituída pela existência de CAPS, como unidades de atendimento às demandas de média e maior complexidade em saúde mental. A RASM, no ano de 2006, ampliou o número de CAPS na cidade de Fortaleza de 3 para 14 como, também, o número de profissionais que, de 54, nas três equipes existentes (CAPS Geral SER III, CAPS Geral SER IV e CAPS Geral SER VI), passou para 333 profissionais lotados em todas as SER de Fortaleza.

O número de equipes de Apoio Matricial também foi ampliado. Atualmente, conta-se com 24 equipes distribuídas nas seis SER's, com dois hospitais públicos como portas de entrada para emergências psiquiátricas: o Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) e o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM).

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

Nesse contexto, o Apoio Matricial é um arranjo institucional criado para promover interlocução entre os serviços de saúde mental, como os CAPS e as Unidades de Atenção Primária à Saúde, e se destina, principalmente, a contribuir

com a implementação de uma clínica ampliada, favorecer a corresponsabilização entre as equipes, servir de apoio para as equipes de referência e promover saúde e diversidade de ofertas terapêuticas.

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

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

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

principal qualificar a intervenção psiquiátrica, na tentativa de diminuir as internações julgadas desnecessárias.

Os apoios matriciais da SER IV são constituídos por três equipes que vêm realizando seu trabalho de matriciamento na Atenção Básica desde outubro de 2006. A iniciativa de formação desta equipe aconteceu de forma gradual, de modo que hoje conta com a participação de profissionais de áreas afins lotados nos CAPS de Fortaleza, cada um com uma carga horária de um turno semanal para a cobertura de oito Unidades Básicas de Saúde desta Regional. As atividades realizadas incluem atendimentos em conjunto com profissionais do PSF e reuniões sistemáticas de avaliação da proposta junto à Coordenação Regional de Saúde Mental – SER IV (FORTALEZA, 2007).

Em síntese, a coleta do material empírico para este estudo manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e o sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

A análise documental foi utilizada de forma complementar para a análise de lacunas apontadas nas outras técnicas referidas acima. Como ponto de partida delimitou-se os seguintes documentos: Guias de referências e contrarreferências; Projetos terapêuticos e administrativos institucionais; Fichas de atendimento matricial; e Prontuários eletrônicos e/ou físicos.

SEÇÃO 2

DIMENSÃO INDIVIDUAL: A AUTONOMIA E A CORRESPONSABILIZAÇÃO DO SUJEITO COMO PROPULSORAS DO CUIDADO DE SI

La autonomía es un requisito para la eficacia.
(Jack Lang)

Capítulo 6

PROTAGONISMO DO USUÁRIO PERANTE O CUIDADO COM A SUA SAÚDE

O estudo de Cecílio (2009) compreende a dimensão individual da Gestão do Cuidado como categoria fundamental a ser analisada, problematizando a autonomia dos usuários frente ao seu itinerário de vida, ou seja os próprios são considerados potenciais produtores de um modo singular de “andar a vida”, de se perceber implicado e responsável pelas suas escolhas. Logo, na dimensão individual é possível compreender as redes pensadas e traçadas pelos próprios usuários como alternativas para o enfrentamento e a resolutividade de seus problemas de saúde.

Entende-se que as tecnologias leves do cuidado são geradoras de autonomia do sujeito social, na medida em que proporcionam um cuidado centrado no usuário/família. Desta forma, a gestão do cuidado pode ser entendida como forma de melhor assegurar essa autonomia e dar respostas de acordo com cada demanda em busca da resolubilidade e da qualidade da assistência.

[...]aqui a gente trabalha no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Acredito que quando temos esse objetivo, de certa forma estamos sim possibilitando a autonomia desses usuários. Muitos deles conseguem resolver sozinhos problemas

referentes aos benefícios e aposentadorias, uso da medicação e horários dos grupos terapêuticos, mas já outros precisam da ajuda, do suporte de alguém, algum familiar ou até mesmo nosso aqui do CAPS [...] (Grupo II).

No que diz respeito à autonomia, esta é entendida como a capacidade do indivíduo de tomar decisões. E no contexto da reforma psiquiátrica é sempre construída na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, em uma experiência de cogestão (ONOCKO-CAMPOS et al., 2011).

Dito isto, considera-se que, no âmbito da saúde mental, o desenvolvimento de uma assistência promotora de qualidade de vida e de saúde exige uma maior atenção centrada no usuário e em suas necessidades, tendo o processo de trabalho guiado por tecnologias leve, ou tecnologias relacionais, consideradas aquelas facilitadoras de produção de vínculo, acolhimento, autonomia no cuidado, estabelecidas nos encontros entre os diferentes atores em saúde (JORGE et al., 2011).

De acordo com Cecílio (2011), cada sujeito tem o potencial de fazer escolhas a respeito do cuidado de si; assim, é um sujeito que toma decisões de acordo com sua subjetividade. Neste ponto, ganham relevo os processos de autonomia e corresponsabilização que envolvem a dinâmica das relações dos atores sociais na produção do cuidado, o que corresponde à dimensão individual da gestão do cuidado.

Ressalta-se, aqui, a importância da autonomia para a gestão do cuidado de si, tendo em vista que a própria forma de gerir este cuidado reflete em maior ou menor adesão ao projeto terapêutico. Além disto, o empoderamento do sujeito para o seu cuidado contribui sobremaneira para a garantia da sua qualidade de vida.

O compartilhamento do cuidado favorece, portanto, a corresponsabilização do indivíduo para com o seu projeto terapêutico que, por sua, vez favorece a autonomia do sujeito com tal, tornando-o sujeito ativo na produção do seu cuidado. Desta forma, o coeficiente de autonomia dos usuários diante de seu tratamento aumenta na medida em que a equipe proporciona um ambiente de diálogo e ações compartilhadas, pois, desta forma não só a equipe compreende melhor a maneira como o indivíduo interage com o mundo como também os dispositivos que disponibiliza para o cuidado de si.

A corresponsabilização se refere à parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Esta parceria acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores/usuários/família na composição do projeto terapêutico, uma vez que o esforço da equipe de saúde em promover e estimular a corresponsabilização do sujeito potencializa a gestão do cuidado em saúde. Ressalta-se a importância do contexto em que estes atores estão inseridos, pois cuidar não é só projetar: é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2004). Há uma corresponsabilidade do indivíduo e dos sujeitos coletivos no processo saúde-doença.

Para Bezerra et al. (2014), a produção do cuidado medicamento-centrado se ancora nos problemas de saúde referidos pelos usuários, ou seja, se atem à doença e não ao sujeito, à sua subjetividade e à realidade experienciada, aspectos estes que são inerentes ao sujeito e indispensáveis de serem trabalhados na medida em que se busca a resolutividade do cuidado em saúde mental. Assim, o cuidado em saúde mental não se torna capaz de atender às necessidades do sujeito através de ações limitadas e, em sua essência, limitantes. E aqui se faz referência à limitação das possibilidades que os sujeitos dispõem para gerir suas vidas e produzir valor social. Deste modo, é necessário ampliar os horizontes de intervenção, o que só é possível por meio de um rearranjo dos serviços a partir da reorganização dos processos de trabalho.

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

As atividades realizadas nesses cenários de cuidado em saúde mental carregam consigo uma complexidade imanente e, portanto, necessitam da formulação de alternativas capazes de agregar novos valores à produção do cuidado. Corroborando a afirmação de Mendes Gonçalves (1994), os processos de trabalho são, a partir deste contexto, mediados pela intencionalidade dos trabalhadores, aqui expressa pelo desejo de prover autonomia aos sujeitos de modo que eles sejam capazes de elevar seu nível de saúde.

Isso é demonstrado ainda na fala dos usuários, ao referirem que ações integradas e dinâmicas são importantes na condução dos casos de saúde mental, redirecionando o foco da atenção e diminuindo os descaminhos próprios de uma atenção voltada para o uso exclusivo e excessivo de medicamentos. Ainda segundo o relato de um usuário, foi possível obter significativa melhora do seu quadro de saúde por meio de ações conjugadas que agregavam o acompanhamento médico e a realização de terapia, permitindo, inclusive, parar com o uso da medicação: “[...] *com o acompanhamento, a terapia, eu fiquei boazinha. Eu tinha parado total com o remédio, aí comecei a trabalhar, o médico foi tirando a medicação, aí eu fui ficando boa, fiquei sem medicação [...]*” (Grupo II).

A usuária em destaque já vivenciou um acompanhamento anterior no centro de atenção psicossocial em que o estudo se processou e referiu em seu discurso ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar cujo cuidado se operacionalizava por meio de ações diversas, o que acabou sendo apontado pela usuária como um fator preponderante para que ela fosse capaz de ir, aos poucos, se reinserindo e integrando à dinâmica social. A realização de reavaliações

medicamentosas colaborou, ainda, de modo significativo para ir reduzindo a quantidade do remédio utilizada. Estas estratégias oportunizaram uma retomada das atividades da vida diária bem como do próprio trabalho pela usuária, que conseguiu, inclusive, parar por completo com a medicação, mantendo-se estável. Isto colabora para chamar a atenção da sociedade, dos usuários, gestores e trabalhadores para o fato de que a medicação não é o único caminho nem, necessariamente, o mais potente para efetivar um cuidado no campo da saúde mental, embora seja uma ferramenta muitas vezes necessária.

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

O cuidado no cotidiano dos serviços associa a dimensão medicalizada da atenção em saúde mental na vida dos usuários e, também, a fragmentação da assistência em uma

parcialidade de tarefas por núcleos profissionais, ou seja, a fragmentação pela especialização. A regência do saber biomédico opera uma casuística do adoecimento psíquico que interpõe diferentes composições terapêuticas entre o ato médico e as ações multidisciplinares em equipe. O que se vê reflete em ações não responsabilizadas, ou quando o são, se mostram pontuais, por especialidade, e não fazendo parte de um projeto coletivo, conforme revela a fala de um trabalhador do CAPS:

[...] Então a questão do cuidado com o uso de psicofármacos é uma questão que tem que ser trabalhada diariamente, desde o momento que eu vou lá pra atenção básica... Tem a questão do grupo, tem a questão da orientação familiar, tem a questão do apoio matricial [...], porque uma coisa é o paciente dizer que não tá tomando a medicação e a pessoa achar que ele não tá tomando porque não tá querendo, mas quando a gente vai trabalhar, a gente vai ver que [...] não se trata, necessariamente, de uma recusa, ele precisa trabalhar atividades cognitivas, conversar com o médico e fazer ajuste de medicação [...] tem pacientes que eu já peguei fazendo faculdade à noite e estava abandonando a faculdade porque não tava conseguindo conciliar com o tratamento [...] (Grupo II).

Corresponsabilizar-se pelo cuidado emerge como elemento fundamental para a autonomia. Assim, a autonomia e a corresponsabilização são elementos relevantes na relação entre as pessoas, quando se estabelece o cuidado quer medicamentoso ou de relações interpessoais entre o cuidador e o sujeito que é cuidado. Na concepção do cuidado em que há predominância do modelo clínico, centrado no médico, os sujeitos não dispõem do poder de decidir sobre seu tratamento, o que implica na ausência de autonomia.

Com efeito, é posto que oferecer um espaço propício à corresponsabilização do sujeito, respeitando sua autonomia e seu direito de participar e decidir sobre seu projeto terapêutico, é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista, sendo ele que deve deliberar e tomar suas decisões, elaborar seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo que divirjam da sociedade.

Neste sentido, para garantir a efetiva cidadania e autonomia dos usuários de saúde mental nos corpos sociais, é preciso fomentar relações de cuidado que afirmem a transdisciplinaridade de saberes, os vínculos terapêuticos e o protagonismo de cada ator do cuidado. É mediante a afirmação destas categorias citadas que se pode potencializar construções de espaços de diálogos entre profissionais, usuários, família e comunidade no tocante à promoção de saúde e à resolubilidade da atenção.

Considerando essa gama de atores implicados na produção do cuidado, Merhy e Franco (2003) comungam com a ideia de uma assistência centrada no usuário e suas demandas para que se possa ter qualidade de vida e de saúde, tendo a

produção do cuidado em ato vivo, caracterizada por ser uma assistência que operacionaliza trabalhos guiada por tecnologia leve, ou tecnologias relacionais, consideradas facilitadoras de produção de vínculo, acolhimento, autonomia no cuidado e estabelecidas nos encontros entre os diferentes atores em saúde; tecnologia leve-dura, aquela dos saberes estruturados na operacionalidade das práticas, como a clínica médica, epidemiologia e a clínica psicanalítica; e tecnologia dura, operada por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e rotinas.

Entretanto, mesmo com a disponibilidade ou não de dispositivos para operar em saúde – as tecnologias leves, leve-duras e duras –, Franco e Merhy (2012) vêm afirmar que o modo de produção do cuidado é irredutivelmente singular, na medida em que se considera em seu plano constitutivo de agir a dimensão da subjetividade. Isto quer dizer que, mesmo com padrões, normas e rotinas cotidianas de trabalho que todos devem seguir, o que se produz a cada encontro entre atores de saúde é diferente e único.

Reconhecer essa subjetividade enquanto dimensão a ser avaliada e problematizada no desenvolvimento de modos de produção de cuidado se faz necessário, pois, se, por um lado, os atores em saúde se permitem reconhecer em alteridades, considerando que toda e qualquer forma de subjetividade vale a pena ser vivida e respeitada, elevando-se cada ator de saúde enquanto protagonista, em contrapartida, é preciso levar em conta que há subjetividades que não podem ser expressas por serem da ordem inversa à normalidade social e privilegia-se o modo de ser destes sujeito enquanto alienados de si e tutelados a um outro que se julga superior. (FRANCO; MERHY, 2012).

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Diante este fato, Santos e Assis (2006) discorrem que o “coeficiente de autonomia” pode ser ampliado na busca por suprir as necessidades de saúde do paciente e, também, que todos os dispositivos da prática integral do cuidado confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas sentidos e apresentados. Esta ampliação, por sua vez, se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura, pela oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida ou sobrevida. A aplicação desta diretriz revalorizaria a prática clínica assim como estimularia o combate à medicalização (CAMPOS, 1994).

Observamos que, no cotidiano das práticas de saúde destinadas aos usuários, o cuidado ofertado induz à baixa autonomia de quem vivencia esses adoecimentos. Além disto, existe uma tendência à medicalização social excessiva, com forte consumo de procedimentos diagnósticos e farmacológicos, além da imposição, por parte do trabalhador de saúde, de condutas ditas saudáveis, pouco contribuindo para a resolubilidade das ações em saúde (LIMA, 2011). Percebe-se, ainda, uma postura assistencialista aos usuários de saúde mental. Uma postura que infantiliza e que não promove uma atitude corresponsável e autônoma por parte do usuário com seu próprio processo saúde doença.

As relações de troca se constituem em elo demarcador do processo de reabilitação, dando sequência aos vários níveis de contratualidade quer afetivos, materiais ou simbólicos. Na medida em que a pessoa aumenta o seu poder de efetuar trocas, cresce, proporcionalmente, o seu poder contratual,

podendo estender-se à autonomia como condição adquirida pelo usuário através de sua participação no próprio processo reabilitador (PEREIRA, 2007).

O referencial transversal para a integralidade implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos polos da relação. O espaço público proporciona o encontro do profissional/serviço com seu outro, usuário/comunidade que, nesses encontros, ressignificam e consolidam as práticas, ensinam a qualidade do outro ou favorecem a inovação das instituições (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

A atuação da equipe de profissionais de saúde deve possibilitar o ganho de autonomia do usuário na escolha pelo seu modo de andar na vida. Contraditoriamente, a produção da saúde pode inverter este caminho, favorecendo um modelo voltado para o procedimento cuja ação de saúde se conclui após um ato isolado realizado para a solução de um problema orgânico (MERHY, 2002b).

As narrativas convergem para a perspectiva de que o processo de vinculação favorece tanto o processo de trabalho como o processo de resgate da autonomia dos usuários. No trabalho em saúde, acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário, pois facilitam a construção da autonomia mediante a responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE et al, 2011).

Há sentido na posição de Barros (2009) quando ressalta que se torna primordial que os trabalhadores da saúde valorizem as falas, as experiências dos usuários e familiares para, a partir disto, estimulá-los a desempenhar um papel ati-

vo, rompendo com a postura de paciente e assumindo uma conduta fundamentada no protagonismo, ou seja, usuários e familiares devem ser incentivados a adotar uma postura mais ativa nos seus contatos interpessoais e na condução das suas próprias vidas.

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

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

Ainda referente à dimensão técnica, deficiências são encontradas no que diz respeito à produção de um cuidado

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

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

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

A prática dos profissionais de saúde se contrapõe ao estudo apresentado por Oliveira (2010), que concebe o projeto terapêutico como instrumento de cuidado dotado de caráter singular, ou seja, deve ser individualizado para cada sujeito, não sendo considerado somente o indivíduo, mas

todo o contexto social em que se insere. Por ter como base a singularidade e a especificidade do sujeito, este projeto terapêutico deve apresentar um caráter dinâmico, devendo ser adequado não só a cada indivíduo, mas, também, aos diversos momentos que o mesmo sujeito vivencia ao longo do seu acompanhamento no serviço.

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

O fato de sua revisão consistir em um movimento individual de alguns profissionais isolados também desperta preocupação, visto que um projeto terapêutico capaz de contemplar bem as necessidades de cada sujeito deve advir de uma atuação individual e, também, coletiva. Assim sendo, faz-se imprescindível que a equipe atue de modo conjunto na avaliação clínica dos sujeitos, de modo que, através da complementaridade de seus saberes e práticas, possa estar ampliando a sua capacidade de atuação a partir de uma reconfiguração dos processos de trabalho.

A construção partilhada por profissionais, usuário e família de um projeto terapêutico e dos objetivos a serem atingidos colabora para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, para a formação de vínculo e, ainda, a integralidade do cuidado (BRASIL, 2004c). Logo, pelo exposto, percebe-se,

também, a importância de pactuação entre ESF e CAPS na construção, condução e reavaliação dos projetos terapêuticos, de modo que isto possa se tornar uma ferramenta forte para garantir fluxos menos rígidos e uma maior responsabilização dos casos de saúde mental por parte da atenção primária (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

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 isto implica, têm potencialidades a serem fortalecidas. Busca-se, assim, reforçar a autonomia do indivíduo, ampliando o olhar para além do transtorno mental apresentado; para além dos sintomas expressos. Deste 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 esta 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 estas necessidades, por sua vez, dependem dos diferentes momentos da vida do sujeito (CECÍLIO, 2011).

Lembra-se que essa autonomia defendida para o usuário não corresponde à ideia de desassistência e/ou à de 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 esta corresponsabilidade. Este 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 disto, este olhar para “além do sintoma”, expõe a necessidade de buscar estratégias que envolvam o usuário nas diferentes dimensões que abrangem suas vidas quais sejam: social, política, cultural, familiar, entre outras. Este envolvimento deve ultrapassar os muros dos serviços de saúde e adentrar os demais equipamentos sociais, tais como: escola, praças, igreja, centros esportivos, entre outros. Isto se mostra enquanto desafio, na medida em que, muitas vezes, este 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).

Assim, analisa-se que a gestão do cuidado implica a atenção a estratégias que incentivem a autonomia do usuário. Mas, para que isto 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 comu-

nidade 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 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 possibilitem esta inserção. À vista disso, visualiza-se a existência de entraves nos processos de trabalho, na medida em que se configuram “no lugar de apagar incêndios”: “[...] 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 no qual o serviço está inserido bem como a funcionalidade dos demais equipamentos que compõem a rede, pois isto interfere no próprio andamento da conduta terapêutica e dos processos de cuidado estabelecidos. Este 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 da perspectiva da clínica ampliada, na medida em que se preconiza a comunicação entre os equipamentos de saúde e a valorização de ações inter-setoriais (BONFADA et al., 2012). Entende-se, assim, que,

por meio desta articulação entre os serviços, pode-se construir uma atenção que se aproxime do 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 do 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. Logo, 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).

Ressalta-se a importância de aumentar a autonomia dos usuários, ou seja, ampliar a capacidade de compreender e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde-doença, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS; AMARAL, 2007). Para atingir esta meta, o tratamento deve ser norteado para trabalhos voltados para as incapacidades, para as necessidades do paciente, tendo em vista o desenvolvimento de condições cada vez melhores e que lhes permitam gerenciar sua vida e aumentar sua possibilidade de fazer escolhas (JORGE et al., 2006).

SEÇÃO 3

DIMENSÃO FAMILIAR: A FAMÍLIA ORA COMO PARCEIRA ORA COMO USUÁRIA

Algo que nos faça saber, que não abandonaremos nosso próprio eixo,
aconteça o que acontecer.
(Simone Sotto)

A família supõe empreender uma viagem com destino à liberdade.
(Lao Zi)

Capítulo 7

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NO TRATAMENTO

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 do cotidiano do usuário, de 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 II).

Nesse sentido, os suportes sociais, como se pode 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, 2011).

A pesquisa de campo evidencia a importância do protagonismo da família no acompanhamento aos usuários dos serviços de saúde. Discorrendo 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 II).

[...] 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 I).

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 estas as pessoas mais próximas do seu convívio, que fazem parte de seu cotidiano (CECÍLIO, 2011) e que, 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 este relacionamento se dá é que trará benefícios ou danos aos sujeitos, como explanam os profissionais: “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 isto evidencia a atenção que se deve dar à família.

[...] 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 II).

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”. 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 este 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. (2011) que discutem que a convivência da família com o indivíduo em sofrimento psíquico apresenta melhora significativa após o início do acompanhamento do CAPS. Nas relações antes 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 receberem esclarecimentos e orientações sobre os aspectos do sofrimento psíquico, encontraram, também, um espaço de cuidado e atenção para a sua própria subjetividade. Estas atividades propiciaram a aceitação e o entendimento dos comportamentos, por vezes, desconexos dos sujeitos. Neste estudo, os familiares indicaram a melhora na convivência como a principal contribuição do modelo psicossocial, pois isto interferiu diretamente nas suas vidas.

Portanto, essas ações de apoio aos familiares se mostram potentes em relação à mudança da percepção dos indivíduos acerca do adoecimento psíquico. Este entendimento

sobre as limitações apresentadas pelos sujeitos e a quebra do estigma presente no olhar para a loucura são fundamentais para a melhora da convivência. Deste 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 destas 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 deste processo que o profissional alcança os seus objetivos de cuidado.

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.

SEÇÃO 4

DIMENSÃO PROFISSIONAL

“...as forças produtivas são constituídas por todos os elementos naturais e objetivos empregados no sistema produtivo, compreendendo o conjunto de instrumentos, ferramentas e maquinaria; os prédios e construções, infra-estrutura em geral; a organização do trabalho; a ciência e a técnica; e a própria força de trabalho e sua qualificação”.

Karl Marx

Capítulo 8

A EXPERIÊNCIA DA FORMAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Os ideais do Sistema Único de Saúde (SUS) – especialmente seu compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado – permitem reconhecer tal proposta como uma das políticas sociais mais importantes entre as já pensadas e implementadas no Brasil. Contudo, ainda que os princípios, as diretrizes e os instrumentos legais do SUS estejam postos como realidade no cenário de saúde do país, parece haver um longo caminho a ser percorrido para a sua efetivação, tendo em vista ser necessário seu reconhecimento pela sociedade como espaço primordial de busca por cuidado.

Nesse contexto, o trabalhador de saúde se destaca por desempenhar um papel potencializador, uma vez que as suas práticas estão diretamente relacionadas com as transformações estruturais necessárias para que a assistência oferecida aos usuários seja, de fato, resolutiva com foco nos princípios presentes no SUS.

No texto constitucional de 1988, Art. 200 (BRASIL, 1988), o SUS passa a ordenar os recursos humanos na área de saúde, a formação de profissionais para atuarem com os princípios da integralidade, universalidade e participação social, cabendo ao governo o dever da reformulação de políticas de

saúde na integração dos serviços de saúde às instituições de educação profissional e superior.

Sobre este aspecto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório sobre a integração da saúde mental na atenção primária, recomendou a formação de trabalhadores deste nível de atenção com o intuito de melhorar a capacidade das equipes na identificação e no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais. No entanto, enfatiza que esta formação deve incluir a supervisão de um especialista, ao longo do tempo, e a criação de um sistema de apoio contínuo para os trabalhadores da atenção primária, para a integração ser bem-sucedida (OMS; WONCA, 2008).

Nesse sentido, o fortalecimento da Atenção Primária é uma estratégia potente para a reorientação das práticas em saúde, entretanto, precisa ser revista a organização do processo de trabalho. É importante oferecer condições para que os profissionais possam ter espaços para discussão, análise e reflexão sobre suas práticas no cotidiano do trabalho e dos referenciais que as orientam, tendo em vista os desafios atuais que estão postos para os profissionais do SUS (FEUERWERKER, 2002).

A referida autora propõe, para que se possa alcançar mudanças concretas nas práticas dos serviços de saúde, repensar a formação dos seus profissionais para a Atenção Primária, visto que, atualmente, o cenário nas unidades de Saúde da Família é desestimulante tanto para os trabalhadores quanto para os estudantes haja vista a precariedade dos serviços.

Entende-se que o desafio de concretizar a universa-

lidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações esbarra, em parte, no perfil da formação dos profissionais da saúde. Dentre os entraves postos, destacam-se a excessiva especialização observada em alguns cursos da área da saúde e o distanciamento entre tal formação e as necessidades da população brasileira. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem reforçado, como uma de suas funções prioritárias, o ordenamento da formação de recursos humanos para o setor saúde. Tal proposta, no entanto, vai de encontro a um círculo vicioso de difícil ruptura: hoje, a disponibilidade de profissionais com o perfil desejado – generalista, com visão humanista e preparado para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade – é bastante pequena, fato que dificulta sobremaneira a formação de profissionais com tais características (BRASIL, 2005c).

Assim, no que tange à formação, há grande idealização pela especialização médica, contradizendo a necessidade de mudança para práticas inovadoras que considerem as atuais políticas públicas de saúde para a transformação dos seus serviços. Para tanto, é necessário que as transformações ocorram na formação dos profissionais e na qualificação dos trabalhadores do SUS com a articulação das relações técnicas e políticas nos serviços de saúde (FEUERWERKER, 2002).

Por outro lado, o ensino em saúde é alvo de críticas quanto aos entraves em cumprir seu objetivo e desenvolver no estudante o protagonismo requerido pelos futuros profissionais envolvidos no sistema. O ambiente acadêmico pode ser um espaço privilegiado para a construção da prática generalista em que o processo de formação e organização dos serviços deveria estar embasado na articulação adequada en-

tre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (HENRIQUES et al., 2006).

A formação dos profissionais de saúde precisa avançar com o propósito de construir um profissional com capacidade de direcionar de maneira autônoma o seu processo de aprendizagem ao longo da vida, sendo capaz de se adaptar às mudanças, raciocinando criticamente e tomando decisões fundamentadas em sua própria avaliação. A formação, conforme está proposta pelas Diretrizes Curriculares em Saúde (DCNs), possibilita a valorização do vínculo com o usuário e a corresponsabilidade no cuidado, pela qual ele possui um papel ativo na tomada de decisão com relação aos problemas de saúde (HENRIQUES et al., 2006).

Em atenção a estes aspectos, muitas instituições de ensino superior brasileiras começaram a investir na mudança da formação profissional, buscando, neste movimento, contribuir com a transformação da atenção à saúde. A esse respeito, Lima e Feuerwerker (2004) caracterizam como eixos da política para a mudança na graduação das profissões da saúde: (1) a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde (DCN), pelo lado da educação; e (2) a adoção da integralidade como eixo orientador da formação objetivando a mudança dos processos de trabalho, pelo lado da saúde. O que se espera é formar profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização e à qualificação do SUS, buscando-se um egresso comprometido com seus princípios.

Dessa forma, a concepção diferenciada que se busca na educação em saúde está organizada em torno dos quatro pilares do conhecimento – “aprender a conhecer”, “aprender a

fazer”, “aprender a ser” e “aprender a viver juntos” –, e tem o intuito de desenvolver o conhecimento de forma ampliada junto ao estudante, ou seja, possibilitando que o crescimento profissional possa ter origem na vivência da prática e seja construído de forma autônoma pelos sujeitos (DELUIZ, 1996).

Ademais, é essencial que a formação do profissional de saúde possua uma estrutura que permita o trânsito entre teoria e prática. Neste processo, os estudantes atuam como protagonistas de um percurso em que os docentes são facilitadores do desenvolvimento educativo e a participação dos profissionais dos serviços de saúde no papel de preceptores e supervisores é fundamental para a definição e organização das suas práticas e do desenvolvimento das atividades para o processo de ensino e aprendizagem (DELUIZ, 1996).

A formação deve permitir o entendimento da necessidade de garantia do cuidado em todas as suas dimensões, desde as atividades de promoção e prevenção até aquelas que envolvem serviços com maior densidade tecnológica (PINHEIRO; CECCIM, 2006), ou seja, uma formação que garanta, simultaneamente, a excelência técnica e a relevância ética e social.

No que tange aos entrevistados, é recorrente, nas narrativas, a questão da formação, tida como forma de justificar os processos de trabalho em saúde. Tal formação é considerada pelos sujeitos da pesquisa como incompleta e, portanto, incapaz de qualificar o profissional para atuar na saúde mental, sendo possível observar a formação de um ciclo onde o profissional não se capacita porque não gosta da área e, muitas vezes, não gosta da área porque não se permite ter experiências, não procura por capacitação, como se pode observar:

[...] Eu não tenho nenhuma relação com a saúde mental. Na minha formação eu tive contato com saúde mental, mas foi só com adultos. Nós íamos para o hospital mental, na época não tinha essa história de CAPS, acho até que foi por isso que eu não me identifiquei com a saúde mental, a realidade do hospital mental era terrível, as pessoas ali trancadas, privadas do convívio dos seus familiares. Eu lembro que quando eu estava na graduação, no meu primeiro dia de estágio no hospital mental, quando entrei no alojamento dos pacientes um deles estava morto, com uma roupa amarrada no pescoço, ainda pendurado no teto do alojamento fiquei em estado de choque, nunca esqueci dessa cena. Mas assim, eu não me sinto capacitada para atender essas pessoas e eu nem gosto [...] (Grupo II).

Percebe-se que o perfil dos trabalhadores de saúde também é um grande obstáculo, principalmente para a construção da integralidade do cuidado e das transformações da prática. Esses trabalhadores são produtos da educação tradicional biológico-centrada que tem como base os procedimentos técnicos, como acentuam Ceccim e Feuerwerker (2004). Tal formação, como demonstram os discursos acima, se encontra em descompasso com os progressos obtidos com a luta antimanicomial e a reforma sanitária, fazendo com que os profissionais de saúde assumam, ainda hoje, uma prática reducionista pautada em aspectos biológicos, medicalizantes e centrada nos procedimentos.

Nesse contexto, o MS busca influenciar o processo de formação dos profissionais da saúde, tendo a intenção de provocar mudanças no perfil do profissional para que sejam adequadas a abordagem pedagógica e a articulação dos conhecimentos, promover atividades práticas, em todos os tipos de unidades de saúde e ao longo de todo o curso bem como do trabalho em equipes multiprofissionais, para que sejam formados com competência geral e capacidade de resolutividade, com garantia de atenção integral e de qualidade à saúde da população (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Torna-se importante investir na formação desses trabalhadores com o enfoque em mudanças necessárias à construção de um novo caminho da saúde no Brasil. A construção desse novo perfil é de grande importância para as transformações que se fazem necessárias e imprescindíveis para a reestruturação das ações de saúde mental e a produção do cuidado, principalmente aos usuários.

A formação de profissionais de saúde precisa considerar, ainda, o fortalecimento do modelo de atenção à saúde “usuário-centrado” cujo compromisso essencial diz respeito às necessidades do usuário, em confronto ao modelo “procedimento-centrado”, atualmente hegemônico, no qual o ordenamento do ato de assistir à saúde é redutível, em grande medida, à produção de procedimentos. Dentro desta perspectiva, o deslocamento da centralidade dos equipamentos tecnológicos para o terreno das tecnologias relacionais é fundamental. O território das tecnologias leves – as que permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário – e das tecnologias leve-

duras – os saberes estruturados que permitem o processo de trabalho em saúde – precisam ser intensamente expandidos.

Muitos são os desafios na educação para o SUS, mas múltiplas são igualmente as possibilidades, cabendo destaque principal para as atividades de integração ensino-trabalho-cidadania. Profissionais de saúde, docentes e estudantes devem estar inseridos no mundo do trabalho, na perspectiva da educação permanente, tendo em vista qualificar a formação e fortalecer o SUS.

A concepção de educação permanente vai além de um processo de educação continuada baseado em “adaptação e conformação” (PEREIRA; LIMA, 2006), apostando no viés da transformação (como na educação popular em saúde). É, ao mesmo tempo, prática de ensino-aprendizagem – produção de conhecimento no cotidiano dos serviços – e política de educação na saúde – ensino que contribui para a construção do SUS. Isso porque se aposta que a educação permanente seja capaz de possibilitar, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e a consolidação das instituições, reforçando a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com a participação social.

Tanto os profissionais como os coordenadores do CAPS e da ESF relatam em suas narrativas a “incapacidade”, o “despreparo”, para lidar com pessoas em sofrimento psíquico, atribuindo este fato à formação acadêmica e à não realização de cursos de capacitação ou aperfeiçoamento e ainda, quando da existência destes, o “despreparo” do próprio serviço, do próprio sistema, refletindo no modelo de saúde que, por um

lado, preconiza uma prática pautada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade e, por outro, não fornece as ferramentas necessárias para a consolidação desta prática. Podemos identificar tal fato nas narrativas que seguem.

[...] Na época, nós do CAPS nós passamos por processo de capacitações, fizemos cursos de cento e vinte horas, cento e oitenta horas né todos voltados para a infância e adolescência, então foi muito rico, assim, a gente teve essa oportunidade, coisa que para essa equipe nova ainda não teve essa parte de capacitação e é muito importante até porque tem muita gente que nunca trabalhou com saúde mental. O que eu acho importante no momento é a capacitação dos profissionais, porque muitos caem aqui de paraquedas né e precisam de um processo de formação... Uma vez a gente fez um curso de redução de danos pra tá fornecendo as seringas para não haver contaminação. Aí veio um rapazinho aqui uma vez e disse: olha eu sei que vocês tem o programa de redução de danos e eu queria a seringa. Aí eu pensei, tá bom, afinal eu fiz o curso, ele sabia que tinha o programa, mas não tinha a seringa, não tem seringa suficiente nem pra fazer medicação quem dirá pra dá pra isso né. Então eu acho que nem nós estamos preparados, nem o sistema está preparado pra isso. A gente sabe que existe o problema, mas não estamos preparados para isso [...]. (Grupo II)

Ademais, tão relevante quanto os ideais da reforma assistencial, emerge a necessidade de mudanças no âmbito da formação em saúde mental com o intuito de formar profissionais capacitados para atender a esta demanda complexa de cuidado dentro da perspectiva da atenção psicossocial, sem reproduzir, nos novos espaços, a assistência que era dispensada aos sujeitos dentro da lógica manicomial. Entendendo que esta necessidade engloba toda a equipe multiprofissional, a educação permanente na saúde mental se torna um instrumento favorável para a capacitação dos profissionais que, na assistência, são convocados a todo instante por tal demanda complexa de cuidados advinda de sujeitos em sofrimento psíquico (COSTA; CORTEZ, 2013).

Assim, a Política Nacional de Educação Permanente foi pensada para se voltar para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS e é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando, também, a organização dos serviços. Constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

Percebe-se que o sentimento de incapacidade, inexperiência e falta de aptidão para trabalhar com pessoas com sofrimento psíquico predomina nos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, muito embora os profissionais do CAPS também não tenham recebido treinamento ou cursos de capacitação, contudo, esses profissionais relatam uma “identificação” com a saúde mental, com os usuários e com

as famílias destes. Além disto, estes trabalhadores são produto de uma educação para o SUS, contextualizando a saúde mental nos princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial e, mais recentemente, nos serviços substitutivos.

[...] A questão da saúde mental, no meu caso, é desde a graduação. Eu me identifiquei demais na área. Então, na disciplina que eu fiz durante a graduação eu percebi uma certa aproximação, uma identificação mesmo pela disciplina [...]. (Grupo II).

[...] Pra vir pro serviço, a minha identificação foi com a área mesmo de saúde mental, porque na época da graduação eu já estagiei na saúde mental e me identifiquei. E pela seleção eu tive a oportunidade de fazer essa escolha de estar novamente na saúde mental que é uma área que eu tenho afinidade. Eu comecei aqui como acadêmica, ainda na graduação, eu estava no quarto semestre da faculdade e vim fazer uma pesquisa com as famílias dos usuários daqui. Aí deste então eu não saí mais do serviço, eu sempre venho fazendo pesquisa e inserida em outras atividades aqui dentro. Fiz a seleção da prefeitura e tive a oportunidade de solicitar pra vir pro CAPS e acabei vindo pro CAPS que eu sempre, durante quase cinco anos eu fiz pesquisa [...] (Grupo II).

Na experiência, o que se tem é uma enxurrada de encaminhamentos dos postos de saúde da atenção básica para os CAPS, pois, na maioria das vezes, os profissionais da atenção básica não se sentem seguros de acompanhar casos de saúde mental, ficando conhecido o seguinte jargão popular, comum aqui no Ceará, ou mesmo no Brasil: “*chorou, manda pro CAPS*”, como se observa na convergência evidenciada a seguir:

[...] Mas a gente tem profissionais resistentes, e mesmo num tem preparo pra lidar com a demanda e encaminha mesmo pro CAPS, muita coisa tem que rever a melhor implementação da rede mesmo de fato. Da condição de atenção básica tem que atender, pois vai atender tudo? A atenção primária em saúde ela é porta de entrada de todas as redes, só que ela é sim já é muita coisa, são muitos programas... Quando chega um caso de alguém com problema psicológico ou psiquiátrico a gente encaminha para o CAPS... Então quando se chega o paciente ou quando se tem a necessidade, tá descompensado, então tem o atendimento médico, o médico encaminha ao CAPS e lá tem o atendimento com profissional especializado, mas a equipe mesmo ela não tem essa assistência controlada do paciente, a não ser a renovação de receitas talvez pela própria falta de informações dos profissionais, por achar que essa questão de transtorno

mental é do CAPS né, responsabilidade do CAPS, quando não é, pelo contrário a responsabilidade é da área de estratégia de saúde da família e o CAPS... apoio matricial, o CAPS é uma porta de entrada pros pacientes críticos, pros pacientes mais graves, paciente que tenha que realmente ter esse contato com uma equipe né multidisciplinar, mas que realmente a disponibilidade de profissional que ela venha acompanhar e com essa responsabilidade os casos que demanda atenção de saúde mental [...] (Grupo II).

A situação se assemelha à encontrada por Dimenstein, Galvão e Severo (2009), em pesquisa realizada com coordenadoras de equipes de unidade de saúde da família de Natal-RN que revelaram considerar muito difícil lidar com a demanda de saúde mental que chega à unidade de saúde, pois não se sentem seguras em abordar tais casos. Falta a estas equipes a compreensão técnica, tais como: termos específicos da saúde mental, tipos de transtornos mentais, as medicações e os seus efeitos no organismo. Referiram, ainda, dificuldades dentro da própria equipe de estabelecer prioridades e estratégias de atendimento dos casos na unidade.

Assim, o que se apreende é que a atenção básica não tem assumido o atendimento dos usuários de saúde mental, permitindo a “empurroterapia”. Os profissionais da atenção básica, por não se sentirem aptos e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental, criam dificuldade na acessibilidade da população que necessita destes cuidados,

primeiro, porque não há intervenção inicial do caso na tentativa de dar respostas à demanda daquele usuário pela equipe de saúde básica e, segundo, porque geram encaminhamentos desnecessários para os serviços especializados (ALVES; GULJOR, 2004; CAMPOS, 2000).

Para Nunes, Jucá e Valentim (2007), a inexistência de práticas de saúde mental na atenção básica está associada ao fato de os profissionais não terem conhecimento acerca do processo da reforma psiquiátrica, não serem capacitados para atuar junto aos casos de transtornos mentais, às péssimas condições de atendimento dos casos nas unidades básicas de saúde, à falta de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes e de uma Rede de Atenção Psicossocial de suporte e, mesmo na existência desta, à carência de entrosamento com os serviços especializados da área que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade.

Assim, a garantia da integralidade do cuidado, da humanização das práticas, da construção da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe indica a urgente necessidade de rompimento dos projetos de formação das profissões de saúde e ações assistenciais com a abordagem médica hegemônica.

A formação profissional não pode ter como referência apenas a doença, o processo diagnóstico e o tratamento; ela deve possibilitar uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, com vistas a desenvolver ações voltadas para a integralidade do cuidado sendo preciso construir novos modelos de ensino dos profissionais de saúde e práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como

um pressuposto que precisa ser construído durante toda a formação (SILVA, SENA, 2008).

Deste modo, a produção do cuidado em saúde envolve, irremediavelmente, o complexo campo das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, pois a opção por um destes segmentos não sustenta a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde. Diante disto, construir um processo de formação para trabalhadores de saúde implica estar atentos a esta complexidade e fazer escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução entre os saberes não dissociado de um método, de um modo de fazer a formação (HECKERT; NEVES, 2007).

PRÁTICAS DE CUIDADO ESQUADRINHAM OS USUÁRIOS A PARTIR DO SABER/FAZER DE UMA CATEGORIA PROFISSIONAL: LÓGICA DO ESPECIALISMO PSIQUIÁTRICO

A pesquisa realizada por Lucchese et al. (2009) demonstra que o modelo teórico que orienta o processo de gestão dos trabalhadores da saúde é o modelo biomédico, relacionado à dimensão de cuidar do físico, incluindo o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico somente nas questões orgânicas, pois apenas assim a pessoa se torna visível. Acrescenta, ainda, que a escolha privilegiada do modelo biomédico pelos trabalhadores do campo da saúde está relacionada, provavelmente, à formação acadêmica e profissional, em razão da primazia de crer no especialismo e na explicação lógica para a doença e a cura.

A psiquiatria é uma especialidade, então é uma coisa que eles aprendem a lidar, a gente nem na faculdade, a gente mal vê psiquiatria e depois de formado é que não vê. Nós não somos aptos a trabalhar com saúde mental [...] nossa preocupação maior aqui no posto é se o paciente mental tiver alguma coisa mais clínica ou orgânica, [...] mais cuidar da mente acho que deve ser no CAPS setor especializado e não no posto... Pois, o processo medica-

mentoso e o cuidado centrado na figura do profissional médico se sobressaem nos discursos dos trabalhadores da ESF e do CAPS. O principal tratamento é a medicação e por isso o médico psiquiatra é peça fundamental num CAPS. Falta o profissional médico nos serviços, acho que está faltando em quase todos os CAPS e assim, é um problema seríssimo. E aí, vem [...] veio um pra mim uma paciente com um encaminhamento de um auxiliar de enfermagem [...] Veja bem, um auxiliar de enfermagem. (Grupo II)

Para Barros (2008), é indiscutível o fato de que o saber médico e o paradigma biológico se configuram como conhecimentos determinantes e fundamentais no universo da saúde, porém, eles não são suficientes e absolutos para dar respostas a todas as questões, especialmente no campo da saúde mental. Entende-se que o universo da saúde mental é bastante complexo e que realmente não pode ser reduzido e/ou relacionado somente a um fator causal, tampouco é possível a um único saber oferecer todas as respostas suscitadas neste campo enigmático e fascinante.

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

Nesse sentido, Gonçalves (2004) menciona que a situação cria um verdadeiro descompasso entre os paradigmas biomédico e psicossocial, no âmbito da prática clínica e na prestação de cuidados à pessoa com transtorno mental. O padrão biomédico não abrange a problemática da saúde mental em sua totalidade e, por isto, o processo saúde-doença deverá estar diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento de suas necessidades (GUALDA; BERGAMASCO, 2004). A ESF deve ser vista, pois, como uma estratégia para atender as pessoas com transtornos mentais pelo fato de possuir uma equipe multiprofissional atuando na comunidade, possibilitando a continuidade da atenção e a criação de vínculos no processo de cuidado à saúde (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

A inserção da saúde mental na atenção básica, principalmente através das equipes de saúde da família, é um dos desafios propostos pela Reforma Psiquiátrica. Isto é ainda mais problemático diante do quadro de pessoas que são acometidas por transtornos mentais no Brasil, onde 90% das pessoas que desenvolvem algum transtorno psíquico não são tratadas de forma adequada. Além disto, existe uma alta prevalência de pessoas que chegam à atenção básica apresentando sofrimento mental (DELFINI et al., 2009), deixando evidente que este serviço é uma das maneiras de cuidar da saúde psicossocial das pessoas que o procuram.

Para Dimenstein (2006), isso implica na produção de um tipo de atenção à saúde mental pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente na produção de saúde no meio social do indivíduo. Assim, este modelo se torna pa-

radoxal comparado àquele de assistência à saúde proposto pela Reforma Psiquiátrica e a seus aspectos fundamentais: a desconstrução de saberes e de práticas restritos à mera desospitalização e a produção de cuidados em núcleos de base comunitária, na concretude cotidiana dos espaços onde circula a loucura.

[...] Eu sei que a maioria quer uma conversa [...] a maioria, eu acabo ouvindo as queixas, tenho a conversa, mas não tenho um conhecimento específico, por que assim, tem paciente que enfrentam problemas sérios [...] e assim, eu acho que se fizesse um acompanhamento psicológico, talvez nem precisasse de medicação, nem precisasse de psiquiatra, mas a gente também tem dificuldade de psicólogo, eu faço muito é escutar e eu sei que isso já ajuda, mas eles falam, falam, falam e eu acabo só renovando as receitas que algum psiquiatra algum dia passou, eu não inicio tratamento e também não termino [...] (Grupo II).

Na busca pela totalidade do cuidado, deve-se aprofundar as relações subjetivas entre trabalhador/usuário/serviço de saúde. Com base nesta perspectiva, os onipresentes e substitutivos diálogos que entretecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas, também, a conversação; ela própria, na forma como se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias (SANTOS et al., 2007).

[...] O nosso atendimento funciona assim: o paciente vem [...] é [...] faz uso de controle especial [...] ai tem o dia de saúde mental do médico que faz esse atendimento. O enfermeiro fica em defasagem por que a gente, dentro do nosso cronograma, a gente não tem tempo... pra gente poder fazer um grupo de educação em saúde, poder fazer uma parceria com o CAPS, bem pertinho aqui da gente... Mas, a gente tem profissionais daqui que é a Gisele, que é farmacêutica, tem a conceição que é assistente social, que elas são muito ativas nesse sentido da saúde mental... principalmente da saúde mental [...] (Grupo II).

Acrescenta Mattos (2004) que o processo de trabalho em equipe favorece o fortalecimento da atenção psicossocial, pois todo o processo fertiliza os espaços para o surgimento da ação interdisciplinar. A diversidade proporcionada por cada núcleo específico de saberes, ciências e profissões se intersecciona na indução de uma busca integral do agir em saúde.

Quando se idealiza sobre como deve ser trabalhada a saúde mental na atenção básica, Velozo e Mello e Souza (2013) mostram que deve ser ultrapassado o modelo tradicional, focando não apenas na medicalização, mas em investimento na promoção da saúde, levando em consideração a singularidade das pessoas e vencendo o estigma da doença. Além disto, devido à sua proximidade com a comunidade, com as famílias, a atenção básica dispõe de uma facilidade na prática de ações de promoção à saúde mental nesse campo de atuação.

A Política Nacional de Saúde Mental, embasada na Lei nº 10.216/01, busca a consolidação de um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária cujas ações são organizadas em redes de cuidados territoriais e com atuação transversal com outras políticas específicas que tenham como meta o estabelecimento do vínculo e acolhimento (BRASIL, 2005a; b). Ao se refletir ante o que é idealizado e o que é realizado sobre a atenção psicossocial na atenção básica à saúde, é perceptível que existe ainda uma idealização diferente da sua realização. Percebe-se, ainda, nas narrativas, que as relações de cuidado funcionam como dispositivos eficazes para a promoção da saúde mental e para o desenvolvimento de práticas integrais. É relevante, também, reconhecer que o cuidado tem o papel de mobilizar os saberes em construção, proporcionando articulação para colocá-los em ação. Assim como proposta, a rede de cuidados representa os atores que realizam ações neste sentido, o que inclui os locais no território, como a escola, o domicílio, a igreja, o clube, o cinema, etc., podendo ou não estar incluídas as instituições de saúde. As ligações efetivas dos usuários com esta rede favorecem a resolução de problemas e contribuem com o processo de tratamento (BRASIL, 2005a; b).

[...] Na minha opinião, não tem condição e só esse negócio de remédio, remédio, remédio não cura? Apesar de não sabermos direito como fazer [...] sei que é preciso construir novas formas de olhar o ser humano no seu aspecto totalizante... Eu acredito que você não tem que ver só

a questão da medicação, você tem que ver o paciente todo no seu contexto, a pessoa, a família, onde que ele tá inserido [...] e a gente poderia ver realmente grupo de apoio, de musica, de dança, de conversa, de pintura, é [...] pra gente poder [...] tentar sentir tudo isso. Por que o que acontece... a gente não tem tempo. Não tem como fazer isso. A gente tem vontade, mas a gente não tem como [...]. (Grupo II).

Um dos desafios provocados pelas mudanças relacionadas às políticas e práticas em saúde é oferecer uma atenção integral à saúde das pessoas e, para isto, é exigida a adoção de novas práticas para o cuidado em saúde guiadas pelos conceitos da integralidade e da autonomia, mas, apesar de a ESF e o CAPS terem princípios e diretrizes que convergem para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica, estas não estão sendo alcançados na prática (NEVES; LUCHESE; MUNARI, 2010).

Além disso, a Atenção Básica se destaca por ter o potencial de identificar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada para a problemática, oferecendo tratamento no território ou encaminhando para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipamentos mais próximos à comunidade, podem auxiliar na articulação com os diversos dispositivos da rede, a fim de prevenir doenças e promover saúde (RIBEIRO, 2005).

Nessa linha de entendimento, fundamenta-se o conceito de gestão do cuidado como a arte de construir laços interpessoais pautados no vínculo e na confiança mútua, como um modo de estar-em-comunhão, em que todos os gestos são acolhidos porque formulam linguagens simbólicas as quais podem ganhar materialidade no encontro de grupo e na vivência particular. A gestão se propõe a gerir atitudes, modos-de-ser, de ver e de conviver. Ressalte-se, aqui, a abordagem de um sentido institucional do acolher que gesta vidas através de uma companhia afetuosa, ao lado e junto com o outro.

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

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]. (2003, p. 2).

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como as do acolhimento e

da vinculação de clientela nas quais a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado.

Esse cuidado é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas aos quais se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, devem ser motivados ao limite das suas possibilidades, lançando mão dos exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico.

A perspectiva é a de que usuário e familiares sejam elementos estruturantes de todo o processo de produção da saúde, cindindo a forma tradicional do modo de intervir sobre o campo das necessidades de forma fragmentada. O trabalho aqui é visto como integrado e não fragmentado reunido em uma linha produtiva do cuidado, saberes e práticas interdisciplinares.

Nota-se que existe uma necessidade de interação da unidade básica de saúde com o CAPS, mostrando, assim, que o cuidado em rede é uma ferramenta importante para a melhora da atenção psicossocial.

[...] Eu acho que deveria ser essa questão de sentar a equipe e refletir quanto a isso, de ter o entendimento, que a gente pode fazer ações, que possa agregar vários segmentos, não só ir lá naquela visita domiciliar, fazer aquela abordagem individualizada, mas fazer um grupo, como tem os

outros grupos, ter um grupo de intervenção nessa área, ter interação mais com o CAPS, estar articulando, estar buscando quais os da área do posto que ta no CAPS [...]. (Grupo II).

Antonacci e Pinho (2011) são pertinentes quando dizem que o trabalho em grupo é uma das estratégias de reabilitação psicossocial na atenção básica, pois o usuário se sente como parte fundamental de um minigrupo, proporcionando-lhe a vivência de vínculos, trocas, afetividades e a convivência com os outros usuários, trabalhando-se a socialização.

Ainda de acordo com os achados nas falas, mostra-se a necessidade da interação com outros serviços que podem dar suporte e, trabalhando em parceria, facilitar a resolubilidade do que seja preciso no que diz respeito às questões psicossociais.

[...] Esse trabalho deve ser realizado com parcerias. Que a gente tem uma rede, e uma das parcerias nossa seria a ESF, que temos no nosso município, e a gente precisa muito do apoio deles, do compartilhamento com eles... [...] Essa questão dessa mentalidade da saúde mental. Não só para o CAPS, que é na hora que o pessoal fala 'é caso de transtorno mental, vamos mandar...', eu digo não, a gente pode fazer aquela ação ali mesmo, e aí eles não têm esse entendimento. [...] Assim, o paciente do CAPS é muito só de lá e pronto. A gente não tem aquele vínculo com ele, aque-

le cuidado com ele, nós não temos [...].
(Grupo II).

Com referência ao exposto, Sousa et al. (2011) afirmam a importância de se ter a rede de cuidados no intuito de dar suporte às variadas necessidades de saúde e socialização, pois a existência de um elo entre a atenção básica e o CAPS é essencial para o compartilhamento de experiências e de saberes, além de dar oportunidade ao usuário de escolher o caminho que oferece mais viabilidade e resolução para suas necessidades.

A gestão do cuidado em saúde se materializa ou conforma em linhas ou redes de cuidado... (o olhar do usuário). A gestão do cuidado, no aspecto institucional, se realiza em uma complexa rede de serviços com características próprias (composição de equipes, modos de coordenação, saberes/tecnologias que opera etc.) que precisa ser compreendida tanto na sua dimensão mais “micro” (equipe/serviço) como na sua dimensão mais “macro” (articulação entre os vários “micros”).

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

Essa discussão sustenta a ideia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais.

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

a) Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado;

b) Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”;

c) Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção;

d) Contrarreferência para as equipes de saúde da família, na Unidade Básica, em que se deve fornecer o vínculo e o acompanhamento permanente da clientela sob os cuidados da rede assistencial;

e) Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário.

f) Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos;

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

h) Busca pela asseguuração da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e de doença. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003):

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

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), a garantia da integralidade se torna necessária para operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, da rede de atenção à urgência e de todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar.

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

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

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

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

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

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

Ao se referir à gestão no contexto da saúde, é preciso ter em mente que, na área da saúde, defende-se a concepção de que a gestão do cuidado não é algo burocrático, cristalizado, vendo-se a necessidade de buscar um aporte conceitual que permita a abertura de brechas para se pensar a própria gestão do cuidado que expresse um modo de produção em saúde que não esteja centrado em um núcleo específico de uma categoria profissional.

Um enfoque sobre a gestão do cuidado em saúde mental oferece a real noção de como o “cuidado”, neste âmbito, segue em direção oposta, ou não, à Reforma Psiquiátrica, especialmente no que se refere às propostas de reabilitação psicossocial e de reinserção que buscam garantir a autonomia e a cidadania de portadores de transtornos mentais e que é a tônica das políticas públicas de saúde mental.

É preciso, dessa maneira, avançar nos processos de expansão e de articulação da atenção na rede básica e substitutiva e fortalecer o lugar do CAPS como, por exemplo, organizador da rede de cuidados em saúde mental, tal como idealizado pelo Ministério da Saúde, na forma de dispositivo transitório que funcione, preferencialmente, na interface

com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existente e promovendo a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio (DIMENSTEIN, 2006).

SEÇÃO 5

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: AS FERRAMENTAS UTILIZADAS, OS DISPOSITIVOS COMPARTILHADOS

Só fazemos melhor aquilo que repetitivamente insistimos em melhorar.

A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito.

(Aristóteles)

Capítulo 10

APOIO MATRICIAL: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA

A prática das equipes da atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com usuários com problemas de saúde mental. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica se evidenciam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde como agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (SERRANO et al., 2004). Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Neste sentido, será sempre significativa, justificável e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (BRASIL, 2005).

Quando se diz que os problemas de saúde são existentes, entende-se que um problema de saúde também pode ser problema de saúde mental. Neste contexto, problematiza-se a aproximação da saúde coletiva com a saúde mental, como a valorização do território como foco de cuidado, o núcleo familiar como alvo de ações de saúde, a priorização do acolhimento e do vínculo, entre outros, para realizar o cuidado em saúde (MIELKE et al. 2012).

Os dados empíricos revelaram que, em alguns cenários pesquisados, está ocorrendo uma busca de ampliação desse conceito de fluxo em rede de atenção à saúde e da superação do cuidado restrito apenas aos programas internos da UAPS,

aquecida com a parceria entre CAPS e ESF, por meio da implantação da ferramenta do Apoio Matricial ou Matriciamento.

Desse modo, procura-se por capacitação, sobretudo na ESF, pois há um reconhecimento dos trabalhadores de que o matriciamento favorece a comunicação entre os serviços, ao funcionar como um arranjo de gestão do cuidado que traz para eles segurança, na medida em que implementam um novo olhar clínico sobre o usuário, ao buscar resolubilidade para as suas necessidades por meio de uma prática compartilhada de discussão dos casos entre as equipes e assim, inicia-se uma mudança no fluxo burocrático e hierárquico de usuários na rede e na lógica dos encaminhamentos dos casos atendidos na ESF e nos serviços de saúde mental.

Isso pode ser compreendido por haver uma aproximação entre os trabalhadores desses serviços, facilitando a comunicação e a interação entre eles, tornando referência e contrarreferência personalizadas. Transcende-se, assim, o método tradicional do encaminhamento restrito e descompromissado, consoante se depreende do discurso a seguir:

[...] Então, é como se um sinalizador de mudança tivesse acontecendo com a proposta de implementação do matriciamento, pois acreditamos que possa ajudar a superar o bate bola de um serviço mandando para o outro onde ninguém se responsabiliza e juntos no matriciamento podem dar um suporte e também fortalecer essa corresponsabilidade. Pois a referência e

contrarreferência é burocrática e ela mesma se perde em si mesma [...] Então estamos implantando o apoio matricial, que a gente deu início já tem alguns meses atrás, começou primeiro com o encontrão com os médicos e enfermeiros, e agora este mês, estamos tentando fazer a primeira visita nas unidades pra apresentar como é a lógica e toda a estruturação do matriciamento. E no próximo mês queremos começar de forma efetiva os atendimentos conjuntos entre as equipes do CAPS e ESF [...] (Grupo I).

[...] No momento não temos atendimento de saúde mental no posto [...] Até que existiu aqui [...] Até março de 2013, pois tinha um médico e uma enfermeira do CAPS que faziam o matriciamento de saúde mental, foi feito um treinamento e eles faziam inclusive uma vivência na quarta-feira a tarde, mais ou menos 1 hora. Precisamos então retomar o matriciamento de novo [...] (Grupo II).

Nesse contexto, o matriciamento surge no intuito de desconstruir os caminhos burocráticos dos sistemas de referência e contrarreferência do sistema de saúde, hierarquicamente organizados. Ele desconstrói a lógica dos encaminhamentos verticalizados quando insere trabalhadores de um nível em outro, permitindo a capacitação das equipes básicas e assistência integral em vários níveis, ao mesmo tempo (SOUSA et al., 2011).

O matriciamento se configura como um suporte técnico especializado e uma alternativa de reordenamento dos fluxos na rede (DIMENSTEIN, 2009), ou seja, visa desconstruir a lógica hierarquizada dos burocráticos procedimentos de referência e contrarreferência que engessam o fluxo dos usuários na rede assistencial e acarretam, sobremaneira, desassistência, descontinuidade e (des)responsabilização no processo de acompanhamento dos casos. No entanto, observa-se que as ações de apoio matricial em saúde mental é um desafio a ser enfrentado por meio de uma efetiva implantação desta estratégia, como pode ser visto pela convergência dos discursos abaixo:

[...] Matriciamento que é um ponto fundamental, matriciamento em saúde mental, particularmente aqui, e que é um ponto que aqui ainda está em aberto, não está estruturado o matriciamento e que isso gera uma série de problemas na rede de atenção [...] (Grupo I).

[...] sabemos da existência do matriciamento, mas aqui no município não temos ainda essa articulação com o pessoal do CAPS, o que ocorre é mesmo o encaminhamento para lá, o profissional avalia e encaminha o paciente. Aqui em Fortaleza, especificamente na SER IV tínhamos o matriciamento funcionando com cobertura em todos os postos da atenção primária, exceto um. Mas atualmente não temos nenhuma equipe funcionando [...] (Grupo II).

Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial se torna relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alterando-se, ainda, a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para outra mais consentânea com a interdisciplinaridade. A aproximação entre as equipes ESF e CAPS assim como a atuação interdisciplinar apontam para uma acessibilidade nos seus múltiplos aspectos, não se restringindo apenas ao uso do serviço em si, mas permitindo a continuidade do cuidado, pela resposta dada à demanda dos usuários e pela resolubilidade da assistência prestada de forma integral.

O apoio matricial em saúde mental se configura como uma ferramenta inovadora que visa a assistência integral das pessoas com transtornos mentais. Integral é aqui pensado segundo a perspectiva de Vasconcelos e Pasche (2009), de intervir no indivíduo como um todo, tanto nos seus aspectos orgânicos quanto nas suas dimensões psíquicas e sociais, junto às famílias, no seu próprio território e de atuar nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, pressupondo a prestação continuada do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e resolubilidade da assistência a uma população estigmatizada e historicamente desassistida.

Bezerra e Dimenstein (2008), em estudo desenvolvido em Natal-RN, dentre os resultados, destacam que uma das propostas do matriciamento é ampliar as ações de saúde mental para a rede básica, superando a lógica dos encaminhamentos e de referência e contrarreferência. Ele traz, portanto, resolubilidade para as demandas a partir de um trabalho compartilhado pelas equipes da atenção primária e dos serviços especializados em saúde mental.

Assim, reconhece-se que não será a institucionalização de mais um programa por linha de cuidado na atenção básica ou mesmo o cumprimento de uma meta avaliativa que trará uma adequada ação da ESF em relação à demanda de saúde mental. É preciso que cada serviço tenha suas atividades específicas, mas em si, tratando particularmente de saúde mental, que exige ainda mais a transversalidade de todas as linhas de cuidado, não podendo ser pensada isoladamente como responsabilidade eminentemente específica de cada um dos tipos de pontos de atenção. Assim, como colocam Fleury e Ouverney (2007, p. 91), a organização da rede deve ter o foco em suas próprias atividades, “mas deve também incorporar seletivamente à rede as atividades essenciais à realização de metas coletivas”.

Destarte, entende-se que quando há um maior comprometimento na implantação e aplicação do matriciamento, surgem novas possibilidades de articulação entre os níveis de assistência. Como bem destaca Dimenstein, Galvão e Severo (2009), o matriciamento objetiva a superação da lógica dos encaminhamentos, possibilitando uma corresponsabilização entre as equipes de saúde envolvidas, tanto da atenção básica quanto, especificamente, da saúde mental. Com isto tanto a equipe de saúde básica passa a ser mais resolutiva na assistência aos casos de transtorno mental que emergem no território, quanto melhora qualitativamente o fluxo de acompanhamento do usuário na rede de cuidados, no que diz respeito aos serviços especializados em saúde mental.

Nesse âmbito, mediante os relatos, identificou-se que a dinâmica dos serviços de saúde passa por um processo de reorganização no tocante às práticas dos trabalhadores, do

acesso e do fluxo de usuários na rede de serviços por meio dos encaminhamentos. Lucchese et al. (2009) afirmam que, de fato, não basta somente os CAPS para atender em uma perspectiva psicossocial, urge o desenvolvimento de um trabalho em rede. Assim, faz-se necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede precisa, com capacidade para responder às demandas da saúde mental em corresponsabilidade com a comunidade.

[...] Buscamos no futuro breve um trabalho articulado, pois o usuário não é somente de um serviço ou de outro, mas ele é de uma rede. O paciente ele tem um transtorno, que junto com o transtorno grave ou persistente que justifica um atendimento no CAPS, mas isso não quer dizer que por ele ter sido encaminhado para acompanhamento no CAPS, ele não deve ser mais visto e acompanhado pela a ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, pelo CRAS ou outros dispositivos de saúde e sociais que existam. Então o cuidado em rede é um cuidado compartilhado, em que as equipes trocam ideias trabalham juntas, para prestar um atendimento qualificado ao usuário [...] Estamos no movimento de compreender que o cuidado em saúde mental não se centraliza somente no CAPS, mais é um cuidado que pertence a todos, então, o usuário da saúde mental que é nosso, é da ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, ele também é um paciente que tá no hospi-

tal municipal, é o paciente de toda a rede. Todo o modelo de atenção de atenção a saúde dever preconizar a interconexão em rede para que o cuidado aconteça forma efetiva, do melhor jeito possível. Com relação à rede de saúde mental o CAPS tem um papel estratégico, ele puxa a organização da rede, mas depende do caso, em alguns casos a saúde da família deve estar à frente do cuidado, em outros momentos estaremos nós, mas o importante é que o cuidado continue a ser compartilhado, e ordenado pelas necessidades do usuário [...] (Grupo I).

Cuidar da saúde mental dos usuários na atenção básica ainda é visto como algo complexo e específico de alguns profissionais da área de saúde mental. Desta forma, o apoio matricial (AM) é fundamental enquanto dispositivo que busca o cuidado ampliado em saúde que se aproxime da perspectiva da integralidade.

A integralidade, conceito formulado no campo da saúde coletiva (MORAES, 2006), é um dispositivo de anúncio e efetivação de práticas em saúde. Os usos do termo revelam inusitados propósitos, inclusive para fundamentação de práticas de saúde tradicionais (MERHY, 2005). A integralidade, mais do que um princípio doutrinário, é “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2001, p. 43). Esta concepção ampliada permite aproximações do pensamento complexo (SCARPARO, 2006).

A ideia da integralidade como desejo de construção de outra sociedade extrapola a recusa ao reducionismo e sugere implicação com o contexto. Hologramaticamente, é a percepção de que cada ação para o outro é, ao mesmo tempo, para si. Assim, atribui-se outro sentido à integralidade: a corresponsabilidade e a decorrente recursividade sujeito-contexto (MORIN, 2002). Disto decorre a compreensão de que as mudanças conquistadas pela Reforma Sanitária levam a conceber a saúde como processualidade, como resultado de interações, o que lhe atribui caráter complexo e avesso aos reducionismos (CECCIM; FERLA, 2006).

Assim, a integralidade se associa a modos de agir que potencializem a cidadania pelo estabelecimento de relações assimétricas e, dialogicamente, pelo respeito às diferenças, consideradas formas de compor saberes (MATTOS, 2001). Deste modo, a integralidade é ferramenta para pensar estratégias de saúde. Especificamente no caso da saúde mental, a busca de cuidado integral redundou na Reforma Psiquiátrica e na formulação de espaços de vida com qualidade (PINHEIRO; FERLA; SILVA JÚNIOR, 2007).

OS PROCESSOS DE TRABALHO FOCADO NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS: MODOS BUROCRATIZADOS E HIERARQUIZADOS

O modelo piramidal de hierarquização da saúde postula a perspectiva de níveis de complexidade rígidos, sem poder de flexibilização das ações, limitando a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema e não de acordo com as necessidades dos usuários.

Dessa forma, o processo de gestão do cuidado fica restrito meramente às ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), ou seja, ao conjunto de atividades predefinidas e estabelecidas, sem considerar o sujeito na sua singularidade e sem perceber as suas reais necessidades psíquicas, ao invés disto, disponibilizando um cardápio de oferta de serviços de saúde, no qual o usuário deve procurar se enquadrar.

Diante dessa perspectiva, o trabalhador de saúde acredita que o usuário pode esperar pelo atendimento agendado, talvez porque esteja vendo a situação problema pela ótica da organização do serviço e não da demanda do usuário. Assim, Oliveira (2004) destaca um aspecto interessante alertando que o tempo que o usuário reclama não é, necessariamente, o cronológico, que este pode não se restringir ao aspecto quantitativo do tempo medido em horas ou em dias de espera, mas a outros critérios mais subjetivos, que são próprios do

usuário e que estão vinculados muito mais à dimensão ou complexidade atribuída por ele à sua experiência de sofrimento do que a qualquer outra coisa.

Nesse sentido, ao refletir sobre as concepções dos trabalhadores das equipes da ESF e CAPS, pode-se perceber que aqueles que atuam na ESF colocam em evidência um processo de trabalho alicerçado no modelo de gestão do cuidado que tem uma dimensão clinicamente fisiológica e biológica da doença, tendo como perspectiva de saúde meramente a superação dos sinais e sintomas físicos por meio da prescrição medicamentosa.

[...] Tava vindo muita gente da família [...] não vinha o paciente, chegava muita gente da família: 'ah porque o meu irmão, meu pai, toma essa medicação, faz o acompanhamento no CAPS, a gente quer só a receita'. Aí ficava dando só a receita, só a receita... Infelizmente a gente acaba aqui só renovando receita, seguindo as queixas dos pacientes. Eu nunca, nunca tive [...] tô há oito anos na atenção primária e nunca tive nada que pudesse me orientar a estar conduzindo uma pessoa com transtorno mental que não fosse dando remédio [...] como atender diferente, pois eu não sou psiquiatra, e não sou psicóloga. Na visita a gente chega lá com o médico [...] verifica a pressão do paciente, pergunta se ele está sentindo dor, se não [...] renova a prescrição do remédio de saúde mental e pronto [...] (Grupo II).

Percebe-se nas narrativas dos pesquisados que, provavelmente, a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos reside no que se convencionou designar como medicalização (BARROS, 2002). Com isto, muitas vezes, os usuários permanecem constantemente sendo medicalizados e não passam por nenhum processo avaliativo desta terapêutica, fazendo com as suas queixas não sejam de fato atendidas o que prejudica a resolubilidade da assistência.

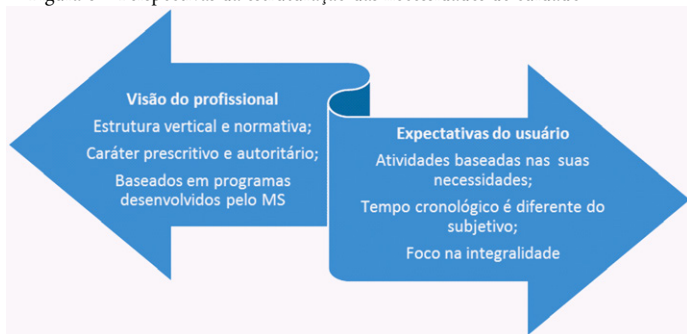
Dessa maneira, Silveira e Vieira (2009) versam sobre as fragilidades encontradas na ESF, citando a forma vertical e normativa de se colocar, adotando um caráter prescritivo e autoritário, típicos dos tradicionais programas desenvolvidos pelo MS, possibilitando dificuldades de adequação da assistência às realidades locais, além do despreparo dos profissionais para trabalhar com o sofrimento psíquico e as necessidades subjetivas no decorrer da assistência.

Barros e Sá (2010) demonstram que houve avanços nos processos de trabalhos desenvolvidos na atenção primária no *modus operandi* da equipe de saúde da família que apresenta disponibilidade de horários para reunião de equipe, educação permanente e visita domiciliar, na medida em que promove o planejamento e a execução do trabalho de forma dialogada, o aprimoramento técnico-profissional e a apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença na clínica cotidiana. Entretanto, percebe-se, ainda, a prevalência da abordagem individual, prescritiva, apoiada em exames e medicamentos, com consultas agendadas, refletindo um trabalho fragmentado apesar da existência

de uma equipe multiprofissional. Com isto, o cuidado não se consolida de maneira integrada. Poucos são os usuários conhecidos e atendidos por toda a equipe de saúde. Os ACS são os trabalhadores de saúde que estão mais inseridos no território e que mais conhecem os sujeitos e a família com risco social e orgânico.

Nesse sentido, o potencial de mudança que a ESF dispõe reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais quanto na reorganização de serviços e práticas que ela pode ensejar. (Figura 6). Ao delimitar o território como locus de atuação da equipe da ESF, pautada no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população, é possível organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda nos demais pontos da rede de atenção. Assim, além do fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, responsabilizações partilhadas e promoção da autonomia, se a ESF estiver envolvida em um processo de educação, se dispuser de condições adequadas de trabalho bem como de uma rede de média e alta complexidade no sistema de saúde operante pode melhorar, consideravelmente, o acesso da população aos serviços (PIRES; GÖTTENS, 2009).

Figura 6 – Perspectivas da estruturação das necessidades de cuidado



Fonte: pesquisa direta, 2014

Nesse âmbito, mediante a observação sistemática, identificou-se que a dinâmica da ESF do município de Fortaleza – CE passa por um processo de reorganização, no tocante às práticas dos trabalhadores, ao acesso e fluxo de usuários na rede de serviços por meio dos encaminhamentos, configurando-se quase que exclusivamente pelo acolhimento que, na realidade, se efetiva, de forma concreta, como uma triagem. Ou seja, pode-se afirmar que está ocorrendo um retrocesso no processo de gerir os atendimentos na gestão municipal atual.

[...] Nós estamos muito sobrecarregados [...] é por conta desse acolhimento que foi implantado nessa gestão agora e [...] na verdade é mais uma triagem [...] a gente perdeu muita coisa da demanda programada da ESF. Ora [...] então você sabe

como funciona esse acolhimento... A gente recebe essa demanda, e vai direcionando pelo encaminhamento [...]... Existe o acolhimento, quase não existe a puericultura, o planejamento familiar, prevenção, pré-natal. Imagina então, a gente [...] ter como fazer um grupo. (Grupo II).

Com isso, percebe-se que o acolhimento é configurado como triagem. E se antes existiam, pelo menos, as ações programáticas, no momento atual, tudo é efetivado no contexto do acolhimento/triagem, tendo havido uma (des)estruturação de práticas anteriormente consolidadas levando a que o foco do atendimento seja os acometimentos de caráter agudos, revelando um fortalecimento do modelo biomédico. Ademais, pode-se perceber, com as novas mudanças implementadas no modo de atuação da ESF, que esta não está conseguindo desempenhar o seu principal propósito que deveria ser atuar a nível territorial com foco no indivíduo e na família e, assim, construir um vínculo dos profissionais com os usuários.

Pois, como bem destaca Campos (2003), a construção do vínculo está estreitamente relacionada à capacidade da equipe de se responsabilizar pela saúde da população, ou seja, encarregar-se de seu acompanhamento sistemático.

Diante desse contexto, com o intuito de ampliar a compreensão da prática clínica, se faz necessário o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias para o cuidado envolvidas no trabalho em saúde. Assim, coloca-se em evidência a classificação das tecnologias envolvidas no tra-

balho em saúde: leve, leve-dura e dura, consoante preconiza Merhy (2002).

Observa-se, nas narrativas dos pesquisados, que o profissional de saúde, no desenvolvimento da sua prática profissional, utiliza três tipos de valises tecnológicas: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, o ecógrafo, o endoscópio, dentre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra está na sua cabeça e nela cabem saberes bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; finalmente, a outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves (acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilidade) implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos e que só tem materialidade em ato.

No cenário das tecnologias mencionadas pelo autor supracitado e independentemente do nível de atenção e da complexidade e gravidade da saúde física e mental manifestadas pelas pessoas, defende-se que se deve, primordialmente, valorizar a tecnologia leve (acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilização) entendida como um aspecto determinante que transversaliza toda a prática em saúde, influenciando, de maneira incontestável, na qualidade da atenção em saúde ofertada aos usuários assistidos.

Esses dispositivos relacionais, como acolhimento/vínculo/corresponsabilização/ autonomia, ensejam importantes alternativas para se construir uma nova prática em saúde. Passa-se, então, a compreendê-la como envolvendo ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura

os serviços de saúde fornecendo respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (CAMPOS, 2003).

Porém, apesar do esforço contínuo em integrar socialmente a pessoa com sofrimento psíquico, existe uma tendência terapêutica nas instituições de saúde que privilegia a medicação do doente e da doença, procurando aliviar os sinais e sintomas com remédios e exames, uma vez que, tanto na ESF como no ambiente hospitalar, ainda há uma supremacia das tecnologias leve-duras e duras.

Nesse sentido, Mehry (2002) afirma que o fazer dos trabalhadores de saúde ainda permanece muito mais direcionado para procedimentos (consultas, vacinas, curativos, visitas domiciliares, entre outros) do que para o cuidado, isto é, produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário no cuidado de si, em suma, para as “tecnologias leves”. Com isto, esses trabalhadores utilizam muito mais as “tecnologias leve-duras” em relação às tecnologias leves, prevalecendo o cuidado centrado no trabalho morto, isto é, no instrumental técnico-científico e em exames e medicamentos.

Nesse contexto, cabe um debate oportuno para embasar as mudanças nas práticas dos profissionais de saúde, tornando-as mais reconstrutoras de cidadanias, no que se refere à necessidade de transformar a excessiva tecnificação que o cuidado sofre no processo de trabalho. Tal aprisionamento do cuidado é percebido pelo excesso de especialização alienante do todo, pelo modo mecanicista de produzir serviços e ações em saúde bem como pela inibição das autonomias presente na relação que se estabelece no ato de cuidar. Em seu

oposto, sustenta-se que a politicidade do cuidado, entendida como relação dialética entre ajuda e poder para a construção da autonomia relativa de sujeitos, sejam estes usuários, profissionais, técnicos ou gestores do SUS, pode alicerçar as relações mais democráticas de poder (PIRES, 2005a; 2005b).

Assim, cuidar ultrapassa os aspectos da produtividade do trabalho em saúde, envolvendo as dimensões ecológica, epistemológica, ontológica, social e política que caracterizam o viver. Pode ainda ser vislumbrado como mediação intersubjetiva entre a tutela e a emancipação, onde a desconstrução de assimetrias de poder em favor da liberdade ocorre pelas vias do confronto e superação, em um constante vir-a-ser (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

No que concerne à construção do acolhimento no cotidiano, os discursos dos trabalhadores do CAPS e da ESF mencionam que o acolhimento se inicia no momento da recepção e da primeira consulta e na atividade de sala de espera. Há, periodicamente, a realização de reuniões com vistas a identificar se o referido acolhimento está sendo resolutivo e se os usuários estão tendo um direcionamento adequado. Observou-se, também, que o acolhimento, muitas vezes, se limita à realização de uma triagem, ou seja, a uma prática pautada na identificação da sintomatologia manifestada pelos usuários no que tange às suas queixas. Ao ser realizada a seleção dos casos considerados leves, moderados e graves, posteriormente, são feitos os encaminhamentos para os determinados níveis de atenção à saúde.

[...] Aqui a gente tenta ter um [...] o que chamo de triagem na verdade é um acolhimento, o usuário chega à gente recebe, ver sua demanda, ver o quê que ele quer, tenta resolver da melhor forma possível... Passa pelo acolhimento [...] A gente acolhe, eles entram para a recepção de dois em dois, uns aguardam aqui fora, às vezes a gente tem a assistente social que às vezes conversa com eles aqui fora, enquanto entra de dois em dois ali pra recepção. A terapeuta ocupacional também faz o histórico dos pacientes que estão iniciando, que vem encaminhado pelo hospital ou ESF [...] (Grupo II).

O termo triagem empregado acima sugere uma separação dos usuários no sistema, que estigmatiza o sujeito com transtorno psiquiátrico, contrapondo-se ao acolhimento, que pressupõe a inversão de um modelo técnico assistencial por outro mais humanizado voltado para a promoção da saúde, no seu sentido positivo, ou seja, com o desenvolvimento, a participação e a interação do ser humano no seu meio social, político, cultural, interagindo com as diversas instâncias em diferentes níveis (BÜCHELE et al., 2006).

Assim, Barros e Sá (2010) destacam a compreensão do acolhimento como inclusão e como uma rede de conversações, objetivando as possibilidades de atender às necessidades dos usuários que, entretanto, ainda não é generalizada para todos os que trabalham na rede. A responsabilização pelo cuidado exige acolhimento e vínculo do usuário.

Em seguimento a essa discussão, segundo se evidencia para os participantes do estudo, a prática do processo de cuidar da saúde mental na unidade básica ainda se fundamenta na possibilidade de um fluxo burocrático e hierárquico de usuários na rede e na lógica dos encaminhamentos dos casos atendidos na ESF e nos serviços de saúde mental como o CAPS. Isto pode ser compreendido por haver um distanciamento entre os trabalhadores desses serviços, dificultando a comunicação e a interação entre eles, tornando referência e contrarreferência, reforçando e legitimando, assim, o método tradicional do encaminhamento restrito e descompromissado, consoante se depreende do discurso a seguir:

[...] Acho que não tem articulação nenhuma, não acontece comunicação nenhuma. O que dificulta muito hoje é a falta de psiquiatra nos CAPS, os profissionais do CAPS encaminham os pacientes prá cá sendo que nós não somos psiquiatras, não temos nenhuma condição de começar um tratamento, terminar um tratamento. (Grupo II).

[...] A gente do posto não tem esse tato assim [...] com a saúde mental. Não vou dizer pra você que eu tenho uma aproximação com esse publico, por que eu realmente eu não tenho. A gente não tem. Dessa forma faço a triagem e em seguida encaminho todos para o CAPS mais próximo do território que tenha médico psiquiatra [...] (Grupo II).

Compondo esse cenário de dificuldades estabelecidas, a observação sistemática revela que, em algumas equipes, há, sim, posicionamentos pautados simplesmente no encaminhamento sem propósito efetivo, evidenciando uma falta de responsabilização com os usuários.

Nesse sentido, ressalta-se que é preciso estabelecer uma rede de conversações entre os serviços, promovendo a integração entre eles para que, ao invés de serem concorrentes na prestação de serviços de saúde, estes possam ser complementares e viabilizarem a integralidade do cuidado. Desta forma, acredita-se que seja necessário iniciar a discussão pela adesão dos trabalhadores ao projeto assistencial da saúde da família e ao trabalho em rede (BARROS; SÁ, 2010).

Logo, também emergem discursos que aprofundam essa questão acima mencionada no sentido da correspondência, e se fundamentam na não possibilidade de manutenção de vínculo com a instituição nem mesmo com os usuários pela grande rotatividade de profissionais na rede de saúde do município ora em estudo, devido à instabilidade trabalhista na gestão.

[...] Principalmente no momento que nós estamos vivendo atualmente. Estamos passando pelo processo de seleção, que as pessoas ficam apenas por dois anos, no máximo. E agora os grupos estão mais fragilizados ainda, e as pessoas não querem nem assumir, [...] e aí a coisa fica mais frágil mesmo. Eu acho que esta é a fragilidade maior. [...] Porque assim, a questão dos servidores é são muitos os que existem, essa fragilidade de vínculos trabalhista [...] eu

acho que ele é muito significativo para o paciente. Porque quando o paciente se vincula ao profissional, e quando aquele profissional sai, há uma quebra no tratamento [...]. Acho que um dos maiores problemas hoje no CAPS é essa instabilidade de profissionais. A gente tá hoje aqui por uma seleção pública e a seleção vai acabar, esses dois anos acabam agora e aí [...] a gente, o paciente cria um vínculo com a gente, a gente consegue todo um manejo, todo um esquema, para uma confiança e tal e acabou, acabou tchau, vamos embora...Necessidade urgente de 'CONCURSO [...] ter ESTABILIDADE' eu acho que se a gente tiver essa presença constante [...]. (Grupo II).

A realização profissional parcial tem desestimulado a permanência dos profissionais nos CAPS, gerando grande rotatividade e dificultando a criação de um vínculo adequado e duradouro com a população. Ademais, existem a questão salarial na qual os salários pagos ficam aquém das reais necessidades, promovendo um processo de desvalorização dos profissionais, além das condições desfavoráveis de trabalho, como o vínculo celetista pelo qual os profissionais permanecem nos serviços por apenas dois anos.

Com isso, os processos de trabalho ficam desestruturados, ocasionando desestímulo por parte dos trabalhadores que não dispõem de condições de trabalho e, também, por parte dos pacientes, que sabem que deixarão de ter seus profissionais de referência, proporcionando, assim uma prática assistencial pouco resolutiva.

Capítulo 12

O TRABALHO EM EQUIPE COMO DESAFIO PARA A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Considerando a mudança de paradigma na organização dos serviços e das práticas como conquista do Movimento de Reforma Psiquiátrica, a partir do qual se desencadeou a estruturação da rede de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico clássico, podemos afirmar que o palco de atuação dos trabalhadores se desloca da lógica hospitalocêntrica para uma estrutura de serviços de base territorial cujas práticas estão direcionadas à habilitação social. Tem-se como fio condutor das ações o estímulo ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da responsabilização.

De acordo com Sampaio et al. (2011), para dar conta da prática de trabalho nesse novo cenário o principal recurso de intervenção é o trabalhador, amparado por sua formação, seu protagonismo, suas habilidades técnicas e relacionais, ratificando a ideia de dimensão profissional do cuidado proposta por Cecílio (2011), que considera a experiência e formação profissional, a postura ética e a capacidade de construir vínculo como características que conferem ao profissional de saúde uma maior ou menor capacidade de produzir um cuidado de qualidade que responda às necessidades dos usuários.

Com isso, pode-se destacar que o trabalho interdisciplinar e intersetorial é exequível, contudo, é necessário que haja investimento para sua efetivação no cotidiano dos serviços. Assim, Merhy e Franco (1997) afirmam que as mudanças nos processos produtivos ocorrem no cenário da produção de saúde, reiterando o papel dos trabalhadores de saúde na concretização da integralidade do cuidado. Portanto, a formação destes profissionais, a sua compreensão sobre o modelo de atenção à saúde a ser implementado assim como as condições oferecidas para que possam atender a esta expectativa, são pontos a serem priorizados.

Esse reconhecimento advém do fato de que, no campo da saúde mental, não predomina o uso denso das tecnologias de apoio diagnóstico e de tratamento presentes nas demais especialidades da saúde, baseadas em dispositivos biomédicos (REBOUÇAS et al., 2008). Reconhece-se, também, que os saberes e as habilidades adquiridas durante a formação profissional, embora ofereçam as principais tecnologias disponíveis, não se mostraram suficientes para os desafios, como foi discutido anteriormente. Daí a necessidade, cotidiana, de novos saberes e práticas serem construídos pelos trabalhadores, mediante a invenção e a incorporação de novas formas de lidar com a demanda.

Esses novos saberes e práticas têm se tornado possíveis através do desenvolvimento do trabalho em equipe, em uma dinâmica interdisciplinar e horizontalizada que tem como principal objetivo a construção coletiva do processo de trabalho, visto que, com a mudança do paradigma na organização dos serviços e das práticas, ocorre também uma inversão na lógica de organização do processo de trabalho, antes pautada

pela rigidez hierárquica, pela atividade individualizada e pela separação trabalhador/produto e objeto do trabalho (SAM-PAIO et al., 2011).

Nesse sentido, Feuerwerker e Sena-Chompré (1999) demonstram a necessidade de distinguir o trabalho multiprofissional do trabalho em equipe, propondo que o trabalho multiprofissional é que produz a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos. Por meio desta relação resultam soluções ou propostas de intervenção as quais não poderiam ser produzidas por nenhum profissional de forma isolada, pois é fruto da cooperação de diversos indivíduos portadores de diferentes saberes.

Ademais, interdisciplinaridade trata-se da solidariedade do conhecimento e da preocupação do profissional em cooperar com o seu conhecimento para resolver o problema (PINHEIRO, 2003), diferente da multidisciplinaridade, que direciona para a justaposição dos recursos de várias disciplinas, sem exigir um trabalho de equipe e coordenado. Assim, a interdisciplinaridade não pode ser estabelecida pela simples adição de todas as especialidades (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

A interdisciplinaridade é referida enquanto proposta da saúde coletiva em resposta à complexidade dos processos saúde e doença e engloba questões de saber e poder das diversas disciplinas, sendo um obstáculo significativo à sua realização, a experiência institucional fragmentada e departamentalizada comum aos profissionais (MINAYO; MINAYO-GOMEZ, 2003).

Nesse contexto, os trabalhadores do CAPS expressam uma representação acerca do trabalho em equipe que converge com o exposto acima, sendo este destacado como algo essencial para a resolubilidade das ações visto que a ajuda mútua através da interdisciplinaridade promove um trabalho mais integrado, como podemos observar no discurso a seguir:

[...] Eu acho essencial o trabalho em equipe, acho que sozinha você não pode produzir tanto. Acho que você produz muito mais em equipe, embora tenha as dificuldades [...] A gente ajuda uns aos outros, nós sempre tentamos procurar essa interdisciplinaridade. Então, aqui no CAPS é um dos locais que eu vejo que eu já trabalhei que tem mais esse trabalho em equipe de uma forma mais pontual, mais integrada [...] (Grupo II).

Neste sentido, Peduzzi (2008) conceitua o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, em dupla mão entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

Assim, se faz necessário pensar no trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia alcançável e desejável, pois nenhum trabalhador isoladamente tem resolubilidade suficiente para atender às demandas de sujeitos que sofrem. A comunicação é o denominador comum desse trabalho, uma vez que estimula a articulação das ações, a in-

tegração dos saberes e favorece o desenvolvimento de ações conjuntas. Os espaços relacionais permitem momentos de fala e escuta, democratizando o processo de trabalho e formando redes e ações assistenciais nas quais um profissional encontra potência nos outros (PEDUZZI, 2007).

Ademais, durante o período de observação, percebeu-se que as equipes apresentavam boas relações interpessoais e isto é identificado nos discursos como um facilitador para a organização dos processos de trabalho, pois possibilita a comunicação e a resolutividade das ações. O relacionamento das equipes é retratado a seguir:

[...] A gente, graças a Deus, nós temos uma equipe bem sólida, diferentemente de muitos serviços aí fora, mas aqui a equipe é bastante participativa e isso vem a facilitar muito o seguimento do tratamento dos nossos usuários, uma equipe bem presente mesmo, inclusive, muitas vezes quem vem aqui no serviço fica bastante empolgado em conhecer tão grande participação na questão da equipe [...] (GRUPO I).

Contudo, na UAPS, os modos de operacionalizar o trabalho em equipe divergem do que foi exposto acima, visto que, embora se conforme em equipe multidisciplinar, ainda que mínima, o trabalho é individual.

[...] A gente tem uma equipe mínima conforme determina o ministério da saúde né, uma equipe mínima mais os profissionais do NASF, o assistente social (...) que

acaba por se tornar multidisciplinar, mas não interdisciplinar. Aqui cada um faz a sua parte né. Eu e o médico, por exemplo, atendemos praticamente os mesmos pacientes, mas cada um tem a sua consulta e dificilmente discutimos um caso [...] (Grupo II).

Quando é levada em consideração a fragmentação dos indivíduos em especialidades, propagam-se modelos de prática em saúde ultrapassados, interferindo na potencialidade de ofertar uma abordagem integral à saúde, destacando-se a importância dos serviços no processo de educação continuada dos profissionais que constituem as equipes. Assim, a possibilidade de mudanças dos conceitos e práticas voltadas para a integralidade requer o compromisso dos vários atores envolvidos no processo de formação, pois o campo das práticas e o da formação profissional se encontram intimamente associados (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma, a prática multiprofissional catalisa transformações no trabalho coletivo e seus produtos, uma vez que, no cotidiano do agir profissional em equipe multiprofissional, os indivíduos agregam a possibilidade de reestabelecer suas práticas profissionais especializadas, constituindo formas de intervenção ampliadas. No cotidiano da prática multiprofissional, novos saberes podem ser produzidos, saberes envoltos pelas diferenças e desigualdades contidas nas diferentes profissões (SALVADOR et al., 2011).

Consoante, em um trabalho realizado por Borges, Sampaio e Gurgel (2012), os trabalhadores investigados reconheceram que reconhecem a importância do trabalho em equi-

pe para proporcionar a integralidade, contudo, o processo de trabalho ainda está estruturado de forma fragmentada, com fragilidade de articulações seja no seio das equipes ou na relação com outros serviços e setores.

Os profissionais que compõem a equipe da UAPS enfatizaram a necessidade de uma maior integração entre os profissionais que favoreça o planejamento e a oferta de uma assistência mais ampliada. Consideram que, na maioria das vezes, o trabalho dos profissionais é realizado de forma paralela, não interdisciplinar, tratando-se de uma grande falha dos serviços.

Nesse sentido, Silva et al. (2002) propõem que o planejamento de ações a partir da antevisão das demandas à rotina do serviço seria uma estratégia para efetivar o trabalho em equipe, pois viabiliza a construção de um processo de trabalho cooperativo entre os diversos profissionais, com suas diferentes formas de perceber o usuário, contribuindo para a construção de um projeto terapêutico direcionado para as reais necessidades.

[...] Olha, eu acho que é importante a gente trabalhar de forma interdisciplinar, porque as vezes a gente fica muito solto, muito isolado, cada um dentro da sua sala [...] acho que se tivéssemos uma prática interdisciplinar com certeza os pacientes seriam melhor assistidos, principalmente os pacientes com transtorno mental que exigem o conhecimento de diversos profissionais né [...] (Grupo II).

Um dos entrevistados relata que há dificuldade para fazer o planejamento das atividades em conjunto com os outros trabalhadores e relaciona isto à grande demanda do serviço. Deste modo, percebemos que há entaves na comunicação entre os trabalhadores, o que pode ser um obstáculo para a articulação das ações, a integração e a interação entre os diversos saberes.

[...] Isso de interdisciplinaridade é muito importante, mas na prática não existe. Não existe porque a demanda é muito grande, não existe porque não temos tempo, não existe porque as salas mal cabem eu e o paciente, quem dirá uma equipe inteira, não existe por inúmeros motivos [...] (Grupo II).

A comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe e é resultado da relação recíproca entre trabalho e interação. No caso do CAPS, apreendemos que a comunicação entre os trabalhadores está restrita aos momentos das reuniões, podendo resultar em tensão nos processos de trabalho. Já na UAPS, não há comunicação entre os profissionais. Neste sentido, para o desenvolvimento do trabalho em equipe é necessária a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns, enfim, a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da execução de intervenções técnicas e comunicação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001).

Para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles, de forma compartilhada, possibilitem a articulação das ações. Estas não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe (PEDUZZI, 2008).

Tais considerações reafirmam a percepção de que o fato de uma equipe multiprofissional compartilhar uma situação comum, tendo a mesma clientela e o mesmo espaço físico, não garante o direcionamento do trabalho em equipe no sentido da integralidade. As atividades podem ser realizadas de forma isolada e justaposta, sem articulação e comunicação. Assim, faz-se necessário conectar os processos de trabalho dos diferentes profissionais de forma que esta interação permita a construção de um projeto comum, no que se refere às necessidades de saúde dos usuários (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Dessa forma, o processo de trabalho em saúde requer um cuidado organizado na lógica do trabalho em equipe através da intersubjetividade, que sempre ocorre no encontro entre profissional e usuário. E, para ela se efetivar, é necessária a interdisciplinaridade, em substituição à atuação profissional isolada e independente (PEDUZZI, 2007).

Logo, se faz necessário pensar em uma integralidade ampliada, em rede, construída por meio de uma relação

articulada, complementar, entre a potencialidade de cada serviço de saúde e os saberes e as práticas de outros serviços e setores. A integralidade do cuidado não se realiza em um único serviço (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Entretanto, é relevante destacar que existem duas modalidades de trabalho em equipe: equipe integração, na qual os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa, e equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento de profissionais. Esta tipologia expressa uma polaridade, podendo-se observar, de uma parte, a tendência à integração dos trabalhos especializados e, também, dos profissionais que os executam e, de outra, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e ao estranhamento e distanciamento dos trabalhadores, no que se refere às relações que estabelecem entre si e com o trabalho que executam, que inclui a sua relação com os usuários (PEDUZZI, 2008).

Percebe-se, nos discursos apresentados, que as equipes de ambos os serviços – CAPS e UAPS – possuem, em maior ou menor grau, características de equipe integração e equipe agrupamento. Prevalece no CAPS a equipe agrupamento tendo em vista a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais. As características de equipe integração aparecem no CAPS quando da discussão de um caso de difícil manejo ou na realização de grupos que ocorrem comumente com a presença de dois a três profissionais.

Assim, no âmbito do CAPS as reuniões de equipe aparecem como a principal forma de trabalho em equipe. Observamos que o trabalho em equipe operacionalizado pelas reuniões de equipe ocorre somente em casos de difícil manejo, conforme verificamos no discurso:

[...] E às vezes há a necessidade de os profissionais na reunião de equipe discutir o caso terapêutico, porque acontece de às vezes, digamos, o paciente está inserido em vários profissionais, mas não está tendo um retorno muito bom na terapia dele. Então, senta-se com a equipe e vai discutir o caso daquele paciente para saber o seguimento terapêutico dele, como é que vai prosseguir [...] (Grupo I).

Na narrativa dos usuários, emergiu, de modo divergente, a concepção do trabalho em equipe como continuidade das ações, onde cada trabalhador exerce uma função e o usuário percorre o serviço “passando” pelos diversos trabalhadores que vão atuando em sua necessidade e ele passa para outro e assim segue dando continuidade. Esta concepção vai de encontro ao que se discutiu acima sobre o trabalho em equipe. Ela sugere que a organização do trabalho em equipe no CAPS é de trabalho grupal, conforme conceito desenvolvido por Peduzzi (2008).

[...] Então, estabeleceu o passo inicial (projeto terapêutico) ele vai passar por outros profissionais, digamos, mandei para a psicologia, mandei para a terapia ocupacional, aí no terapeuta ocupacional ou psicólogo, por exemplo, é observado que ele tem problema de socialização ou na escola ou na própria casa, então o profissional visualiza que ele tem necessidade de trabalhar atividades de grupo, então a gente direciona para a atividade de grupo,

não ele não precisa de grupo, precisa só de acompanhamentos individuais acrescentando a psiquiatria. Então a partir daí vai se criando, digamos assim, os segmentos posteriores. Então assim, esse trabalho em equipe favorece muito o cuidado [...] (Grupo I).

O projeto terapêutico, entendido aqui como um dispositivo passível de ser compartilhado por todos os profissionais de saúde e, portanto, importante para a avaliação da dimensão organizacional da gestão do cuidado aos usuários, é desenvolvido no CAPS de forma individual. Percebemos o projeto terapêutico como instrumento potencializador de um cuidado compartilhado, favorecendo, portanto um trabalho em equipe integração. Contudo, na elaboração do projeto terapêutico, o CAPS atua como equipe agrupamento, fragmentando e fragilizando o cuidado aos usuários.

[...] Pra ser sincera, o projeto terapêutico, ele acontece muito fragmentado [...] por exemplo, se ele tem um atendimento de psicologia e eu sou a profissional de referência, então a gente fica muito nós dois nessa construção, dificilmente um projeto abre para toda a equipe só se for aquele projeto que a gente tá tentando há muito tempo e não tem sucesso aí a gente abre para toda a equipe. A psicologia traça o dela, eu traço o meu e a psiquiatra traça o dela e a gente acaba conversando sobre isso num momento mais crítico [...] (Grupo II).

Franco (2003) faz algumas considerações sobre o conceito de projeto terapêutico, descrevendo que o usuário quando entra no serviço em busca da resolução de um determinado problema de saúde e é inserido no atendimento, passa, inicialmente, por uma avaliação de risco e, após esta definição, os profissionais que o atenderam imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. Assim, este conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde se constitui no projeto terapêutico.

[...] São práticas diversas né, como atendimento individual, atendimento grupal, como relacionamento terapêutico né, onde primeiro realiza a questão do vínculo [...]. A proposta de trabalho que a gente tem aqui é atendimento individual e atendimento de grupo. Nós temos, no mínimo, uns quatro grupos... Mas o nosso foco aqui no CAPS é colocar esses usuários em grupos porque eles tem muitos problemas de relacionamento social né. Então, o usuário ele é difícil pela fase mesmo que ele passa. Então a gente sempre trabalha em grupo, até porque a gente não tem tempo pra tá atendendo todo mundo com atendimento individual e não é o objetivo do caps [...] (Grupo II).

Considera-se que a tarefa deve ser compartilhada com a equipe, e mais que isto, respeitar a autonomia do usuário de modo que ele seja corresponsável pela construção e andamento do seu projeto terapêutico. Isto está diretamente

implicado em ter consciência dos limites da capacidade de intervenção de cada trabalhador, tendo em vista que a complexidade do conhecimento impede que cada trabalhador saiba de tudo, necessitando de um corpo coletivo de trabalho, de uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada.

Dessa forma, a organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade. Estas é que tornam possível a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado. Logo, não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe, uma atitude que requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (PEDUZZI, 2008).

Ademais, a integralidade direciona para o rompimento de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber. A proposição de mudança das práticas no SUS pressupõe um saber-fazer comum, que possibilita a superação da fragmentação no cotidiano dos serviços (BONALDI et al., 2007). Não há integralidade onde não haja troca de conhecimentos. A interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de práticas integrais.

Para tanto, é preciso que as equipes busquem aprofundar e aperfeiçoar dispositivos que permitam o ordenamento da demanda, a qualificação do processo de trabalho e, apesar das limitações estruturais, primar pela resolutividade dos serviços.

SEÇÃO 6

DIMENSÃO SISTÊMICA

O fluxo de informações eficaz e eficiente possui um efeito multiplicador com o poder de dinamizar todos os setores organizacionais, constituindo, por sua vez, a força motora do desenvolvimento político, econômico, social, cultural e tecnológico.

(Paulo Spinato)

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A (DES)ARTICULAÇÃO ENTRE O CAPS E A ESF

Ao buscar uma atenção integral, e para que o cuidado em saúde mental se dê no território de maneira satisfatória, há a necessidade de parcerias entre os serviços de saúde. A articulação da Atenção Primária à Saúde (APS) a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que reitera a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial enquanto equipamentos importantes para que se supere a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Considerando o exposto, percebe-se que os discursos dos trabalhadores de saúde sinalizam a importância dessa parceria 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).

Segundo evidenciado, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dos cenários estudados enfatizam que o trabalho em rede se efetiva mediante a articulação de liberação de guias de encaminhamento e de marcação de consultas entre os serviços que compõem o setor saúde.

[...] Às vezes a família nem traz o paciente, porque assim diz que ele é um paciente violento, então ela vem aqui procura a enfermeira no posto e fala o caso e a enfermeira encaminha para o CAPS. Quando chega um paciente de saúde mental. Manda para o hospital ou para o CAPS, dependendo do problema do paciente [...]. (Grupo II).

[...] Faz o encaminhamento em receituário escrito e coloca no sistema, ai fica tanto no sistema, na fila de espera esperando a marcação da consulta [...]. (Grupo II).

[...] As consultas que precisam ser marcadas são especializadas, atenção secundária. Bem, a gente encaminha, são dadas umas cotas mensais e a gente encaminha os pacientes. Só que assim, a oferta e a demanda nunca batem [...]. (Grupo I).

Ainda nesse sentido supracitado, observou-se que o fluxo de encaminhamento e a marcação de consulta é realizado pela referência e contrarreferência. Sendo assim, os percursos são definidos e organizados de forma verticalizada, hierarquizada e burocratizada, fazendo emergir vários nós críticos que revelam a existência de deficiências, no que diz respeito às condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre dispositivos da atenção primária e os demais níveis de complexidade, como podem ser observados nos discursos dos gestores e trabalhadores da ESF e CAPS.

[...] Bom, aqui a questão do fluxo de atendimento, tem até demais, particularmente acho muito burocrático e não é facilitado o fluxo. Não é bem planejado e nem organizado [...] se faz apenas um registro no livro de referência e contrarreferência [...].
(Grupo I).

[...] A gente faz a medicação e se for um caso que não possa ser atendido aqui, a gente encaminha para o serviço especializado, através da referência e contrarreferência. Mais no dia a dia a coisa não funciona bem direitinho não, às vezes ninguém sabe a quem encaminhar [...].
(Grupo II).

Consoante o citado, a lógica hierarquizada e burocratizada dos procedimentos de referência e contrarreferência engessam e cristalizam o fluxo dos usuários na rede assistencial e acarretam sobremaneira em desassistência, descontinuidade e (des)responsabilização no processo de acompanhamento dos casos (DIMENSTEIN et al., 2009).

Percebe-se que o encaminhamento é a principal forma de contato entre a ESF e o CAPS. Pode-se ainda identificar um encaminhamento feito de maneira indiscriminada cujo objetivo é desresponsabilizar-se pelo usuário e suas necessidades de cuidado.

[...] Na verdade não existe essa articulação. Existe assim, a gente encaminha. A gente tinha um paciente com tuberculose, usuário de droga e a gente encaminhou para o caps aí no outro mês ele voltou e disse que não queria mais ir pra lá porque as pessoas fumam dentro do banheiro, aí eu disse tá certo e ficou por isso mesmo, ele não voltou mais pro caps. É a nossa realidade, a gente não tem muito pra onde mandar. [...] (Grupo I).

A conduta do profissional diante de tal usuário foi tratar a tuberculose na Unidade de Atenção Primária à Saúde, visto que era sua responsabilidade, e encaminhá-lo para o CAPS, para que o usuário fosse acompanhado por conta do uso de drogas. Tal conduta reflete um encaminhamento no sentido de desresponsabilizar-se, indo contra a lógica de criação da ESF.

A lógica do encaminhamento, na qual os usuários do sistema são direcionados a outros serviços para procurar atendimento e os trabalhadores fazem uso de instâncias burocráticas e hierarquizadas para se articularem uns com os outros, leva a uma diluição e não a um compartilhamento dos casos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Diante disso, salienta-se a necessidade do encaminhamento implicado pelo qual se pede ajuda/apoio para situações que exigem alguma especificidade, buscando o compartilhamento do cuidado. Este tem sido o tipo de encaminhamento preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) como um princípio para os cuidados em saúde mental, que exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, que se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda e acompanhe o caso até o seu novo destino.

Chamam a atenção os constantes impasses relatados pelos profissionais sobre o que é que é “caso de CAPS” e o que é que é “caso de UAPS”, fato este que pode levar o usuário a peregrinar à procura de atendimento e terminar, muitas vezes, sem assistência. O questionamento que se faz é, sobretudo, acerca do que cabe a cada equipamento, havendo pouca menção sobre a corresponsabilização pelos casos e o trabalho em rede e quando é feita tal menção é para apontar a desestruturação desta rede, indicando um isolamento dos serviços em si mesmos e uma desarticulação de suas ações.

[...] Na realidade o cuidado está sendo realizado somente pela estratégia de saúde da família né, na medida do possível, pois

falta carro pra fazer visita, falta profissional capacitado, falta uma série de coisas. Então a partir do momento que ele chega, a gente identifica transtornos mentais leves que são os casos da UAPS e que as nossas terapias alternativas seriam prudentes, um grupo, uma terapia comunitária, uma acupuntura. Então são alguns outros meios de trabalhar aquelas pessoas que nós não temos, aí vamos pra onde, vai pra quem, onde estão essas pessoas para que nós possamos contar né [...] (Grupo I).

Se as equipes da ESF se voltam para a atenção integral da população e os CAPS cuidam de pessoas em intenso sofrimento psíquico, há uma interseção entre ambas em situações que envolvem saúde mental, pois tratam das mesmas pessoas e fazem parte do mesmo SUS (LANCETTI; AMARANTE, 2006). No entanto, as falas indicam que há uma tendência nas unidades de passar a demanda para o outro, no caso da equipe da ESF, ou de “devolver” esta demanda, no caso do CAPS, muitas vezes por não saber lidar com a situação ou por achar que aquilo não lhes cabe, o que acaba por gerar desassistência do usuário.

[...] O CAPS já é cheio, eles já estão mandando pra gente porque não cabe mais lá e fica nisso a gente manda pro CAPS e o CAPS manda de volta. Então assim quando a gente precisa de elas vão ter que esperar sei lá quanto tempo. Observou-se um caso de um usuário que o matou o pai

porque estava em surto, foi pro CAPS o CAPS fez o remédio e mandou de volta e ele não tinha saído do surto e matou o pai e agora está preso. O que acontece é que muitas vezes os pacientes chegam aqui e é verificado na avaliação inicial que ele não é perfil do CAPS ou porque tem um transtorno leve ou nem mesmo é um transtorno e sim um sofrimento simples, uma ansiedade, uma timidez, o CAPS é responsável pelo território de toda a regional a demanda é gigante não dá pra ficar recebendo gente toda hora, principalmente esses casos, então nós mandamos de volta para o posto de saúde para que fique sendo atendido lá. [...] (Grupo II).

No geral, o que se tem, então, é uma enxurrada de encaminhamentos dos postos de atenção à saúde da atenção básica para os CAPS, pois, na maioria das vezes, os profissionais da atenção básica não se sentem seguros de acompanhar casos de saúde mental, ficando conhecido o seguinte jargão popular, comum aqui no Ceará ou mesmo no Brasil: “*Chorou manda pro CAPS*”, como se observa na convergência evidenciada “*Quando chega um caso de alguém com problema psicológico ou psiquiátrico a gente encaminha para o CAPS*” (Grupo II).

[...] Então quando se chega o paciente ou quando se tem a necessidade, tá descompensado, então tem o atendimento médico, o médico encaminha ao CAPS e lá tem o atendimento com profissional especializado, mas a equipe mesmo ela não tem essa

assistência controlada do paciente, a não ser a renovação de receitas talvez pela própria falta de informações dos profissionais, por achar que essa questão de transtorno mental é do CAPS né, responsabilidade do CAPS, quando não é, pelo contrário a responsabilidade é da área de estratégia de saúde da família e o CAPS... apoio matricial, o CAPS é uma porta de entrada pros pacientes críticos, pros pacientes mais graves, paciente que tenha que realmente ter esse contato com uma equipe né multidisciplinar, mas que realmente a disponibilidade de profissional que ela venha acompanhar e com essa responsabilidade os casos que demanda atenção de saúde mental [...]. (Grupo II).

A situação se assemelha à relatada por Dimenstein, Galvão e Severo (2009), em pesquisa realizada com coordenadoras de equipes de unidade de saúde da família de Natal-RN que mostrou que estas consideram muito difícil lidar com a demanda de saúde mental que chega à unidade de saúde, pois não se sentem seguras em abordar tais casos. Falta, a estas equipes, compreensão técnica, tais como: termos específicos da saúde mental, tipos de transtornos mentais, medicações e seus efeitos no organismo. Referiram, ainda, dificuldades na própria equipe em estabelecer prioridades e estratégias de atendimento dos casos na unidade.

Assim, o que se apresenta nas narrativas dos entrevistados é que a atenção primária não tem assumido o atendimento dos usuários de saúde mental, permitindo o “toma lá,

dá cá”. Os profissionais da atenção básica, por não se sentirem aptos e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental, geram uma enorme dificuldade na acessibilidade da população que necessita dos cuidados, primeiro, porque não há intervenção inicial do caso, na tentativa de dar respostas à demanda daquele usuário pela equipe de saúde básica e, segundo, porque geram encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados (ALVES; GULJOR, 2004; CAMPOS, 2000).

Este “estranhamento” entre as equipes pode ser decorrente das tensões produzidas a partir da proposta da corresponsabilização. De um lado, as equipes da UAPS querem delegar aos especialistas; de outro, os profissionais de saúde mental pressionam para que a UAPS assuma os casos de saúde mental (ao menos os casos leves). Esta divisão acaba por prejudicar o próprio usuário que não vê, na rede de cuidados, lugar para seu sofrimento.

O entendimento de que o CAPS tem o papel de atender o usuário apenas em uma situação de crise e depois devolvê-lo para o território para reinseri-lo socialmente nos remete ao modelo manicomial que opera o atendimento dentro de um local específico para depois devolvê-lo à sociedade. A intervenção terapêutica no contexto social das pessoas tem mais efetividade e, sendo assim, a articulação entre os serviços se mostra necessária. Levando em conta que o CAPS é um serviço de base territorial e comunitária, suas ações devem sair do espaço dos serviços e buscar vínculos que possam complementar seus recursos, evitando-se uma nova modalidade de cronificação dentro dos CAPS (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

[...] Não adianta dentro do nosso serviço a gente ter um menu de opções se a gente pode acabar vindo na lógica de institucionalização também, de dependência do serviço, de dependência do grupo, daquele profissional, daquela vinda pra cá porque aqui ele acha que aqui é seguro, como às vezes a gente tem alguns usuários que, quando ele não está bem ele vem pra cá. Legal aqui ser um local de referência, mas que não seja o único local, que ele reconheça outros locais fora do CAPS, que o CAPS se articule com esses outros locais... Todo mundo gostaria muito mais de fazer visita, muito mais de conhecer os recursos para que a gente pudesse encaminhar para um esporte, para que a gente pudesse encaminhar para uma atividade comunitária, mas a gente nem sabe o que é que tem naquele território de tão grande que é e tão distante que é da gente. A gente tem essa dificuldade porque são três regionais que são muito grandes e muito distantes [...] (Grupo II).

Sobre a necessidade do uso do mecanismo de referência e contrarreferência, Kushnir (2006) comenta que os mecanismos de referência e contrarreferência só têm sentido e funcionam na medida em que expressam o compromisso da rede de serviços com o caminhar de seus pacientes, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado de acordo com o problema apresentado. Isto expressa, portanto, uma definição e um acordo prévios acerca do que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar, o que comumente é definido como perfil assistencial.

Fleury e Ouverney (2007) colocam que a interação de composição estrutural da rede necessita sim de uma institucionalidade, de uma instrumentalidade, mas é necessário, também, reconhecer a autonomia dos atores que compõem a rede, devendo os processos de institucionalização ser dinâmicos e não serem estabelecidos apenas por regras formais, sendo então a governança da rede o misto do fruto das estratégias institucionalizadas e dos comportamentos de ações individuais de seus atores.

Reconhece-se, de fato, que a atenção primária seja também porta de entrada de todas as redes, mas não deve ser a única, dada toda a discussão que já tem ocorrido frente à necessidade de superação hierárquica somada os esclarecimentos e reconhecimento na legislação mais nova e vigente de regulamentação do SUS.

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, 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 II).

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 II). Discute-se, assim, que as mudanças na legislação são fundamentais, mas não suficientes, sendo preciso que se tenha um olhar atento para a realidade à qual ela propõe alterações. É, portanto, importante que existam estratégias de suporte que possibilitem a efetivação dos objetivos previstos. Deste 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 a 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 as-

sistencial 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).

Além disso, os trabalhadores de saúde de ambos os serviços referem que a dificuldade maior reside justamente na contrarreferência. Seja em qual nível de assistência for, em sua maioria, o retorno das informações ao serviço que encaminhou se dá por meio dos próprios usuários e familiares:

[...] A gente nem tem como saber se ele foi mesmo, se conseguiu atendimento, se voltou. Se for um paciente clinicamente estável e que tem familiar, que ele não tá num estado de surto, ele até volta aqui no posto em algum momento e a gente acaba sabendo o que aconteceu se deu certo, se não deu certo [...] não tem um fluxograma, desenhado, definido pra essa atividade. Pois contrarreferência é difícil eles mandarem pra gente, a gente manda na folhinha de referência e contrarreferência, mas o retorno contrarreferência que é difícil, não chega. [...] (Grupo II).

[...] A coisa mais difícil do mundo é você receber uma contrarreferência. A gente aqui do CAPS é de praxe, chegou uma referência fazemos uma contrarreferência,

mas a gente faz uma referência e receber uma contrarreferência?! Num lembro-me de ter recebido uma contrarreferência de um encaminhamento que eu tenha feito. A gente sempre manda as nossas contrarreferências, mas as pessoas nunca mandam de volta pra gente [...] (Grupo I).

A falta de articulação entre os serviços de saúde mental do nível especializado e os serviços de atenção primária pode gerar uma descontinuidade da assistência. Por diversas vezes, observa-se usuários em acompanhamento nos CAPS que nunca foram assistidos pelas as equipes de saúde da família que atuam nos seus territórios de origem.

Na composição hierárquica do sistema de saúde, há uma predominância de fluxos do menor nível hierárquico para o maior, não havendo caminhos alternativos para este fluxo. O caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem uma mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia.

Como um dos pontos de estrangulamento, vale citar as dificuldades de acesso da população às unidades de atenção primária à saúde, para a solicitação das guias de referência para centros de referência secundária e terciária. O que ocorre é a busca direta pelos centros de maior hierarquia, ocasionando grandes filas e, muitas vezes, falta de atendimento e, conseqüentemente, baixa resolubilidade da assistência (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

A COMUNICAÇÃO ENTRE OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO: NA TEORIA, UMA ALIADA, NA PRÁTICA, AINDA NÃO EFETIVADA

Outro entrave apontado pelos sujeitos da pesquisa na organização da dinâmica dos serviços, no sentido do estabelecimento de conexão entre os níveis de atenção à saúde, é a praticamente inexistente comunicação efetiva. De acordo com o conteúdo das entrevistas, os trabalhadores de saúde, quando se comunicam, eles o fazem de maneira impessoal, concretizando-se os relacionamentos e os diálogos por meio de cartinhas, bilhetes e fichas de encaminhamentos. Também argumentam que o sistema de saúde não é interligado.

[...] O diálogo habitualmente é feito por escrito, eu faço uma carta de forma sucinta, falando da minha abordagem clínica [...] Pronto, é, assim, com os serviços de atenção à saúde mental mesmo, o diálogo é mais no papel, é a ficha de referência e contrarreferência, não tem muito a questão de telefone, de falar ao vivo, não tem isso não, é realmente pelo encaminhamento [...] (Grupo II).

[...] A gente, faz encaminhamentos por telefone, encaminhamentos escritos, esses

contatos institucionais, tem alguns profissionais que fazem contato, até em outras unidades, residência terapêuticas, unidades de acolhimento, a gente mantém contato, por exemplo, com acolhimento institucional, no caso de abrigo, a gente mantém esse contato, visitas domiciliares, visitas institucionais, visitas nas casas dos usuários, tem algumas parcerias, às vezes universidades, os alunos fazem trabalhos aqui, o pessoal também da residência [...] (Grupo I).

Na prática, o funcionamento das redes requer diálogo, comunicação, movimento e a mobilização tanto dos atores em saúde como dos setores sociais para se articularem com vistas a garantir a resolutividade da atenção, como visto nesse discurso, “*É humanamente impossível um serviço dar conta de todos os problemas dos usuários da rede*” (Grupo I). Sendo assim, cada serviço com seus componentes tecnológicos de saúde é irredutivelmente singular – ou seja, cada um tem suas funções específicas – porém, eles não funcionam isolados, pelo contrário, são interdependentes – precisam se comunicar – para a construção da produção do cuidado em sua integralidade.

[...] A função do Caps é a função de tratar pacientes com transtornos de moderados a graves, certo? É aquele sujeito que não tem um transtorno sério, como e onde vai ser tratado? Vai esperar ficar sério, pra depois ir para o Caps? Então, a primeira coisa que a gente tem tentado fazer é vincular com

o posto de saúde porque é lá que a gente vai tentar ajudar no tratamento desse sujeito que ainda está apontando alguma sintomatologia mais leve. Mas para isso é preciso uma disposição em duplo sentido: entre os profissionais do CAPS e os profissionais da ESF e do usuário de percorrer esses serviços [...] (Grupo II).

Considera-se, então, que cada ponto da rede, enquanto serviço de saúde, se responsabiliza por um perfil de usuários, comprometendo-se na busca pela melhor resolutividade de suas demandas em saúde. Mas não somente. O compromisso não se restringe a atender bem apenas no próprio setor. Caso o serviço não tenha as tecnologias de saúde necessárias à resolutividade da atenção ao usuário ou o usuário não corresponda ao perfil adequado para iniciar acompanhamento em tal serviço, é cabível a articulação com outros pontos da rede e, até mesmo, com outros setores da sociedade, atingindo a máxima da intersetorialidade e da alta conectividade dos serviços em rede.

Contudo, essa caminhada entre os diversos pontos da rede é atravessada por desafios para conseguir a resolutividade das necessidades em saúde, como visto na fala do usuário: *“a gente fica pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. A gente cansa, se desgasta, por que precisamos de assistência e, varias vezes, ficamos desassistidos”* (Grupo III). Este relato expressa a dificuldade de manter um fluxo contínuo na rede e de forma resolutiva, tendo o usuário que ficar indo e voltando entre serviços em busca de cuidado: *“Não tinha médico no caps, né. Aí me enca-*

minharam para o posto de saúde. Cheguei lá e a Dra. disse que não atendia paciente do CAPS” (Grupo III); “A gente sai de casa, passa muito tempo esperando atendimento e, quando chega, a pessoa diz que meu problema não resolve ali” (Grupo III). Percebe-se, então, o desgaste que reverbera no usuário diante das dificuldades de conectividade com os pontos da rede.

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 cópia do meu prontuário daqui, levei o encaminhamento da coordenadora daqui, porque aqui estava sem. 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 UAPS foi satisfatório porque os profissionais que o atenderam conheciam o motivo de o CAPS não ter podido solucionar sua demanda imediata (prescrição de fármaco) porque estava faltando médico. Apesar de esta 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.

Reforça-se que o acesso/acolhimento aos serviços de saúde é um direito universal e, portanto, não poderia ter sido negado e 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 deve se configurar em um momento privilegiado para a construção de uma atenção dialogada e resolutiva.

Sendo a porta de entrada para o SUS, a APS 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). Alerta-se, ainda, para a importância de que este encaminhamento se dê de maneira corresponsabilizada e não como um “repasse de demanda”.

[...] 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).

A experiência vivida pelos trabalhadores aponta que o 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, deste modo, consideram que, independentemente da demanda apresentada, os sujeitos em sofrimento psíquico devem ser sempre atendidos em serviços especializados em saúde mental. Deste 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 II).

Essa postura assumida pelos profissionais que não são especializados em saúde mental, a de se recusarem a atender os indivíduos em sofrimento psíquico, vai de encontro à política nacional de saúde. Destaca-se que o Ministério da Saúde aponta a APS 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 APS têm facilidade de acesso aos usuários em seus contextos de vida. Esta contextualização territorial – com a possibilidade de conhecer a comunidade e a família destas pessoas – se mostra estratégica na produção de um cuidado integral ao indivíduo. Além disto,

por desenvolverem atividades no local onde as pessoas moram, torna-se comum o contato com sujeitos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

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 deste princípio, contudo, ainda é um desafio, principalmente no que se refere ao caminhar na rede pelo usuário, pois este fluxo deve ocorrer sem as barreiras burocráticas que enrijecem e fragmentam o processo de produção do cuidado. Além disto, a integralidade envolve a dimensão cuidadora do profissional de referência que vai além da competência exclusivamente técnica (PAIM, 2006), pois se configura em uma atenção multidisciplinar, em que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Isto contribui para que não exista sobrecarga de responsabilidades em um único serviço e nem se centrem as ações estritamente nos trabalhadores de saúde.

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.

INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES NA BUSCA PELO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Um dos desafios provocados pelas mudanças relacionadas às políticas e práticas em saúde é oferecer uma atenção integral à saúde das pessoas e, para isto, é exigida a adoção de novas práticas para o cuidado em saúde guiadas pelos conceitos da integralidade, da intersectorialidade e da autonomia.

A atenção primária tem sido considerada lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, já que, por sua proximidade com a comunidade, seus profissionais se deparam frequentemente com problemas de saúde mental e, assim, podem configurar um recurso estratégico para o enfrentamento destas questões. Desta forma, é importante que o CAPS e as equipes das UAPS trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade pelos casos e garantam melhor resolutividade no manejo das situações que envolvam sujeitos em sofrimento psíquico.

As narrações apontam que, na perspectiva da sociedade e dos outros serviços de saúde da rede, aumenta a centralização da produção do cuidado apenas no Centro de Atenção Psicossocial, como se este fosse o único ponto da rede responsável e comprometido com a assistência aos pacientes com transtornos mentais. As situações das práticas atuais di-

vergem do que é preconizado na política, pois, de acordo com a Lei nº 10.216/01, afirma-se o compromisso do Estado em desenvolver políticas de saúde mental, assistência e ações de saúde que promovam um cuidado integral que se direcione a um estatuto de cidadania e a crescentes graus de autonomia dos sujeitos com transtorno mental (BRASIL, 2001).

Em consonância com a política, preconiza-se a descentralização dos serviços e das ações em saúde, desfragmentando a ideia de manicômio, ocorrendo a integração de novos serviços e equipamentos, dentre eles a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse sentido, diferente do que as narrativas da pesquisa revelam, a assistência se constrói mediante um novo arranjo de saberes e práticas, emergindo, assim, o desafio de construir um cuidado articulado entre os diferentes níveis e setores de atenção apoiados na proximidade, no vínculo e na cobertura territorial dos problemas de saúde.

As necessidades de saúde estão contextualizadas no modo de vida de cada sujeito. A condição de vida, o direito à singularidade, o direito às tecnologias de melhoria da vida, o acolhimento e o vínculo na construção da autonomia são características, muitas vezes, mais amplas do que os espaços de intervenção das redes de cuidado em saúde. Cabe, assim, conceber o ato de saúde como intersetorial, já que, na busca pela resolubilidade, o encontro de vida se dá, às vezes, no mundo vivido.

É válido ressaltar que tanto a UAPS – como porta de entrada para o SUS –, como o CAPS – enquanto ordenador das ações de saúde mental –, são dois fundamentais eixos norteadores de práticas responsáveis pela promoção da saúde.

de de um determinado território, porém não são os únicos pontos de apoio à saúde mental. Além disso, considera-se que cada setor da sociedade tem por obrigação garantir os direitos de pessoas com transtornos mentais, o que dá relevo ao cuidado pautado na intersetorialidade.

Fundamentados em Fleury e Ouverney (2007), que conceituam a rede de atenção em saúde, o funcionamento em rede de serviços possibilita a atuação do trabalhador nos espaços extramuros do seu local de atendimento, indo além do consultório, da sala de espera ou mesmo da atividade em grupo no espaço do posto de saúde ou do CAPS. Essa atuação externa ao ambiente de trabalho formal contribui para a articulação dos trabalhadores entre si, ou seja, favorece a comunicação pessoal e relacional dos indivíduos, fortalece vínculos entre os trabalhadores e a formação de redes informais de apoio. Na psicologia social, utiliza-se o termo “rede” para definir o universo relacional do indivíduo. Ela se caracteriza por seu tamanho, densidade e composição.

Reconhece-se, assim, que a configuração dos equipamentos intersetoriais como ferramentas de apoio é uma das transformações promovidas nos processos de produção do cuidado ocorridas 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 hegemôni-

cos, contribuindo, inclusive, para a diminuição do preconceito e da discriminação promovidos pela sociedade no que diz respeito à 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).

É 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, visto 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 de Atenção Psicossocial (RAPS) 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 esta atenção. Lembra-se que a RAPS se configura como uma estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando o reposicionamento do Hospital Psiquiátrico e a sua gradativa substituição pelos CAPS e outros equipamentos, buscando oferecer atendimento à população por meio de acompanhamento clínico e ações que possibilitem a inserção social dos usuários – acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comuni-

tários. 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).

[...] 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. Deste modo, o interesse pela integração

entre os serviços – e a construção de um cuidado compartilhado – deve ser precípua 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 isto não tem trazido resultados satisfatórios. Deste modo, apesar dos entraves presentes no território e no planejamento das atividades dos serviços, faz-se necessário que se busque aproximar este diálogo com os equipamentos e, a partir desta integração, se promovam estratégias de inserção dos usuários.

Destaca-se que uns 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 sociocomunitárias –, pode amenizar este problema, na medida em que há o compartilhamento do cuidado, pois se fortalece uma rede de suporte social. Além disto, percebe-se a potencialidade para o aumento da resolutividade, da promoção de uma atenção integral e, por consequência, para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Apreende-se que o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais da equipe e a gerência dos serviços é fundamental nesta 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 gerência é importante por se tratar de uma instância organizativa à qual se confere maior poder de decisão no plano das atividades, pois “[...] 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).

Dessa forma, a intersetorialização é reconhecida como peça importante no que concerne a buscar ultrapassar os limites do ser biológico, considerando também suas características sociais, culturais, políticas e econômicas, sua singularidade e coletividade. Assim, a intersetorialidade compreende a relação das várias partes do setor com uma ou outras partes de outros setores, estabelecendo parcerias entre setores da educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros (SILVA; RODRIGUES, 2010).

A produção do cuidado requer ações em saúde que atinjam a integralidade dos usuários. Ações para além de atender bem e de aliviar o sofrimento e o sintoma, que estejam articuladas com os outros setores da sociedade para a melhoria de suas condições de vida e de saúde. Isto reflete que a produção do cuidado em saúde mental não pode ser centralizada na doença e no sintoma. Percebe-se que as necessidades dos usuários em saúde mental estão vistas como irredutivelmente singulares e interdependentes ao seu cotidiano social e econômico.

Tal discussão corrobora com a perspectiva de considerar necessário privilegiar um processo de trabalho que

conheça o sujeito, que traz consigo além de problemas de saúde, uma história de vida que é também determinante do seu processo saúde–doença. Conhecer a história de vida de cada sujeito como norteador do processo de cuidado é, acima de tudo, reconhecê-lo em sua totalidade complexa e em sua realidade multideterminada influenciada pelos contornos sociais que atravessam e são atravessados por suas necessidades em saúde.

Esse movimento de mudanças, dentre outras ações, vem exigindo a efetivação de uma rede de serviços de saúde substitutiva aos hospitais psiquiátricos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas em sofrimento psíquico. Logo, a implantação dos vários serviços substitutivos e a construção da rede de saúde mental evidenciam o esforço e o compromisso na implementação da Política de Saúde Mental.

É fundamental que haja uma intensa articulação inter-setorial envolvendo esforços de outros setores das políticas municipais, como assistência social, esporte e lazer e desenvolvimento econômico, pois, a efetivação dos serviços substitutivos não garante, por si só, o funcionamento efetivo da rede, sendo, para isto, necessária a efetiva articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde. Evidentemente, existem os limites decorrentes, sobretudo, da própria determinação do cotidiano múltiplo, diverso e dinâmico presente no setor.

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSO, ACESSIBILIDADE E FLUXO DOS SUJEITOS

Obter acesso ao serviço é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando este parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Neste sentido, o acesso pode ser entendido como a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, os tempos e meios utilizados para o deslocamento (como filas, local e tempo de espera), o tratamento recebido pelo usuário, a priorização das situações de risco e a possibilidade de agendamento prévio (LIMA et al., 2007; RAMOS; LIMA, 2003).

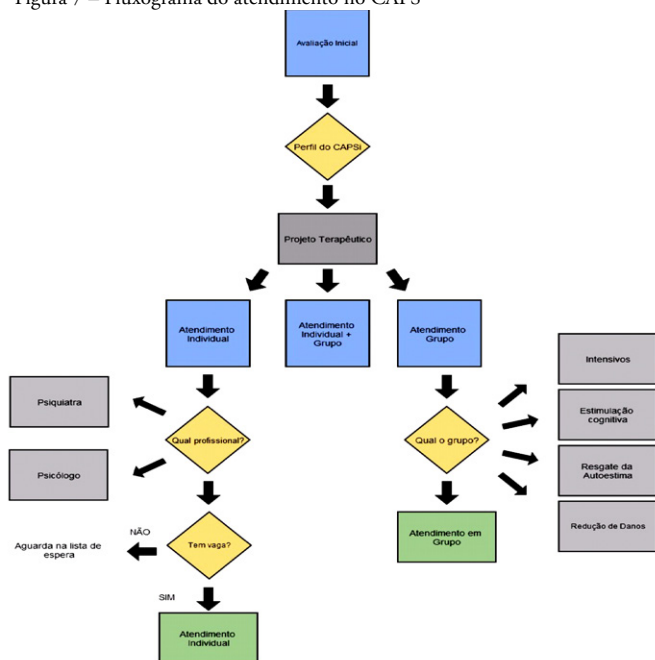
Nos discursos, observamos várias necessidades relacionadas ao acesso, mediante as (in)satisfações apresentadas. Dentre estas necessidades, o acesso à marcação das consultas se constituiu como um elemento importante da organização do atendimento no serviço frequentado pelos sujeitos. Porém, eles enfatizam que o acesso à marcação das consultas não é o mais difícil: o entrave é focalizado no tempo de espera que eles aguardam até chegar o dia de serem atendidos. Além disto, os usuários percebem, na lógica da organização do serviço, outro entrave relacionado à dificuldade no acesso ao cuidado. Através de seus relatos percebe-se que a demora no atendimento no serviço gera insatisfação e, muitas vezes, desistência da assistência que seria oferecida.

[...] Eu chego e fico esperando aí a mulher me chama, mesmo o horário sendo marcado às vezes demora um pouco. No geral eu gosto daqui. O problema é o horário porque às vezes demora muito [...]. (Grupo III).

[...] Eu não tenho do que reclamar não. Toda vez que eu chego eu sou bem atendido, demora um pouco né, mas isso é normal serviço público a gente não pode esperar muita coisa. Mas ela sempre consegue atendimento, ela já vem agendada, quando ela sai daqui, a próxima consulta já tá agendada, que isso também demora um pouquinho, mas deve ser a quantidade de gente ou então o tratamento não é tão rigoroso. Ela pode passar dois ou três meses sem vir aqui, mas já sai agendado [...]. (Grupo IV).

[...] Na hora que ela chega, ela já é atendida aqui pela moça da recepção. Aqui tem uma recepção boa, elas já atendem logo a gente, a gente pergunta alguma coisa eles respondem, o problema é que a gente tem que esperar muito tempo pra ser atendido pela doutora né [...]. (Grupo IV).

Figura 7 – Fluxograma do atendimento no CAPS



Fonte: pesquisa direta, 2014

Franco, Andrade e Ferreira entendem o acesso como o primeiro dispositivo de produção do cuidado, pois ele é o pressuposto para que os fluxos assistenciais operem. Vale destacar que o acesso não se dá apenas por dispositivos organizacionais, mas se vincula à atitude que o trabalhador de saúde tem para com o usuário.

[...] É no encontro do trabalhador com o usuário que o acesso acontece como dispositivo de cuidado ou não, e o que define isso é o olhar sensível, o gesto acolhedor, o vínculo que se estabelece entre ambos, associados à ação interessada, micropolítica, no cenário de produção do cuidado [...]. (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009, p. 36).

Assim, no que diz respeito ao acesso dos usuários ao CAPS, observamos que este acontece por meio de encaminhamentos ou por demanda espontânea. Os encaminhamentos são, na sua maioria, oriundos do hospital e, em menor proporção, da Unidade de Atenção Primária à Saúde. Os usuários são, inicialmente, atendidos, na recepção, por trabalhadores de nível médio que são responsáveis pelos agendamentos de consultas e atendimentos. Apesar da baixa capacidade resolutiva, a recepção representa o primeiro encontro de usuários/familiares e trabalhadores do serviço e este é quem faz a primeira escuta das demandas. Inicialmente não são discutidas informações sobre o serviço, ficando estas informações a serem discutidas no momento da avaliação inicial/anamnese. Embora seja pouco resolutiva, em alguns casos, a recepção já define se a pessoa é ou não perfil do CAPS e, caso não o seja, é quem a orienta a buscar outro serviço, comumente, a UAPS.

Complementando essa ideia, é importante ressaltar que existe uma diferença entre a acessibilidade que o usuário tem de chegar ao serviço e agendar o atendimento e o acesso ao cuidado propriamente dito. Starfield (2002) revela

que, apesar de o acesso ser complementar à acessibilidade, estes são conceitos distintos: a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar melhores resultados. Assim, o acesso é uma consecução do cuidado, de acordo com as necessidades e as demandas apresentadas pelos usuários. Entretanto, o que deve ser realizado para otimizar o serviço é uma qualificação do acesso, incluindo a importância dos aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição da análise de vários aspectos culturais, geográficos e das próprias necessidades da demanda (RAMOS; LIMA, 2003).

Durante a observação, percebemos que a avaliação inicial/anamnese é feita com os usuários que estão vindo, pela primeira vez, ao CAPS, podendo ser realizada por qualquer profissional de nível superior, com exceção do profissional médico, sendo feita, algumas vezes, por dois profissionais, a depender da demanda. O acolhimento, que ocorre de segunda a sexta-feira, no turno da manhã e da tarde, é feito com as pessoas que já são usuárias do serviço por qualquer profissional de nível superior, com exceção do profissional médico, e não possui limite de atendimento. O atendimento também é feito por ordem de chegada.

Embora denominada de avaliação inicial ou anamnese, percebe-se que este primeiro contato profissional-usuário é também um acolhimento, com atos de escuta, diálogo e busca da resolutividade, contudo, os profissionais do CAPS se referem a esta ação com denominações diferentes e como sendo realizada com vistas a identificar quem está procurando atendimento pela primeira vez e quem já é usuário

do serviço. Desta forma, existe no CAPS a avaliação inicial/anamnese para os que estão vindo pela primeira vez ao serviço e o acolhimento, para os que já são usuários do serviço e trazem alguma demanda, como podemos identificar no discurso abaixo:

[...] A anamnese é a avaliação inicial, é o primeiro momento que eles tem com a gente, é quando a gente conversa com o paciente, com a família e a gente vê se ele tem perfil de ficar sendo atendido aqui ou deve ser encaminhado para outro serviço [...] (Grupo II).

[...] No acolhimento ele já é do serviço, já é atendido aqui e por algum motivo a mãe vem por demanda espontânea trazendo alguma necessidade aí a gente acolhe e tenta resolver, por exemplo, acabou a medicação e a consulta é só daqui a um mês, a gente conversa, vê qual a medicação está faltando, vê quando é a próxima consulta, a gente faz essa avaliação e conversa com a médica que tá responsável no momento e tenta ver se ela pode tá fazendo essa receita [...]. (Grupo II).

[...] Quando o paciente ou cliente chega aqui no serviço ele passa pelo processo de acolhimento ou acolhimento e avaliação já conjuntos e quando ele não se enquadra aqui dentro do serviço a gente encaminha para outro serviço, por exemplo, o Nami da

Unifor, que hoje é um grande parceiro da gente quando a gente vê que não se enquadra, ou a psicologia da UFC, no caso mais essa questão voltada para a psicologia. E a gente tem às vezes esses trabalhos que são realizados fora com os outros serviços assistenciais da parte educacional né e educativa que é futebol, capoeira, entendeu, a gente sempre procura, às vezes, fazer esse encaminhamento para os outros serviços [...] (Grupo II).

Durante o acolhimento/avaliação inicial, o profissional conversa com o usuário e seu familiar na busca de entender o(s) motivo(s) que o levou ao serviço. Existe um questionário padrão que é respondido durante o atendimento, que contém dados para a identificação, como nome da mãe e/ou responsável, telefone para contato e endereço, dados sobre a história de vida do paciente desde o nascimento, problemas na gestação, no parto, traumas, além dos sinais e sintomas que o levaram a procurar o CAPS.

Retrata-se que os sujeitos e seus familiares que chegaram à recepção e seguiram para a avaliação são questionados sobre o que os levou ao serviço. Neste momento, o profissional acolhe as demandas do usuário e define se está no perfil do CAPS e, caso não, o encaminha para outros serviços da comunidade. Este momento de decisão é descrito por Merhy (2002) como o momento no qual se procura registrar os distintos critérios de que o serviço se utiliza para poder dizer se aquilo que o usuário está trazendo como um “problema de saúde” será ou não objeto de ação do serviço.

[...] Ele passa, digamos assim, vamos pegar um paciente chegando no serviço: ele passa primeiramente pelo acolhimento do profissional e, como eu tô te falando, ou a própria anamnese, feito por qualquer profissional de nível superior. Então a gente tem um questionário padrão e nesse questionário padrão é observado se o paciente é demanda ou não do Caps [...] (Grupo I).

No que diz respeito ao projeto terapêutico, observa-se que o usuário é um sujeito passivo perante seu projeto terapêutico assim como seu familiar:

[...] A gente escolhe o grupo de acordo com o perfil. Os mais comprometidos vão pro grupo de intensivos comigo. Os adolescentes com melhor desenvolvimento motor, melhor desenvolvimento cognitivo aí eles vão para outro grupo. Os que tem problemas com álcool e outras drogas aí já vão pra outro grupo. Então é perfil. A gente traça um perfil e faz a marcação dentro desse perfil pro grupo [...] (Grupo II).

Portanto, o profissional registra as informações na ficha de anamnese e, ao final deste encontro, ele constrói o plano terapêutico desse usuário: será encaminhado para atendimento individual? para qual profissional? participará de algum grupo terapêutico? ele precisará de alguma prática em saúde que não é ofertada no serviço (apoio diagnóstico; especialistas que não compõem a equipe)?

O serviço possui um cardápio de ofertas que vão desde atendimentos individuais como, por exemplo, as consultas, a atendimentos grupais. O que conta nesta fase é que se concretiza um trabalho que toma centralmente um conjunto de saberes e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde, conforme os modelos adotados pelo modelo de atenção do serviço (MERHY, 2002).

O cardápio se refere ao trabalho centrado em um conjunto de saberes e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre certo problema de saúde do usuário; é considerado como um objeto de ação de saúde individual/coletiva, alterando a produção das relações sociais (COIMBRA; KANTORSKI, 2005).

Os grupos são ofertados a partir da demanda que há no serviço, de acordo com os diagnósticos apresentados ou por temática. Por exemplo: *grupo resgate de autoestima*, com pessoas que vivenciam sofrimento psíquico envolvendo tristeza e ansiedade; *grupo redução de danos*, que envolve os usuários que fazem uso de substâncias psicoativas; *grupo estimulação cognitiva*, que utiliza dinâmicas e atividades lúdicas para estimular os com atraso cognitivo; e os *grupos de intensivos*, que é para os que apresentam transtornos graves.

[...] O meu chama-se grupo dos intensivos... a gente tem três semanas que a gente trabalha temas sentimento, profissão e aí a gente trabalha com jogo com pintura, com colagem mais com um tema, aí uma sexta-feira a gente faz recreativa eles escolhem o filme ou eles escolhem o jogo e a gente faz dessa forma [...] (Grupo II).

[...] E aí o que é que acontece, eu tô com os que tem a questão da estimulação cognitiva que eu trabalho junto com a T.O no grupo e os demais é grupo de família. Aí, a gente trabalha a questão do estímulo através do lúdico, a gente utiliza muito a questão do lúdico aqui, a questão do estímulo e a gente vai percebendo quais são as deficiências que eles têm pra gente começar a trabalhar no grupo. A cada encontro se faz uma avaliação para saber se a atividade está sendo contemplada por ele, se tá conseguindo evoluir, se tá tendo melhora [...]. (Grupo II).

Questionamos, a partir do exposto, se a organização dos grupos por diagnósticos não estaria apenas centrado na doença, no modelo biomédico e no olhar direcionado para patologias específicas onde se agrupa sujeitos por similaridade de sinais e sintomas.

Apreende-se na observação e nos discursos dos trabalhadores que o trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes. Este tipo de dispositivo exige uma objetivação clara em sua finalidade, evitando, assim, a banalização de sua ocorrência; no entanto, alguns grupos terapêuticos promovidos pelos CAPS evidenciam o foco na doença.

O significado do grupo para os sujeitos envolvidos precisa ser exposto e expresso de forma particular para cada um dos participantes e não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço (SOUZA; PINTO; JORGE, 2010).

No âmbito dos serviços que dão suporte ao modo psicossocial de atenção à saúde mental como os CAPS, o dispositivo grupal se apresenta como um importante meio de intervenção, atuando como fator de desnaturalização do sofrimento e de potencialização da construção de modos coletivos de existência que driblem a exclusão e a negação do potencial de vida (SOUZA; PINTO; JORGE, 2010).

Portanto, a participação, a corresponsabilização do sujeito é fundamental no seu processo terapêutico, pois, sem ela, não se efetivam ações emancipatórias que melhorem a qualidade de vida do sujeito. Para o usuário ser um sujeito ativo, participante, em alguma atividade terapêutica, ele precisa se identificar com a atividade sugerida, por exemplo, a música deve ser escolhida por eles; a imagem deve trazer situações do seu cotidiano, pois é preciso respeitar a singularidade de cada um.

Cunha (2005) traz a noção de Projeto Terapêutico Singular como a experiência de um sujeito em constante construção, capaz de enxergar possibilidades dentre as certezas e os imprevistos no trabalho em saúde, operando com a clínica ampliada. Em virtude disso, o nome projeto terapêutico singular vem em substituição ao projeto terapêutico individual, pois destaca que o projeto busca a singularidade como elemento central de articulação e que pode ser atribuído a indivíduos e coletivos.

Percebe-se que o planejamento da trajetória dos usuários no CAPS não se dá através da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, pois, segundo a sua conceituação, este deve estar relacionado à gestão do cuidado em que trabalhadores e usuários devem estar implicados em articular, ao

mesmo tempo, a operação e a gestão do cuidado. A ampliação das percepções das necessidades de saúde e a centralidade nos usuários podem transformá-lo em dispositivo para gerar reflexão nas práticas em saúde. Entendemos, aqui, dispositivo como um artifício que, ao ser acionado, dispara um movimento, uma ação/reação, uma reflexão, uma mobilização no outro (OLIVEIRA, 2010).

Finalmente, os usuários irão sair, por ocasião de encaminhamento para outros serviços da rede ou da própria comunidade ou com um retorno dos mais diferentes tipos para o próprio serviço de origem, ou ainda, por alta.

Essa forma de operar observada no CAPS leva à fragmentação do cuidado e à descontinuidade do projeto terapêutico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Além disto, perde-se a potência do trabalho conjunto e a ampliação das possibilidades de cuidado do usuário que não faz uso de um sistema integrado de saúde, mas de equipamentos isolados que tratam de problemas pontuais, o que aponta para um entendimento de que usuários em sofrimento psíquico devem ser tratados por especialistas de um serviço específico, em geral, o CAPS.

Neste sentido, destaca-se que os modos de organização do acolhimento envolvem o atendimento desde a porta de entrada do serviço até todos os momentos de interação entre usuário e trabalhador, através de suas redes de conversações. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2010).

A estratégia de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade na Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza foi implantada em 2006, como estratégia de organização do processo de trabalho das equipes, dando continuidade às ações da Política Municipal de Humanização (PMH). Foram realizadas oficinas que contaram com a participação de coordenadores e profissionais dos CAPS e foram abordados os seguintes temas: acolhimento, clínica ampliada e território, usando a organização dos serviços e dos processos de trabalho para ampliar o acesso, qualificar as atividades e atender às necessidades dos usuários (FORTALEZA, 2007).

Sabe-se que o acolhimento pertence ao núcleo de competência e responsabilidade de todos os trabalhadores da equipe de saúde. Portanto, no CAPS, a equipe organiza o acolhimento para receber a livre demanda durante toda a semana e os trabalhadores estabelecem uma escala de trabalho no acolhimento onde há um ou dois profissionais do nível superior. Além disto, para os usuários que foram caracterizados como perfil do CAPS, no dia da avaliação, é agendada uma visita ao CAPS, que é denominada *Grupo acolhida*. Nesse dia, o coordenador do CAPS apresenta toda a estrutura física do serviço e todos os profissionais aos usuários e seus familiares.

Depreende-se que o CAPS está utilizando o dispositivo acolhimento para a organização de suas práticas em saúde, contudo, há ruídos nos modos de organização do processo de trabalho. Se o acolhimento, denominado de avaliação inicial, no CAPS, é a porta de entrada no serviço, supomos que, ao determinar horários específicos para acolher os usuários

que procuram atendimento pela primeira vez, pode-se impor uma barreira para o acesso dos usuários a este serviço vez que encontram uma “fila de espera” estabelecida pela ordem de chegada e pelo número máximo de atendimentos.

Assim, a redução na oferta de horários e no número de atendimentos para a avaliação inicial dos usuários que chegam, vai de encontro à concepção do que é o acolhimento. Este modo de organizar a avaliação inicial/acolhimento coloca em questão a dinâmica e os modos de acessibilidade dos usuários ao serviço, que aqui se traduzem como um “funil”, um estreitamento da porta de entrada, o que pode resultar em uma demanda reprimida.

O acolhimento é uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo; implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções tomando para si a responsabilidade e a resolutividade do caso em questão. E, o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção da saúde (BRASIL, 2010).

Neste sentido, apreende-se que o primeiro contato entre usuários, familiares e trabalhadores se traduz em um momento de escuta para problematizar quais serão os caminhos desses sujeitos dentro dos serviços, quais as estratégias de enfrentamento aos seus sofrimentos e como serão ofertadas, qual será o cardápio terapêutico ofertado pelo serviço. Assim, entendemos que, a partir das necessidades de saúde do usuário, se constrói os caminhos a serem percorridos pelos usuários e trabalhadores no movimento de cuidar desses usuários.

Um dos aspectos da estrutura e organização do trabalho relacionado ao acolhimento é o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ou seja, a abertura do serviço de saúde e a capacidade deste de sensibilizar-se e responder às diferentes demandas de forma planejada ou não (MATUMOTO, 2003).

Dessa forma, Merhy (1994) considera que o acesso e o acolhimento devem deixar de ser problema de recepção e se tornar objeto da prática de toda a equipe de saúde. A função da porta de entrada não deve ser a de barrar e limitar o atendimento e, sim, de responder aos problemas que ali se apresentam, de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações.

A partir dessas considerações, ao discutir sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde, Merhy (2006a) aposta nas tecnologias leves ou tecnologias de relações para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. Para o autor, esta tecnologia está além das ferramentas e máquinas disponíveis para auxiliar nas intervenções assistenciais. A tecnologia estará sempre disponível nas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias duras (equipamentos e maquinários) nas diversas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento.

Assim, com o intuito de proporcionar uma atenção em que o usuário é sujeito de seu processo saúde–doença–cuidado, tendo como núcleo central o resgate ou manutenção de sua autonomia, ganham dimensão os dispositivos de acolhimento, vínculo e corresponsabilização na produção do cuidado em saúde.

O vínculo, como tecnologia leve das relações, pressupõe que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pelos usuários acompanhados. Consequentemente, ocorre uma interação geradora de laços afetivos entre os trabalhadores da saúde e os usuários (MERHY, 2006b). É através do acolhimento que se estreitam tais laços afetivos proporcionados pelo vínculo, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).

[...] Tem um usuário que eu fiz a anamnese aí eu fiz os encaminhamentos e ele ficou no meu grupo, então toda hora que ele chega ele vem me procurar, se tem uma dificuldade ele vem a mim, a família dele sempre que tem uma dificuldade vem a mim, então fiquei como referência. [...] (Grupo II).

Entretanto, percebemos que, devido à rotatividade dos profissionais, à falta de vale-transporte e à falta de almoço para os usuários intensivos dificulta-se e, até mesmo, impossibilita-se a construção do vínculo, como referem alguns discursos.

[...] Quando eu comecei o grupo era feito por mim e uma psicóloga, mas num espaço de tempo de sete meses a psicóloga já foi trocada três vezes só eu fiquei fixa no grupo, uma saiu para fazer mestrado, outra foi assumir um concurso público e outra saiu porque era contratada e com a mudança de gestão foi retirada do CAPS, assim como outros profissionais daqui [...]. (Grupo II).

[...] Agora a rotatividade é muito grande, alguns deles vem ao grupo em uma quinta feira porque os grupos se dão na quinta feira a tarde para a gente vê-los novamente são uns quinze dias depois, eles meio que não tem ainda esse vínculo com o serviço e às vezes eles estão vindo porque o centro educacional pede que eles tenham essa frequência, em alguns a gente percebe que não é uma vontade mesmo própria, dentro do que o objetivo do grupo tem de sair mesmo do uso da droga e ter uma vontade própria deles de sair. Existe uma dificuldade de vínculo com o serviço por conta da própria dependência, tem que ter uma vontade de sair e ver o grupo como um

meio, como algo que vá favorecer a sair [...]. (Grupo II).

Esses dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo e corresponsabilização) representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Passamos, então, a compreendê-los como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS et al., 2007).

Entende-se que as tecnologias leves do cuidado são geradoras de autonomia do sujeito social, na medida em que proporcionam um cuidado centrado no usuário/família. Desta forma, a gestão do cuidado pode ser entendida como forma de melhor assegurar esta autonomia e dar respostas, de acordo com cada demanda em busca da resolubilidade e qualidade da assistência.

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

ALVES, C. F. O. **Entre o cuidar e o sofrer**: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores /profissionais de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2005.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/10.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

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

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ANDRADE, L. O. M. et al. Saúde Mental & Cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-71, jun. 2007.

ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 136-142, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a18v32n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. **A produção do cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador: EdUFBA, 2010. p. 13-38.

ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana**, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul. 1998.

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: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139-159.

ASSIS, M.M.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

AYRES, JR. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/10.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

AYRES, JR. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/11.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a22.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

BARROS, M. M. M. A. **Prática de Saúde Mental em Sobral-CE:** o discurso do sujeito coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp120289.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2015.

BARROS, J. A. C. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 27, p. 906-916, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a20v1227.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

BASTOS, L. S. et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes *mellitus* em um Centro de Saúde em Feira de Santana-BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1417-1426, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a77v16s1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

BERRA, K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? **J Cardiovasc Nurs.**, v. 26, n. 2, p. 145-167, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21076315>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof**, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano; compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BONALDI, C. et al. O trabalho da equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: BARROS, M. E. B.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 53-72.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>>.

BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm**, USP, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 138p.

BRASIL, 2001. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília 2001.

BRASIL. **Portaria n.º 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de saúde mental: relatório final**. Brasília, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: MS; 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão**. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilhas da PNH**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). DATA-SUS. **Dados em Saúde Mental**. Número de CAPS por tipo de UF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental: atendimento e intervenção com álcool e outras drogas**. Caminhos do cuidado. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRUSAMARELLO, T. **Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde

de, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTA%C3%87%C3%83OTA-TIANABRUSAMARELLO.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1256-1260, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a19v43s2.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Revista Ciência e Saúde de Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200013>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas; o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

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

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a Clínica Ampliada em equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO C. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006B. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. [online], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

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** [online], v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A. Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde soc.**, v. 19, n. 3, p. 709-716, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/21.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CARVALHO, S. R., CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR. Impresso)**, v. 24, n. 2, p. 102-108, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40819262003.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CECCATO, S. R.; VAN DER SAND, I. C. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Rev. Eletr. de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 1, jan/jun. 2001.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://lrc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%e1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20c1rea%20da.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

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

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. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 115-128.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Revista Interface, Comunicação e Saúde (Botucatu)**, v.15, n. 37, p. 589-599, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; MEHRY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e prática**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2003. p. 197-210.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, set./

out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 13, n. 1, p. 252-256, 2005.

COSTA, T.; CORTEZ, E. A. Educação permanente no contexto da atenção psicossocial: pesquisa convergente-assistencial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 1, p. 184-187, abr. 2013.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 13. Ouro Preto, 2002. Disponível em: <www.dppg.cefetmg.br/mtp/TecnicadeGruposFocaisdoc>. Acesso em: 25 jul. 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec. 2005.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

DAMAS, K. C. A; MUNARI, D. B; SIQUEIRA, K. M. Cuidando do Cuidador: Reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Goiânia, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 272-278, 2004.

DELFINI, P. S. de S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, suppl. 1, p. 1483-1492, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Bol Tec Senac**, v. 22, n. 2, p. 15-21, 1996. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 99-120.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental** [online], Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-83, jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a07.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.** [online], v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. de S. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 4., n. 1, p. 37-48, 2009.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**

[online], v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados: os casos de Marília e Londrina.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface, Comunicação Saúde de Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revist. Enfer**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-84, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

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

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 2004.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006a. p. 459-474.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor de projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saú-**

de: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A produção subjetiva do cuidado:** cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim-MG. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2006. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. A integralidade e as linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção imaginária da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. (Org.). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ CEPESC/ABRASCO, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151- 163, 2012.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, p. 326-327, 2007. Disponível em: <<http://www.unc.br/mestrado/textos/Bibliografia-2013-Desenvolvimento-e-Saude.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GOMES, A. M. A. et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis** [online], v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/14.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

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

GONÇALVES, A. M. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. **Millenium Revista do ISPV** [online], n. 30, out. 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/13.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem cultura e o processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

LINCOLN, Y. S.; LYNHAM, S. A.; GUBA, E. G. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **The Sage Handbook of Qualitative Research**. 4. ed. Thousand Oaks, Ca: Sage, 2011. p. 97-128.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 37-56.

GUIZZO, B. S; KRZIMINSKI, C. O; OLIVEIRA, D. L. L. C. O software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramentas para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 53-60, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23510/000397047.pdf?>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. et. at (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO. 2007.

HENRIQUES, R. L. M. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO,

R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, Abrasco, 2006. p. 229-250.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Área territorial oficial. Resolução da Presidência do IBGE de n° 5 (R.PR-5/02)**, 2010. Visitado em 03 de agosto de 2013.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18. n. 2, p. 241-248, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

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

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras.enferm.** v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,

v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v30n4/a03v30n4.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

KUSHNIR, R. Organizando redes de serviços de saúde. In: PES-SÔA L. R.; PINTO, L. F. **Curso de Aperfeiçoamento em gestão de investimentos e projetos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 96-111.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LIMA, L. L. **Micropolítica do cuidado ao usuário com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/leilson_lira_lima.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LIMA, V. V.; FEUERWERKER, L. C. M. Formação de ativadores de processos de mudança – uma estratégia do AprenderSUS. **Olho Mágico**, v. 11, n. 4, p. 15-18, 2004.

LUCCHESI, R. et al. Mental health and the Family Health Program: pathways and obstacles in a necessary approach. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, sep. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 9-20.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 18, n. 1/2, p. 51-55, jan./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3871/2836>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica de expansão da vida. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, supl.1, p. 515-521, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a04v13s1.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 57-74.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIN, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005. p. 179-204.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1114-1416, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 33-46.

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

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 214f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-18052004-094556/pt-br.php>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

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

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

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

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, O. C. L. Org. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, n.6, p.109-16, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

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

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002a.

MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesc, Abrasco, 2005. p. 195-206.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MIELKE, F. B; COSSETIN, A; OLSCHOWSKY, A. The local health council and the discussion of mental health actions in family health strategy. **Texto contexto - enferm.** v. 21, n. 2, p. 387-394, 2012.

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

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S, MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-103.

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

MORAES, D. R. Revisitando as concepções de integralidade. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 9, n. 1, p. 64-72, jan./jun. 2006.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NEVES, H. G.; LUCHESE, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 4, p. 2666-2670, 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: conflitos e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

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

OLIVEIRA, L. H. **Cidadãos peregrinos**: os 'usuários' do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de

Fora. Tese (Doutorado em Saude Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, M. M. Metodologia interativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces** v. 1, n. 1, p. 67-78, 2001.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, K. M. D.; SILVA, J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 30, n. 4, p. 692-699, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/ OPAS, 2006. p. 462-741.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Cienc. Saude Colet.**, v. 16, n. 12, p. 4643-2652, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

PAIM, J. Prefácio. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2006.

PEDUZZI, M. **Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

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

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16141/17756>. Acesso em: 27 jul. 2015.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação Profissional em Saúde. In: _____. **Dicionário Da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 126-132.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Revista da Escola de Enferm da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-285, 2006.

PINHEIRO, R. A importância do SUS: o político, o social e as questões a superar. In: RAXACH, J.C., organizador. **Reflexões sobre assistência à Aids**: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA); p. 59-61, 2003.

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

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

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Lappis, 2006.

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

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

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

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: CUT/Annablume, 1998.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do Cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 729-736, 2005a.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, 2005b.

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**, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos

serviços. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2381/1322>. Acesso em: 15 jul. 2015.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. *Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?* **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

RAMOS, M. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafios para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 207-221.

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

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/16.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e mudanças na prática de educação popular em saúde. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, V. Recife, 2005.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4634, 2011.

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

SAIDÓN, O. **Devires da clínica**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SALVADOR, A.S. et al. Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/17.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.

1, p. 75-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/08.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SCARPARO, H. B. K. Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. **Barbarói**, v. 2, n. 25, p. 115-130, 2006. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/731/612>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SENA, J. M.; JORGE, M. S. B. Subjetividades produzidas no cotidiano do CAPS: sujeito práticas e relações. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 90, p. 445-453, 2011.

SERRANO, A. I. et al. **Pesquisa sobre as estratégias para a operacionalização das ações de saúde mental em Santa Catarina**. Florianópolis: SES, 2004. Itajaí: Mestrado em Saúde/UNIVAI, 2004.

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1237-1242, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a29.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SILVA, L. F. et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2002.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 65, p. 234-242, 2003.

SILVA, R. P. G.; RODRIGUES, R. M. Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 66-72, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/000009/00000914.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2007. p. 115-130.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005. p. 93-110. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos-sp-1348150660/publicacoes/238-ensinar-saude>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/5468/569.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SJÖSTRÖM, M. et al. A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: effective application of principles of learning and lifestyle change. **Eur J Clin Nutr**, v. 53, supl. 2, p. 72-77, 1999.

SOUSA, F. S. P. de et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1579-1599, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a20v21n4.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SOUSA, D. L. M.; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza- Ceará. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 147-154, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a17>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

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.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

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

VALENTIN, C. P. B.; NUNES, M.; JUCÁ, V. J. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reforma psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2385, 2007.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A qualidade do cuidado na convivência com pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 267-278.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-562.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VELOZO, C. M. T.; MELLO E SOUZA, B. C. M de. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 79-85, 2013.

WRIGHT, J. et al. Improving the management and referral of patients with transient ischaemic attacks: a change strategy for a health community. **Quality Safety Health Care**, v. 15, n. 1, p. 9-12, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS – WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Genebra: WHO; WONCA, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

