



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

**Manuela Spínola Azevêdo**

**O CUIDADO A SAÚDE MENTAL EM REDE EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE  
SALVADOR, BA. : DISCUSSÕES E DESAFIOS PARA A INTEGRAÇÃO DE  
SERVIÇOS**

Salvador, BA

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

**Manuela Spínola Azevêdo**

**O CUIDADO A SAÚDE MENTAL EM REDE EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE  
SALVADOR, BA. : DISCUSSÕES E DESAFIOS PARA A INTEGRAÇÃO DE  
SERVIÇOS**

Prof. Orientadora: Dr. Mônica de Oliveira Nunes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Salvador, BA

2010

## AGRADECIMENTOS

Uma trajetória de vida não se constrói sem o apoio de muitos, sem uma rede de suporte e trocas afetivas, sem vínculos com pessoas especiais que nos confortam e nos mostram como a luta para conquistar nossos objetivos vale à pena.

Nesse delicioso e instigante caminho de um curso de mestrado amadurecemos profissionalmente como pesquisadores e como pessoas, fazemos escolhas, temos que adiar alguns projetos para possibilitar outros.

Por isso no momento de finalização deste projeto gostaria de conseguir expressar em poucas linhas meu agradecimento a essas pessoas que me incentivaram, acolheram, orientaram e apoiaram.

À querida professora Mônica Nunes que com sua delicadeza, carinho, ética e posicionamentos firmes me orientou na realização deste trabalho, além de ter me possibilitado o ingresso no NISAM, lócus de produção de conhecimento e luta pela garantia de novas formas de cuidado em saúde mental condizentes com a Reforma Psiquiátrica.

Aos amigos do NISAM meu especial agradecimento pelos momentos iniciais da minha formação como pesquisadora, pela troca de conhecimentos, experiências e afetividade. À Ana Pitta, Fernanda, Marcos, Maurice, Silvia, pela amizade e pelas trocas intensas nos campos de pesquisa.

Aos professores e colegas da Pós Graduação em Saúde Coletiva, onde fiz amigos especiais, que tornaram essa trajetória mais rica, interessante e construtiva.

À Prof. Carmem Teixeira que com toda a sua experiência e alegria me ajudou na qualificação e em tantos outros momentos deste curso. A Prof. Jairnilson, Prof. Darci e Prof. Luis Eugênio pelas palavras de incentivo e disponibilidade para boas discussões.

Aos professores Maria Guadalupe Medina e Juarez Furtado pela atenção e contribuições na construção deste texto.

Aos meus queridos pais por me apoiarem sempre, por serem exemplos de vida, por me orientarem no meu caminho. A minha mãe pela sua dedicação, amor, pelo apoio emocional e por me incentivar a seguir sempre em frente. A meu pai por sua leitura cuidadosa e proffcuas discussões sobre a clínica da psicanálise e saúde mental, além do seu carinho constante e acolhimento nos momentos de vacilação.

A minha queridíssima irmã Liloca pela amizade e por sua disponibilidade em me ouvir sempre.

A Cris, companheiro de todas as horas, que com sua alegria renova minhas energias, por me apoiar, me fazendo acreditar que sonhos se tornam realidade.

Às minhas avós, padrinhos, tios e primos pelo apoio emocional e incentivo!

Aos meus amigos da vida toda, em especial, Camila, Dani, Déa, Keu, Joca, Lulu, Marcos, Mai, pela torcida incondicional e pelos momentos de conversas, risos e alegrias. Especialmente a Fabi por dispor de seu tempo me ajudando na árdua tarefa de transcrição de fitas!

Aos profissionais do Colégio de Psicanálise da Bahia, por dividirem seus conhecimentos comigo e me ajudarem na minha formação em psicanálise. Em especial a Regina Sarmiento que com a sua supervisão, me mostra sempre outros caminhos e me incentiva nas minhas empreitadas profissionais na psicanálise e na saúde mental. E a Urânia por me auxiliar na busca pelos meus desejos e formas de lidar com as angústias da vida.

À equipe do CAPS Jardim Baiano onde iniciei minha trajetória no campo da saúde mental, por me possibilitarem a construção de um fazer conjunto com a oferta de formas de cuidado acolhedoras e promotoras de vida.

E por fim meus sinceros agradecimentos aos usuários, trabalhadores e gestores do CAPS Adilson Sampaio, Ambulatório Rubim de Pinho e colegas do Hospital Juliano Moreira, que me acolheram com muita disponibilidade e compartilharam comigo suas práticas, motivações, êxitos, dificuldades e luta para fazer valer a Reforma Psiquiátrica!

## RESUMO

No Brasil, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são considerados equipamentos estratégicos para efetivar a reforma psiquiátrica, visto que são responsáveis pela assistência e principais articuladores da rede de cuidados em saúde mental. Esta dissertação teve como objetivo principal identificar estratégias de integração entre os serviços de saúde que visam assegurar que o cuidado à saúde mental seja efetuado em rede. Seus objetivos secundários foram: identificar estratégias de integração entre os serviços de saúde propostas pelo CAPS (entendido como dispositivo ordenador da rede) que visam assegurar que o cuidado à saúde mental seja efetuado em rede; entender como outros serviços de saúde concebem o cuidado em rede para a assistência à saúde mental em um território e como organizam e desenvolvem práticas nessa direção; descrever o modelo utilizado na regulação do fluxo de usuários de saúde mental para garantir a assistência do ponto de vista dos diversos profissionais e serviços que compõem esta rede; investigar se existem mecanismos construídos em conjunto, CAPS e demais serviços de saúde, para a efetivação do cuidado em rede e descrevê-los; e analisar se os CAPS têm cumprido o seu papel de regulador da porta de entrada em saúde mental no seu território. A fim de atingir estes objetivos, foi realizado um estudo de caso único da rede de saúde mental em um distrito sanitário com a adoção de estratégias metodológicas qualitativas, tais como, observação direta nos serviços especializados de saúde mental, entrevistas semi-estruturadas com coordenadores de tais serviços e coordenador do distrito sanitário, grupos focais com profissionais, bem como coleta de dados em prontuários e documentos concernentes a implantação desses serviços. Observou-se que estratégias de integração vêm sendo propostas pelo CAPS estudado, principalmente no que se refere à atenção básica, bem como que o acesso dos usuários é feito pelos diversos serviços, assim a regulação não se limita a uma porta de entrada única. Diante desta realidade, considera-se importante que novas estratégias sejam desenvolvidas no sentido de integrar a rede descentralizada dos serviços especializados com o objetivo de melhorar o fluxo dos usuários pelo sistema e definir melhor a missão de cada um dos serviços existentes na rede assistencial a saúde mental.

Palavras chave: Saúde mental, integração de serviços de saúde, práticas em saúde mental.

## **ABSTRACT**

In Brazil, the CAPS (Psychosocial Attention Centers) are considered strategic equipment for psychiatric reform, since they are responsible for assistance and main articulators of mental health care. This dissertation had focused identify strategies for integrating health services aimed at ensuring that the mental health care is logged in the network. Secondary objectives were: to identify strategies for integrating health services proposed by CAPS (understood as the originator of the network device) that aim to ensure that the mental health care is logged in the network; understand how other health services are devising the care network for mental health care in a territory and how to organize and develop practices in that direction; describe the model used in regulating the flow of users of mental health to ensure assistance of various professionals and services that make up this network; investigate whether there are mechanisms built together, caps and other health services, for realization of care network and describe them; and examine whether the CAPS have fulfilled its role as regulator of the port of entry into mental health within its territory. In order to achieve these goals, was a case study of unique network of mental health in a health district from qualitative methodological strategies such as direct observation in specialized mental health services, semi-structured interviews with chairpersons of such services and coordinator of district health focal groups with professionals, as well as collecting data from patient records and documents concerning the deployment of these services. It was noted that integration strategies are being proposed by CAPS studied, particularly with primary care, as well as the access of users is done by the various services, so the setting is not confined to a single input port. Faced with this reality, it is important that new strategies are developed to integrate the decentralised network of specialized services to improve the flow of users through the system and better define the mission of each of these services.

Keywords: mental health, integrated care, practice in mental health.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Justificativa.....	14
3. Marco teórico.....	16
3.1. Modelos de atenção em Saúde.....	16
3.2. Modelos de atenção em Saúde Mental.....	25
3.3. Cuidado à saúde em rede.....	28
3.4. O cuidado à saúde mental em uma rede integrada.....	38
4. Metodologia.....	41
4.1 Descrevendo a pesquisa mãe .....	42
4.2 Pesquisa atual – o retorno ao campo.....	49
5. Contexto de implantação da rede de serviços substitutivos em saúde mental.....	60
5.1 Um olhar sobre a implantação da rede de serviços substitutivos na Bahia .....	60
5.2 Um olhar sobre a implantação da rede de saúde mental em Salvador, Bahia.....	63
6. Caracterização das organizações .....	68
6.1. Serviço de emergência.....	68
6.2. Ambulatório.....	74
6.3. CAPS II.....	83
7. Discutindo a integração.....	91
7.1 A inserção da saúde mental na atenção básica: repercussões para integração da rede especializada.....	91
7.2 A Integração da rede de urgência e emergência com serviços substitutivos e ambulatoriais: o manejo da crise.....	103
7.3 A Integração entre serviços especializados: discutindo papéis e compreendendo as estratégias para determinar o fluxo de usuários pela rede.....	116
8. Considerações Finais.....	130
9. Referências bibliográficas.....	135
10. Apêndice.....	142

## Lista de siglas

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APAC: Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD: CAPS álcool e outras drogas

CAPS ia: CAPS infância e adolescência

CENA: Centro Docente Assistencial de Narandiba

CID-10: Código Internacional de Doenças 10ª versão

CGR : Colegiado de Gestão Regional

CTM: Centro de Tratamento Municipal

DS: Distrito Sanitário

EEG: Eletro encefalograma

ESF: Equipe de Saúde da Família

FADA: Fichas de Atendimento Diário

HEML: Hospital Especializado Mário Leal

HJM: Hospital Juliano Moreira

ISC/UFBA: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia

NAC: Núcleo de Atenção à Crise

NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

P.A.: Pronto Atendimento

P.A.P.: Pronto Atendimento Psiquiátrico

PSF: Programa de Saúde da Família



PTI: Projeto Terapêutico Individualizado

SAME: Setor de Arquivo Médico

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel a Urgência

SETA: Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRT: Serviço Residencial Terapêutico

SUS: Sistema Único de Saúde

TEIAS: Territórios Integrados de Assistência à Saúde

UNEB: Universidade do Estado da Bahia

UBS: Unidade Básica de Saúde



## 1. Introdução

Desde a década de 1980 surgem no Brasil as primeiras experiências de serviços substitutivos ao modelo de atenção à saúde mental hospitalocêntrico. Por sua importância destacam-se as experiências ocorridas em São Paulo com a criação do primeiro Centro de atenção psicossocial (CAPS) e em Santos com a criação dos Núcleos de Atenção psicossocial (NAPS).

A Declaração de Caracas (1990) descreve a ineficácia do modelo que tem o hospital psiquiátrico como a única forma de assistência aos portadores de transtorno mental e propõe que a assistência se dê em serviços de saúde de base comunitária, com internações em hospitais gerais, considerando que a assistência psiquiátrica deveria integrar-se dentro dos sistemas locais de saúde.

No Brasil, observa-se uma mudança processual no modelo de assistência à Saúde Mental, que se consolidou em 2001, através da lei 10.216, que institui o redirecionamento da assistência à saúde mental, enfatizando que o tratamento visará à reinserção social do paciente ao seu meio.

A partir da reorientação do modelo de atenção à saúde mental, conquistada através do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, serviços de atenção territorial, de base comunitária, surgem como substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Dentre estes serviços, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se caracterizam por serem responsáveis pela assistência em saúde mental e principais articuladores de uma rede de cuidados que envolve outros dispositivos, tais como serviços da atenção básica, residências terapêuticas, hospitais, dispositivos ligados à educação, trabalho, justiça e direitos humanos, bem como toda a rede social daquele que apresenta transtorno mental.

Além disso, deve-se destacar que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira corrobora os princípios trazidos pelo movimento da Reforma Sanitária, tais como o da integralidade da atenção, equidade, universalidade, descentralização e participação popular (NUNES et. al., 2007). A marca de distinção desse movimento é dar uma nova resposta social à loucura, ou seja, aquele que apresenta transtornos mentais deve ser reconhecido enquanto um cidadão que deve ser integrado ao seu meio.

Este novo dispositivo de atenção, o CAPS, é proposto como regulador da porta de entrada em saúde mental no SUS e marca a reorientação do modelo assistencial, trabalhando com o acolhimento e o vínculo e sendo responsável pela demanda de saúde mental do seu território de abrangência.

No entanto, a implementação dos serviços que integram esta rede de atenção não garante por si só que o cuidado em rede seja viabilizado. Este é o caso, por exemplo, da articulação dos CAPS e da atenção básica, que, em muitos municípios, não foi efetivada nos moldes de um apoio matricial (NUNES et. al, 2007). Continuam assim utilizando a metodologia de regulação utilizada em sistemas hierarquizados, como encaminhamentos com referência e contra-referência, ainda assim com resultados pouco resolutivos.

Figueiredo & Onocko-Campos (2009) referem que dados do Ministério da Saúde evidenciam que cerca de 80 % dos encaminhamentos para serviços especializados em saúde mental não apresentam necessidade deste acompanhamento. Observam-se ainda estudos (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009) que destacam que os serviços da atenção básica se deparam com demandas de saúde mental, mas os profissionais descrevem dificuldades em realizar os encaminhamentos para os serviços especializados.

O apoio matricial seria uma alternativa para a discussão destes encaminhamentos. Figueiredo & Onocko-Campos (2009) descrevem resultados positivos num município em que tal arranjo tem sido colocado em prática. Entre os ganhos destacam-se uma maior co-responsabilização entre as equipes, bem como uma absorção da saúde mental pela saúde de maneira geral. Ainda assim são apontados impasses no que tange à necessidade de um projeto que institua como deve ser feito o apoio matricial, já que as equipes de saúde mental e equipes de referência, por vezes, têm opiniões diferentes no que diz respeito à efetividade do apoio matricial. No entanto, o mais importante é destacar que a integração entre os serviços permitiria regular de maneira mais resolutiva o fluxo de usuários.

Observa-se que profissionais da atenção básica lidam, no seu cotidiano, com pessoas que apresentam transtornos mentais, identificando sinais que indicam, mas que não podem sustentar diagnósticos ou orientar práticas terapêuticas. Desta maneira sentem-se ameaçados ou incapacitados para lidar com essas pessoas, principalmente em situações em que a agressividade está envolvida. Esta situação foi apontada por Jucá et. al. (2009) que investigaram os discursos de equipes de saúde da família e verificaram

que estas necessitariam de uma capacitação e, principalmente, de uma supervisão contínua por parte de uma equipe especializada para incorporar a saúde mental nas suas práticas cotidianas.

Vale ressaltar que a integração entre as equipes pode evitar a psicologização ou psiquiatrização de problemas que nem sempre são dessa ordem, mas, por exemplo, são problemas sociais (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009; JUCÁ et. al. 2009). A integração referida requer responsabilidade compartilhada e, nos casos em que há necessidade, oferta de assistência pelos serviços especializados. Afinal, como nos apontam Figueiredo & Onocko-Campos (2009), não se pode banalizar tais atendimentos, suas intervenções psicoterapêuticas ou medicamentosas.

Além disso, é preciso considerar que a integração da rede de serviços de saúde mental viabiliza-se através de planejamento local de ações, além do trabalho realizado coletivamente por equipes interdisciplinares que garantam a continuidade dos cuidados entre os serviços. Amaral (1997) demonstrou, num estudo realizado na rede básica de Campinas, que pretendia avaliar a efetividade da reorientação de modelo assistencial no que se refere à diminuição de internações, que havia uma baixa adesão ao tratamento ambulatorial de pessoas que saíram de uma internação hospitalar, especialmente os não-psicóticos. Em um universo de 150 pacientes, egressos de internação hospitalar e encaminhados para centros de saúde para continuidade do tratamento, 48,6 % não demandaram o atendimento ambulatorial. Daqueles que o fizeram, 51,4 % abandonaram o tratamento depois de quatro meses.

Foram levantadas hipóteses neste estudo que podem explicar a não adesão ao tratamento ambulatorial da clientela egressa das internações. Entre as hipóteses apontadas, destacam-se descompassos gerenciais e dificuldades no trabalho interdisciplinar. Observou-se que as unidades não sabiam as necessidades de saúde da população sobre a qual estavam responsáveis; assim, trabalhavam com demanda espontânea, e não a partir de um planejamento local. A assistência oferecida era baseada predominantemente na clínica individual e havia dificuldade em oferecer uma atenção integral aos usuários, visto a falta de um trabalho interdisciplinar.

Pode-se inferir que, além de arranjos organizacionais que permitam a comunicação e integração entre serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental, é necessário que haja uma organização interna dos mesmos serviços. Esta deve ser orientada pelo planejamento baseado nas necessidades de saúde da população que venha a necessitar desse atendimento.

A discussão sobre planejamento em saúde mental nos coloca frente à questão da clínica. Onocko-Campos (2001) defende que, a fim de planejar uma ação em saúde, é preciso conhecer as modalidades clínicas. Ao analisar os serviços substitutivos em saúde mental, pontua que os mesmos têm sido eficazes quanto a evitar internações, mas que, por vezes, não se discute a clínica. Assim, em alguns desses espaços, acredita-se que a ideologia poderá substituí-la.

A fim de pensar a clínica ampliada<sup>1</sup> dentro dos serviços de saúde mental, a autora propõe quatro eixos de análise – a crise, o grupo, a família e o trabalho. Aqui daremos ênfase ao momento da crise, no qual mais claramente a autora aponta outros dispositivos de cuidado, além dos CAPS, que têm sido convocados a atuar quando estes últimos não têm conseguido.

Onocko-Campos (2001) refere que as equipes dos CAPS devem ser capacitadas para a intervenção na crise, no entanto ela aponta que nem todos os serviços têm possibilidade de atuar nesse momento. Afinal nem todos os CAPS têm acolhimento noturno, e, em muitos municípios, não existem serviços especializados, exceto o cuidado hospitalar. Nesse momento de transição, de co-existência de modelos de atenção à saúde mental, observa-se que os pacientes em crise são internados em hospitais psiquiátricos e, quando há uma melhora, são rapidamente colocados em alta e, como numa porta giratória retornam à internação. Assim, os usuários, num momento dramático, têm suas referências retiradas e têm dificuldades em fazer novos vínculos num hospital. A autora aponta que há uma interrupção nas relações do usuário com a equipe do CAPS propiciando maiores chances de novos internamentos.

Observa-se uma falta de continuidade no acompanhamento a essas pessoas, dificultado a partir da fragmentação do cuidado por diversas unidades que nem sempre estão integradas. Tal aspecto, já discutido na literatura, aponta para a dificuldade de acesso a serviços ambulatoriais e de base comunitária no período pós-internação (PROVAN E MILWARD, 1995; AMARAL, 1997).

Desta forma, diante desses impasses, ressalta-se que os CAPS têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território (BRASIL, 2004). Face ao exposto, parece relevante a tentativa de compreender como se dá a articulação da rede de serviços de saúde para a assistência em saúde mental em um

---

<sup>1</sup> Constitui-se como negativo da clínica especializada, é realizada através do trabalho em equipe, no qual se busca o cálculo de risco, não só no sentido epidemiológico, mas também social e subjetivo (CAMPOS, 1997, Apud: ONOCKO-CAMPOS, 2001).

território, justificando, assim, a escolha pela investigação do tema que tem como recorte a seguinte pergunta: Quais as estratégias efetuadas pelos serviços de saúde, especialmente de saúde mental, para garantir que este cuidado seja efetuado em rede? E assim para responder a essa questão realizou-se este estudo cujos objetivos foram:

Objetivo geral: identificar estratégias de integração entre os serviços de saúde que visam assegurar que o cuidado à saúde mental seja efetuado em rede no distrito sanitário de Itapagipe, em Salvador, Bahia.

Objetivos específicos:

- Identificar estratégias de integração entre os serviços de saúde propostas pelo CAPS (entendido como dispositivo ordenador da rede) que visam assegurar que o cuidado à saúde mental seja efetuado em rede.
- Entender como outros serviços de saúde concebem o cuidado em rede para a assistência à saúde mental em um território e como organizam e desenvolvem práticas nessa direção.
- Descrever o modelo utilizado na regulação do fluxo de usuários de saúde mental para garantir a assistência do ponto de vista dos diversos profissionais e serviços que compõem esta rede.
- Investigar se existem mecanismos construídos em conjunto, CAPS e demais serviços de saúde, para a efetivação do cuidado em rede e descrevê-los.
- Analisar se os CAPS têm cumprido o seu papel de regulador da porta de entrada em saúde mental no seu território.

## **2. Justificativa**

Compreende-se que o conceito de rede em saúde mental abrange os serviços sanitários e serviços de outros setores, tais como justiça, família, educação, trabalho, religião, entre outros; no entanto, para fins de um estudo a ser realizado no período do mestrado, privilegiou-se o estudo em profundidade da integração em rede que envolve apenas os serviços de saúde (especialmente, os de saúde mental).

Após revisão da literatura (NUNES et. al., 2007; FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009; DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; JUCÁ et. al. 2009; PROVAN E MILWARD, 1995; AMARAL, 1997; ONOCKO-CAMPOS, 2001), verificou-se uma lacuna no que tange à produção de estudos descritivos a respeito da integração em rede de serviços de saúde mental. Observa-se a predominância de estudos teóricos sobre o tema, principalmente no contexto brasileiro, além da predominância de estudos que têm como objeto de investigação a integração entre a atenção básica e serviços especializados, nos quais os CAPS podem ser inseridos. Daí pode-se inferir a originalidade do presente estudo que visa investigar a integração entre os serviços especializados em saúde mental.

Sua relevância está em seu caráter descritivo de parte da recente rede de serviços de atenção psicossocial implantada em Salvador, permitindo assim uma avaliação desse processo, o que pode auxiliar a gestão municipal na condução do plano de saúde mental do município.



### **3. Marco teórico**

A fim de orientar a busca do conhecimento a respeito do problema de investigação proposto faz-se necessária a delimitação de algumas temáticas-chave que são: os principais conceitos dos modelos de atenção em saúde que influenciaram a reforma psiquiátrica no Brasil, além dos modelos de atenção em saúde mental, bem como o conceito de rede.

#### **3.1 Modelos de atenção em saúde**

O modelo de atenção em saúde é definido como uma combinação de técnicas e tecnologias “para resolver problemas e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas” (PAIM, 1999). Não se constitui como um modelo a ser seguido, mas como lógica que orienta as ações em saúde.

No Brasil, no período da crise do governo militar, com o objetivo de superar o modelo assistencial hegemônico, marcadamente curativo e inserido dentro da perspectiva biomédica, foram propostos modelos assistenciais que considerassem as determinações sociais da saúde. Neste âmbito destacam-se três propostas de modelos que enfocam aspectos do processo saúde-doença que abrangem desde configurações sobre o desenho do sistema ao nível macro-organizacional até a mudança do processo de trabalho em saúde, ao nível das micro-práticas (TEIXEIRA 2006, RIVERA & ARTMAN, 1999). Trata-se de modelos propostos por grupos de grandes centros universitários<sup>2</sup>, que seriam: o modelo da vigilância à saúde, a programação em saúde e o modelo em “defesa da vida”.

---

<sup>2</sup> Respectivamente formulados pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), pelo DMP (Departamento de Medicina Preventiva) - USP e pelo LAPA (Laboratório de Administração e Planejamento) - UNICAMP.

O primeiro deles, o modelo de atenção da Vigilância à Saúde, construído pelo grupo do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), propõe o acompanhamento continuado dos problemas de saúde a partir da articulação no nível local dos serviços de saúde. Alguns conceitos são de extrema relevância nesta proposta: o território-processo, entendido numa perspectiva que vai além de aspectos geográficos, considerando aspectos sócio-políticos, relacionais e epidemiológicos de um dado território. A aplicação do planejamento estratégico, que incorpora as questões políticas como seu objeto de trabalho, no âmbito local sob a regulação de uma autoridade sanitária e da sociedade. Tal forma de planejamento visa desencadear um processo permanente de discussão e análise dos problemas sociais o que leva a propor metas necessariamente conflituosas, pois se referem a grupos em e com posições distintas (SILVA JR., 1998).

Como estratégia de intervenção, este modelo propõe o enfoque por problemas, ao invés do enfoque por programas, trabalhando na perspectiva da integralidade, considerada através da perspectiva das práticas em saúde bem como sob a vertente da integração de serviços (SILVA JR, 2008). A discussão sobre integralidade ocupa um lugar central na saúde coletiva e este é um termo polissêmico. Mattos (2003) define este princípio com base em ações preventivas e assistenciais. Ao exemplificar como uma política específica de saúde pode ser baseada na integralidade, ele afirma que deve propor ações assistenciais que façam frente à demanda percebida do usuário, assim como ações preventivas que pretendam modificar o perfil social de uma determinada doença, ou problema de saúde.

No modelo da Vigilância à Saúde<sup>3</sup>, visando atender o princípio da integralidade, observa-se a preocupação na articulação de uma rede de saúde local. Nesse sentido, buscando a macro-organização do sistema de saúde, foi feita a proposta de criação dos Distritos Sanitários. Isto porque se observou que existiam conglomerados de serviços autônomos que não estabeleciam articulações entre si. Desta maneira, surge a proposta de organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (PAIM, 1993).

A proposta dos distritos sanitários procurava organizar serviços numa rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração, destacando-se os procedimentos de referência e contra-referência, desenvolvendo, ao mesmo tempo, um modelo de atenção de base epidemiológica (PAIM, 1993). O Distrito Sanitário contempla uma população

---

<sup>3</sup> De acordo com Silva Jr. (1998) esta ficou conhecida como a proposta baiana do SILOS (Sistemas Locais de Saúde).

definida, um território processo, uma rede de serviços de saúde que não se esgota na atenção primária, incluindo os equipamentos comunitários dispostos na área, buscando a integralidade e a intersetorialidade, bem como a participação da comunidade nas ações de saúde (PAIM, 1999).

O processo de distritalização demarca uma necessidade de mudança de modelo de atenção a partir da reorganização de práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais nas dimensões econômica, política e ideológica, considerando ainda a necessidade de proporcionar uma oferta organizada de acordo com o perfil epidemiológico de uma dada população.

Outra proposta de modelo assistencial seria a da Programação em Saúde construída por grupo de pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (DMP-USP), trazendo como contribuição a incorporação do planejamento local em saúde a partir da epidemiologia social. Visa reduzir a demanda espontânea, privilegiando um enfoque populacional, a fim de racionalizar a demanda. Mendes Gonçalves e cols.(1990) discutem que o trabalho em saúde é extremamente complexo e envolve diversos atores, o que aponta para a racionalização do processo de trabalho, com a explicitação de atividades-meios para conseguir chegar a um determinado fim.

Tal modelo propõe a padronização variável de condutas a partir de objetivos oriundos de consenso, com o cuidado de promover a avaliação das atividades-meios durante o seu desempenho. Vale ressaltar a importância da politização da programação recomendando-se que, além do planejamento a partir do perfil das doenças em uma determinada população, se considere o perfil socialmente construído dessas doenças. “E a partir daí negociar prioridades e explicitar tendências. A priorização teria que traduzir a posição política seja ela qual for” (MENDES GONÇALVES e cols, 1990).

Como se pode observar, o modelo acima explicitado visa uma mudança nas micro-práticas de saúde; não há a intenção de propor como organizar uma rede de saúde integrada. Talvez por isso destaca-se a crítica de Teixeira (2006) de que, apesar de utilizar a epidemiologia, esta serve para iluminar a clínica, já que não se discutem ações territoriais.

O modelo “Em Defesa da Vida” proposto pelo grupo Laboratório de Administração e Planejamento da Universidade de Campinas (LAPA-UNICAMP) pretende transformar as práticas de saúde a partir de ações de humanização, favorecendo a inclusão da subjetividade

dos atores envolvidos nas práticas de saúde, promovendo a autonomia, a partir da construção coletiva das ações em saúde. Propõe desencadear uma revolução molecular na saúde, inspirado no pensamento de Guatari, incorporando a clínica, além da epidemiologia social ao planejamento. Neste sentido destaca-se que “A integração sanitária não passa apenas pela hegemonia na organização dos serviços nem na redução da assistência médica individual à ‘ação programada’ (...) propõe o repensar da clínica como saber complementar à epidemiologia (...)” (CAMPOS, 1991, In: SILVA JR., 1998) Assim tal modelo incorpora ao planejamento estratégico contribuições da psicanálise, da análise institucional, do materialismo histórico e da teoria da ação comunicativa, resgatando autores como Foucault, Deleuze, Guatari, Castoriadis, Habermas e Barenblitt.

A reformulação e ampliação da clínica são pensadas de acordo com duas perspectivas: 1) máxima eficácia, com redução de custos e menos danos decorrentes das terapêuticas adotadas; 2) contribuição para o aumento de autonomia e autocuidado dos usuários. Outro objetivo proposto por esse modelo é de ampliar o espectro terapêutico das equipes de saúde, incorporando ações de promoção da saúde, valorizando o acompanhamento ao longo do tempo, com responsabilização da equipe pelo processo saúde-doença do sujeito. Refere-se assim que cada caso exige um projeto terapêutico singular (CAMPOS, 2003).

Incorpora noções oriundas da saúde mental tais como: vínculo e responsabilidade, que se configuram através da personalização do cuidado e autonomia da equipe para construir um projeto terapêutico singular em acordo com o usuário; o acolhimento que se caracteriza pela solidariedade com a demanda do usuário, na construção de uma relação humanizada entre serviço e comunidade, técnicos e usuários; além da resolutividade, na qual os problemas de saúde são resolvidos pelas unidades básicas e os encaminhamentos acontecem apenas quando ultrapassadas as possibilidades tecnológicas deste nível de atenção (SILVA JR., 1998).

Parte-se da idéia de que todas as pessoas interferem no seu estado de saúde. Logo este modelo defende a ampliação da clínica que, dentre outros pressupostos, propõe reforçar a educação em saúde para ampliar a capacidade de cada um em intervir em seu estado de saúde (CAMPOS, 2003). Essa ampliação da clínica e das práticas sanitárias requer técnicas

pedagógicas<sup>4</sup> e estratégias para lidar com a subjetividade, além do aumento do vínculo dentro da equipe.

Busca-se com isso ainda valorizar os resultados do processo de trabalho e, na gestão de pessoal, deve-se investir na valorização do fator humano em saúde e educação continuada. (CAMPOS, 2003). Compreende-se que, para fazer a “reforma da reforma”, é preciso incorporar o profissional de saúde. Então se preconiza a gestão coletiva, com a construção de mecanismos de monitoramento, como as metas pactuadas para cada território. Agregado a isso, a equipe submete-se a supervisão e análise institucional nas quais são discutidos casos (clínicos/ epidemiológicos) e ações produzidas, num processo de educação continuada. O resultado esperado é que a equipe possa ampliar a sua capacidade de perceber a demanda. Ainda em relação ao processo de trabalho, propõe a interdisciplinaridade como forma de favorecer a integralidade. Cada profissional desenvolve uma atividade, seja clínica, de promoção da saúde ou de prevenção das doenças, sendo as mesmas articuladas pela gerência (SILVA JR., 1998).

Parte-se da premissa de que uma intervenção sanitária produz saúde, mas também evidencia uma desigual distribuição de poder entre serviços e comunidade, bem como entre profissionais e usuários. Nesse sentido, pode produzir algum dano e controle por parte daqueles que detêm poder, informação, conhecimento e possibilidade de intervenção no estado de saúde da população. Para os defensores desse modelo de atenção, é necessário buscar aumentar os coeficientes de autonomia e de autocuidado das pessoas e das comunidades para atenuar os efeitos do controle sobre essas pessoas e da distribuição desigual de poder que estão presentes em qualquer intervenção sanitária (CAMPOS, 2003). Pretende-se, com isso, a incorporação política de usuários e novos sujeitos sociais em defesa da vida, com “a garantia de espaços de participação dos usuários organizados socialmente, pelo acesso a informações do processo político-institucional dos serviços e pela criação de mecanismos de gestão que permitam a atuação real dos setores sociais na definição dos rumos da política de saúde” (SILVA JR., 1998, p 101).

Com relação à rede de serviços de saúde, preconiza certa flexibilidade nos critérios clássicos de hierarquização. O modelo “propõe uma inversão na clássica pirâmide para um círculo, onde o sistema admita várias portas de entrada, segundo a melhor tecnologia e

---

<sup>4</sup> Utiliza como referência a pedagogia crítica, em que se pressupõe que os sujeitos possuem conhecimento sobre o seu estado de saúde.

oportunidade para cada usuário. Uma flexibilização dos critérios de hierarquização sempre foi uma proposta do LAPA” (RIVERA & ARTMAN, 1999). Destaca-se a preocupação com o aumento da capacidade de resolução da atenção básica e para isso alerta para a necessidade de suporte às mesmas, tanto em relação à capacitação técnica, como em relação à provisão de uma rede com serviços de maior capacidade tecnológica. Com relação a essas unidades de referência para a atenção básica, como as unidades hospitalares, propõe-se também uma gestão horizontalizada, com unidades de produção com certa autonomia (SILVA JR, 1998).

Outra proposta apontada apenas por Silva Jr. (1998) seria a de “cidades saudáveis”. Esta traz a importância de ações intersetoriais para o enfrentamento de problemas de saúde, com as políticas públicas saudáveis que devem ser construídas a partir das necessidades da população, com parcerias entre as diversas áreas. Tal proposta é oriunda da Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil essa proposta foi colocada em prática no final da década de 70, em Curitiba, quando o prefeito e sua equipe técnica decidiram atuar sobre a problemática gerada pelo processo de urbanização acelerado. O projeto foi chamado de “saudicidade” e buscava repensar o papel da saúde inserido na cidade, como pode ser observado na seguinte citação sobre o projeto: “Saudicidade: Saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é o oposto da patogenicidade” (RAGGIO, 1992, In: SILVA JR, 1998).

Todas essas propostas surgiram a partir da criação de novos modelos de gestão que consideravam o processo saúde-doença numa perspectiva ampliada, considerando os determinantes deste processo, visto que, de acordo com Campos (2003), o modelo tradicional da assistência não era eficaz (tinha um baixo impacto) e tinha um alto custo. Destaca-se que todos os modelos de atenção em saúde apresentados têm como ponto em comum a ênfase na dimensão política e social das ações em de saúde. Especial destaque pode ser dado à busca pela produção de autonomia dos usuários e trabalhadores trazidos pelo modelo “em Defesa da vida”, além da idéia de ações intersetoriais no planejamento de políticas públicas como é preconizado no modelo de atenção das cidades saudáveis.

Observa-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira também surge como uma proposta que considera aspectos que estão além do modelo biomédico, buscando favorecer a autonomia dos usuários, resgatando a participação política dos mesmos e retomando a idéia de que saúde mental se faz no território em que o usuário está inserido. Assim sendo não se

pode promover saúde mental negligenciando as ações intersetoriais nas quais, a partir de políticas públicas saudáveis, a intervenção sanitária se dê inserida na cidade, promovendo saúde para todos os cidadãos. O novo modelo de atenção em saúde mental pretende, principalmente, garantir uma assistência por meio de dispositivos que tenham como imagem-objeto a inserção dos usuários no seu espaço social.

Destaca-se que, diante da realidade concreta da rede de saúde mental, uma tentativa de síntese dos principais conceitos apresentados pelos modelos de atenção em saúde poderia representar uma forma eficaz de fazer frente aos problemas e necessidades de saúde mental em um dado território.

De saída pode-se ressaltar, do modelo de atenção da Vigilância em Saúde, o seu objetivo de organizar a rede sanitária local e para isso destaca-se a noção de território-processo. Essa noção de território é fundamental para a saúde mental principalmente por que considera o território como local de complexas relações sociais e políticas em que se insere uma dada população. O modelo de atenção à saúde mental vigente prevê a inclusão das pessoas que apresentam transtornos mentais no seu meio, ou, mais especificamente, no seu território. Além desse conceito, destaca-se a idéia de organização da rede local de saúde com oferta programada e mecanismos para a integração de uma rede regionalizada e hierarquizada que possa ofertar serviços que garantam a integralidade da atenção.

Já o trabalho apresentado pelo modelo “Em defesa da Vida” traz a idéia de que é necessário agregar ao planejamento, além da epidemiologia, modalidades clínicas eficazes. Nesse sentido ressalta-se a importância do conceito de clínica ampliada. Este prevê a racionalização dos custos e objetiva aumentar a autonomia dos usuários e trabalhadores. De acordo com Campos (2003b), os conceitos de autonomia, vínculo e responsabilização foram originários da saúde mental. Entretanto a sistematização sobre a clínica ampliada realizada por esse modelo de atenção traz para o cerne das ações em saúde a necessidade de considerar a subjetividade dos atores envolvidos e fomentar o uso de técnicas pedagógicas que possam auxiliar no aumento da autonomia dos usuários que buscam os serviços de saúde.

A clínica ampliada prevê considerar o objeto da clínica como uma síntese entre enfermidade, sujeito e contexto no qual o mesmo está inserido; não significa colocar a doença entre parênteses, negando-a. Campos (2003b) refere que movimentos de inspiração basagliana teriam incorrido no extremo de, ao fomentar o protagonismo político, terem

excluído a doença da experiência do doente. Pontua assim que tampouco é útil excluir essa dimensão. A posição deste autor sobre a forma pela qual os movimentos, inspirados por Franco Basaglia, tomaram a expressão colocar a “doença entre parênteses” é contestada por Amarante (2003). Este último defende a idéia de que colocar a doença entre parênteses seria reconhecê-la como experiência do sujeito em oposição ao que vem sendo atribuído ao modelo biomédico, que colocaria o sujeito entre parênteses. Esta é a proposta da clínica italiana concreta que estabeleceu a doença como experiência do doente compreendendo-o como um ser integral. Ainda que esses dois autores discordem quanto ao posicionamento ideológico dos movimentos basaglianos, eles destacam a idéia de que a reformulação da clínica deve considerar uma ampliação da mesma, para além da doença. Para Amarante (2003) ampliar a clínica seria destacar a importância da articulação do eixo político com o eixo clínico.

O modelo biomédico traz para a clínica a primazia da doença, reduzindo e/ou negligenciando o sujeito doente. Como consequência deste paradigma, entre outras, tem-se que a condução terapêutica seria voltada exclusivamente para a remissão de sintomas, ficando, em segundo plano, ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação (CAMPOS, 2003b).

Assim, a ênfase de Campos (2003b) para a ampliação da clínica recai sobre a necessidade de enfrentar a fragmentação do cuidado decorrente do processo de especialização da medicina com a adoção do trabalho interdisciplinar. Este seria analisado sob a perspectiva dos conceitos de campo e núcleo. O primeiro conceito remete aos trabalhos desenvolvidos por todos os profissionais da equipe, nos quais há o apoio mútuo para a realização das ações. O outro conceito se refere à parte do conhecimento específico de cada profissão que é necessária para a realização do trabalho (CAMPOS, 2003b).

Destaca-se ainda a adoção de arranjos organizacionais que favoreçam as trocas interdisciplinares tais como o apoio matricial ofertado por especialistas a uma equipe de referência de generalistas. Esta preserva o vínculo com sua clientela e negocia projetos terapêuticos singulares, a partir da discussão com especialistas. Dentro desta perspectiva é necessário conhecer os aspectos generalizáveis do processo saúde-doença-atenção e também reconhecer que há variação em cada caso singular (CAMPOS, 2003 b).

No que se refere ao novo modelo de atenção à saúde mental que está em vigor no Brasil o conceito de clínica ampliada é tomado para justo incluir a importância do



desenvolvimento da autonomia dos portadores de transtorno mental, aumentado seu poder de contratualidade, ou seja, possibilitando que os mesmos tenham mais recursos para facilitar trocas sociais.

O conceito de contratualidade, trazido por Kinoshita (1996), faz referência à idéia de que as relações sociais de troca são baseadas na pressuposição de que cada indivíduo tenha um valor, seja ele referente a bens, mensagens ou afetos. Esse valor seria uma precondição para o estabelecimento de relações de troca.

No caso da pessoa que apresenta transtorno mental, estas relações estariam comprometidas, pois se pressupõe que este indivíduo não seja portador de valor algum. O manicômio seria um dispositivo responsável por grande parte da manutenção e produção deste desvalor, pois qualquer poder do indivíduo neste contexto é interpretado sob a vertente do sintoma.

Assim a mudança de modelo traria a possibilidade de trabalhar de forma mais eficaz no sentido da reinserção social, ou seja, na reconstrução do valor de troca com vistas a aumentar a autonomia dos usuários. Os profissionais teriam a possibilidade de usar o seu poder de contratualidade para aumentar o poder do usuário, bem como construir conjuntamente propostas para viabilizar mudanças concretas na vida do mesmo. Considera-se que autonomia não se confunde com auto-suficiência, mas se trata da criação de relações em que haja dependência de muitas coisas. O problema estaria em que, na realidade atual, os usuários dependeriam exclusivamente de poucas relações/coisa, o que comprometeria sua autonomia.

Assim destaca-se a adoção na clínica em saúde mental, como aponta o modelo de atenção “em defesa da vida”, da construção coletiva de projetos terapêuticos singulares que considerem a tríade Sujeito-Contexto-Enfermidade, não negligenciando nenhum desses pólos.

Pode-se afirmar, tomando como referência Costa-Rosa (2003), que o modo psicossocial, que será detalhado a seguir, guarda semelhanças ao defendido pelo modelo de atenção em Defesa da Vida com o conceito de clínica ampliada.

Destaca-se também a forma de organização do sistema com mecanismos que integrem a rede de forma que os saberes circulem, sem provocar omissão, e sim o compartilhamento,

de idéias e responsabilidade na assistência, como se propõe com a adoção do apoio matricial no campo da saúde mental.

Por fim, é preciso destacar, com relação ao modelo de Programação em Saúde, que, apesar de não trazer elementos para reorganização do sistema como um todo, coloca a necessidade do planejamento do processo de trabalho em saúde. Assim, deve-se entender a necessidade do planejamento dentro de cada unidade para dar respostas à demanda em saúde de forma racionalizada e minimamente programada.

### **3.2 Modelos de atenção à saúde mental**

No Brasil a partir de 1980 grupos de profissionais iniciaram uma mudança no modelo de atenção à saúde mental que se pretendia substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. O modelo de atenção à saúde mental que vem se configurando no Brasil através do SUS foi influenciado por reformas psiquiátricas que ocorreram no mundo como: a Psiquiatria de Setor (França), a Psiquiatria Comunitária (EUA), e movimentos como a Antipsiquiatria, Psiquiatria Democrática (Itália) e a Psicoterapia Institucional (França). Todos esses movimentos questionavam o hospital psiquiátrico como dispositivo terapêutico. No entanto, apenas o movimento italiano promoveu uma proposta que visava à extinção do hospital psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2003).

A transformação do modelo assistencial hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial foi acompanhada por uma mudança na concepção do processo saúde-doença mental, que passou a incorporar os seus determinantes sociais (CAMPOS & SOARES, 2003). Além de mudanças no que tange: ao processo de trabalho como a definição do 'objeto' e meios teórico-técnicos de intervenção; as formas de organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos (COSTA-ROSA et. al., 2003).

Para cada um desses parâmetros, os modos de atenção asilar e psicossocial se mostram contraditórios entre si. No que diz respeito ao 'objeto', no modelo de atenção

psicossocial passa-se a intervir não somente no sujeito, mas também na família e comunidade. Este modelo considera não apenas a determinação biológica dos problemas de saúde mental e assim a ênfase no tratamento medicamentoso é deslocada para outras terapias com ênfase no sujeito como participante do seu tratamento. Quanto aos meios de trabalho destaca-se que há uma maior interação entre os profissionais, com a instalação de equipes interprofissionais que superam o trabalho fragmentado, e pretende-se combater o modelo médico curativo (COSTA-ROSA, 2000).

Mudanças ocorreram também na concepção das formas da organização institucional. Observa-se, no modo asilar, a concentração de poder, com organogramas hierarquizados nos quais ficam evidentes disputas corporativas em que poderes técnico e político se fundem. Tal configuração em que o poder está bastante demarcado é passada para a relação entre profissionais e população (COSTA-ROSA, 2000).

O modo psicossocial sofreu influência dos princípios do SUS da descentralização e participação popular. Destaca-se que este modelo de atenção pressupõe a co-gestão e participação popular; desta forma a distribuição do poder é mais horizontal (COSTA-ROSA, 2000). Assim, as formas de relacionamento com a clientela visam à interlocução com o sujeito, a instituição de cuidado deve ser aberta aos usuários e população. Segundo Costa-Rosa (2000), os equipamentos de atenção do modo psicossocial visam à integralidade associada ao território e ao ato terapêutico.

Destacam-se ainda efeitos deletérios do modo asilar como a cronificação e uso excessivo de psicofármacos, principalmente os benzodiazepínicos. Nesse modo o tratamento visa à remissão ou tamponamento dos sintomas. Os portadores de transtorno mental são isolados no hospital psiquiátrico ou para sempre excluídos da convivência em sociedade. Em oposição a essas concepções, o modo psicossocial tem como meta o reposicionamento do sujeito frente aos seus conflitos, considerando também o reposicionamento sócio cultural ao invés da exclusiva remissão de sintomas (COSTA-ROSA, 2000).

Outra maneira de compreender o que ocorreu a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira é discutida por Amarante (2003). Este autor destaca que as transformações no campo da saúde mental ocorreram nas áreas teórico-assistencial, com mudança no processo da assistência, atuação não centrada na doença, mas no sujeito (existência-sofrimento); na área técnico-assistencial com a criação de uma rede de novos dispositivos de atenção e

mudança na sua forma de organização e gestão (co-gestão de usuários e população), bem como a inserção do conceito de território; mudanças na área jurídico-política com revisões da legislação sanitária, penal e civil com relação à doença mental, aprovação de leis municipais, estaduais e a lei 10.216/01; além da mudança sociocultural que pretende transformar o imaginário social sobre a loucura e a instituição que até então era encarregada de ser depositário daqueles que apresentavam transtornos mentais (AMARANTE, 2003).

Os CAPS são referidos como instituições típicas do modo psicossocial<sup>5</sup>, além de serem considerados como dispositivos estratégicos para efetuar a mudança no modelo de atenção. Estes têm como missão serem articuladores de uma rede de equipamentos a fim de fazer face ao objetivo de inclusão social das pessoas que apresentam transtornos mentais (BRASIL, 2004). Como pode ser observado no seguinte trecho:

Os CAPS deverão assumir o papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na *regulação* da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde quanto na promoção da vida comunitária e autonomia dos usuários articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas e etc. (BRASIL, 2004).

O CAPS, assim, deve prestar assistência àqueles que apresentam transtornos mentais severos e persistentes e ainda assumir o protagonismo na articulação de uma rede de serviços sanitários e de outros setores.

Observa-se que a noção de integração em rede visando à integralidade, com ações conjuntas setoriais e intersetoriais foi absorvida pela política de saúde mental no Brasil. Ocorre assim uma descentralização de serviços de base comunitária, deixando a saúde mental de constituir-se como um programa especial em saúde pública, que, por ser dessa natureza, apresenta ainda mais dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde, para tentar integrar-se numa rede de cuidados com outros serviços de saúde.

---

<sup>5</sup> Dentre outras instituições tais como: os Núcleos de atenção psicossocial (NAPS), as cooperativas de reintegração sócio-econômica e cultural, oficinas e não o hospital psiquiátrico (COSTA-ROSA et. al., 2003).

### **3.3 Cuidado à saúde em rede**

O fenômeno das redes surge a partir da globalização e da interconexão promovida através da revolução da informação com a criação de redes virtuais (FLEURY & MAFORT-OUVERNEY, 2007). Estas facilitaram a circulação de saberes e conhecimentos, favorecendo a democratização no acesso à informação. O desafio continua sendo o acesso às novas tecnologias em sociedades com grandes desigualdades econômicas e concentração de renda (NJAINÉ, 2007).

No Brasil, com a constituição federal cidadã de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Assim o movimento da reforma sanitária, consoante com a democratização do país, propõe o SUS, que desde o início foi compreendido como uma rede de atenção à saúde. Este sistema aponta para a incorporação dos diferentes atores no processo decisório das políticas de saúde, com participação no planejamento e na gestão de saúde (TREVISAN & JUNQUEIRA, 2007). Mas, ainda que se preconize a institucionalização da participação popular no SUS representada pelos conselhos municipais e locais de saúde, bem como pelos mecanismos da fiscalização, incentivar a participação popular no planejamento e macropolítica na saúde pública continua sendo considerado um desafio (TREVISAN & JUNQUEIRA, 2007).

As redes têm sido utilizadas para fazer frente a problemas complexos, nos quais estão envolvidos múltiplos atores e que, por vezes, apresentam projetos com poucos recursos (FLEURY & MAFORT-OUVERNEY, 2007). Desta forma, estas estruturas têm sido empregadas nas mais diversas áreas e têm em comum o fato de se caracterizarem como “estruturas policêntricas, envolvendo diversos atores, organizações ou nódulos, vinculados entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada” (FLEURY & MAFORT-OUVERNEY, 2007).

Segundo Mance (2001, Apud: VIERA FILHO & NÓBREGA, 2003), o trabalho em rede pressupõe a articulação entre unidades que trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades.

Há também a definição de redes como troca de informações e comunicação. Conceituando-se como conjunto de nós interconectados que configuram e determinam o fluxo de informações, cujos integrantes devem estabelecer ligações e construir objetivos comuns (NJAINÉ et.al., 2006).

Percebe-se que, ainda que existam definições diferentes, há em comum entre estas a definição de rede como estrutura em que não há um único centro, que pressupõe troca de informações, poderes, recursos, com estabelecimento de objetivos comuns para fazer frente a problemas considerados complexos.

O modelo de atenção à saúde em rede vem sendo proposto com o objetivo de colocar em prática a integralidade do cuidado, reduzir custos com o sistema de saúde visto que os avanços tecnológicos da medicina e o envelhecimento da população propiciaram um aumento destes custos, bem como viabilizar a oferta de um sistema de saúde universal diante da redução dos investimentos em saúde proporcionada por Estados neoliberais (CONTANDRIOPOULOS et. al. 2001).

O debate sobre a implantação do cuidado à saúde em rede recupera o desafio de implantá-lo em vários níveis, começando pelas três esferas de governo, tendo em vista a proposta de descentralização do SUS. A idéia de rede vem para combater a verticalização do sistema, a partir das interações organizacionais. A operacionalização dessa idéia pressupõe incentivar a conexão entre as três esferas de governo, envolvendo um planejamento concebido, produzido e oferecido à população.

Apesar de sua tendência descentralizadora, considerando o contexto totalitário contra o qual se insurgia a constituição de 1988, foi apenas com a construção e implementação das normas operacionais básicas (NOB 93 e NOB 96) que o SUS faz avançar a descentralização.

A partir destas normas são criadas comissões intergestoras que se constituíram em importantes fóruns de discussão e pactuação entre os três níveis de governo, além de terem sido criadas novas modalidades de gestão e financiamento que possibilitaram maior ganho de autonomia para os sistemas municipais de saúde.

Mas não houve total consenso com relação à tendência de municipalização. Aqueles que são contra, afirmam que há uma polarização entre União e município, e favorecimento deste último em detrimento das esferas estaduais e regionais. Aqueles que são favoráveis à municipalização criticam as normas federais que operacionalizam a descentralização por todos os limites que impõem ao exercício do poder local.

Ao ganhar autonomia política, administrativa e financeira, nem todos os municípios conseguem arrecadar para fazer frente à despesa do poder Legislativo e Executivo. Assim observa-se a fragilidade financeira para assumir o sistema de saúde, justificando-se a descentralização tutelada em que boa parte dos recursos são de origem federal (TREVISAN & JUNQUEIRA, 2007).

A fim de integrar os sistemas de saúde municipais é proposta a diretriz da regionalização que em 2001 é regulamentada através da NOAS, que propõe a criação de módulos assistenciais para fazer frente ao cuidado de saúde integral. Tal norma não foi implementada de maneira expressiva, mas reforçou a regionalização e a utilização da programação pactuada integrada (PPI). No entanto recebe críticas no que tange ao poder colocado sobre a secretaria estadual de saúde para incentivar a integração, construir um plano diretor e organizar a assistência em saúde. Não houve com a NOAS avanços na construção das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Mendes (2005) aponta a necessidade de superar o modelo de atenção à saúde proposto na NOAS 01 e 02 que descreve níveis distintos de complexidade entre as unidades de um sistema hierarquizado. Para o autor a classificação por complexidade traz a idéia de que a atenção primária seria algo simplório, banalizando este nível de atenção e fomentando a fragmentação do cuidado.

A proposta mais recente do pacto pela saúde (2006) retoma a regionalização, mas institui gestão compartilhada, através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), visando a implementação da regionalização solidária e cooperativa. Propõe-se a pactuação de responsabilidades federativas em torno: do PACTO PELA VIDA, do PACTO EM DEFESA DO SUS e do PACTO DE GESTÃO (BRASIL, 2008).

O Pacto de Gestão constitui-se como modelo de contratualização entre gestores, e tem se configurado como uma alternativa às dificuldades operacionais para efetivar a descentralização da saúde. Parte do pressuposto da divisão decisória com compartilhamento

de poder. Sendo o espaço regional lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas (BRASIL, 2008).

Os objetivos estabelecidos para orientar a regionalização seriam a garantia de acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços, a integralidade na atenção, o fortalecimento do papel dos estados e municípios e a otimização de recursos. Seu cumprimento ocorre por meio do reconhecimento das regiões de saúde, do emprego de instrumentos de planejamento regional, da definição de responsabilidades dos gestores das três esferas e da instituição de instâncias colegiadas regionais (BRASIL, 2008).

Apesar de avançar na descentralização seja administrativa, seja financeiramente, o Pacto de gestão tem recebido críticas no que tange à repetição de pressupostos da NOAS, tais como o financiamento dividido em blocos, o que dificulta a autonomia municipal para re-locar gastos, e a baixa permeabilidade à participação popular.

Ainda com as críticas apontadas, percebe-se que o Pacto pela saúde traz a necessidade de se integrar em rede, a partir da construção de metas comuns, com compartilhamento de responsabilidades e poder.

Destaca-se que a operacionalização de uma rede de gestão ou assistencial ainda se constitui num desafio. De acordo com Fleury & Mafort-Ouveney (2007), a fim de manter um sistema em que há integração entre organizações, é necessário criar modalidades gerenciais capazes de articular objetivos comuns. Este tipo de gerência subsiste através da descoberta de pessoas e recursos necessários para alcançar objetivos da rede, criar compromissos comuns entre os integrantes da mesma e desenvolver ambiente que incentive a integração.

Assim os modelos de gestão idealizados para serem aplicados em organizações não podem ser aplicados à gestão de redes. Observa-se que, no caso da gestão intraorganizacional, o controle é bem definido e há um fluxo hierárquico e exercício de poder que depende da habilidade do gerente. No entanto, no que concerne à gestão de sistemas reticulares, o modelo de gestão deve considerar que se trata de relações horizontais entre unidades semi-autônomas e independentes. E assim o poder é descentralizado (FLEURY & MAFORT-OUVERNEY, 2007).



Um estudo de redes intersetoriais de cuidados a vítimas da violência realizado em dois municípios brasileiros apontou pré-requisitos para a atuação em rede e discutiu complicadores para essa atuação (NJAINÉ et. al., 2006).

Assim como já apontado por Fleury & Mafort-Ouverney (2007), destaca-se como fundamental para o funcionamento das redes a horizontalidade de poder entre as organizações. Estas devem ser representadas por lideranças, que têm o papel de dividir a responsabilidade do trabalho, além de recursos e informações. Deve-se manter a autonomia de cada instituição para decidir, planejar e executar ações que visem à coletividade. Além disso, é necessário que haja a possibilidade da inclusão de novos membros e desligamento de outros (NJAINÉ et.al., 2006).

Como complicadores, o estudo ressalta as disparidades de compreensão, divergências políticas, vaidades pessoais, conflitos de papéis entre os membros da rede, rotatividade dos profissionais que atuam nestas organizações, diferentes ritmos de trabalho e incompatibilidade de referenciais de vida (NJAINÉ et. al., 2006).

O que caracterizaria o trabalho em rede seria justamente a necessidade de aprofundar a interdependência entre os atores, procurando criar objetivos que fortaleçam cada ator envolvido e explorando a capacidade de cada um. Nesse sentido constituem-se como desafios permanentes a construção de espaços de negociação e geração de consensos, a institucionalização de regras de atuação, compartilhamento de poder, distribuição de recursos e interação, construção de decisões coletivas e mecanismos que estabeleçam prioridades e monitoramento (FLEURY E MAFORT-OUVERNEY, 2007).

Assim alguns aspectos devem ser considerados para que ocorra a governança em rede, estes seriam: a implicação das unidades ou pontos da rede na gestão, a construção de valores e objetivos compartilhados, a participação e conectividade, a colaboração e construção de espaços para a negociação, a existência de multiliderança e horizontalidade, a importância da circulação de informação, além do aprendizado entre os pontos, ou unidades que compõem essa rede (BRASIL, 2008).

Outro aspecto levantado como fundamental para o bom desempenho da rede seria o acesso aos serviços. Nessa perspectiva, a rede tecnoassistencial é comparada ao sistema neuronal e se caracteriza pelo entrelaçamento de conversações que orientam o fluxo dos usuários pela rede de saúde. Assim destaca-se a importância do acolhimento como operador da distribuição das informações e como elemento onipresente em todos os pontos do sistema. Esse dispositivo, que pode ser comparado a uma sinapse no sistema neuronal, tem sua vertente da postura acolhedora diante do sofrimento do outro e sua vertente de

tecnologia leve, que exige saber técnico para reconhecer necessidades de saúde de cada caso que nem sempre estão explícitas. Ambas vertentes são fundamentais para esse dispositivo em que o profissional pretende orientar sua busca pelas necessidades de saúde do usuário e, assim, propor as melhores respostas para essas necessidades que podem vir a ser satisfeitas (Teixeira, 2005). Por isso a idéia de que o acolhimento pressupõe o que denominamos de “escuta qualificada”.

Diaz (2009) em seu estudo sobre o dispositivo acolhimento nos CAPS, pontuou, assim como Teixeira (2005), que não basta saber o que faz o acolhimento, é preciso também conhecer o protocolo de comunicação deste dispositivo. Diaz (2009) considera que, no cuidado à saúde mental, a autoridade médica estaria sendo processualmente distribuída pela equipe multidisciplinar. Esse momento do acolhimento tem refletido essa mudança e assim afirma-se que deve ter como efeito clínico não apenas a remissão de sintomas. Desta maneira busca-se também provocar uma mudança de posição do sujeito diante da sua demanda. Para isso o cuidado ofertado deve ser regido com autoridade clínica que se configuraria através da autorização para intervir e suportar os efeitos dessa intervenção. Assim é condição, para a oferta de um acolhimento resolutivo, a capacidade técnica para intervir, bem como autonomia para que a intervenção profissional seja singular e ao mesmo tempo compartilhada pela equipe multiprofissional, usuários, familiares, serviços e comunidade.

Este autor ainda retrata a dificuldade que se tem tido em descrever os critérios para a admissão de usuários no CAPS, destacando que não há um aprofundamento desta questão. No seu estudo pontua que, no cotidiano, os profissionais referiram que esses critérios têm se baseado na complexidade de cada caso, contudo defende que a idéia do perfil para determinado atendimento seja mais discutido. Alguns autores trazem a perspectiva em que para os CAPS seriam encaminhados os casos mais graves e para o ambulatório seria encaminhada uma clientela que não precisasse de recursos tão sofisticados como um serviço de atenção diária, como são os CAPS (TENÓRIO, 2000; BRASIL, 2007; SANTOS, 2007). Ressalta-se a importância de ferramentas que possam estabelecer um diagnóstico situacional<sup>6</sup>, tempo para estabelecer um diagnóstico clínico e propostas de condutas

---

<sup>6</sup> Expressão trazida por Tenório (2000) que considera que a clínica da recepção deva ser um ato terapêutico em que desde o início se busque desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa. O diagnóstico situacional consideraria as variáveis clínicas, ou seja, a sinais psíquicos que possam promover distinção dos grandes quadros psicopatológicos (neurose e psicose), além das variáveis sociais, familiares entre outras, na escolha de propostas terapêuticas. Acrescentar-se-ia à clínica da recepção a avaliação de risco para definição de condutas terapêuticas. Para o autor a fim de subjetivar a queixa necessitar-se-ia de tempo e intervenções que possibilitem

terapêuticas em cada caso. Para o autor, é a partir do caso que se percebe quais os recursos da rede que devem ser acionados. Assim retrata sua posição de que é a partir do usuário que se configura a rede (DIAZ, 2009).

Percebe-se o acolhimento como dispositivo para a escuta clínica, com possibilidade de identificação de necessidades e a explicitação de possibilidades de oferta de cuidados. Para isso é também necessário que se tenham boas parcerias no território. Já que, quando o serviço investe, sobretudo nas ações internas, e negligencia o trabalho no território, corre-se o risco de o acolhimento ficar reduzido à mera triagem, ou seja, à identificação de casos em que não se pode ofertar o cuidado e se deve encaminhar, ainda que não se saiba se o encaminhamento feito terá sucesso.

Assim justifica-se a preocupação em relação à qualidade das relações entre os dispositivos que podem ofertar o cuidado em cada território. Analisando esses dispositivos como um conjunto, pode-se evidenciar que há dimensões a serem contempladas para que se considere um sistema integrado. Contandriopoulos et. al. (2001) propõem facetas da integração que, quando analisadas de forma isolada, podem contribuir para percepção a respeito dos fatores nos quais se deve investir para integrar uma rede assistencial. A primeira dimensão concerne à integração do cuidado e diz respeito às formas de articulação numa organização ou entre organizações que permitam que os cuidados dispensados sejam estruturados de acordo com as necessidades de cada paciente. A dimensão da integração da equipe clínica é feita com a participação ativa dos profissionais de saúde das diversas áreas, através da disponibilização da informação e criação de estratégias que permitam a integração entre esses profissionais. Já a integração funcional se insere com o objetivo de criar uma governança comum para a tomada de decisões, articulando sistemas de financiamento, informação e modos de gestão da rede. Nesse sentido há uma intenção deliberada de cooperação, com a divisão entre as organizações de serviços de suporte e criação de mecanismos de integração, alianças e contratos. A integração normativa visa assegurar que haja coerência entre um sistema coletivo de representações e valores dos atores e as modalidades de organização do sistema integrado e do sistema clínico. Por fim, a integração sistêmica que visa assegurar um quadro organizacional e normativo que favoreça a integração clínica com a interconexão entre diversos níveis de maneira coerente.

---

o deslizamento do binômio queixa-resposta para um questionamento a respeito do significado do sintoma na história do sujeito.

Para Hartz & Contadriopoulos (2004) a integração clínica e a integração funcional podem ser comparadas ao proposto por Mendes (2001) no que diz respeito à gestão da clínica e dos pontos de atenção. A proposta se concretizaria através da adoção de tecnologias de microgestão que facilitariam a proposta da integração clínica e funcional. Estas seriam: a gestão da utilização de procedimentos, a perfilização da clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão de prontuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação.

O conceito de integração permeia diversos campos e está relacionado com a criação de interdependência, o estreitamento de vínculos entre atores, em permanente negociação, e organizações, sendo fundamental a coordenação destes organismos para que haja integração (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004). Assim, para que haja integração, a coordenação do sistema destaca-se como dimensão fundamental, além da cooperação entre os membros da rede (MEDINA, 2006). A integração pode ser horizontal, quando se dá entre organizações semelhantes, ou vertical quando se trata de diversos níveis de um sistema.

Observa-se que a integração pode se referir também à criação de um espaço comum ou zona de troca, com a criação de regras coletivas sem, entretanto destruir projetos particulares ou o potencial de inovação de cada ator que participa desse processo.

Deve-se observar assim que, numa rede integrada, há o aspecto interinstitucional e a dimensão da dinâmica entre os atores em permanente negociação (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004) e que se constitui de forma virtual como uma possibilidade de ligação entre as organizações. No entanto, só se concretiza no encontro do usuário com o serviço de saúde (MEDINA, 2006).

Ao se pensar na rede de cuidados em saúde, é preciso considerar a existência de pontos de atenção que se comuniquem entre si e que tenham um centro de comunicação para que haja a regulação dos fluxos e contra-fluxos. Destaca-se também a importância de sistemas de apoio que objetivam o apoio diagnóstico, terapêutico e um sistema farmacêutico organizado; os sistemas logísticos, construídos a partir de tecnologias de informação e transporte sanitário que facilitem a integração do sistema de atenção; e os sistemas de gestão que realizem uma programação compartilhada, sendo acompanhados por sistema de controle e avaliação, pactuando contratos externos e incorporando a gestão da clínica (MENDES, 2001).

Observa-se que as unidades da atenção básica se configurariam, nos sistemas de atenção à saúde, como gestoras do cuidado, sendo responsáveis pela garantia de continuidade da assistência. Tais unidades seriam porta de entrada do sistema hierarquizado e importante elo de ligação entre as unidades que compõe a rede em questão (BRASIL, 2008).

A atenção básica se configuraria como um ponto de atenção, além de ser o centro de comunicação da rede, cuja missão seria organizar fluxos e contra-fluxos sendo co-responsáveis pelos cidadãos no atendimento prestado por outros pontos de atenção (MENDES, 2001).

Destaca-se que, para que as unidades da atenção básica se constituam como porta de entrada do sistema, é preciso que algumas estratégias sejam implementadas, tais como o apoio matricial e institucional, formação dos trabalhadores de saúde envolvendo gestão e cuidado, a configuração de equipes multidisciplinares, bem como a adoção de projetos terapêuticos individuais que, baseados nas necessidades de saúde do usuário, funcionem como um guia para orientação do fluxo e itinerário terapêutico do mesmo dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2008).

No entanto, não há consenso na literatura a respeito da indicação da atenção básica como única porta de entrada do sistema de saúde. Como já foi apontado, o modelo de atenção “Em Defesa da Vida” promove o questionamento a respeito do fluxo verticalizado dos pacientes pelo sistema centralizado e hierarquizado, do qual a pirâmide tem o seu símbolo máximo. No sistema representado pela pirâmide, a atenção básica seria a única porta de entrada do sistema, que orientaria o fluxo de usuários pela rede através de mecanismos de referência e contra-referência. Tal sistema apresenta, no entanto, problemas de acesso pelo usuário, além da dificuldade de por em prática o princípio da integralidade (CECÍLIO, 1997).

Observa-se neste sistema dificuldades na regulação, longos aprazamentos na marcação de consultas da atenção básica, dificuldade em conseguir realizar cirurgias ou obter acompanhamento especializado, além dos problemas de integração dos ambulatórios especializados com as redes básica e hospitalar. Assim propõe-se a transformação da pirâmide num círculo que indica movimento e portas de entradas múltiplas (CECÍLIO, 1997).

A entrada nesse sentido pode ser através de qualquer equipamento de saúde, quiçá qualquer equipamento social. Para isso é necessário qualificar todas as portas de entrada e capacitá-las para o acolhimento e reconhecimento de prioridades e grupos vulneráveis, para possibilitar o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso (CECÍLIO, 1997).

O acesso do usuário a cada serviço de saúde, com discussão de necessidades e prioridades em cada caso, e assistência ofertada de maneira resolutiva, mostra a maneira como funciona o mecanismo de regulação numa rede de cuidados à saúde. Como já foi dito acima, a discussão sobre regulação surge institucionalmente no sistema de saúde brasileiro a partir da NOAS/02, na esfera da gestão. A estratégia da regulação, que tem sua origem na economia, foi importada para a área de saúde, a fim de que o Estado obtivesse maior controle no que tange às ações de saúde e que estas estivessem de acordo com os princípios de do SUS de universalidade do acesso e de integralidade da atenção.

A regulação “poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘as falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle”. Quando colocada no setor saúde, pode ser referida aos macroprocessos de regulamentação e também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (ANDREAZZI, 2004 In: SANTOS & MERHY, 2006).

Assim observam-se dois conceitos embutidos na discussão sobre a regulação. O primeiro é a macroregulação, que é constituída dos mecanismos estratégicos de gestão tais como: o estabelecimento de planos estratégicos, de projetos prioritários, de relação com o controle social, as definições orçamentárias maiores; a relação que se estabelece com outras políticas sociais que interferem com a produção ou não de saúde das populações, a política de Recursos Humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde. O segundo conceito é a microregulação ou regulação assistencial que traduz no cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macroregulação. Consiste em articular e conjugar potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços.

Em um sistema de assistência regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser redirecionado pelo sistema, executando assim os princípios da macroregulação e orientando o fluxo de usuários pelos serviços.

A racionalização e o aumento do acesso dos usuários ao serviço são realizadas através de comunicação interorganizacional, os encaminhamentos dos usuários dentro do sistema devem ser parte de uma co-responsabilização entre os diversos serviços.

Assim, no que tange à regulação, o apoio matricial foi proposto a fim de complementar os mecanismos tradicionais de regulação (CAMPOS & DOMITTI, 2007). Este novo arranjo<sup>7</sup> organizacional possibilita maior integração entre os serviços. Pressupõe o trabalho assistencial a uma clientela adscrita e a interação entre os serviços de saúde. A equipe de referência, responsável pelo cuidado a uma determinada população, aciona o apoio matricial em momentos previamente acordados entre as duas equipes. O matriciamento é constituído pela capacitação de equipes de referência, ao mesmo tempo em que a equipe matricial também deve servir para a retaguarda assistencial, quando necessário. Pretende ser um suporte especializado desvinculado da linha de mando, desvinculando poder de técnica (ONOCKO-CAMPOS, 2003).

Também com o objetivo de integrar o sistema de saúde existe a proposta do TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde) que seriam geridos pela atenção básica, devendo investir em vazios e lacunas assistenciais, com uma política de regulação e gestão regional (BRASIL, 2008). Dentro desta proposta são considerados princípios e pontos estratégicos: a regionalização, a universalidade, a troca de informação, o acesso a medicamentos, a realização de ações intersetoriais, arranjos organizacionais que possibilitem a integração de diversos equipamentos sanitários ou de outros setores. A implantação dos TEIAS deve articular diversas ações na busca da integralidade da atenção, sendo as linhas de cuidado uma estratégia deste movimento. Estas são instrumentos de construção de transversalidade e articulação das práticas de produção de saúde, podem abranger o indivíduo ou políticas de saúde, enfocando agravos ou situações de vida, como gravidez, adolescência etc. (BRASIL, 2008).

O que se espera com a implementação das linhas de cuidado a partir da atenção básica é o compromisso e a responsabilidade pela atenção à saúde de cada serviço. Assim busca-se promover a integração entre a construção de Projetos Terapêuticos Individualizados (PTI) e

---

<sup>7</sup> A discussão sobre o arranjo organizacional é trazida por Onocko-Campos (2003) que destaca o mesmo como tendo certa estruturação e permanência, nesse sentido são formas de organização que podem ser institucionalizadas e que pretendem minimizar o controle exercido nas relações de gestão.

projetos de saúde coletiva que possibilitem a identificação das necessidades de cada comunidade. Tais arranjos objetivam favorecer a co-responsabilização entre serviços bem como, a instituição de fluxos que garantam a condução ágil e oportuna do usuário na rede (BRASIL, 2008).

### **3.4 O cuidado à saúde mental em uma rede integrada**

A prática do trabalho em rede na saúde mental visa à inclusão social dos usuários. Por outro lado, também permite garantir maior acessibilidade dos mesmos aos serviços de saúde. Desta forma, orientar o fluxo de usuários nos serviços de saúde também é um dos objetivos dos CAPS que se constituem como reguladores da porta de entrada em saúde mental no SUS.

Como pôde ser observado existem diferenciados mecanismos regulatórios que devem ser realizados a fim de facilitar a integração da rede de saúde mental. Assim com a noção de que o CAPS é responsável pela demanda de saúde mental do seu território, tal dispositivo necessita fomentar a cultura de responsabilização sobre sua potencial clientela. O que não significa que este serviço deve prestar assistência a todo e qualquer problema e necessidade de saúde mental do seu território, mas sim assumir o protagonismo na construção de uma rede que viabilize o cuidado em saúde mental naquele território.

Provan e Milward (1995) objetivaram discutir se um sistema integrado em saúde mental traz benefícios diretos para os usuários, ou seja, se a integração permite melhorar a efetividade de um sistema. Para isso fizeram um estudo comparativo em quatro cidades norte-americanas que possuíam serviços de saúde mental de base comunitária. Para estes autores, pacientes com doenças mentais severas necessitam da ação de múltiplas agências (habitação, alimentação, transporte, direitos, família, lazer, renda, etc.) e de um trabalho que seja realizado em rede. Eles verificaram que o trabalho em rede permite melhorar a efetividade do sistema, desde que a integração da rede seja centralizada, ou seja, viabilizada através de um serviço comunitário de saúde mental, que o controle externo a esse serviço seja direto e não fragmentado, o sistema seja estável, não havendo constantes mudanças, e os recursos materiais e financeiros sejam adequados (PROVAN & MILWARD, 1995).



No caso do Brasil, observa-se que o modelo de alocação de recursos por procedimentos ambulatoriais não está condizente com a mudança para um modelo de atenção à saúde mental em rede. Se por um lado o modelo de cobrança via APAC (Autorização para procedimento de alto custo/complexidade) fomentou a implantação dos serviços substitutivos, por outro atrela o faturamento a procedimentos assistenciais que são definidos pelas modalidades de atendimento e diagnóstico. O desafio que se impõe é justo como efetivar as ações no território, visto que o modelo de financiamento se estrutura a partir da doença (FREIRE et. al., 2005) Se o modelo de financiamento não incentiva ações no território, como superar a dicotomia entre o que chamamos de ações assistenciais e ações de território que não estejam diretamente relacionadas com a assistência de usuários matriculados em cada serviço? Como nesse sentido promover a integração entre serviços e viabilizar o cuidado em rede?

Mesmo assim é preciso considerar que integração não é sinônimo de efetividade. Afinal as agências podem estar integradas e individualmente prestarem um serviço de baixa qualidade ou podem prestar um serviço de alta qualidade, mas aos quais os pacientes não têm acesso (PROVAN & MILWARD, 1995). Ressalta-se que a integração do sistema permite a continuidade do cuidado, além de propiciar maior acesso dos usuários a serviços que precisam, bem como evitar a duplicidade destes.

A integração de uma rede pode ser analisada através da sua densidade e centralização. Sendo que a densidade representa a extensão das ligações de todas organizações da rede e reflete a coesão da mesma. “A centralização se refere ao poder e estrutura de controle da rede, ou como as ligações e atividades da rede estão organizadas em torno de alguém em particular ou de algum grupo pequeno de organizações” (PROVAN & MILWARD, 1995).

Além dessas propriedades, mostra-se importante saber os tipos de ligações estabelecidas entre as organizações. Destacam-se para a rede de saúde: referência e contra-referência, coordenação de caso, programas articulados e contratos de serviços (PROVAN & MILWARD, 1995).

O nível de interdependência pode se constituir de maneira bastante variável, os vínculos construídos entre os agentes da rede demonstram o nível desta integração. Assim integrantes de uma rede podem apenas ter o reconhecimento de outra instituição; nesses casos, se observa a aceitação do outro. Aprofunda-se a integração quando ocorre o conhecimento que se traduz no interesse em compreender como é o outro. A colaboração

que teria um maior aprofundamento dos vínculos seria promover ajuda espontânea, trabalhando com o outro. Já a cooperação se constituiria na suposição de que há um problema em comum, traduz-se numa ajuda sistemática, estável. E, por fim, a associação compreendida como atividade que requer algum tipo de contrato/ acordo entre os membros da rede (FLEURY & OUVENEY, 2007).

Observa-se que os vários tipos de relações estabelecidas entre as organizações, traduzem-se na construção de um maior ou menor reconhecimento de que a ação de um membro da rede depende da ação de outro para o alcance de um objetivo comum a estes. Assim percebe-se que o que diferencia a rede de outras estruturas é a intenção declarada de aprofundamento da interdependência, ou seja, que, mesmo diante de possíveis perdas de autonomia, o trabalho em rede apresenta-se mais viável para a realização dos objetivos dos seus membros.

#### 4. Metodologia

O presente estudo é derivado do projeto de pesquisa intitulado “Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil” desenvolvido pela equipe do Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental (NISAM/ISC) com financiamento do CNPq<sup>8</sup> e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP-ISC/UFBA). Este projeto guarda-chuva foi iniciado em 2006 e teve três objetivos gerais:

- Analisar a descentralização da política de saúde mental que preconiza a implantação de CAPS e sua integração à rede básica de saúde, e, de forma mais ampla, com o sistema de saúde e suporte social, nos estados de Bahia e Sergipe no nordeste brasileiro.
- Avaliar a efetividade de suas práticas, examinando a percepção dos usuários, familiares e equipes técnicas quanto à humanização do cuidado, níveis de satisfação e impacto na qualidade de vida para os primeiros e mudanças nos processos de trabalho para os últimos.
- Paralelamente, no âmbito do estado da Bahia, pretendia-se identificar quais são os recursos/ tecnologias que estavam sendo produzidos no interior do CAPS para articular experiências, produzir sujeitos e incluir usuários na rede social.

No entanto este projeto de dissertação focalizará a descrição de estratégias de integração entre serviços de saúde em um território limitado. Desta maneira foi selecionado como desenho o estudo de caso da rede de saúde mental do Distrito Sanitário de Itapagipe. O tipo de desenho escolhido, de acordo com Yin (1994), permite, ao investigador, reter características significantes dos eventos da vida real, conduzindo à apreensão do fenômeno de forma aprofundada, valorizando o contexto em que este está inserido.

---

<sup>8</sup> CNPq Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005. Processo N. 554525/2005-4

#### 4.1 Descrevendo a Pesquisa-mãe

O grupo de pesquisa do NISAM/ISC/UFBA que conduziu este projeto era interdisciplinar<sup>9</sup> e contava com a participação de pesquisadores, alunos de mestrado e doutorado, bem como alunos de iniciação científica. Buscava-se, com essa diversidade de formações, empreender a tarefa de realizar o estudo acima citado que tinha o caráter híbrido, de metodologia qualitativa e quantitativa. Tinha-se o desafio de integrar essas duas perspectivas que iriam permitir uma maior aproximação com a complexidade do objeto estudado. Essa foi uma pesquisa de avaliação que pretendia ser generalizável para outras realidades da atenção psicossocial do país, mas também pretendia revelar o caráter singular das práticas locais.

Assim, o grupo de pesquisadores se reunia semanalmente para a discussão teórica, construção dos instrumentos de coleta de dados, análise de dados e produção de relatórios.

De início, foram organizados seminários teóricos conduzidos por membros do grupo a fim de que essas discussões pudessem iluminar a construção dos instrumentos da pesquisa. Os seminários alternavam temas metodológicos, tais como: pesquisa avaliativa, etnografia, com assuntos pertinentes à saúde mental como: reforma psiquiátrica, cidadania, inclusão social, território, família, laço social, entre outros. O grupo foi dividido por eixos temáticos para a elaboração de questões que, a partir de consenso, puderam integrar os diferentes instrumentos para a coleta de dados da pesquisa. Os eixos em questão foram: família, tecnologia e território.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2006 até janeiro de 2008 e dividiu-se em três fases: uma extensiva, que abrangia todos os CAPS da Bahia e de Sergipe, uma semi-intensiva, que abrangeu 12 CAPS destes dois estados e a fase intensiva, que se restringiu a 3 CAPS do estado da Bahia.

---

<sup>9</sup> A equipe era composta por: psicólogos, psiquiatras, antropólogo, cientista social, terapeutas ocupacionais e um epidemiologista, quase todos com forte trânsito pela saúde coletiva.

A fase extensiva da pesquisa visava descrever a política de implementação dos CAPS, a partir da construção e aplicação de um questionário denominado AVALIAR-CAPS, que tinha por objetivo realizar um censo de todos os CAPS da Bahia e de Sergipe, considerando as características de estrutura, processo e resultado de cada um dos serviços e do seu conjunto.

A pesquisa, na sua fase semi-intensiva, contemplava o universo de 12 CAPS situados em sete municípios dos estados da Bahia e de Sergipe.<sup>10</sup> A equipe do NISAM/ISC foi distribuída em grupos de dois a três pesquisadores (um pesquisador experiente e um ou dois bolsistas) para realizarem o trabalho de campo em cada município/serviço. No primeiro momento, cada equipe ficou durante uma semana típica em cada serviço e, posteriormente, apenas os bolsistas retornaram ao campo, no período de uma ou duas semanas, a depender da necessidade, para complementar a coleta de dados.

Nessa fase da pesquisa, foram adotadas diferentes estratégias para a produção de dados tais como grupos focais com profissionais e familiares, entrevistas semi-estruturadas com usuários, gerentes dos CAPS, coordenadores de saúde mental do estado e dos municípios, bem como secretários municipais de saúde. Dentre os CAPS estudados, situa-se aquele que é o nosso objeto de estudo, o CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio, e no qual, enquanto mestrande e pesquisadora do estudo, eu estive envolvida em todas as etapas de campo e sobre o qual me deterei em maior profundidade na explicitação do trabalho de campo.

Nesse CAPS, durante essa etapa da pesquisa, ocorreram duas sessões de grupos focais com profissionais do serviço conduzidos por duas pesquisadoras, tendo sido o horário previamente agendado para a reunião técnica. Na primeira sessão do grupo focal, foram abordados os seguintes temas: descrição de atividades realizadas pela equipe, procedimentos para acolhimento, participação da família no CAPS, planejamento de atividades, projeto terapêutico individual, dificuldades e desafios na execução das atividades, estratégias de enfrentamento das dificuldades, existência e atuação de profissionais de referência, abordagem de casos graves ou em crise e critérios de alta para os usuários. O grupo era composto pelos seguintes profissionais:

---

<sup>10</sup> Foram 2 CAPS ad, 2 CAPS i, 1 CAPS III, 6 CAPS II e 1 CAPS I.

1ª Sessão	2ª sessão
Psicólogos (3)	Psicólogos (3)
Terapeutas ocupacionais (2)	Terapeutas Ocupacionais (2)
Psiquiatra (1)	Psiquiatra (1)
Assistentes Sociais (1)	Assistentes Sociais (1)
Enfermeiro (1)	Enfermeiro (1)
Fisioterapeuta (1)	Fisioterapeuta (1)
Auxiliares administrativos (2)	Auxiliares administrativos(2)
Auxiliares de enfermagem (2)	Auxiliares de enfermagem(3)
Oficineira (1)	Oficineira (1)
Agente de segurança (1)	Agente de segurança (1)

A segunda sessão do grupo focal foi também coordenada por duas pesquisadoras e enfocou alguns tópicos tais como: visita domiciliar, estabelecimento de parcerias com serviços de saúde (urgência e emergência, hospital geral, hospital psiquiátrico, ambulatório especializado, PSF e SRT), projetos de inclusão social, espaço de transformação social da loucura e espaço geopolítico do CAPS.

Foi realizada também a observação direta, com registro em diário de campo, a partir de um roteiro de observação criado pelo grupo de pesquisadores. Este contemplava aspectos de estrutura do serviço, seu espaço geopolítico, os aspectos relacionais dos atores envolvidos, os recursos humanos e materiais, as atividades desenvolvidas pelo CAPS, o uso pelo serviço de recursos da comunidade, a relação estabelecida dos usuários com o CAPS, o espaço social e jurídico ocupado por esta instituição, assim como seu espaço econômico e do trabalho, seu espaço cultural, simbólico e estético.

A fim de entender o planejamento das ações desenvolvidas pelo CAPS, viu-se a necessidade da coleta de dados secundários e, para isso, estabeleceu-se uma relação de documentos nos quais seriam observados fatores tais como: objetivos, frequência e descrição das atividades desenvolvidas pelo CAPS, a existência de uma coordenação de saúde mental municipal, bem como dados sócio-demográficos dos usuários dos CAPS e planos terapêuticos dos mesmos a partir dos seus prontuários.

Para o componente etnoepidemiológico, nesta fase, foram criados questionários para avaliação de satisfação com os serviços denominados HUMANIZA-CAPS que tinham por objetivo a triangulação de respostas dos informantes (profissionais, usuários e familiares) a fim de conhecer a perspectiva destes três atores. Tais questionários foram aplicados numa amostra aleatória com 30 usuários de cada serviço, bem como familiares e todos os técnicos dos CAPS estudados nesta fase. Acrescenta-se ainda a aplicação de questionário para consulta de opinião de vizinhos de usuários do CAPS, em que os pesquisadores, a partir dos endereços de usuários dos serviços coletados em prontuário, iam ao domicílio para a aplicação do instrumento.

Encerrada essa fase da pesquisa, as duplas de pesquisadores, semanalmente numa reunião, apresentaram resultados parciais de cada um dos CAPS estudados segundo os três eixos principais da pesquisa: família, tecnologias e território. Tal estratégia permitiu uma síntese dos dados levantados e a construção de alguns indícios que iluminaram e inspiraram os pesquisadores no planejamento para a fase seguinte do campo.

Na segunda fase da pesquisa, a fase intensiva, tinha-se por objetivo aprofundar o nível de compreensão das formas de cuidado desenvolvidas nos CAPS e os efeitos produzidos nos usuários em termos de produção da subjetividade e inclusão social dos mesmos e ampliar a pesquisa para os territórios referentes a esses serviços. Assim foram escolhidos três CAPS<sup>11</sup> que foram acompanhados por mini-equipes de três pesquisadores, orientados por um supervisor de campo, num período de cerca de oito meses em cada serviço, o que compreendeu o período de maio de 2007 a janeiro de 2008.

Nesse momento, optou-se pelo estudo etnográfico dos serviços e do seu território. Na esfera das ações internas nos CAPS, buscavam-se entender o tipo de organização

---

<sup>11</sup> CAPS II Eduardo Araújo, situado em Lauro de Freitas, BA, CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio e CAPS ad Pernambués, situado em Salvador, BA.

institucional, os fundamentos teórico-metodológicos que referenciavam as práticas ali desenvolvidas e as tecnologias assistenciais que estavam sendo ofertadas nesses serviços. No âmbito do território, tinha-se como objetivo mapear e descrever as estratégias de intervenção do CAPS na rede ampliada de saúde mental, seja nos recursos da rede sanitária formal, nos recursos comunitários, nas redes sociais estabelecidas pelos usuários, ou através das intervenções intersetoriais.

Destacou-se ainda o eixo da família, em que se tinha o objetivo de aprofundar a compreensão da dinâmica familiar dos usuários do CAPS e a participação dos familiares nos equipamentos substitutivos de saúde mental. Assim, foram realizadas, além da observação sistemática, entrevistas narrativas com familiares e usuários para a reconstrução de histórias de vida. Nessa esfera, atenção especial foi atribuída às vivências proporcionadas pela inserção do usuário no CAPS. Utilizou-se uma adaptação do instrumento “turning point”, desenvolvido pela Professora Ellen Corin na Universidade McGill, para analisar os “pontos de virada” no curso de vida de uma pessoa, os quais marcam mudanças significativas nas mesmas e os fatores que se relacionam com essas mudanças. Além disso, tentou-se compreender os itinerários terapêuticos realizados pelos usuários e mapear os fluxos nas redes sociais.

A partir das entrevistas narrativas com usuários, identificaram-se os pontos de virada na trajetória de vida dos mesmos. As investigações sobre tais pontos foram posteriormente aprofundadas com a aplicação do roteiro de entrevista “turning point”. As entrevistas narrativas possibilitaram a escolha de usuários que poderiam passar para a fase de aplicação do instrumento “turning point”. Esses usuários, selecionados pelos pesquisadores, refletiam a diversidade dos casos acompanhados pelos CAPS.

Como dito anteriormente, integrei a equipe que estava responsável pela coleta de dados no CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio, em todas as fases da pesquisa. Na fase intensiva juntamente com outros dois bolsistas, um com formação em psicologia e outro com formação em ciências sociais. O período do estudo etnográfico nesse CAPS transcorreu ente maio de 2007 e dezembro do mesmo ano.

Assim pude observar reuniões que visavam à integração da rede de saúde mental do distrito de Itapagipe. Fiz entrevistas e grupos focais que abordaram o tema que é o foco deste projeto atual, ainda que de forma abrangente.



A partir daí observei a necessidade de compreender o fenômeno da integração da rede especializada de saúde mental também pela ótica das outras agências que a compõe. Desta forma o presente projeto de pesquisa tentou complementar e atualizar dados coletados anteriormente no campo no que tange às estratégias para integração da rede de saúde mental no distrito sanitário de Itapagipe.

Os dados processados na pesquisa mãe, em sua fase semi-intensiva, revelaram que, quanto à integração do CAPS em questão com a atenção básica, sabia-se da importância do matriciamento, mas ainda não havia ações nessa direção. Já exclusivamente com os agentes comunitários de saúde a relação era mais estreita, tendo a equipe de especialistas desenvolvido ações em conjunto com esses profissionais tais como: visitas domiciliares, busca ativa de pacientes matriculados no Sanatório Bahia e Casa de Saúde Ana Nery, na época do descredenciamento de leitos desses hospitais, bem como participação dos agentes comunitários em eventos produzidos pelo CAPS.

Na fase intensiva da pesquisa, observou-se o início da realização de algumas reuniões periódicas entre agentes comunitários, profissionais e residentes da UNEB, no entanto não obtivemos permissão da equipe responsável para participar dessas reuniões, sob justificativa de que poderíamos interferir no vínculo entre as duas equipes. Assim restou uma lacuna na busca de conhecimento no que tange a essas ações de integração com a atenção básica desenvolvidas pelo CAPS.

No que tange à integração com o setor terciário de saúde, na fase semi-intensiva, foi revelado, através do grupo focal, a dificuldade do apoio de outros serviços de saúde no que se refere às intervenções em crise. A equipe do CAPS destacou a falta do apoio do SAMU, como mediador da integração entre CAPS e emergência. Na época era referido que o SAMU recusava-se a prestar o atendimento em saúde mental. E assim, para superar a dificuldade em contar com o SAMU para transportar usuários em momentos de crise, os profissionais utilizavam os seus carros particulares para a condução de usuários até o serviço de emergência psiquiátrica.

Nesse aspecto também a equipe destacava a discordância, em alguns momentos, entre eles e profissionais da emergência do HJM no que tange aos quadros de crise. Por exemplo, vale ressaltar uma situação, relatada por profissionais do CAPS em grupo focal, na qual levaram uma usuária para emergência do HJM e referiram que na discussão do caso não foi considerada sua opinião quanto ao internamento. Os profissionais do HJM não

entraram em consenso com a equipe do CAPS e referiram ainda que o CAPS tem por objetivo evitar o internamento. Tal passagem trouxe a suspeita de que não havia concordância com relação a critérios para a internação entre os profissionais dos dois serviços, além do que modos de atenção em saúde mental divergentes poderiam estar influenciando nesta relação.

Outro aspecto considerado pela equipe como algo complexo seria o processo de alta dos usuários do CAPS. Na fase semi-intensiva da pesquisa mãe, os profissionais destacaram que não tinham apoio da atenção básica e nem do ambulatório especializado para cumprimento desta meta. Principalmente no que tange à transferência de um usuário do CAPS para o ambulatório, que se mostrava difícil. A equipe do CAPS destacava as dificuldades da assistência no ambulatório especializado e, assim, evitava tal ação, mantendo usuários que tinham autonomia e estavam com seu quadro psíquico estável na modalidade não-intensiva. Tal ação era referida como uma estratégia para o fato de não poder contar com outros serviços de saúde, mas que acabava trazendo sobrecarga para a assistência no CAPS.

Observou-se que, além das ações com os agentes comunitários, não havia, durante a realização da pesquisa mãe, estratégias continuadas que melhorassem a integração do CAPS com outros serviços de saúde, a exemplo do ambulatório e serviços de urgência. Ainda assim, algumas ações mais pontuais eram realizadas. Neste aspecto, destaca-se que a equipe do CAPS planejou e organizou uma reunião para melhorar o fluxo de usuários pela rede municipal de saúde mental, tendo como convidados profissionais dos hospitais psiquiátricos, outros CAPS e serviços do setor saúde. Tal ação, referida pelos profissionais, abrangia um planejamento da rede municipal de saúde mental. Na fase intensiva pude observar uma mudança de perspectiva trazida pela inserção no serviço das residentes da UNEB que propunham um planejamento local da rede, com a realização de seminários que tinham por objetivo fomentar a integração da mesma no DS Itapagipe. Esses seminários ocorreram a fim de ampliar a rede de apoio para outros setores, que não exclusivamente os serviços formais de saúde, e criar compromissos e pactuações desses serviços no cuidado à saúde mental neste distrito. Tais seminários envolveram comunidade, associações, ONG's, ESF, Grupo Salvar, representantes de escolas da região, gerente do CTM, entre outros. Assim as ações do grupo de trabalho extra-muros pareciam estar sendo fortalecidas com a inserção da residência da UNEB.

A partir desses achados da pesquisa mãe, foi possível orientar a metodologia da pesquisa atual, já tendo recortes de pesquisa a serem aprofundados. Acrescenta-se que, a partir das entrevistas realizadas com gestores, municipal e estadual, durante a pesquisa mãe, foi possível entender o contexto da implantação de serviços de saúde mental no município e estado e, assim, compreender a posição geopolítica do CAPS Adilson Sampaio no processo de reforma psiquiátrica do município de Salvador, Bahia.

Sabe-se que, dentre os CAPS estudados na pesquisa mãe, a equipe deste CAPS era formada por profissionais que estavam há mais tempo no serviço quando comparados com profissionais de outras equipes. A questão da qualificação profissional também pode ser ressaltada nessa equipe. Dados<sup>12</sup> da pesquisa-mãe revelam que, em 2007, dos vinte e três profissionais que compunham a equipe, nove referiam cursos de pós-graduação<sup>13</sup> e dezessete informaram já terem participado de algum curso específico em saúde mental. Além disso, resalta-se que o conjunto dos profissionais desse serviço foi contemplado com a supervisão clínico-institucional por um período de cerca de dois anos. Assim, a equipe deste CAPS foi tentando desenvolver sua missão de ser ordenador da rede de saúde mental do seu território, buscando realizar um trabalho que considerasse, como fundamentais, as atividades extra-muros.

#### **4.2. Pesquisa atual – o retorno ao campo**

O distrito sanitário escolhido para o atual estudo conta com um CAPS desde o ano de 2005, quando profissionais da equipe do ambulatório Rubim de Pinho, que iriam compor o CAPS, propuseram, junto com a prefeitura, a criação de um serviço deste tipo desvinculado do ambulatório especializado. Nesta época, foram desativados leitos do Hospital Santa Mônica<sup>14</sup>. A equipe deste serviço é, em sua maioria, composta por

---

<sup>12</sup> Dados do questionário HUMANIZA-CAPS na sua versão para profissionais.

<sup>13</sup> Dois deles referiram que foram da primeira turma da especialização em saúde mental (UFBA/SESAB/MS).

<sup>14</sup> Hospital especializado conveniado ao SUS que integrava, junto com o Sanatório Bahia e com a Casa de Saúde Ana Nery, a empresa SER - Serviços Médicos Cirúrgicos da Bahia S/A.

profissionais do quadro permanente da prefeitura, o que permite certa continuidade dos projetos, e assim a variável da rotatividade dos profissionais tem menor influência nos projetos de integração propostos pelo serviço, se comparado com outros CAPS do município de Salvador. Destaca-se também que o CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio é campo de aperfeiçoamento de residentes de saúde mental do ISC, assim como também é campo de atuação para a residência multiprofissional em saúde mental da UNEB.

Este distrito sanitário tem uma extensão territorial de 6,97 km<sup>2</sup>, uma população com cerca de 165.933 hab. e densidade populacional de 23,36 hab/km<sup>2</sup>. Sua rede sanitária formal é composta pelas seguintes unidades sanitárias municipais: Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, Centro Terapêutico Municipal Dr.º Álvaro Rubin de Pinho (ambulatório psiquiátrico), Centro de Saúde Ministro Alkmin, Centro de Saúde Virgílio de Carvalho, duas unidades de saúde da família, Joanes Leste e Joanes Centro-oeste, CAPS II Professor Adilson Peixoto Sampaio, duas Residências Terapêuticas de média complexidade e o abrigo Dom Pedro II. Além dessas unidades, o Distrito Sanitário de Itapagipe comporta hospitais tais como: Hospital Couto Maia, Hospital São Jorge, Obras Sociais de Irmã Dulce, Hospital Agenor Paiva, Hospital Sagrada Família e Hospital da Polícia Militar (desativado temporariamente).

Neste estudo, optou-se pela produção de conhecimento gerado através da observação da rede de saúde mental no Distrito Sanitário de Itapagipe, que abrange apenas os serviços especializados supracitados. Além disso, escolheu-se como campo para a atual pesquisa um dos hospitais psiquiátricos que servem de retaguarda para as internações, o Hospital Juliano Moreira que presta assistência para homens e mulheres (Ver apêndice A). Este fato ocorre já que, no município de Salvador, apesar da recente desativação de 520 leitos de serviços conveniados, ainda não foi possível prescindir dos internamentos em hospitais especializados. Nessa cidade, até o momento, existem poucos leitos em um Hospital Geral Universitário<sup>15</sup> para acolhimento noturno e inexistem CAPS com funcionamento 24h (CAPS III).

Apesar de haver outras emergências psiquiátricas, como a do Hospital Mário Leal e a do Pronto Atendimento Psiquiátrico municipal (inaugurado em agosto de 2009), optou-se pelo estudo da emergência do Hospital Juliano Moreira, devido ao fato de ser este hospital a

---

<sup>15</sup> Este equipamento não trabalha com demanda aberta e só acolhe pacientes femininas já matriculadas no seu ambulatório.

referência estadual para internamento de pacientes homens e mulheres, diferente dos outros dois equipamentos. Além disso, outro fator de escolha do HJM deveu-se à entrada facilitada no campo pela pesquisadora, que atua como psicóloga no ambulatório deste mesmo hospital. Vale ressaltar ainda que o HJM é um hospital-escola e serve de campo de estágio para diversos profissionais de saúde, além de ser campo de atuação das residências de psiquiatria e psicologia da UFBA.

O Hospital Especializado Mário Leal (HEML) é também de natureza estadual e tem 8 leitos para observação de pacientes femininos (2) e masculinos (6). No entanto os seus 30 leitos para internamento são destinados a pacientes masculinos exclusivamente. Assim como o Hospital Juliano Moreira, este hospital atende por demanda aberta.

Já o Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP), localizado no 5º Centro de saúde municipal, possui onze leitos de curta permanência (72h). Esse serviço não atende por demanda espontânea; os pacientes que lhes são direcionados são referenciados pelos CAPS do município de Salvador, ou encaminhados pelo SAMU, que atende a área metropolitana.

Tal serviço de emergência, inaugurado em agosto de 2009, atendeu até outubro de 2009, o contingente de 234<sup>16</sup> usuários, destes 126 eram do sexo feminino e 108 eram homens. Dentre o total de atendimentos realizados, 75 eram encaminhamentos dos CAPS soteropolitanos, 114 foram trazidos pelo SAMU e 45 foram referenciados pelos dois hospitais especializados existentes em Salvador.

A inauguração de um serviço com essas características pode auxiliar na diminuição da sobrecarga dos outros dois serviços especializados de emergência, especialmente porque é resolutivo para quadros em que a crise é mais rapidamente remitida. Entretanto destaca-se que a dificuldade em relação à dificuldade de vagas para internamento, para casos de mais difícil estabilização do quadro psíquico, persiste.

Analisa-se assim que a opção pelo projeto do PAP, que não atende demanda aberta e é um serviço que, como os outros dois, não é regionalizado, aponta para idéia de que este também será um serviço sobrecarregado. Corre-se o risco de desresponsabilizar as equipes dos CAPS II já implantados no cuidado à crise. Ressalta-se que estes já são considerados

---

<sup>16</sup> Caracterização feita pela coordenação municipal de saúde mental em sessão do conselho municipal de saúde no dia 11 de novembro de 2009.

serviços limitados para atender essa demanda, tendo em vista que não oferecem acolhimento noturno.

Pondera-se que, com a inauguração do PAP, os profissionais do CAPS têm referido maior facilidade no que tange à discussão de casos de emergência. E, por vezes, esses são encaminhados do CAPS para o PAP e, em seguida, para os hospitais especializados. No período supracitado, dos 234<sup>17</sup> usuários atendidos, 132 foram referenciados para os CAPS, 10 para SRT, 3 para ambulatórios especializados, 1 para a enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas, 24 seguiram para o HJM, 12 para o HEML, 9 foram para HGE, 7 para o Sanatório São Paulo, 1 para o Instituto Guanabara, 1 foi para o projeto Salvador Cidadania, 1 para o Bahia Acolhe e 1 foi encaminhado para atendimento privado. Assim, nessa amostra, 132 foram re-encaminhados para os CAPS, três para ambulatórios especializados e 44 foram referenciados para os hospitais especializados. Esses dados revelam que o PAP, em alguns casos, é intermediário entre CAPS e hospitais especializados, que, nesse sentido, tem a sua clientela selecionada para os casos mais graves. A escolha pela implantação do PAP, que é uma unidade de emergência que tem como área de abrangência o município de Salvador, reforça a opção por ações que não considerem o conceito de território.

Para um estudo a ser desenvolvido no período de mestrado, mostrou-se necessária a restrição do campo das urgências para um dos serviços situados no município de Salvador. Tendo em vista que o HEML só recebe para internamento os pacientes masculinos, que o PAP, após 72h, encaminha, em caso de não remissão da crise, para o internamento em um dos hospitais estaduais e que o HJM recebe pacientes de ambos os sexos e não tem restrição quanto a quadros de difícil remissão, optou-se pelo estudo do serviço de emergência do HJM.

Destaca-se ainda que os profissionais do HJM referem que o PAP tem tido dificuldades na manutenção de médicos plantonistas no seu quadro, que o seu caráter de demanda restrita também seleciona a população atendida, sendo assim, estão excluídos do atendimento os cidadãos que não solicitam o SAMU, ou que não são matriculados no CAPS. Não há regionalização para os serviços de emergência, então usuários que residem

---

<sup>17</sup> Idem

no distrito de Itapagipe podem ser atendidos em qualquer um dos serviços de emergência situados no município de Salvador.

A pesquisa realizada foi de cunho qualitativo, na qual foram feitas entrevistas semi-estruturadas com gerentes das unidades que compõem a rede do Distrito Sanitário de Itapagipe. Tais entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde em questão após explicitação dos objetivos do roteiro de entrevista e do projeto de dissertação. O roteiro de entrevista elaborado para os gerentes das unidades (vide apêndice B) tinha por objetivo identificar qual a missão daquela unidade dentro da rede estudada, as formas de acesso ao serviço, como se dá o fluxo de usuários pela rede, identificar a coesão da rede através da existência de um planejamento conjunto para a assistência à saúde mental do distrito estudado, as dificuldades encontradas para a integração entre os serviços e o que cada unidade está desenvolvendo para efetuar o cuidado em rede.

Além disso, foi realizada observação direta nas unidades sanitárias formais, com a utilização de diários de campo e coleta de documentos pertinentes à implementação da rede de serviços a ser estudada. A construção de um roteiro de observação (apêndice E) pretendeu nortear o campo para apreensão do processo de trabalho nas unidades estudadas, destacando a interação entre os profissionais das diversas instituições, a existência ou não de regras para nortear essas relações, os atores que estariam liderando o processo de integração em rede, além dos serviços oferecidos em cada unidade e as discussões a respeito do perfil do público-alvo de cada serviço. Em suma, a grade de observação foi construída para entender o contexto de cada organização em particular e a maneira como esta propõe ações e se insere na rede de serviços que foi estudada. Já os documentos coletados se referiram aos projetos terapêuticos de cada uma das unidades, e, exceto o ambulatório, as outras duas localizaram e disponibilizaram tal documento.

A observação em cada unidade foi realizada numa semana típica, bem como se mostrou necessária a participação em reuniões promovidas pelos serviços ou pela gestão para observar como são feitas as reuniões que têm por objetivo integrar a rede de saúde mental do distrito estudado e que aspectos de discussão e de encaminhamento privilegiam. No período de campo, destacam-se, como momentos que pretendiam fomentar a integração da rede de saúde mental estudada, os seguintes eventos: (I) reunião convocada pela gestão estadual para a integração da rede de emergência de Salvador, (II) reunião convocada pelo CAPS e DS Itapagipe para a discussão da rede de saúde mental do distrito, e (III) as

reuniões convocadas pelo CAPS para a realização de matriciamento com os agentes comunitários de saúde do distrito.

A fim de compreender o processo de regulação dos casos de saúde mental, foi feita uma entrevista semi-estruturada com o coordenador do Distrito Sanitário Itapagipe. Neste roteiro de entrevista (apêndice C) foram abordados os temas do acesso, regulação, trabalho em rede e descentralização/ centralização das ações de coordenação da rede. Este último tópico é retratado na literatura como um desafio que consiste em utilizar, para a gestão de uma rede, modos de gestão diferentes do que se propõe para uma organização (MAFORT-OUVERNEY & FLEURY, 2007).

Os grupos focais (apêndice D) foram realizados de modo a promover a discussão entre os profissionais sobre o cuidado em rede. Visto que se preconiza que o CAPS deve realizar ações que fomentem a integração da rede de saúde mental, foram feitos grupos focais com profissionais que estão ou passaram por este serviço. Assim, a partir dos resultados apontados na pesquisa-mãe, criou-se um roteiro com as ações desenvolvidas pelo CAPS que apontavam para o cuidado compartilhado com outros serviços da rede sanitária. Considerou-se fundamental a participação em grupos separados dos profissionais do CAPS, e profissionais que integraram as residências do ISC e UNEB desde 2008 até 2009, totalizando cinco grupos focais. Considerou-se que os residentes seriam importantes informantes para a compreensão das atuais ações dessa unidade para a integração do cuidado em rede.

A escolha pela realização de grupos focais com três turmas de residentes do ISC ocorreu, pois isso permitiria a observação de fatos que influenciaram processos de integração ao longo do tempo, favorecendo a compreensão da dimensão da continuidade das estratégias de integração. Foi realizado também um grupo focal com profissionais do CAPS que possibilitou uma comparação com os dados coletados em 2007, no momento da pesquisa-mãe, quando foram feitas duas sessões de grupos focais. Além desses, mostrou-se fundamental a realização de um grupo focal com residentes da UNEB, visto ser a equipe de residentes que fica mais tempo no CAPS e assim pôde-se compreender como se dão os projetos de integração, em que os residentes estão envolvidos, de maneira longitudinal. Os grupos foram configurados como demonstra o quadro a seguir:



(1) Grupo Focal com a equipe do CAPS	(3) Grupos Focais com os residentes do ISC (2008 e 2009)	(1) Grupo focal com residentes da UNEB (2009)
Terapeutas ocupacionais (2)	Psicólogas (2)	Psicólogas (2)
Oficineira (1)	Terapeutas ocupacionais (2)	Terapeuta ocupacional (1)
Apoio Administrativo (3)	Cientista social (2)	_____
Psicólogas (3)	Professor de educação física (1)	_____
Enfermeiras (2)	Enfermeira (1)	_____
Assistente social (3)	Assistente social (1)	_____
Professor de educação física (1)	_____	_____

A fim de entender o fluxo dos usuários foram analisadas as fichas de triagem/emergência e prontuários da emergência do hospital em questão, no período de julho a setembro de 2009, período que antecedeu a entrada no campo. Assim, apesar da afirmação de profissionais do CAPS e HJM de que os usuários do DS Itapagipe não procuram o HJM, observou-se que, no período de julho a setembro de 2009, quarenta e quatro pessoas residentes no Distrito de Itapagipe foram atendidas na emergência do HJM, quando cerca de 1700 pessoas buscaram emergência do referido hospital. Os dados coletados puderam contribuir para informações referentes aos encaminhamentos, motivo da consulta, hipótese diagnóstica, exame psíquico e conduta adotada nos casos das pessoas que buscaram este atendimento e residem no distrito sanitário de Itapagipe.

A idéia inicial era coletar dados nos prontuários dos outros dois serviços especializados sobre esses usuários que estiveram na emergência para atendimento a fim de elucidar a trajetória terapêutica dos mesmos. Observou-se, entretanto, que o SAME (Setor de Arquivo Médico) de cada um desses equipamentos tem uma organização própria, o que dificultou a coleta de dados e o cruzamento dos mesmos.

O livro de registros de matrículas do CTM não permite obter dados mais precisos a respeito dos pacientes. Como este serviço tem se configurado como uma clínica com diversas especialidades, os pacientes são matriculados por apresentarem transtornos mentais, enfermidades neurológicas, ou dificuldades na fala. Não há um registro por ordem alfabética dos pacientes matriculados, o que dificulta a localização de um usuário, caso se tenha apenas o nome próprio como informação para auxiliar na busca. É necessário saber o período em que determinado paciente foi matriculado para que se localize o seu prontuário.

Essa lógica de organização do arquivo médico do CTM dificultou a coleta de dados, pois não era possível saber se os pacientes, atendidos na emergência do HJM, no período escolhido como referência, já eram matriculados no ambulatório, ou seriam pacientes novos no centro. Assim não posso afirmar, de maneira fidedigna, que pacientes aos quais não tive acesso ao prontuário no CTM não procuraram, ou não são matriculados, neste serviço.

Além disso, não há uma lista sobre pacientes que procuram o ambulatório, mas são encaminhados. As fichas de acolhimento nesse caso ficam arquivadas em pastas classificadas por locais para os quais são feitos encaminhamentos com certa frequência, que são eles: CAPS, Instituto Guanabara, Posto de Saúde Adroaldo Albergaria, Pestalozzi, entre outros. O fato de não ter uma lista que ordene essas fichas de acolhimento dificulta saber quantas pessoas procuram o ambulatório por mês. Tal informação poderia ser útil para a compreensão de quantas pessoas procuram e quantas efetivamente são matriculadas neste serviço.

A minha busca por pacientes que não ficaram no CTM se deu na pasta dos CAPS, preferencialmente. Esses dados foram analisados de maneira qualitativa, visto que a amostra coletada não é numericamente representativa da população atendida no CTM Álvaro Rubim de Pinho.

Já no arquivo do CAPS, consegui localizar, pelo nome, os pacientes que selecionei previamente no livro de registros da emergência do HJM. No entanto, o livro de registro da

recepção e o livro de registro de acolhimento, que deveriam ter a mesma informação, são divergentes. E assim os registros daqueles que procuram o CAPS, mas não ficam, não são efetuados de maneira fidedigna.

A pesquisa atual, no que diz respeito ao seu trabalho de campo específico, ocorreu no período de outubro a novembro de 2009. Iniciou-se a pesquisa pela observação de uma semana típica no serviço de triagem, emergência e acolhimento (SETA) do HJM. Devido à complexidade, volume de pacientes e dinâmicas variadas, mostrou-se impossível realizar investigação completa de todos os setores do HJM, assim, visto o objetivo da pesquisa, restringiu-se o campo de observação ao SETA. A escolha do início da pesquisa por este equipamento se deu baseada na data da realização de um seminário cujo título foi: “Integralidade e Resolutividade na Rede de Saúde Mental em Salvador”. Esse evento foi realizado pela diretoria da rede própria sob gestão direta – DIRPGD, SESAB/DGC – Coordenação de saúde mental, Hospital Juliano Moreira, Hospital Especializado Mário Leal e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador com apoio da APB (Associação Psiquiátrica da Bahia). Assim, com a participação neste seminário, além de observar o evento, pude detectar as repercussões iniciais do mesmo entre os trabalhadores da emergência do HJM.

Esse evento foi realizado no auditório do HJM contou com a participação de representantes dos médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, que trabalham nos serviços que compõem a rede de emergência. Tinha por objetivos explícitos: (I) Integrar serviços de emergência, pronto atendimento psiquiátrico, SAMU e Hospitais psiquiátricos de Salvador; (II) Criar um protocolo clínico de atendimento na rede; (III) Promover maior integração entre os trabalhadores da rede de assistência.

A programação do evento contemplou dois momentos: uma mesa redonda intitulada “O que acontece nas emergências em Salvador”, que contava com a participação dos representantes dos médicos plantonistas, e a outra mesa intitulada “Discussão e proposta de elaboração do protocolo de atendimento na rede” que contou com a apresentação de uma representante das enfermeiras plantonistas e outra representante das assistentes sociais plantonistas.

Em um segundo momento da pesquisa atual, a observação foi realizada no CAPS. Esse serviço foi o segundo observado, devido a uma solicitação da gerência do ambulatório especializado Álvaro Rubim de Pinho, que levantou a importância de, antes do início da pesquisa nesse serviço, fazer uma apresentação da mesma aos técnicos da unidade. Além

disso, a gerência solicitou que a observação fosse realizada em outro momento, pois a semana escolhida para a coleta de dados, seria a primeira semana de vigência da licença por motivos de saúde de uma das psiquiatras da unidade. Assim, a equipe do ambulatório, em conjunto com a sua gerência, teria que criar estratégias para administrar a remarcação dos pacientes agendados para tal médica. Tal fato iria criar um período de tumulto e tensão nos atendimentos do ambulatório.

As entrevistas e grupos focais foram, em sua maioria, realizados fora do período da observação nas unidades, o que permitiu o investimento maior na coleta de dados em prontuários e na observação de entrevistas de acolhimento e de triagem, bem como no acompanhamento das visitas domiciliares e observação de reuniões entre serviços que compõem a rede de saúde do distrito sanitário de Itapagipe.

Como plano de análise, optou-se pela análise do discurso com base na construção de categorias analisadoras (apêndice F) numa perspectiva ética que corresponde a importantes temas encontrados na literatura sobre redes assistenciais ou sistemas de saúde integrados tais como dimensões da integração, estratégias de ligação, coordenação da rede, regulação do fluxo, modelos de atenção em saúde e modos de atenção em saúde mental. Buscou-se confrontar dados êmicos, produzidos a partir das narrativas de diversos sujeitos envolvidos nas entrevistas e grupos focais, nos seus níveis de confluência e dissonância com conceitos discutidos nos diversos modelos de cuidado propostos. Analisaram-se ainda e vastamente dados produzidos a partir de uma observação sistemática dos serviços estudados de modo a descrever as suas dinâmicas e fluxos vivos, acreditando-se que nenhum modelo teórico ganha existência de forma idealizada, mas é construído, modificado, interpretado e reinventado em um fazer concreto, permeado de conflitos, incertezas e modificações. A análise do discurso dos entrevistados seguiu uma perspectiva interpretativa, sendo realizada principalmente a partir da trama que confronta as vozes dos diversos atores e que os faz repetir percepções da realidade (pontos de saturação da análise), atribuindo-lhes força e consistência, mas também a partir das divergências, que revelam conflitos ou aspectos singulares de interpretações individuais ou de determinados grupos em relação a outros, situando-os em uma posição social específica. Isso, por exemplo, era observado quando se comparava discursos provenientes de profissionais de diferentes serviços.

O presente estudo trouxe como vantagem o fato de poder contribuir com o planejamento das ações que visem à integração de serviços de saúde mental, destacando quais os esforços

que vêm sendo efetuados, resultados obtidos e dificuldades encontradas para a efetivação deste cuidado em rede.

Destaca-se, como limitação, a questão de reduzir a assistência à saúde mental apenas ao aspecto sanitário, já que se sabe que a rede de saúde não se limita em si mesma, dependendo de articulações intersetoriais para atender às necessidades locais de saúde. Além disso, não foi possível realizar uma análise que considerasse dados secundários a respeito do fluxo de usuários pela rede ampliando o foco e compreendendo os encaminhamentos realizados pelos profissionais das unidades em estudo. Tal estratégia possivelmente iria requerer análises periódicas e de base quantitativa.

Para a realização desta pesquisa adotaram-se os princípios éticos, morais e de conduta, como determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os sujeitos em sua autonomia e dignidade, adotando a utilização do consentimento livre e informado e garantindo a participação voluntária dos sujeitos na pesquisa. O instrumento referido (apêndice G) visa esclarecer os sujeitos sobre os objetivos da pesquisa, bem como explicitar os riscos, benefícios e direitos ao participar da mesma, para que desta maneira, ele possa decidir se quer colaborar ou não, com a realização da pesquisa. E garantir que o participante pudesse solicitar esclarecimentos e desistir de colaborar com a pesquisa em qualquer fase da mesma sem que isso lhe trouxesse ônus.

Foram oferecidos procedimentos que assegurassem a confidencialidade e privacidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Esta pesquisa não envolveu custos ou danos para aqueles que dela participaram, foram assegurados procedimentos que evitassem constrangimento de qualquer espécie aos sujeitos envolvidos. Os dados obtidos em prontuários e fichas de triagem apenas serviram para os fins da pesquisa não sendo permitido o acesso a terceiros.

Por fim, a pesquisadora compromete-se em promover a devolução dos resultados para as instituições participantes da pesquisa, com vistas a promover uma discussão sobre os dados levantados, bem como desencadear um processo que facilite a identificação de pontos favoráveis e desfavoráveis à construção desta rede de saúde mental estudada.

## **5. Contexto de implantação de serviços substitutivos em saúde mental**

### **5.1 Um olhar sobre a implantação da rede de serviços substitutivos na Bahia**

A partir de uma visão institucional refere-se que o processo de implantação da rede de serviços substitutivos de saúde mental no estado da Bahia se deu conforme a política de saúde mental do SUS. Tinha como objetivo reduzir a alta concentração de leitos psiquiátricos e expandir a rede de serviços substitutivos no estado.

Em 2002, a Bahia possuía 15 CAPS em 11 municípios tendo passado, em 2006, para 105 CAPS em 89 municípios. Nesse período observa-se a grande expansão de serviços, que representou a implantação de CAPS em cerca de 50% dos 159 municípios com população acima de 20.000 habitantes<sup>18</sup> no estado da Bahia (Brasil, 2007). Em 2006 a cobertura de CAPS/100.000 no estado era de 0,44 (Brasil, 2007), em junho de 2009 a Bahia podia contar com 141 serviços substitutivos o que representa uma cobertura de CAPS/100.000 de 0,64 (Brasil, 2009). Dados mais recentes da secretaria estadual de saúde da Bahia apontam a existência de 168 CAPS no estado.

Na gestão de 2002 a 2006 da coordenação estadual de saúde mental, observou-se que a metodologia de trabalho envolveu uma expressiva política de indução a implantação dos serviços substitutivos com estratégias de sensibilização e de investimento financeiro. Eram feitos contatos via telefone com secretários de saúde, a fim de estimular o Poder Municipal a implantar CAPS. Além dessa estratégia, destaca-se a realização de eventos para congregar a rede de serviços de saúde do estado, divulgar a política de saúde mental e capacitar profissionais.

Como exemplo destes seminários, tem-se o evento preparado para os 417 secretários municipais de saúde do estado da Bahia. Na oportunidade, compareceram 200 secretários ou seus representantes que puderam conhecer a política de saúde mental, os objetivos na reorientação do modelo assistencial e as fontes de financiamento para efetivar tais ações.

---

<sup>18</sup> De acordo com portaria GM 336/2002 a implantação de CAPS ocorrerá em municípios com população acima de 20.000 habitantes.

A estratégia do incentivo financeiro foi proposta pela coordenação de saúde mental, que observou essa necessidade quando o ministério da saúde ainda não disponibilizava incentivos prévios para a implantação dos CAPS. Tal ação foi aceita e executada pelo secretário estadual de saúde que, baseado no orçamento feito pela coordenação, disponibilizava R\$ 25.000 reais para a implantação de cada CAPS.

As ações da coordenação de saúde mental estavam baseadas no plano plurianual da saúde mental aprovado pelo conselho estadual de saúde e comissão intergestores bipartite (CIB). Este plano previa a implantação de 56 CAPS em municípios estratégicos de cada macrorregião. A implantação dos serviços superou o número anteriormente planejado.

Além disso, este projeto previa ações de saúde mental a serem desenvolvidas na atenção básica, implantação de novos CAPS e residências terapêuticas, implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, qualificação do pronto-atendimento ou pronto-socorro dos hospitais gerais e modernização do modelo de atenção dos hospitais psiquiátricos ainda existentes no estado.

O projeto tinha como metas a expansão de serviços extra-hospitalares, além da capacitação e supervisão técnica. Para qualificação dos profissionais da rede, foi criado o projeto Escola de Supervisores<sup>19</sup> e realizadas ações de capacitação. Estas ações incluíram a o apoio à UFBA para oferta de duas turmas de pós-graduação lato-sensu em Saúde mental em parceria com o ministério da saúde e a UFBA, além da organização de seminários e a criação de três CAPS docente assistenciais, o CAPS II Águas Claras (DS Cajazeiras), CAPS ad Pernambués (DS Cabula-Beiru) e o CAPS ia Liberdade (DS Liberdade). Estes CAPS, inaugurados em 2004, tinham como missão promover capacitações a outros CAPS da rede e prestar assistência em saúde mental. Estes serviços também estavam vinculados ao plano de ação do estado para fazer frente à desativação dos 490 leitos do Hospital Santa Mônica, quando o município de Salvador ainda não estava sob regime de gestão plena da saúde e, assim, demonstrava dificuldades para a implantação de serviços de saúde mental municipais.

No contexto da modernização dos hospitais psiquiátricos, capacitação da rede de CAPS e da Atenção Básica, foi implantado o Plantão Técnico à Distância (disque saúde

---

<sup>19</sup> Este projeto de supervisão clínico-institucional dos CAPS teve início em março de 2006 com aproximadamente 40 visitas institucionais mensais a diversos CAPS de municípios baianos.

mental). Tal projeto previa a discussão de casos entre os especialistas do quadro do hospital com médicos generalistas da atenção básica, médicos que atuavam em CAPS, ou na emergência de hospitais gerais. Isto favorecia uma maior integração da rede e a divisão de responsabilidades sobre os casos.

A partir de 2007, com a mudança política no governo do estado da Bahia e a posse da nova gestão na SESAB foi extinta a coordenação de saúde mental. O projeto foi reformulado e a saúde mental passou a se constituir como uma área técnica, sem coordenação específica, numa perspectiva de atuar a partir da estratégia de linhas de cuidado. Esta área junto com outras tais como: política do idoso, violência, saúde prisional estavam sob a gestão da coordenação das políticas transversais. Houve uma mudança na concepção sobre a qualificação da rede, sendo extinto o programa estadual para a supervisão clínico-institucional, plantão técnico à distância e os CAPS docente-assistenciais, que estavam sob a responsabilidade do estado, passam, em julho de 2009, para a responsabilidade do município, extinguindo assim seu caráter docente-assistencial.

Nesse período, implantou-se o programa Núcleo de Apoio Institucional (NAI), um grupo de técnicos de nível superior que deveriam apoiar os serviços substitutivos por macrorregião do estado. Uma das ações desse grupo foi construir um diagnóstico situacional da rede de saúde mental do estado da Bahia. No segundo semestre de 2009 há uma reorientação da política estadual de saúde mental que, então, extingue a idéia de que não deveria haver uma coordenação estadual de saúde mental e esse papel de coordenador é restituído.



## 5.2 Um olhar sobre a implantação da rede de CAPS em Salvador, Bahia.

Dados da gestão municipal ratificam que até 2005 a rede municipal extra-hospitalar de saúde mental era composta por três ambulatorios especializados e três CAPS<sup>20</sup>. Nesse período houve a reativação da comissão municipal de saúde mental. Apenas em 01 de março de 2006 que a secretaria municipal de saúde (SMS) assumiu a gestão plena do sistema.

Em dezembro de 2005 foi assinado um Termo de ajustamento de conduta (TAC) por representantes do ministério público (MPE) do estado da Bahia, ministério da saúde, secretaria estadual da saúde, secretaria municipal da saúde, representante do SER – Serviços Médicos Cirúrgicos da Bahia S/A e representante do movimento social, em virtude da situação emergencial do município de Salvador com relação à assistência psiquiátrica.

Nesse período o proprietário de dois hospitais especializados conveniados ao SUS, a Casa de Saúde Ana Nery (280 leitos) e o sanatório Bahia (240 leitos) havia solicitado o credenciamento de 520 leitos destas duas unidades da empresa SER. Assim firmou-se no TAC o compromisso compartilhado entre os governos federal, estadual e municipal, de implantar uma rede de serviços extra-hospitalares de maneira urgente para evitar a desassistência das pessoas portadoras de transtorno mental, outrora assistidas nessas unidades.

No referido documento, que tinha um prazo para implantação da rede de cuidados de seis meses a partir de 01 de janeiro de 2006, estavam detalhadas as atribuições de cada esfera de governo e do representante do hospital conveniado. À união cabia repassar financiamento para ações para o município e estado, além de supervisionar, fiscalizar e agilizar o cadastramento de novos serviços de saúde mental. Para o estado, o compromisso estava em aumentar, por um prazo determinado, as diárias para os referidos hospitais, agilizar o cadastramento de novos serviços e garantir medidas necessárias para que o convênio de cooperação técnica com a UFBA pudesse dotar o município de um CAPS docente-assistencial (CAPS - GARCIA) num prazo de 90 dias, além de ficar responsável pela implantação dos 20 leitos da enfermaria psiquiátrica no Hospital Universitário

---

<sup>20</sup> CAPS II Prof. Adilson Sampaio, CAPS II Osvaldo de Camargo e CAPS II Aristides Novis.

Professor Edgar Santos (HUPES), de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – Hospital Geral do Estado (HGE), Hospital Roberto Santos (HRS), Hospital Santo Antônio e Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) – além de promover meios para a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos. Além disso, cabia ao estado adaptar o Hospital Juliano Moreira (HJM) para atender preferencialmente os quadros psiquiátricos agudos, implementar o CAPS III Narandiba que seria um CAPS escola, nas instalações onde atualmente funciona o hospital dia, incluir no processo de organização da rede assistencial psiquiátrica o Hospital Mário Leal com 8 leitos para urgência e emergência e 30 leitos para internação de pacientes masculinos e femininos. No TAC estava também registrado o compromisso de municipalizar o CAPS Águas Claras num prazo de 120 dias e implantar um serviço de tele-psiquiatria para suprir a carência destes profissionais no estado.

Ao município caberia otimizar a rede extra hospitalar já existente, definir o perfil da clientela dos serviços extra-hospitalares, assumir o CAPS II Águas Claras como uma unidade municipal. Assim o município constituiu um plano emergencial para a saúde mental que tinha como referência o plano municipal de saúde. O plano emergencial previa a implantação de 13 CAPS distribuídos entre os 12 distritos sanitários de Salvador. Neste universo, estavam previstos três CAPS infantis, dois CAPS AD e três CAPS III, os demais seriam CAPS II.

O plano considerou, para a distribuição dos serviços, o contingente populacional de cada distrito sanitário bem como sua extensão territorial. Assim, para o distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário, estariam previstos três CAPS, pois, de acordo com a coordenação municipal de saúde mental, este é um distrito populoso, de grande extensão territorial e com alto índice de uso de álcool e outras drogas. Já para o distrito de Itapuã foram previstos dois CAPS devido à sua extensão territorial enquanto que, para o distrito sanitário São Caetano/Valéria, devido a sua alta densidade demográfica, seriam necessários dois CAPS.

Dentro desse plano a primeira ação foi a realização de um censo psicossocial dos pacientes dos hospitais psiquiátricos que seriam desativados. Nesse período o trabalho da coordenação de saúde mental do município de Salvador tinha três objetivos principais: a desinstitucionalização de pacientes com longa permanência em internação psiquiátrica, a programação de alta dos pacientes agudos e a otimização da rede já implantada que eram os três ambulatórios e os três CAPS municipais.

Assim a rede substitutiva em saúde mental de Salvador foi sendo implantada. Entre 2008 e 2009 foram inaugurados o CAPS do Subúrbio, Garcia (UFBA/SMS/SESAB), Liberdade, Pau da Lima, o Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP). Em 2008 foi implantada uma equipe de psiquiatras no SAMU. Em julho de 2009 houve a municipalização dos 3 CAPS estaduais.

A gestão municipal tem optado pela locação de imóveis para a instalação destes serviços, entretanto alega dificuldades para a garantia de tais imóveis. Assim aponta a situação de irregularidade imobiliária em alguns bairros de Salvador como principal entrave na implantação de novos CAPS.

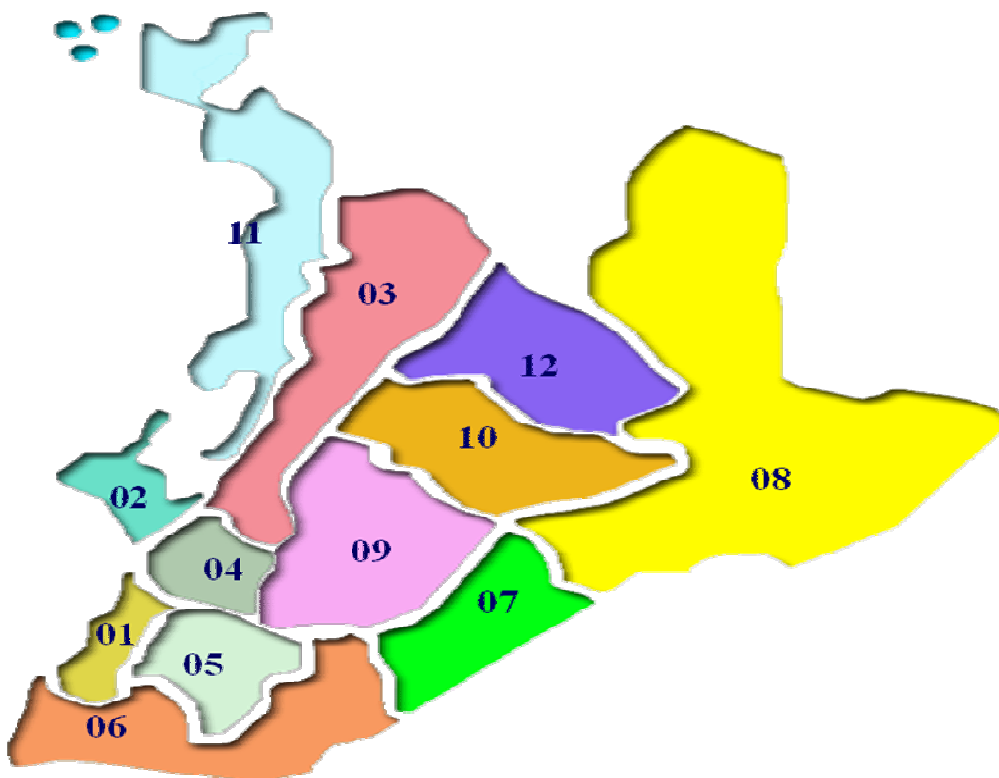
Atualmente a rede de saúde mental de Salvador conta com três ambulatórios especializados, 15 CAPS II, 1 equipe de CAPS II<sup>21</sup> que não está numa sede própria, 2 CAPSia, 1 CAPS AD, 6 SRT, 1 equipe Capitães da Areia<sup>22</sup> que atua no bairro do Centro Histórico, uma equipe de psiquiatras lotados no SAMU e o Pronto Atendimento Psiquiátrico. (Diário de campo, apresentação da coordenação municipal de saúde mental no conselho municipal de saúde em 11 de novembro de 2009). Tal configuração está representada pela figura e quadro a seguir:

---

<sup>21</sup> CAPS II Cajazeiras

<sup>22</sup> Equipe composta por sete profissionais de saúde que presta atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua. No momento acompanham 23 crianças e estão vinculados ao 18º centro de saúde no Terreiro de Jesus, Centro Histórico. (Dados da coordenação municipal de saúde mental, diário de campo, 11/11/09).

**Rede municipal de saúde mental – Distribuição de serviços por distritos sanitários**



<p><b>01 – CENTRO HISTÓRICO</b></p> <p>1 CAPS II          1 RT</p> <p>Projeto Capitães de Areia</p>	<p><b>07 – BOCA DO RIO</b></p> <p>1 CAPS II          2 RTS</p>
<p><b>02 – ITAPAGIPE</b></p> <p>1 CAPS II          2 RTs</p> <p>1 CTM (ambulatório)</p>	<p><b>08 – ITAPUÃ</b></p> <p>1 CAPS II          1 RT</p>
<p><b>03 – SÃO CAETANO/VALÉRIA</b></p> <p>1 CAPS II</p>	<p><b>09 – CABULA / BEIRÚ</b></p> <p>1 CAPS II          1 CAPS ad</p>
<p><b>04 – LIBERDADE</b></p> <p>1 CAPS II          1 CAPS i</p>	<p><b>10 – PAU DA LIMA</b></p> <p>1 CAPS II</p>
<p><b>05 – BROTAS</b></p> <p>1 CAPS II          1 CSM (ambulatório)</p>	<p><b>11 – SUBÚRBIO FERROVIÁRIO</b></p> <p>1 CAPS II</p>
<p><b>06 – BARRA / RIO VERMELHO</b></p> <p>2 CAPS II          1 CAPS i</p> <p>1 CSM (ambulatório)</p>	<p><b>12 – CAJAZEIRAS</b></p> <p>2 CAPS II</p> <p><b>REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b></p> <p>Equipe SAMU (Psiquiatras)</p> <p>PA Psiquiátrico (5º Centro de Saúde)</p>

Foi apresentada, pela coordenadora municipal de saúde mental, no Conselho Municipal de Saúde, no dia 11 de novembro de 2009, a proposta de implantação de novos serviços substitutivos assim distribuídos: 6 CAPS III (1 para cada dois distritos sanitários), mais 2 CAPS II nos distritos sanitários do Subúrbio e São Caetano/Valéria, 3 CAPS AD, 2 CAPS AD III, 1 CAPS i AD III, 4 CAPS ia e 9 SRT.

## **6 Descrição das organizações:**

### **6.1 Serviço de emergência, triagem e acolhimento (SETA) – Hospital Juliano Moreira (HJM)**

Esse serviço constituiu – se em 2005, com o objetivo de ser a porta de entrada única ao Hospital Juliano Moreira. Este anteriormente funcionava com duas portas de entrada - a emergência e a triagem feita no ambulatório. Essa nova modalidade de acesso ao hospital prioriza o acolhimento, realizando o pronto atendimento da emergência e triagens principalmente no turno da manhã, buscando uma forma eficiente de colocar a equipe frente à rede especializada de serviços substitutivos (Projeto Terapêutico do SETA, 2009).

O SETA visa oferecer um atendimento pontual, interdisciplinar, humanizado, a todo indivíduo, seja adulto, adolescente, ou criança do estado da Bahia, que compareça ao Hospital Juliano Moreira (HJM), em crise ou não, solicitando atendimento, orientação, retorno ao tratamento ambulatorial, ou remarcação de consulta (Projeto Terapêutico do SETA, 2009).

O corpo técnico responsável pelo SETA é descrito como multidisciplinar (Projeto Terapêutico do SETA, 2009). No entanto, no período de observação, constatei que a equipe da emergência e a equipe da triagem têm composições diferentes. A primeira é constituída por dois médicos plantonistas a cada dia, um assistente social, uma auxiliar de enfermagem, dois recepcionistas e uma psicóloga (em alguns turnos). Já a equipe de triagem não é multidisciplinar, sendo composta por três psicólogas, pelos residentes de psicologia, bem como estagiários de psicologia e enfermagem. Os médicos psiquiatras da emergência são solicitados quando a equipe de triagem julga pertinente para avaliação e intervenção medicamentosa. Assim, ainda que triagem e emergência sejam oferecidas no mesmo espaço, equipes diferentes são responsáveis por cada uma dessas atividades. Tal situação nos permite questionar se a idéia inicial de unificação da porta de entrada para o hospital permanece em vigor, considerando que, no cotidiano, cada equipe está responsável por uma atividade, tendo inclusive um coordenador para cada uma delas.

Observa-se que há no Projeto Terapêutico da unidade a descrição das atividades que a equipe do SETA realiza. A primeira delas denominada acolhimento propõe que a ação da

equipe inicie-se na recepção, fornecendo orientação caso a caso, e avaliando prioridades, verificando a necessidade de um atendimento de orientação, emergência ou triagem. No projeto propõe-se que sejam distribuídas 12 fichas para a triagem, entretanto observei que essa quantidade varia a depender do dia ou do profissional, ou da quantidade de profissionais que estão naquele turno. Existem profissionais que não limitam a quantidade de senhas, outros que limitam se não tiver atendimento médico no turno de trabalho e caso haja alguma atividade de capacitação na unidade, pode haver suspensão da triagem para residentes no município de Salvador, sendo priorizados nesses momentos os atendimentos de triagens a pacientes vindos do interior do estado.

Todos os usuários que necessitam ser submetidos a atendimentos de triagem ou emergência são registrados em um livro de ocorrência que descreve a data da procura, o bairro onde mora, seu RG e o encaminhamento que foi realizado após o atendimento. São feitas as fichas de atendimento diário (FADA), que são folhas onde são detalhados os dados sócio-econômicos, o atendimento realizado na unidade, se o paciente é encaminhado de outra unidade ou se é demanda espontânea, além do registro escrito dos encaminhamentos realizados ao final do atendimento (Projeto Terapêutico do SETA, 2009).

As triagens são realizadas em dois momentos como é explicitado no projeto terapêutico da unidade. No primeiro momento tem-se a sala de acolhimento quando pacientes e familiares são atendidos em grupo e a equipe de triagem avalia a pertinência do pedido. Nesse momento alguns encaminhamentos para outras unidades podem ser feitos, considerando a necessidade de saúde ou social daquele indivíduo naquele momento (Projeto terapêutico do SETA, 2009).

Nos casos onde há necessidade, faz-se o acolhimento individual e o atendimento é discutido observando a necessidade da intervenção psiquiátrica, ou encaminhamento para outro profissional, como psicólogo ou assistente social. No caso dos encaminhamentos para outras unidades, tenta-se entrar em contato telefônico para assegurar o acolhimento do usuário na outra unidade (Projeto Terapêutico do SETA, 2009).

“A medicação prescrita, quando necessária, é dispensada para 10 dias, fornecido a receita para a continuidade do tratamento e realizada a orientação quanto ao encaminhamento para a rede” (Projeto Terapêutico do SETA, 2009). Quando necessário é marcado atendimento de retaguarda, que consiste no agendamento de uma ou mais consultas posteriores de psiquiatria, psicologia ou serviço social, a fim de esclarecer melhor

um diagnóstico ou acompanhar a reposta ao uso da medicação prescrita. Há um livro de encaminhamentos do SETA que tem dados sobre todas as unidades de saúde por distritos sanitários, discriminando bairros de abrangência, além de unidades de saúde de todo o estado. Este livro é periodicamente atualizado pela equipe de triagem.

O projeto terapêutico ainda descreve as atividades realizadas pela emergência como o atendimento a todos os usuários em crise que tenham ou não história pregressa de transtorno mental. A equipe realiza as intervenções necessárias, exames, observações e encaminhamento para a internação psiquiátrica tanto no HJM, como em outras unidades da rede pública ou particular. Propõe-se que haja reuniões técnicas em periodicidade quinzenal.

São considerados casos de urgência e emergência, embora não se excluam outros quadros agudos, detalhados no projeto técnico do SETA (2005), as seguintes situações: descompensação psicótica aguda, tentativa de suicídio, agitação psicomotora, heteroagressividade, crises convulsivas, reações adversas (a tratamento psiquiátrico ou a substâncias psicoativas), confusão mental, situações de risco (integridade da pessoa e outros), alucinação alcoólica e síndrome de abstinência.

O Hospital Juliano Moreira (HJM) é referência para a rede pública estadual para atendimento em caráter de internação para homens e mulheres, tendo 148 leitos para hospitalização. É composto por dois módulos femininos, dois módulos masculinos, núcleo de atenção à crise, que é misto, e um módulo de pacientes com longa duração de internação. Tem-se ainda um ambulatório para adultos que atende os Distritos Sanitários de Pau da Lima e Cabula-Beirú e um ambulatório infantil com demanda aberta. Destacam-se ainda o Centro docente assistencial de Narandiba (CENA) e os lares abrigados.

O CENA é um hospital dia que atende pacientes de ambos os sexos que tenham transtorno mental excluindo-se os usuários de álcool e outras drogas, aqueles que fizeram tentativas de suicídio, aqueles que têm retardo mental, ou aqueles que não têm vínculos familiares; O CENA trabalha em caráter de demanda aberta para os pacientes que residem em Salvador.

Mais recentemente o HJM criou o Pronto Atendimento (PA) que visa realizar um internamento de curta duração ou prestar atendimento em caráter de observação, com isso evita a superlotação do SETA e faz o encaminhamento para internação no hospital caso haja



necessidade de uma internação mais prolongada. Este serviço conta com 17 do total de leitos existentes no HJM, sendo que 2 são reservados para pacientes encontrados pela polícia em via pública.

Durante o meu período de observação, os profissionais pontuaram questões que dificultam o processo de trabalho na emergência. Eles queixaram-se do atendimento prestado pela rede de serviços substitutivos de maneira geral. Avaliam que essa é uma rede muito fragilizada, seja pela falta de profissionais, ou por outras razões, afirmam que os CAPS de modo geral têm dificuldades para sustentar o cuidado pós-internação. Esse é mais um fator que contribui para que o HJM, por ser referência estadual, continuamente não tenha vagas para internação.

No cotidiano isso implica sempre numa negociação com outros serviços de emergência, nem sempre com sucesso. Por isso profissionais médicos têm feito a gestão das vagas por prioridades e diagnósticos, principalmente no que tange às vagas para as mulheres.

Em seminário para a integração da rede de urgências de Salvador, convocado pela coordenação estadual de saúde mental, foi apontada a dificuldade de comunicação com SAMU, HEML e PAP. Ficou evidente que há conflitos interpessoais e que apesar de haver um protocolo clínico produzido pela coordenação de saúde mental do Estado, em 2005, o mesmo não é utilizado.

As recidivas de usuários na emergência também foram associadas à intermitência de psiquiatras na rede municipal de CAPS. Os usuários chegam à emergência por não terem conseguido acesso a tratamento psiquiátrico e estarem em crise, ou vem encaminhados pelos CAPS para que os médicos da emergência possam atender seus pacientes em caráter ambulatorial. A implantação de uma rede de serviços fez surgir uma clientela que era atendida fora do sistema formal de saúde, portanto que não tinha visibilidade, criando uma demanda maior de assistência.

O desgaste também se dá pelo fato de não existir uma regulação para pacientes que vêm de outros municípios da Bahia. Alguns pacientes chegam acompanhados por seus familiares, vindos em ambulância da sua cidade e retornam para a mesma por falta de vagas. Soma-se a essa dificuldade a idéia de que o HJM seria o hospital mais procurado para a internação. Assim, ainda que tenham outros hospitais psiquiátricos de referência para

internação e dois CAPS III em outros municípios<sup>23</sup>, pacientes e familiares, de todos os municípios da Bahia, são encaminhados ao HJM para internamento, o que agrava a questão da superlotação nesta unidade. Exemplo dessa situação foi observado no período em que estive no SETA, quando constatou-se um caso em que uma paciente oriunda de Itiúba, município que tem pactuação com o Hospital psiquiátrico de Itabuna, foi conduzida ao HJM para internação, porque seus familiares pediram ao Secretário de saúde que ela viesse para Salvador, alegando que: “quando ela vai para aquele hospital de Itabuna, ela volta pior” (sic). O médico plantonista viu que a paciente estava em agitação psicomotora, sem condições de retorno ao domicílio, e a encaminhou para o PA. No entanto, ressaltou que essa era uma situação com a qual ele não concordava, demonstrando, então, que não há pactuações planejadas entre gestores dos municípios do interior para gestão de vagas dos internamentos de psiquiatria, no sentido de regionalizar os serviços especializados de emergência. Tal fato vem sendo pontuado junto com a falta de regulação dos encaminhamentos com origem em municípios do interior do estado da Bahia, como importantes fatores responsáveis pela sobrecarga dos serviços da capital.

Além das dificuldades apontadas pela equipe de emergência, a equipe de triagem, pontuou que o fato de nem todos os médicos da emergência atenderem os casos de triagem constitui-se como mais uma dificuldade ao processo de trabalho. Isto ocorre de acordo com a equipe pela priorização dos atendimentos da emergência, ou porque alguns profissionais médicos ponderam que não acham pertinente uma intervenção farmacológica em casos em que não se constituem emergência e que não retornarão para acompanhamento continuado.

Entretanto alguns profissionais médicos aderiram à proposta da triagem. Assim quando se verifica a necessidade de uma avaliação psiquiátrica, e não se pode contar no turno de trabalho com o profissional, orienta-se que o usuário retorne em horário e dia que tenham médicos mais identificados com a proposta. Conclui-se que não há uma padronização sobre as rotinas desse procedimento.

Apesar da não padronização deste procedimento, deve-se ressaltar que o projeto do modo de funcionamento dessa porta de entrada admite a inserção da dimensão da subjetividade no atendimento às urgências. De acordo com Reichtand & Leal (2000), os serviços de emergência psiquiátrica vêm se organizando de acordo com a lógica da triagem

---

<sup>23</sup> Alagoinhas e Feira de Santana.

que implica na distinção entre o que é previamente padronizado como crise e o que não é e assim os atendimentos não caracterizados como crise são encaminhados por não serem da competência do serviço em questão. Uma outra possibilidade é que eles podem se organizar na lógica do tratamento que prevê a intervenção, mesmo que o caso não se caracterize como emergência, a fim de prevenir uma intervenção que levaria a um internamento. Esses dois modelos têm como característica comum o objetivo de estabilizar a crise.

Os autores defendem um terceiro modelo com a introdução da dimensão da subjetividade na lógica que orienta esses serviços. Nesse caso, observa-se que a determinação do que é emergência envolverá o usuário, o profissional de saúde e os critérios de atendimento do serviço. O pedido do usuário será o guia de referência para a proposta do cuidado assim como as indicações técnicas e os critérios do serviço. Permite-se a intervenção em casos em que, embora não se configurem tradicionalmente como crise, são urgentes na medida em que trazem muito sofrimento e algum risco para o usuário.

Daí a proposta da intervenção técnica imediata na triagem, como foi prevista no projeto técnico do SETA, poder admitir o caráter de prevenção e inclusão da dimensão subjetiva nas ações do serviço. O projeto previa que, a partir de cada caso, fosse realizada a construção entre paciente e profissional de saúde de determinado encaminhamento, possibilitando consultas posteriores de retaguarda com profissionais que participam da triagem. No cotidiano do processo de trabalho, entretanto, essas últimas ações estão ficando mais enfraquecidas desde a extinção do grupo de urgências subjetivas, coordenado pelos psicólogos, que tinha por objetivo fazer uma intervenção individual breve, realizando consultas subseqüentes para esclarecimento de diagnóstico, ou a construção de um encaminhamento com determinado usuário. Outro fator já citado, que contribui para o enfraquecimento das ações que levam em consideração a continuidade do atendimento de retaguarda, seria o número reduzido de profissionais médicos identificados com essa proposta.

A retirada de leitos de observação do SETA foi apontada como uma dificuldade por uma das enfermeiras e reiterada por um médico plantonista, visto que para ficar em observação o paciente deve ser direcionado ao PA, distanciando-se da equipe de emergência. Em um dos dias de observação houve a necessidade de improvisação e contenção de um paciente em maca no chão, o que se demonstrou desconfortável e

arriscado para o usuário que estava em agitação psicomotora e necessitava aguardar para que a intervenção medicamentosa fizesse efeito.

No período de observação em que fiquei nesta unidade, como já foi explicitado, foi convocada uma reunião pela coordenação estadual de saúde mental para a construção de um protocolo para regulamentar o fluxo dos pacientes dos serviços de urgência psiquiátrica no município de Salvador. Houve duas mesas redondas, a primeira com representantes dos médicos plantonistas para apresentação das suas unidades e as dificuldades percebidas. Na mesa estavam um representante do SAMU, um representante do PAP, um representante do HEML e um representante do HJM. Ficaram evidentes os conflitos interpessoais, principalmente entre os dois hospitais. Observou-se que há dificuldade na comunicação entre as equipes dos dois equipamentos. Essa comunicação para a gestão de vagas é realizada por médicos plantonistas de cada hospital, que no momento do seminário alegaram a dificuldade de transferência de pacientes entre as duas unidades.

Em seguida apresentou-se a visão dos profissionais não médicos, em mesa constituída por uma assistente social do HJM e uma enfermeira do PAP. O protocolo não foi construído e criou-se uma comissão com representantes das instituições envolvidas para construção do protocolo e posterior apresentação em assembleia. Evidenciou-se, entretanto a ausência de representantes dos CAPS que não foram convocados. Como pensar na atenção à crise sem envolver os CAPS no planejamento destas ações?

## **6.2 Centro de Tratamento Municipal (CTM) Álvaro Rubim de Pinho**

Originalmente denominado anexo de saúde mental do 4º Centro de Saúde, onde funcionou por mais de 20 anos, foi transferido para o antigo prédio do IAPSEB, na Boa Viagem no ano de 2001.

Este serviço oferece atendimento para adultos com diversos tipos de transtorno mental, bem como para crianças por psicólogos e fonoaudiólogo. Atende pacientes com demanda exclusiva para neurologista que são também atendidos pelo resto da equipe e por

profissionais que realizam fisioterapia neurológica. Além desses pacientes, são encaminhados pacientes de todo o município que são referenciados por ortopedistas para a realização de fisioterapia, estes pacientes não são matriculados no CTM, mas são assistidos nas suas dependências. Observa-se que há um público bastante diversificado que é atendido nesse centro, o que implica que o profissional que faz a triagem irá se deparar com grande frequência com uma enormidade de demandas e necessidades.

A equipe é composta por: (2) enfermeiras, (3) fisioterapeutas, (1) fonoaudióloga, (3) assistentes sociais, (6) psicólogos, (3) psiquiatras, (1) neurologista, (2) farmacêuticos, (2) fonoaudiólogas que realizam exames audiométricos, (1) laudista de EEG, (2) técnicos de EEG, (5) técnicos de enfermagem, (3) auxiliares administrativos (recepção), (5) auxiliares administrativos (farmácia), (4) auxiliares administrativos no SAME, (1) recepcionista para exames, (2) auxiliares administrativos (administração/gerência), (3) agentes de limpeza, (4) vigilantes noturnos, (2) vigilantes diurnos, (1) motorista, (1) auxiliar administrativo (corredor apoio aos médicos).

A equipe referiu que realiza reuniões técnicas com periodicidade quinzenal. Alguns profissionais fazem visitas a instituições do território a partir da necessidade dos casos atendidos, contando com veículo da unidade. Essas ações, que consideram a integralidade do cuidado, incluindo todos os aspectos da vida do usuário, podem ser inseridas no conjunto de ações do modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000). Isso por que são ações que visam à integralidade associada ao território e ao ato terapêutico. No entanto, observa-se que são ações isoladas de alguns profissionais do quadro que poderiam ser potencializadas. Como pode ser caracterizado no seguinte trecho:

*Ela disse que tenta trabalhar em rede, fala que isso é uma posição pessoal e atribui ao fato de ser recém-formada. Fala da tentativa de fazer contato prévio com profissionais quando faz um encaminhamento, mas queixa-se de que nem sempre é possível devido ao grande número de atendimentos por turno (Diário de campo, 18 de novembro de 2009).*

Realiza-se ainda grupo de mulheres por um psicólogo e outro grupo, coordenado por uma enfermeira, que está vinculado ao cuidado neurológico. São ofertados também atendimentos individuais de todas as áreas. Além desses, há o grupo de terapia comunitária, coordenado por assistente social que ocorre no ambulatório e em espaços externos. Oferta-se também grupo de música, grupos de crianças e adolescentes, além de atividades em grupo de fisioterapia, exames audiométricos, dispensação de medicações e Eletroencefalograma (EEG).

Com a reforma psiquiátrica, alguns questionamentos vêm sendo colocados quanto ao papel do ambulatório especializado na atenção à saúde mental. Santos (2007) propõe a discussão a respeito de um ambulatório no Rio Grande do Norte, o qual esta autora defende como representante do que se convencionou a classificar como ambulatório da reforma. Esta autora destaca que, no período de 1970 e 1980, houve a expansão dos serviços ambulatoriais com o objetivo de reduzir os custos com internação e humanizar o cuidado à saúde mental. Entretanto esse tipo de cuidado ofertado era baseado no modelo curativo-individual, com hegemonia do saber psiquiátrico, agregando consultas psicológicas, baseadas na clínica particular e intervenções do serviço social, meramente, assistencialistas. Desta forma esse tipo de serviço demonstrou-se ineficaz quanto ao seu objetivo de evitar a internação.

Entretanto, os ambulatórios da reforma, regidos pela portaria SNAS 224/1992, estão inseridos na nova rede de atenção à saúde mental. Destaca-se a necessidade de reconhecer seus limites, pois se constituíram inicialmente como serviços alternativos, e não substitutivos aos hospitais psiquiátricos como os CAPS. Nesse sentido, a autora supracitada defende que este é um recurso a ser utilizado em casos cuja complexidade não justifique o cuidado dispensado pelo CAPS e que, dessa forma, pode ser inserido como um dispositivo da rede assistencial condizente com a reforma psiquiátrica. Tal posição do ambulatório na rede foi referida pelo gerente do CTM:

*Eu posso falar do ambulatório. A missão do ambulatório para mim simplesmente é de atender os pacientes de média complexidade com todos os serviços que existem aqui: psiquiatria, neurologia, fisioterapia, enfermagem, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, exames de audiometria e de eletroencefalografia. E, simplesmente, eu penso que o ambulatório seria a instituição para dar suporte aos CAPS. Eu acho que isso sim seria trabalhar em rede. Eu acho que esse suporte ao CAPS seria fundamental, contanto que nós recebêssemos suporte também, eu acho que uma rede poderia funcionar deste jeito (Gerente do CTM Rubim de Pinho).*

### Acolhimento

Para o gerente do DS Itapagipe o ambulatório deve ser a porta de entrada para alguns casos de saúde mental neste distrito. Como pode ser observado a partir dos seguintes trechos:

*O que é preconizado é que ele tenha acesso via, a porta de entrada na verdade dele seria via o ambulatório. Ali você faz uma triagem inicial e os casos que têm encaminhamento para o CAPS, que são casos mais graves, esses casos são encaminhados para tratamento em CAPS. Mas o*

*protocolo é que essa triagem seja feita no ambulatório” (Gerente do DS Itapagipe).*

*Essa pergunta sua aqui, desculpa, é que eu não sei como você está fazendo, mas eu estou vendo aqui tem uma coisa que é interessante com relação ao CAPS ser uma porta de entrada. Para alguns casos realmente o CAPS acaba sendo como, por exemplo, os casos que a gente dá apoio ao HCT, esses casos, eles não vão para o ambulatório. (...) Então pode até servir de porta de entrada em casos específicos, mas não é esse o protocolo (Gerente do DS Itapagipe).*

Nota-se que para o gerente do DS Itapagipe há múltiplas portas de entrada para a saúde mental neste território, no entanto a mais importante seria o ambulatório especializado. Nesse aspecto, aponta-se a contradição existente visto que o ministério da saúde refere que o CAPS é o regulador da porta de entrada para a saúde mental no seu território. (BRASIL, 2004) Além disso, no caso do distrito estudado não se observa legitimação pela maioria dos profissionais do CAPS dos encaminhamentos feitos pela equipe do ambulatório para o primeiro. Ainda assim a gerente desse serviço confirma o grande contingente de usuários que são referenciados do ambulatório para o CAPS:

*De um modo geral ele é encaminhado de onde vier... ele pode vir da atenção básica, ele pode vir demanda espontânea, hospital psiquiátrico. De um modo geral eles vêm do Rubim de Pinho, não tem exatamente... vêm de todos os lugares, então os agentes depois que a gente começou a fazer esse trabalho com os agentes comunitários, então os agentes comunitários também estão fazendo essa referencia” (gerente do CAPS).*

Para a gerência do ambulatório, vários equipamentos de saúde mental podem constituir-se como porta de entrada para a saúde mental de um determinado território. Como pode ser ilustrado através do seguinte trecho:

*Eu não creio que o CAPS deva ser exclusiva porta de entrada não. Eu acho que qualquer serviço de saúde mental deverá estar interligado a outros serviços para que o atendimento flua de uma maneira satisfatória. Eu acho que existiria uma sobrecarga para o CAPS, se ele fosse a única porta de entrada. Eu acho que os ambulatórios também têm esta função de exercer esta porta de entrada para os pacientes de saúde mental (Gerente do CTM Rubim de Pinho).*

Tal afirmativa também subverte o mandato do CAPS em ser regulador da porta de entrada da saúde mental no seu território. Seguindo essa lógica o CAPS estaria inserido num sistema hierarquizado, em que se propõe que a atenção básica seja porta de entrada do sistema de saúde, e no caso da saúde mental o CAPS teria essa atribuição. Entretanto

observa-se que o caso estudado tem uma maior aproximação com a metáfora trazida por Cecílio (1997) do sistema de saúde em formato de círculo em que haveria múltiplas portas de entrada, propondo investir na qualificação de todos esses dispositivos de acolhimento. Esse é também o argumento utilizado pela gerência do CAPS que amplia o acesso à saúde mental para todos os serviços de saúde e assim, como pode ser visto no trecho acima relatado pelo gerente do CTM, resgata a importância do trabalho num sistema de saúde integrado. Como pode ser ilustrado a seguir:

*Não. Eu acho que a porta de entrada do território tem que ser todas as unidades... onde ele chegar, percebeu? (...) A gente funciona como unidade de referência, então assim se a gente chega numa atenção básica, se foi lá que ele chegou, é realmente lá que eles começam o atendimento. Lá tem que ser a porta de entrada. Agora o que a gente precisa trabalhar é em rede... como assim a gente tem um paciente aqui que estava com problema de hipertensão que era diabético então, mas ele está aqui, então eu vou fazer esse encaminhamento, eu vou estar conversando com o profissional, vou estar agendando, vou estar encaminhando, vou estar acompanhando isso, se realmente ele foi, não dá para deixar ele solto, então assim sempre tive esse cuidado (Gerente do CAPS).*

Ainda assim o ambulatório se configurou como uma importante porta de entrada para a saúde mental no DS Itapagipe. As pessoas que procuram o CTM chegam com guia de referência ou por demanda espontânea. De acordo com a gerência do ambulatório os acolhimentos são feitos orientados pelo que preconiza a cartilha do ministério da saúde, construída a partir da política nacional de humanização. Os acolhimentos ocorrem em todos os turnos através de entrevistas individuais, de manhã são realizados por dois técnicos de nível superior de plantão e à tarde por um único técnico.

Observa-se que nem todos os profissionais são escalados para compor a equipe de acolhimento. Mas todos os profissionais que trabalham com pacientes com transtorno mental<sup>24</sup>, exceto os médicos, fazem as entrevistas de acolhimento. E assim como as duas outras unidades estudadas não houve uma capacitação específica ofertada pelo serviço ou pela gestão para isso e cada profissional aprende com o cotidiano a realizar esse procedimento.

Estabeleceu-se que cada técnico deve fazer no máximo dez acolhimentos por turno, seis para pacientes novos e quatro para pacientes antigos, re-matrículas, declarações para INSS e orientação quanto à medicação. Anteriormente existia o formato do acolhimento que

---

<sup>24</sup> Psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais e fonoaudióloga.



era em grupo, mas essa modalidade não é mais praticada e segundo um profissional devido à alta demanda. Observou-se durante uma semana entrevistas de acolhimento que foram realizadas no CTM. Os profissionais têm um roteiro que foi orientado por ficha de anamnese em que se descreve a queixa atual, história clínica pregressa e dados sócio-econômicos. Essa ficha estava em falta no período de observação e os profissionais faziam a entrevista reproduzindo a ficha numa folha de papel em branco. Apesar de serem duas unidades municipais de saúde mental o CTM e o CAPS têm fichas de acolhimento diferentes. A ficha do CAPS, entretanto é igual para todos os equipamentos deste tipo.

Todas as intervenções feitas a partir do acolhimento são registradas nas fichas, ou no caso de pacientes já matriculados em prontuários e no cartão do paciente. O livro guia para encaminhamentos está em todas as salas e é composto apenas por unidades municipais. Tal documento é alimentado de maneira individual por cada profissional. Não há registro em livro sobre pessoas que procuram o serviço para fazer acolhimento. O que poderia, por exemplo, facilitar a localização de fichas de triagem daquelas pessoas que são encaminhadas para outros serviços e também poder estimar a quantidade precisa de pessoas que procuram o CTM todos os dias.

Nesta unidade há dois modelos de ficha de referência e contra-referência. Um padronizado pela secretaria municipal de saúde, em que há espaço para descrever os motivos do encaminhamento e no caso de um eventual retorno há espaço para explicitar os motivos do mesmo. O outro modelo utilizado exclusivamente pelo serviço social tem apenas o espaço para a descrição dos motivos do encaminhamento. Vale ressaltar que todos os procedimentos realizados pelo serviço social são registrados em livro e o que demonstra que essa categoria em especial trabalha em equipe.

Analisa-se assim que o modelo de regulação preconizado pelo modelo de atenção da Vigilância à Saúde predomina no que tange aos encaminhamentos realizados pelo CTM. Esse modelo de atenção traz o aporte de que a integração entre os serviços dentro de um distrito sanitário deva ocorrer por meio de referência e contra-referência. No entanto observou-se que a contra-referência é pouco utilizada nos encaminhamentos de saúde mental no distrito estudado.

Observa-se que o planejamento local da oferta de serviços de acordo com o perfil epidemiológico do DS Itapagipe não parece ocorrer, ao menos no que tange aos problemas de saúde mental. Os serviços trabalham a partir da demanda espontânea e especialmente o

CTM desenvolve poucas ações no território. Essa forma de atuar se distancia do modo de organização do modelo de atenção da Vigilância em Saúde, visto que esse modelo que propôs a criação dos distritos sanitários incorpora a lógica do planejamento estratégico para a programação de ofertas nessas áreas. Além disso, ele considera o conceito de território processo no qual o que importa são as dinâmicas sociais e políticas estabelecidas num espaço-tempo determinado, propondo ações que considerem essa lógica de trabalho.

### Dificuldades de estrutura e recursos humanos

A equipe aponta como principais dificuldades para a oferta de cuidados pelo CTM, o fato de haver apenas três psiquiatras no quadro (no momento da pesquisa apenas um em atividade) e a manutenção predial precária. Em relação aos recursos humanos, destaca-se assim que não há um cuidado aos profissionais, que trabalham em ambiente com condições, por vezes, insalubres e tensionados pela dificuldade em ofertar o cuidado médico especializado. Como pode ser caracterizado em alguns trechos a seguir:

*A profissional retrata a dificuldade de trabalhar sem psiquiatra, 'ainda que ele não veja o lado humano, que ele medique e deixe o lado humano para os outros profissionais, como intervir com um paciente desorganizado?' Ela questiona referindo-se à importância do psiquiatra. A enfermeira acha que para os usuários as figuras mais importantes são o médico que dá medicação e relatório para a perícia e o assistente social que orienta quanto ao benefício (Diário de campo, 17 de novembro de 2009).*

*O elástico está todo esticado. O funcionário da recepção atende com uma carga de estresse nos ombros todos os dias porque o paciente procura a unidade com uma carga de estresse nos ombros maior ainda. A comunicação já é tensa, o paciente procura a unidade sabendo que não tem profissional para atender, aquele, o médico, que só ele resolve, e não adianta mais colocar ele para psicólogo, nem para assistente social, que ele não resolve, o problema dele é médico. Não tem. Então ele briga com o profissional da recepção. O profissional da recepção já liga para mim dizendo: eu não estou conseguindo resolver, posso encaminhar para você? Pode sim. E o acolhimento preconiza que a escuta deverá ser sensível. Nós temos uma escuta sensível aqui sim, mas no final muita gente diz não. É uma escuta sensível para que? É para dizer não ao paciente depois. Existe, além do fato ser constrangedor, o fato é deprimente, o fato nos abate, a gente já se prepara pro outro dia, porque a gente vai escutar as mesmas coisas, as mesmas reclamações, na verdade nós deveríamos simplesmente, ter no mínimo estrutura para esse atendimento desse resolutividade (Gerente do CTM Rubim de Pinho).*

*Se eu quiser eu posso falar de manutenção predial aqui para você. Eu tinha mandado o ofício durante dois anos e meio, agora neste mês é que vieram consertar todas as privadas, e as descargas do ambulatório, porque simplesmente o secretário não tomou conhecimento disso. O coordenador do distrito sanitário de Itapagipe, é um parceiro da gente,*

*brigou por isso para pelo menos consertar 09 privadas entupidas. Femininas e masculinas. O funcionário também trabalha sem ventilador numa unidade que é poente, trabalha sem a descarga e sem a privada, as vezes sem água. Que tipo de incentivo você pode dar a um funcionário desses? Sortear uma bicicleta por mês? Tudo papo furado. É enganação é isso? É um cala boca? Se eu for falar das dificuldades operacionais, são tantas desde a rede elétrica até as fechaduras, até os vigilantes. Eram 03 vigilantes aí tiraram 02, uma unidade deste tamanho. Embora a gente já pense em vigilante por uma questão de método de persuasão, mas não é isso que acontece aqui não. Raramente o vigilante tem que intervir aqui, mesmo assim não é daquela forma tradicional, é apenas se fazer presente, para organizar fila, distribuir ficha. É muito difícil a gente colocar quais as dificuldades, quando a gente sabe que as dificuldades estão em quase em todos os lugares do serviço público, no serviço de saúde (Gerente do CTM Rubim de Pinho).*

Todos os dias, usuários vão ao CTM em busca de consultas com psiquiatra, solicitando relatórios para fins previdenciários, solicitando medicações indicadas por seus médicos desse serviço. Em razão de apenas haver um psiquiatra do quadro em atividade, a equipe do CTM tem tentado estratégias para administrar a situação enquanto não se contratam novos profissionais. Por exemplo, todos os profissionais responsáveis pelo acolhimento têm um modelo de declaração para fins previdenciários que descreve a impossibilidade momentânea de consulta com psiquiatras e colocam o CID do usuário que está registrado no prontuário nesta declaração. Quanto à falta de medicação, não há uniformidade na conduta. Alguns tentam resolver de maneira informal, solicitando dispensação de medicação pela farmácia de acordo com a prescrição médica; outros encaminham os pacientes diretamente para a gerência e há os que encaminham pacientes<sup>25</sup>, novos ou velhos, para o Instituto Guanabara<sup>26</sup> para avaliação psiquiátrica, ainda que não se tenha certeza do sucesso desse encaminhamento.

Ressalto como entrave para a assistência no ambulatório a questão público-alvo diversificado para um centro que tem por objetivo prestar atendimento especializado em saúde mental. O que implica que aquele que acolhe irá se confrontar com as mais diversas demandas que nem sempre são do seu núcleo de conhecimento. Além disso, destaca-se o

---

<sup>25</sup> Quando se trata de adultos residentes no DSI, principalmente. Isto porque aqueles que residem no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário são usualmente encaminhados para o serviço especializado deste distrito, um CAPS II.

<sup>26</sup> Serviço não governamental que atende principalmente pessoas com retardo mental, mas que tem, no seu quadro, equipe multiprofissional, incluindo psiquiatras.

grande número de usuários inscritos no serviço (4.300 ativos), o que combinado à falta de psiquiatras origina longos aprazamentos para esse tipo de consulta.

Observa-se que não há um limite mensal para a inscrição no CTM e apesar de ser responsável pela demanda de dois distritos, ainda é demanda aberta para a farmácia, assim como os dois outros ambulatórios especializados municipais. É também demanda aberta em alguns momentos para a neurologia, visto a dificuldade referida por usuários em ter acesso a esse tipo de tratamento na rede. Como pode ser ilustrado a seguir:

*O paciente queixa-se de ter crises convulsivas. Era atendido no CTM há um ano. Mas no seu prontuário há história de abandono do tratamento em diversos momentos. Há registro de depressão sendo encaminhado para acompanhamento psicológico no CTM sem adesão. Relata que faz acompanhamento na fundação baiana de neurologia, mas lá só atende aos sábados, tentou fazer acompanhamento em Peri-peri no posto Adroaldo encaminhado por outro médico, mas não conseguiu. Assim solicita retorno ao CTM visto que soube pelo irmão que reside em Itapagipe que agora tinha neurologista na casa. Ele deixa nas entrelinhas que não mora no DS, mas sim no DS Cajazeiras, visto que quando vai confirmar o endereço diz que 'pode deixar o endereço da minha irmã' (Diário de campo, 18 de novembro de 2009)*

Ressalta-se que é necessário atualizar as atividades ofertadas por cada técnico através de um projeto terapêutico que descrevesse todas as ações prestadas por essa unidade de saúde. Esse instrumento, que necessita de constante atualização, seria um importante dispositivo para a comunicação entre os profissionais da equipe. Quando perguntei a respeito das atividades ofertadas me foi sugerido que investigasse com cada profissional para que o quadro de atividades fosse fidedigno. Esse aspecto demonstra a forma de cuidado fragmentado ofertado por esta unidade. Observa-se que essa atualização das atividades e consultas especializadas é realizada através de conversas no cotidiano, ainda assim tal comunicação parece não se mostrar tão eficaz. Isso porque alguns profissionais da equipe de acolhimento queixaram-se das constantes mudanças de critérios para inserção nas atividades e para atendimentos individuais no CTM. O compartilhamento das informações do projeto técnico terapêutico da unidade poderia facilitar para que já no acolhimento fosse se esboçando uma proposta de projeto terapêutico singular aos usuários do CTM.

O gerente considera que o cuidado é prioritariamente medicamentoso e um pouco fragmentado. Observa-se que a fragmentação do cuidado é apontada por Costa-Rosa (2003) como meio teórico-técnico condizente com o modo de cuidado asilar, bem como a questão

do cuidado centrado no tratamento medicamentoso, que pode incorrer em distorções como o uso excessivo de psicofármacos. O trabalho interdisciplinar também se mostrou prejudicado, uma vez que a desestruturação ocorrida no serviço, devido à falta de psiquiatras, promoveu, de acordo com o gerente, a suspensão temporária das reuniões técnicas.

### **6.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Professor Adilson Peixoto Sampaio**

O projeto do CAPS do DS Itapagipe surgiu no contexto de fechamento do hospital Santa Mônica em 2003, quando houve o descredenciamento de cerca de 500 leitos deste hospital.

No início foi implantado dentro do CTM Rubim de Pinho, pretendia-se transformar o CTM em CAPS para que este fosse o maior CAPS do Brasil. Prestaria assistência a pessoas do DS Itapagipe e DS Subúrbio Ferroviário. Foi credenciado como CAPS Rubim de Pinho em outubro de 2002, habilitado pelo ministério da saúde em julho de 2003 quando foi autorizada a cobrança de procedimentos via Autorização para procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC).

As atividades com usuários, no entanto, só tiveram início em fevereiro de 2004 no ambulatório. Na oportunidade, foi feita uma revisão de prontuários por toda a equipe do CTM para identificar quais os usuários que teriam perfil para CAPS. Além disso, foram realizadas visitas institucionais para reconhecimento das organizações do DS Itapagipe. Nem toda a equipe do CTM aderiu ao projeto do CAPS e foi assim que a equipe deste serviço se formou. Já nesse momento, iniciaram-se conflitos com a gerência do ambulatório. A princípio, a dificuldade estava na partilha de espaço. Para a equipe do CAPS foram cedidas duas salas a fim de que pudessem realizar suas atividades. Além disso, foram citadas as dificuldades na partilha de recursos materiais, alegando-se que a equipe do CAPS não queria repartir com o ambulatório tais recursos. Referem-se discordâncias com a gerência à época e também com relação a modos de cuidar.

Foram feitas diversas reuniões com a coordenação estadual de saúde mental, a coordenação municipal de saúde mental e com consultores do ministério da saúde a fim de

capacitar os técnicos para desenvolver atividades inseridas no novo modelo de atenção à saúde mental.

Mais tarde, na nova gestão do município, a equipe do CAPS propôs a mudança para uma sede própria e foi apoiada pelo secretário municipal da saúde. Desta maneira o CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio foi inaugurado em 12 de dezembro de 2005.

Este CAPS presta atendimento intensivo a usuários que possuem transtorno mental grave do distrito de Itapagipe. Existem alguns usuários remanescentes do DS do Subúrbio Ferroviário, razão pela qual, quando foi inaugurado o CAPS II Dra. Maria Célia Rocha, adstrito ao Subúrbio Ferroviário, alguns deles, que já eram atendidos no CAPS II Prof. Adilson Peixoto Sampaio não quiseram ser transferidos devido ao vínculo que já tinham estabelecido com este último.

Este serviço possui equipe completa interdisciplinar com médicos psiquiatras (2), psicólogos (3), terapeutas ocupacionais (3), enfermeiros (2), professores de educação física (2), farmacêutico (1), fisioterapeuta (1), assistentes sociais (3), auxiliares de enfermagem (4), auxiliares administrativos (5), oficinaira (1), (2) agentes de segurança e (2) agentes de limpeza.

Constituiu-se como campo para estágio e também para duas residências multiprofissionais em saúde mental, a da UNEB e a do ISC/UFBA. Tais residências têm perspectivas diferentes no que tange as suas ações, composição do grupo de residentes e tempo de atuação dos residentes em cada serviço. A residência da UNEB abrange as seguintes profissões de saúde: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Tem o objetivo de formar profissionais de saúde mental que considerem as ações de promoção à saúde, com ênfase no trabalho com a atenção básica, realizando ações para articular equipamentos do território. Já a residência do ISC abrange profissões tradicionais ao campo da saúde mental como: psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, mas também outras que estão se inserindo na saúde mental mais recentemente como a educação física e as ciências sociais. De acordo com o sub coordenador do programa a residência visa proporcionar ao profissional experiências em diversos serviços substitutivos de saúde mental visando promover ações que estejam de acordo com a reforma psiquiátrica e que considerem as redes sociais estabelecidas nos territórios em que se inserem estes serviços, enfatizando a reinserção social dos usuários.

Para a equipe do CAPS essas duas residências têm sido importantes parcerias no cuidado ofertado por esta unidade.

Os profissionais dividem-se entre tarefas assistenciais, ou internas, e atividades extra-muros. As primeiras são consultas, oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos<sup>27</sup>. As últimas que serão detalhadas a seguir se referem a todas as ações efetuadas fora dos muros do CAPS, tais como: atividades de lazer, participação em feiras e eventos, datas comemorativas, ações da equipe volante, visitas domiciliares, visitas a outras instituições e matriciamento.

Em 2006, a equipe observando a necessidade de intensificação do trabalho extra-muros, propõe um novo desenho para unidade que consiste na criação de três grupos de trabalho que representam eixos estruturantes do CAPS (Projeto técnico do CAPS, 2007). São eles o ‘Acolhimento’, ‘Oficinas e Grupos terapêuticos’ e ‘Ações extra-muros’.

Neste trabalho destacaremos os grupos de trabalho ‘Acolhimento’ e ‘Ações extra-muros’. O primeiro por entendermos ser o acolhimento uma tecnologia leve que reflete a organização do serviço e também a maneira como a equipe é convocada para se posicionar diante dos encaminhamentos para os demais serviços de saúde. (Teixeira, 2005)

A qualidade do acesso ao serviço de saúde reflete o modelo de atenção efetuado no mesmo. Assim o acolhimento vem sendo conceituado como dispositivo privilegiado para a reorganização da assistência em saúde. Ao tomarmos a metáfora do sistema neuronal para ilustrar o conceito de rede, discorre-se que o acolhimento seria representado pelas sinapses. Desta maneira seria o dispositivo que opera a distribuição de informações e encaminhamentos, provocando o fluxo de usuários pelos serviços, fundamental, portanto para a integração da rede assistencial. Este dispositivo proposto por Teixeira (2005) como acolhimento-diálogo tem uma vertente solidária relativo à acolhida, bem como a vertente de que é necessário um saber-fazer técnico que busque necessidades nem sempre explícitas e proponha as melhores respostas para elas (Teixeira, 2005).

---

<sup>27</sup> No período de observação as atividades que constavam no cardápio de ofertas do CAPS eram as seguintes: Oficina Agitar é viver (atividade corporal), oficina de pintura, oficina de artesanato, oficina de cidadania, grupo de educação e saúde, espaço da palavra (grupo psicoterapêutico), grupo de família, atividades no território, visitas domiciliares, oficina de jornal, oficina de geração de renda, oficina agulhas e linhas, oficina expressão livre, capoeira, construindo o ser, viver melhor, práticas corporais, equipe volante, city tour, Brechó, oficina de Arte e Música e oficina de Beleza, espaço coletivo e vide bula.

Já o trabalho “Extra Muros” reflete, entre outros objetivos, o planejamento e a efetivação das estratégias desenvolvidas pelo CAPS para estabelecer parcerias com outros equipamentos do DS Itapagipe, sejam estes sanitários ou de outros setores.

### Acolhimento

O acolhimento é feito a pacientes que procuram o CAPS, referenciados ou não, no serviço ou no território, por equipe multidisciplinar<sup>28</sup>. A cada turno há um técnico de plantão para receber os que procuram o serviço. Com relação a esses técnicos refere-se que não houve seleção por afinidade para trabalhar no acolhimento e que a capacitação para esse procedimento se dá no cotidiano. Este momento é ressaltado como de grande importância para o aprendizado dos técnicos. Como pode ser observado no fragmento abaixo:

*Olha, o técnico de plantão são todos os profissionais de nível superior, todos participam, porque todos têm que passar por isso, esse momento do acolhimento é um momento muito enriquecedor, você aprende muito com isso, porque assim, um momento que você está fazendo a sua escuta e a orientação que eu sempre dou para o pessoal, é você não fazer aquele trabalho burocrático, (...) ele traz, muitas coisas são ditas, mas muitas não são ditas, e essas que não são ditas são tão importantes quanto. Então não se limitar a questão de preenchimento de formulários. Você deixar que a pessoa está colocando para você, porque na verdade é assim aquela pessoa que está ali sentada junto da gente, ela tem todo um contexto que vem com ela, e que a gente precisa fazer essa escuta, e isso tudo é importante, a gente não pode deixar de considerar isso. Então todos precisam participar, todos estão no acolhimento, (...) a única coisa que eu ficava na dúvida é se colocaria ou se participaria o pessoal do nível médio, mas não tem ninguém do nível médio, todos são profissionais de nível superior que fazem isso. E todos precisam estar levando para o dia da reunião técnica como foi esse acolhimento. E assim algumas coisas eu faço tipo: o que a gente chamaria assim a casca da banana. Sempre numa reunião assim eu puxo isso daquelas pessoas que eu sei que tem mais dificuldades como eu fiz na reunião de terça-feira de perguntar qual é o PTI de J., e aí ela ficou meio atrapalhada porque assim... aí se ela dissesse ‘aí eu não sei de cor’... o prontuário já estava ali de junto que eu já tinha separado, porque eu tinha observado que ela ficou a tarde toda sem fazer nada, então assim eu observo essas coisas e vou anotando e assim num dia sem querer eu mudo, na minha pauta, não digo ao pessoal aí eu procuro saber, como é que eram essas coisas, eu pego sempre o prontuário para está acompanhando, então assim tá lá registrado. Eu tive casos assim de um profissional que recém chegado (1 ano), novo em relação ao tempo que outras pessoas têm, e aí no prontuário estava que iria fazer uma visita domiciliar, e esta visita*

---

<sup>28</sup> Psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física compõem essa equipe. Auxiliares de enfermagem e médicos psiquiatras não conduzem essa primeira consulta.



*nunca aconteceu. E assim no espaço de 1 a 2 meses eu pego esse prontuário e chamo o profissional para conversar (Gerente do CAPS).*

Nesse trecho, pode-se destacar que o acolhimento, entendido como um dispositivo de acesso é percebido como um momento para a capacitação em saúde mental dos técnicos. Ressalta-se ainda que, nesse caso, a fiscalização pela gerência e o olhar dos outros técnicos são utilizados também como recursos para esta capacitação.

Não há uma sala reservada para a realização do acolhimento. Os formulários de acolhimento, o fluxograma do CAPS, o livro de registro de acolhimentos e o documento contendo unidades para as quais se pode fazer encaminhamentos ficam na sala da farmácia. Uma das entrevistas de acolhimento que observei está no trecho seguir:

*A paciente veio acompanhada da sua filha, ficou durante um mês no hospital-dia do HJM, informação que não estava descrita, entretanto o relatório de alta tinha o timbre do CENA. Via-se que a profissional perguntava: mas precisou internar por quê? Como se não concordasse com a internação, que na verdade era uma internação parcial, ou seja, a paciente estava no hospital-dia, todos os dias ia para o serviço e retornava às 17h para dormir em casa. O que me fez suspeitar de que a técnica desconhecia essa modalidade de internamento parcial existente no Hospital Juliano Moreira que é semelhante ao modo intensivo do CAPS. A paciente portava um relatório de alta com CID F29 e G 40<sup>29</sup>. A técnica diz que não concordava com o CID dado pela médica durante a entrevista, no caso o F29. Na sala em que estávamos não há um livro do CID-10 e a técnica não sabia o que era G 40. Tendo ido procurar após a minha indagação ao terminar o acolhimento. Refere que conhecia a medicação Hidantal e sugere para a paciente que ela precisaria de um neurologista. A filha da paciente conta que ela estava agredindo pessoas na rua e tirando a roupa, em conflito com a vizinhança. A paciente estava chorosa, com humor rebaixado, mas orientada e lúcida, não foi questionada sobre sintomas alucinatórios. Nesse momento da entrevista é preenchido um roteiro que trata dos dados socioeconômicos, história clínica, tratamentos anteriores, e outras observações. Nesse momento também já é preenchida em parte a APAC e agenda-se uma consulta com a médica. Foi dito que é observado se há medicação suficiente para aguardar o agendamento com psiquiatra. Segundo a técnica é um agendamento difícil. Pensa-se num técnico de referência. Escolheu-se uma enfermeira e a técnica refere: “será bom para ela, ela tem muitos problemas clínicos” (sic) e agendou para a colega (Diário de campo, 09 de novembro de 2009).*

---

<sup>29</sup> F 29 : Psicose não orgânica não especificada. G 40: Epilepsia.

Este trecho ilustra como é feita a entrevista de acolhimento na qual se segue roteiro padronizado pela coordenação municipal de saúde mental. Percebe-se que antes de agendar a consulta médica é feita uma avaliação de risco, a fim de planejar quanto tempo alguém pode esperar para ter uma consulta médica no CAPS. Observa-se também que ao sair de alta a usuária dispõe de medicação de retaguarda que possibilita que a mesma possa procurar o atendimento em serviço extra-hospitalar com garantias de que tem tempo para isso. Considerando o acolhimento como rede de conversações (Teixeira, 2005), observa-se que o protocolo de comunicação é importante. Assim as informações enviadas no relatório da paciente são informações úteis para a melhor compreensão do caso e no trecho em questão observa-se que a profissional parece desconhecer dados contidos no relatório como o CID e a estruturação funcional do hospital psiquiátrico do qual a paciente saiu de alta.

O acolhimento no CAPS pode ser feito em qualquer sala que esteja vazia inclusive na sala da coordenação. Por semana são feitos poucos acolhimentos se comparados à urgência e ao ambulatório. São feitas muitas visitas domiciliares e a instituições do território, quando pude observar que são selecionados casos na comunidade que podem vir a ser atendidos no CAPS.

O armazenamento de documentos importantes do serviço é feito de maneira improvisada. Desta forma, alguns projetos que tratam da assistência foram guardados pelos profissionais em seus arquivos pessoais, o que pode resultar na extinção de alguns destes documentos, como é o caso do projeto ‘acolhimento’ ao qual não tive acesso por não estar arquivado na unidade.

Nesse projeto haveria um fluxograma que orienta a conduta dos técnicos no momento do primeiro acolhimento. Entretanto nesse documento não há uma especificação a respeito de critérios para a admissão de um usuário no CAPS.

O livro de unidades para encaminhamentos se restringe às unidades municipais, não estando explícito, neste documento, uma divisão de bairros por distrito. Tal fato pode dificultar o encaminhamento para os demais CAPS do município de Salvador. Quando há necessidade de referenciar para algum serviço do interior do estado, recorre-se à internet para descobrir se há um serviço de saúde mental naquele município.

No período de coleta de dados, observei dificuldades no processo de trabalho para efetuar o acolhimento, destacando-se que se poderia se explicitar melhor qual o perfil do

CAPS. Essas dificuldades confrontam esse serviço com a necessidade de promover estratégias de integração mais resolutivas com outras unidades de saúde mental para melhorar o fluxo destes usuários pela rede. Não se observa uma padronização no acolhimento que é feito por equipe multidisciplinar, mas, em alguns casos, é na primeira consulta com um médico que se decidirá se o paciente tem um perfil para o CAPS. Ressalta-se a falta de consenso com outras equipes que referenciam para o CAPS a respeito do perfil do usuário a ser atendido no mesmo. Tal fato ficou evidenciado principalmente na relação com a equipe do ambulatório. Nesse sentido, parece insuficiente a assertiva de que o CAPS deve atender prioritariamente os casos de psicose e neuroses graves em que aqueles que apresentem tais transtornos estejam com projetos de vida interrompidos.

#### Grupo de Trabalho “Extramuros”

Dentro da perspectiva do trabalho extra-muros, a equipe traçou estratégias para o ano de 2007 que tinham como finalidade articular a rede de saúde mental e favorecer a inclusão social dos usuários deste CAPS. Dentre as ações programadas estavam um projeto de capacitação para agentes comunitários de saúde (ACS) do distrito sanitário de Itapagipe, ações intersetoriais, a oferta de cuidado a pacientes egressos de hospitalização, o cuidado aos moradores da Residência Terapêutica da Ribeira, bem como ações voltadas para a geração de renda, promoção de vida, eventos culturais e de lazer (Projeto Técnico do CAPS, 2007).

Nesse projeto observa-se ausência de referências a ações que visassem à articulação da rede de serviços especializados em saúde mental, ou um detalhamento sobre as estratégias para integração com ambulatório e urgências psiquiátricas. Tal fato aponta que em 2007 o foco talvez estivesse voltado para o início de ações de matriciamento de unidades da atenção básica e integração com equipamentos de outros setores para além do setor da saúde exclusivamente.

De acordo com relatório produzido pela equipe do CAPS, as ações implementadas, desde 2005 até o ano de 2007, para a integração da rede de serviços de saúde mental e outras redes sociais, foram diversificadas e se constituíram como eventos em que a equipe do CAPS realizava ações de ensino, comemorações, matriciamento, entre outras.

Em 2005, ano em que a equipe do CAPS já estava em sede própria, foi realizado um encontro denominado I Jornada de Saúde Mental do Distrito de Itapagipe, com o tema central: “Tecendo a rede de cuidados e a inclusão social”. Organizado pela equipe do CAPS, esse evento teve a participação dos ACS do Distrito Sanitário de Itapagipe; no entanto não foram citados os outros participantes. Nesse mesmo ano ocorreu a Reunião com instituições que compõem a rede de saúde mental no município de Salvador (2005). Esse encontro teve o objetivo de construir um fluxograma de atendimento mais eficaz entre os serviços, buscando a resolutividade e o compartilhamento de responsabilidades em benefício de todos os envolvidos na assistência (usuários, familiares, trabalhadores, instituição e a comunidade) (Relatório de atividades extramuros do CAPS, 2007).

Em 2007, em parceria com a residência multiprofissional da UNEB, foram realizados três encontros para a integração da rede de Itapagipe. Nestes encontros foram convocados equipamentos comunitários e de saúde. O objetivo dos mesmos foi estimular a sensibilização da comunidade para o tema da saúde/doença mental, ajudando na desconstrução do estigma da loucura, dando maior visibilidade sobre a atuação de cada serviço/instituição e facilitando as trocas de experiência e enriquecendo os saberes dos atores envolvidos no processo de articulação da rede social. (Relatório de atividades extramuros do CAPS, 2007)

Nesse relatório também estão descritas as primeiras ações de matriciamento que seriam denominadas como encontros com os agentes comunitários de saúde (ACS) (2007). Esses encontros foram planejados e realizados em parceria com as residentes da UNEB, e ocorreram quinzenalmente, atendendo às demandas surgidas em cada momento do processo de capacitação dos ACS. A partir desse trabalho, os ACS, em parceria com as residentes e a equipe do CAPS, têm realizado a busca ativa de pessoas que deixaram de frequentar o serviço, ou que vivem situação de grave isolamento familiar e social.

Foram citadas também a participação da equipe do CAPS em feira de saúde convocada pela SMS, a participação em outra feira convocada por uma associação de bairro, além da participação dos técnicos como palestrantes em dois seminários estaduais de saúde mental promovido pela UNEB, bem como eventos comemorativos (dia da saúde mental e aniversário do CAPS), todas descritas como atividades extra-muros realizadas no ano de 2007. Destaca-se que nesse ano também a secretaria estadual de saúde convocou

reuniões para aproximar os CAPS municipais e estaduais, ocasião em que os profissionais também se fizeram presentes.

Observa-se que nesse período entende-se como atividades extra-muros uma diversidade de ações que vão desde estratégias mais continuadas como a realização de ações conjuntas com agentes comunitários de saúde, encontros organizados pelo CAPS visando aproximação com os equipamentos do território, sejam estes da rede formal ou informal de cuidados até participações pontuais em eventos convocados por terceiros.

Atualmente destaca-se entre essas ações o projeto de atuação da equipe volante que presta atendimento domiciliar, a pedido da comunidade ou com a finalidade de busca ativa a usuários que deixaram de freqüentar o CAPS, mas que a equipe não deu alta.

Como fator que impõe limite à realização dessas atividades, os profissionais destacam que se sentem sobrecarregados com o fato de terem muitas atribuições e acumularem a assistência com a organização da rede. Além disso, nem todos os profissionais gostam de trabalhar nas atividades externas ao serviço.

## 7 Discutindo a integração:

### 7.1 A inserção da saúde mental na atenção básica: repercussões para integração da rede especializada.

Como já foi apontado o distrito sanitário tem duas unidades do programa de saúde da família (PSF) em que estão 5 equipes, cada uma com seis agentes comunitários de saúde. Há também duas unidades básicas de saúde (UBS) nas quais há o programa de agente comunitário de saúde (PACS) com cerca de oitenta agentes.

Na equipe do CAPS, há um subgrupo composto por duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social e uma psiquiatra, que, em parceria com os residentes, trabalham diretamente com a atenção básica. Este trabalho cuja importância é ressaltada pela equipe do CAPS desde o início do seu funcionamento, ganhou força quando a primeira turma de residentes em saúde mental iniciou seu trabalho no CAPS, em 2007. Observou-se que era importante para a equipe do CAPS, entretanto alegava-se baixa cobertura de equipes de saúde da família em Salvador para justificar de início a ausência desse trabalho, como pode ser ilustrado com o trecho a seguir:

*Tinham umas iniciativas que estavam começando. Por exemplo, esse trabalho com a atenção básica porque essa era uma questão que eu tinha ouvido falar do CAPS, era isso assim: ah, porque como a atenção básica não é fortalecida, como a gente não tem uma cobertura mínima, como é que a gente vai pensar que esses usuários vão estar sendo atendidos na atenção básica? Então eram várias justificativas que eram dadas em termos do que a rede, do que não tinha na rede para justificar a dificuldade que era da equipe construir isso (Grupo Focal com residentes).*

Atualmente a equipe do CAPS desenvolve o trabalho de capacitação em saúde mental com agentes comunitários de saúde das equipes de uma unidade do PSF e de uma UBS do distrito sanitário. Em cada uma dessas equipes, o trabalho tem metodologias diferenciadas. Para os técnicos do CAPS isso se deve à necessidade de perceber as dificuldades de cada equipe e utilizar a capacitação como ferramenta para diminuir tais dificuldades. Desta maneira destacaram que o trabalho com os agentes comunitários do PSF pretende promover o cuidado com os mesmos além da realização de trabalhos com a comunidade e visitas domiciliares, como pode ser observado no relato a seguir:

*Então, às vezes eles mesmos solicitam, a gente quer que fale sobre determinado transtorno, ou então traz algum tema que quer discutir, às vezes coisas até da atualidade, tá passando a novela em casa... Querem discutir algum caso da comunidade, e também levando filmes que têm a ver com temas. Chegou a ver uns filmes que falam bem da época do manicômio, como eram. Então é impactante. A gente leva para reflexão para poder dizer 'olha o que acontecia era assim', então porque da proposta desse novo modelo de atenção para que eles possam realmente entender e avaliar isso. A gente tem feito também encontros com a comunidade, tem feito tanto com os agentes da unidade básica como o PSF, e a gente vai muito para escutar também, o que vocês querem? Assim lá no PSF na medida em que a gente percebeu que essa equipe estava meio desintegrada, que eles falavam muito e muitas vezes eles traziam isso assim... ah! Mas antes era tudo muito bom; quando começou, a secretaria dava os recursos, a gente fazia reuniões na comunidade, fazia um monte de coisas, então eles falavam muito de uma época que era muito boa, que tinha uma motivação, que o grupo era unido e que hoje não tinha mais nada daquilo, então a gente se deu conta que a gente precisava trabalhar esse grupo, cuidar desse grupo e aí a gente foi trabalhando assim: 'Se vocês estão aqui, e a missão de vocês é cuidar do outro, então vocês precisam de um momento para se cuidarem'. A gente começou a ter encontros para trabalhar a questão do grupo e um outro momento está indo para as visitas, então a gente está dividindo, uma semana faz uma ação, na outra faz outra para ver se dá conta de ajudar este grupo (Profissional do CAPS).*

Os encontros para discussão de casos entre os agentes comunitários e a equipe de especialistas são periódicos – mensais, quinzenais, ou semanais. Observa-se, no trecho acima, a idéia da necessidade de transmitir o novo modelo de atenção em saúde mental preconizado pelo SUS a partir da reforma psiquiátrica. Nota-se a ênfase dada aos efeitos deletérios do dispositivo manicomial.

Nunes et al. (2007), num estudo sobre ações de saúde mental de quatro equipes de saúde da família, retrataram dificuldades apontadas pelas equipes para a realização dessas ações. Assim foi citado o desconhecimento das equipes de saúde da família sobre reforma psiquiátrica e a falta de capacitação do PSF para lidar com demandas de saúde mental, falta de condições para assistência, especialmente por não haver medicações psicotrópicas nesses serviços, o fato da comunidade não identificar a saúde mental como uma prioridade da assistência e a falta de integração com serviços especializados de retaguarda. Jucá et al.(2009) destacaram ainda que os profissionais do PSF identificam sinais, como violência com os outros, isolamento social e comportamentos bizarros, mas estes não podem estabelecer diagnósticos ou estratégias de ação no cuidado à saúde mental. Além disso, destaca-se que a depressão foi o transtorno mental mais referido entre os profissionais da

equipe, desprezando outros quadros psicopatológicos, o que segue uma tendência da mídia em dar grade espaço à depressão. Há profissionais que, no seu discurso para fazerem referência aos sofrimentos mentais, recorreram a categorias populares como “nervoso”, “problema mental”, “louco” e “maluquinho”.

Diante desta pluralidade de termos para identificar os transtornos mentais em equipes de PSF, observa-se que não haveria entre os profissionais o compartilhamento de uma linguagem e conhecimento comum para tratar da saúde mental. Como proposta, as autoras destacam que a capacitação envolvendo temas relevantes acerca da reforma psiquiátrica e do sofrimento mental poderia auxiliar os profissionais a desenvolverem um idioma comum (JUCÁ et. al., 2009).

Tal aspecto é destacado como uma das dimensões da integração de um sistema de saúde por Contandrioupolos et al. (2001). Estes autores trazem a necessidade do compartilhamento de valores e representações e modalidades organizacionais como fator importante para a integração entre os membros de uma rede assistencial. Assim destaca-se a necessidade de um idioma minimamente comum que favoreça a integração entre os membros da rede.

No caso estudado, observa-se que as ações propostas pela equipe do CAPS em parceria com a equipe de residentes têm contemplado capacitações considerando o tema da reforma psiquiátrica, além da idéia de promover autonomia dos profissionais da atenção básica para o cuidado com os portadores de transtorno mental. Figueiredo & Onocko-Campos (2009) retrataram a discussão sobre a capacidade resolutiva das equipes de referência, ainda que disponham de apoio matricial. Para alguns casos, caracterizados a partir de dificuldades em relações afetivas ou na capacidade de enfrentar problemas cotidianos e onde contornos diagnósticos tendem a se mostrar imprecisos, não há consenso entre equipes de generalistas e especialistas sobre a responsabilidade de cada equipe. Entretanto destaca-se que, ainda que haja protocolos, que, inspirados pelo modelo de atenção da programação em saúde, possam servir como base para a regulação do fluxo, se constituem como fundamentais as permanentes avaliações do processo de trabalho e atuações conjuntas entre as equipes que possibilitem a discussão clínica de cada caso na sua singularidade (FIGUEIREDO & ONOCKO-CAMPOS, 2009).

A equipe de especialistas do CAPS estudado, além de capacitar, ocupa a posição de supervisora do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Para isso há o objetivo da



capacitação teórica e também a meta de promover a integração da equipe de trabalhadores, além de permitir maior acessibilidade dos usuários aos equipamentos de saúde mental. Essa idéia de cuidado aos agentes não é um consenso entre os técnicos do CAPS, como pode ser ilustrado a seguir:

*Entrevistada 3: é, eu acho que também teve uma segmentação assim, elas têm a perspectiva de autoconhecimento, de trabalho corporal, que também era necessário algum cuidado e a gente não excluía isso.*

*Entrevistada 1: era pra agregar, e não para excluir, coisas que também a gente já acreditava, e eles pedem, eles sentem falta. Aí as visitas deixaram de acontecer, em detrimento a esse cuidado, as discussões teóricas foram pouquíssimas e essas pouquíssimas também deixaram de acontecer, porque eram sempre tratoradas por essa outra proposta, e ficaram sempre muito claro assim, a gente tem certeza que eles mesmos percebem o quanto nosso grupo de residentes é fragmentado assim, porque aí também os técnicos se fecham entre eles e não conseguem passar pra gente o que vai ser a proposta da terça feira, aí a gente chega lá na hora e a gente sabe o que vai acontecer (Grupo focal com residentes).*

Tais idéias refletem a experimentação que é feita nos serviços substitutivos de saúde mental a respeito dessa tentativa de integração com a atenção básica. Observou-se, entre as equipes, um nível de cooperação em que os agentes são convocados a cuidar dos portadores de saúde mental e suas famílias na sua área de abrangência, como pode constatar quando acompanhei uma visita domiciliar a um usuário do CAPS recém-saído de alta do HEML. Como pode ser esclarecido a seguir:

*A segunda visita foi solicitada pelo agente comunitário. Fomos à casa onde reside J. Fomos atendidos por sua mãe, uma senhora emagrecida, de 53 anos, mas que aparentava mais, ela queixa-se de que não tem o que comer, fala que não agüenta mais, que o filho queria agredi-la fisicamente. Ele tinha acabado de sair de alta do HEML e que ela não concordava com a alta. O filho está deitado, e é chamado para a sala. Em solilóquios, presta em alguns momentos atenção no que a assistente social fala. A mãe chorosa diz que ele tentou abusar dela sexualmente. Ela não tinha dado a medicação para ele até aquela hora do dia (10h) pois segundo ela não tinha o que comer e não ia dar essa medicação forte para ele. O agente foi pegar para a moradora um cacho de banana e biscoitos. O filho diz que não quer comer e pega um cigarro, solicita-se que ele tome a medicação e ele o faz, e vai esquentar um café para ele tomar. A assistente social pede que eles compareçam ao CAPS. Observa-se que o paciente tinha que tomar uma medicação de depósito e que ele não havia tomado. A profissional pede ao agente que acompanhe se o paciente está tomando as medicações na época certa, e ele aceita.*

*Sáimos da casa após o acordo de que eles iriam ao CAPS no dia seguinte pela manhã. Discute-se com o agente a importância do seu papel de acompanhar o caso. Todos falam da dificuldade do caso, e a assistente*

*social fala da postura de vítima em que a genitora se coloca o tempo todo. A assistente social pede para o agente agenciar com o líder da associação de moradores uma cesta básica para a família. Ela diz que quando teve contato pela primeira vez com o caso, que a mãe tinha perdido toda a documentação e receitas. Tinha medicações, mas não sabia como usar, que ele foi ao CAPS poucas vezes antes do internamento e que estava bem. A assistente social deu entrada num benefício para J. A técnica diz que ele já passou por quase trinta internamentos, e ele tem cerca de trinta e três anos (Diário de campo 10 de novembro de 2009).*

O acompanhamento do agente comunitário provavelmente irá melhorar a adesão do usuário e familiar ao tratamento oferecido no CAPS, bem como trará maiores possibilidades de evitar a internação. A partir do acompanhamento no domicílio foi possível identificar necessidades e agenciar soluções preliminares para essa família, modificando a história de recorrentes internações no hospital especializado.

No entanto, devido à dificuldade para envolver os trabalhadores de nível superior do PSF no trabalho do matriciamento, não há como desenvolver esse trabalho como é preconizado. Se assim o fosse, a equipe de referência (generalistas) teria autonomia para a tomada de decisão em alguns casos quanto a problemas de saúde mental e buscaria apoio para as suas ações na equipe de especialistas. Destaca-se que há uma divisão nessas equipes de saúde da família (ESF) no que tange aos profissionais que atuam exclusivamente no território (agentes comunitários de saúde) e profissionais que seriam responsáveis somente pela assistência, e que não fazem visitas domiciliares, como é preconizado para uma ESF. Observa-se que há nessa unidade uma distorção do modelo preconizado pelo SUS em que os profissionais não fazem visitas domiciliares por não receberem o aditivo salarial de periculosidade. Assim, ainda que façam parte do PSF, parecem atuar como se fossem integrantes da equipe de uma unidade básica de saúde. Isso foi relatado em um grupo focal abaixo destacado:

*Entrevistada 1: Nesse momento, eles não funcionam como PSF, eles funcionam...*

*Entrevistada 2: como qualquer outra coisa aí...*

*Entrevistada 3: funcionam como unidade de saúde, que não é PSF, pessoas, médicos, enfermeiros e técnicos não podem fazer visitas domiciliares, por causa de histórias de, como é que eles dizem?*

*Entrevistada 2: de vínculo, depois que mudou o vínculo empregatício.*

*Entrevistada 3: mudou há muito tempo e até hoje, eles não ganham a periculosidade para estar na rua, e aí eles se recusam, eles não fazem visitas, e, inclusive, pediram pra que os agentes, olhe o grau de perversão, pediram pra que os agentes passassem um abaixo-assinado para que a comunidade assinasse, de que assim, pelo menos eles fiquem dentro do posto.*

*Entrevistada 2: pra que eles não saiam.*

*Entrevistada 3: é pra que eles não saiam, que é assim, melhor pelo menos é ter alguém no posto, do que não ter ninguém, então é assim, se fez um abaixo assinado pra a comunidade assinar, pedindo pra que eles continuem a trabalhar, mas assim, a trabalhar dentro do posto, sabe? E os agentes nem sabiam exatamente o que estava sendo passado. E, com isso, eles não têm sequer nenhuma vinculação com os agentes, nenhuma, eles sequer têm supervisão semanal com o enfermeiro, com os agentes comunitários, não têm um encontro semanal ou mensal ou quinzenal ou anual com o enfermeiro da equipe deles (Grupo focal).*

Ainda que fique evidente a distorção apontada em relação ao modelo de atenção predominante nessas equipes, vale ressaltar que a violência urbana também foi apontada por Jucá et. al. (2009), no seu estudo sobre as práticas de saúde mental desenvolvida por equipes de PSF em Salvador, BA. No entanto este grupo de pesquisadores aponta que a violência urbana é atualmente considerada também um problema de saúde pública e, apesar do medo experienciado, é possível a elaboração de uma proposta que aborde a questão, especialmente considerando o caráter intersetorial das ações do combate à violência.

A princípio pode-se dizer que CAPS e PSF foram concebidos para desenvolver modos de cuidado semelhantes que considerem os princípios da clínica ampliada. Considerados equipamentos estratégicos para a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, brasileiras, respectivamente, foram concebidos para fazer uma ruptura radical com o modo biomédico reducionista que desconsidera determinantes sociais, políticos e psíquicos das doenças (NUNES, et. al. 2007).

O PSF promove uma mudança no foco de atenção das políticas sociais do indivíduo para a família como o sujeito da atenção. Ampliam-se assim as intervenções clínicas individuais para a realização de intervenções que considerem o contexto social. Para isso se afirma a importância de ações intersetoriais, orientadas pelo princípio da integralidade, democratização do conhecimento e controle social (HEIMAN & MENDONÇA, 2005).

Os projetos do PSF e CAPS preconizam a adoção do trabalho interdisciplinar, orientado pela integralidade do cuidado e o desenvolvimento de ações de vigilância em

saúde. Entretanto, dificuldades na organização de uma rede especializada em saúde mental seguindo o modo psicossocial e desenvolvendo ações que estejam orientadas para o território, bem como as dificuldades na realização de atividades de saúde mental na atenção básica fazem parte da realidade concreta do SUS (NUNES et al., 2007).

Nota-se que, no caso estudado, o modo de organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família é avaliado como fragmentado, havendo uma separação entre profissionais que desenvolvem a assistência dos que realizam visitas domiciliares. Este fator foi apontado como uma dificuldade para efetivar o apoio matricial. Além deste, aponta-se a idéia de que integrar a saúde mental na atenção básica seria agregar trabalho para a equipe de generalistas como pode ser visto a seguir:

*Então o que a gente pensa desse trabalho do PSF, na verdade a gente tem feito um trabalho mais com os agentes comunitários, então a gente percebe a necessidade de estar trazendo o restante da equipe para as excursões, para que essa equipe também possa ir se co-responsabilizando por esses pacientes que têm transtorno psíquico, que, na cabeça deles, acho que fica uma coisa ainda... 'ah não é do PSF é de saúde mental, é do CAPS'. Então acho que nesse sentido ainda falta compreensão de que a responsabilidade tem que ser compartilhada pela equipe da saúde mental com o PSF e, como a gente ainda não vem fazendo esses encontros, nem o restante da equipe, tem casos lá, por exemplo, poderiam ser talvez assim assumidos, ou então acompanhados mais de perto, porque, são casos que até ficam perto da unidade, que dá para ir andando visitar esse paciente e que para a gente é mais distante. Então a gente precisa do carro disponível para ir lá fazer uma visita, é um paciente que não vem ainda para o CAPS. Então acho que poderia ter um acompanhamento melhor se essa equipe já tivesse nesse nível de entendimento desse trabalho compartilhado, responsabilização, acho que talvez a gente ainda não tenha ainda esse sucesso por conta que ainda falta essa integração dessa equipe (Profissional do CAPS).*

Entretanto sabe-se que as equipes de saúde da família se defrontam com problemas de saúde mental no cotidiano e, no caso estudado, não foi diferente. A equipe de saúde da família presta assistência e cadastra famílias nas quais há pessoas com transtornos mentais. Esse fato foi observado no momento de uma visita solicitada por um agente comunitário preocupado com o tratamento do usuário em questão que era matriculado na unidade ambulatorial e no CAPS de outro distrito sanitário. Assim não parecia haver a integração entre as equipes, cada uma desenvolvendo seu trabalho, como num trabalho em série. Tal situação pode ser comparada ao proposto por Alter e Hage (1993, In: Contandriopoulos et al. 2001) como coordenação seqüencial, em que os profissionais de saúde desenvolvem a

assistência como numa linha de montagem, em que a integração está em segundo plano. Nesse caso, são suficientes consultas com cada profissional individualmente, sendo resolutive apenas para problemas de saúde simples e pontuais. Todavia, para problemas crônicos como são alguns casos de saúde mental recomenda-se a coordenação coletiva, com alto nível de interdependência entre as equipes que decidem coletivamente modalidades clínicas e constroem arranjos organizacionais que garantam o acesso dos usuários ao sistema de saúde.

A questão da integração com profissionais generalistas da UBS é um pouco melhor, uma vez que a enfermeira supervisora participa das reuniões no CAPS, mas não há cooperação por parte dos profissionais de nível superior com a equipe de especialistas em saúde mental. Essas ações com os agentes comunitários da UBS estão planejadas seguindo três pilares principais: capacitação, visitas domiciliares e discussão de casos da comunidade. A metodologia de trabalho foi proposta a partir da solicitação dos agentes para a realização de um trabalho estruturado em módulos temáticos. No momento da pesquisa, pude participar de um desses encontros. Nessa reunião com os agentes comunitários da UBS e a enfermeira supervisora, foram discutidas as diferenças entre transtorno, deficiência, demência e drogadição. Foram apresentados trechos de filmes que ilustravam a deficiência mental, deficiência física, Mal de Alzheimer e, a partir desses trechos, apresentava-se a patologia e orientava-se quanto às unidades que atendem em cada caso. Baseados no filme, os técnicos da equipe que estava coordenando o encontro apontaram outros temas como o cuidado ao familiar, o papel que alguém doente pode assumir numa família e o preconceito enfrentado pelos personagens.

São feitas visitas domiciliares por profissionais do CAPS em companhia dos agentes e por solicitação dos mesmos. Nesse momento também foram trazidos casos da área de abrangência dos agentes comunitários de saúde que discutiram possíveis sinais de quadros psicopatológicos e os encaminhamentos pertinentes. Além disso, os próprios agentes começam a identificar casos e a se inquietar diante de suas constatações e a equipe de coordenação da atividade no CAPS também pôde acolher essas demandas e dar o suporte necessário aos agentes. Isso foi constatado no período de observação e pode ser demonstrado no relato a seguir:

*Uma das agentes traz o caso do filho que fez uma tentativa de suicídio correlacionando ao fato de ele ter levado uma queda quando criança. Fala também que o mesmo recentemente rompeu um relacionamento*

*amoroso. E se pergunta se ele tentou suicídio porque levou uma pancada na cabeça. A residente informa que essa não é uma razão para que isso tenha ocorrido e que conhece muitas pessoas que levaram uma pancada na cabeça, mas não fizeram uma tentativa de suicídio. A agente está chorando, a psicóloga acolhe segurando a sua mão e diz que conhece muita gente que tem dificuldade em lidar com frustrações, destacando que a dificuldade em lidar com o rompimento do namoro pode ter sido um fator preponderante na tentativa de suicídio do filho da agente comunitária. Volta o questionamento para o grupo: 'o que podemos fazer para ajudar a colega?' O grupo acolhe e alguns agentes dão conselhos. Uma agente fala que ele pode não resistir bem a sofrimentos e que pode ser mimado. A coordenadora pontua que todos podem passar por problemas familiares. Assim retoma-se a importância do agente de não só encaminhar, mas também acolher e buscar recursos na própria comunidade. Para as residentes o papel do agente é de informar, mas também exercer papel de conselheiro (Diário de campo, 12 de novembro de 2009).*

Esse trecho demonstra que o trabalho de capacitação dos agentes comunitários de saúde é também permeado por auto-identificações dos envolvidos com os casos estudados, revelando o quanto é necessário, também por parte da equipe de especialistas, a capacidade de lidar com essas identificações. Os especialistas atuam como mediadores entre comunidade e agentes, resgatando quais as expectativas do trabalho destes últimos na saúde mental.

*Mas a gente percebeu que tem uma fragilização muito grande da equipe pra entender isso, a equipe acaba levando esse contato por um lado mais medicamentoso do que do centro de saúde estar disponibilizando a medicação para as pessoas irem lá buscar. Tem o estigma, o medo, vai quebrar tudo, então tem muito preconceito ainda. E, assim, eu acredito que a residência, nesse ponto, vai ajudar a levar algo muito embrionário para que a partir daí se construa algo que só é possível com um grupo de pessoas maiores, uma responsabilidade maior, tanto do município, quanto do estado pra poder acontecer essa articulação. Porque não são 15 da UNEB, nem 15 do ISC que vai dar conta de matriciar num distrito enorme, com uma rede tão fragilizada e profissionais que não têm preparação, nem capacitação, e muito menos um apoio institucional. Então é muito difícil você estar ali tentando articular algo, numa equipe grande, que precisa, a gente sabe, de outros recursos para ter essa capacitação. Então é um trabalho inicial que dá pra gente fomentar, mas falar que vai acontecer essa articulação, que todo mundo vai compreender, que a equipe vai compreender somente partindo desse ponto... É muito complicado assumir essa responsabilidade de fazer acontecer. Porque não depende só de residência e de alguns profissionais do serviço. Precisa-se ter uma compreensão do município, do estado, do distrito, de quem coordena as unidades, porque as discussões ainda são muito aquém (Grupo Focal com Residentes).*

Observa-se nesse trecho que o papel das residências é avaliado como limitado, visto a idéia de que se deva ter apoio da gestão para efetivação do matriciamento. Esse aspecto aponta para a dimensão funcional da integração que visa à criação de uma governança comum e aponta para os fatores externos à interação interorganizacional que contribuem para a manutenção de um sistema integrado. Retomando o que é proposto por Contandriopoulos et. al. (2001) a respeito desta dimensão, esta articula a criação de uma governança comum, sistemas de informação e financiamento ágeis, bem como os modos de gestão da rede eficientes. Com essa dimensão, observa-se o destaque para a criação de acordos entre os gerentes das unidades, a utilização de um sistema de informação ágil que possibilite a tomada de decisão dos gerentes e gestores, além do monitoramento e avaliação das ações dos serviços de saúde em questão. Esses fatores foram apontados no trecho acima além da percepção da necessidade de capacitação dos profissionais especialistas para o desenvolvimento de ações matriciais. Esse aspecto, em conjunto com a falta de apoio institucional, se refere à dimensão sistêmica da integração que favorece a análise da estabilidade do sistema e a manutenção de um quadro organizacional que permita a integração clínica.

A situação do estigma também é referenciada no trecho acima. Este fator por vezes serve como complicador na regulação dos fluxos da rede em saúde mental. Essa situação foi classificada como violência institucional por Nunes & Torrenté (2009), sendo justificada no cotidiano como dificuldade em lidar com pessoas que apresentam transtornos mentais devido à falta de capacitação. Os autores destacam que marcas como incapacidade, infantilidade e periculosidade são associadas à loucura, analisando que o estigma se estende aos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. O trabalho de combate ao estigma é destacado quando se pensa em inclusão social e convivência no território. Nesse sentido, as ações que modificam as relações cotidianas são mais eficazes do que campanhas pontuais a respeito do tema do combate à estigmatização.

Houve alguns relatos de dificuldades no acesso a serviços de saúde para alguns usuários do CAPS estudado e associada como a causa primordial desta dificuldade de acesso o estigma e preconceito dos profissionais da saúde no atendimento a pessoas que apresentam transtornos mentais. Nesse aspecto, destaca-se a resolutividade das ações de agenciamento do cuidado, principalmente as ações da equipe das duas residências. Estas têm realizado um trabalho individualizado com alguns usuários, no sentido de emprestar seu poder de contratualidade aos mesmos, favorecendo o acesso a serviços de saúde. Essas

ações podem ser classificadas como complementares às ações de capacitação da atenção básica, pois envolvem o acompanhamento terapêutico do usuário nas unidades de saúde, bem como fomentam aproximações interinstitucionais que favoreçam a integração vertical.

Esta articulação com os dois serviços da atenção básica propiciou a aproximação do CAPS com pacientes que pelo seu quadro psíquico ou físico não procuram este serviço. É uma iniciativa que tem por resultado diminuir a frequência de internações, visto o monitoramento de casos na comunidade. Entretanto, como já foi dito, não houve integração entre as equipes de generalistas e especialistas, o que demonstra que o apoio matricial não é feito conforme preconizado. Destaco que, como não entrevistei as equipes do PSF e UBS, não posso afirmar quais são as dificuldades e como estes profissionais percebem a integração da saúde mental na atenção básica.

Observa-se determinação do ministério da saúde (Brasil, 2007) para que se reveja a integração entre ambulatorios especializados e atenção básica. No caso estudado, foi referida, pela coordenação do CTM, a necessidade de uma maior integração do ambulatório com a atenção básica, mas, para o gerente, falta RH para realizar essa atividade. Não há iniciativa formalizada pela equipe do ambulatório nesse sentido. Referiu-se que em determinado momento houve um psiquiatra que tentou colocar esse projeto em prática, mas o mesmo saiu da equipe. Além disso, houve relatos de convites pelos profissionais do CAPS no sentido de construir uma equipe matricial ampliada, envolvendo CAPS e ambulatório. Entretanto, apenas uma profissional do ambulatório demonstrou interesse nessa direção, evidenciando que existem iniciativas isoladas que não têm prosseguimento nem são incorporadas ao projeto terapêutico da instituição.

Com relação às estratégias de integração entre atenção básica e unidade de emergência psiquiátrica não foram observadas iniciativas nessa direção. Apesar de relatos de visitas por profissionais da triagem a algumas unidades do PSF, não há uma sistematização dessa atividade. Mesmo sendo precárias as estratégias de comunicação entre os profissionais destes dois níveis de atenção, o que compromete a integração clínica, são feitos encaminhamentos escritos da atenção básica para emergência e vice-versa. Nestes são utilizadas as guias de solicitação de exame ou procedimento, requerendo-se uma consulta com médico especialista de saúde mental. Assim, mantém-se o que pode ser denominado como coordenação seqüencial dos casos, em que os profissionais, que prestam



assistência, não trabalham em equipe integrada (Alter e Hage, 1993, In: Contandriopoulos et. al. 2001).

O trabalho com a atenção básica vem sendo referido como importante para o acompanhamento continuado dos casos de saúde mental, na tentativa de evitar re-internações, bem como sustentando a idéia de que alguns casos podem ter resolutividade neste nível de atenção, desde que, como aponta o modelo de atenção em saúde em defesa da vida, a atenção básica tenha o apoio institucional e matricial para desenvolver suas ações.

## **7.2 A integração da rede de urgência e emergência com serviços substitutivos e ambulatoriais: o manejo da crise.**

Definem-se como situações de emergência psiquiátrica os quadros que exigem intervenção imediata e envolvem riscos para o usuário ou terceiros (RECHTAND & LEAL, 2000). As situações de emergência são oriundas de descompensações próprias dos quadros psicopatológicos, mas também ocorrem por certa deficiência na rede de suporte social do usuário, bem como por dificuldades na oferta de cuidado pela rede de serviços extra-hospitalares que oferecem suporte aos portadores de transtorno mental (Del-Ben et. al., 1999).

Com o redimensionamento do modo de atenção à saúde mental, passa-se a considerar uma diversidade de fatores quando se está diante de uma crise e promover uma oferta diversificada para fazer frente a essa questão. As experiências de centros anglo-saxões para a crise propunham uma intervenção precoce, num curto espaço de tempo e buscavam reduzir números de internações em hospitais especializados. Entretanto, pela oferta restrita a leitos de curta duração, esses centros tinham dificuldades em prover o acolhimento em momentos de crise em que se precisava de um maior tempo para remissão da mesma. E, assim, o encaminhamento era re-direcionado para os hospitais psiquiátricos (DELL'ACQUA & MEZZINA, 2005).

A experiência soteropolitana, a partir de 2009, guarda semelhanças com a situação exposta acima. A implantação do PAP fomentou uma maior possibilidade de discussão de casos de pacientes em crise entre o CAPS e o serviço de emergência em questão, como pode ser observado no relato a seguir:

*Eu acho que tem sido tranqüilo. Eu posso dar exemplo: Na semana passada N. estava em crise aqui e aí, eu telefonei para o PA do 5º centro, onde o médico me recebeu prontamente. Inclusive é protocolo do PA receber via SAMU. Ele me explicou quais eram as vias para chegar ao PA. Mas como a gente estava com o carro da unidade e ia demorar muito, a gente ligou fez o contato e ele disse que atenderia (Grupo focal com profissionais do CAPS).*

Observa-se a avaliação positiva pelos profissionais do serviço substitutivo no que tange à facilidade de comunicação com os dois equipamentos acima referidos. Entretanto, para alguns casos, o PAP se configura como intermediário entre o CAPS e o hospital psiquiátrico. Nesse sentido observa-se o desconforto dos profissionais do serviço substitutivo ao determinar o encaminhamento para a internação. No trecho abaixo se destaca o incômodo e o constrangimento desses profissionais para encaminhar um usuário que necessita de uma internação pelo fato desta realizar-se em um hospital psiquiátrico.

*Porque, na verdade, quando a gente pensa em crise, agora não sei com o PA, mas assim só tem instituição psiquiátrica, hospital psiquiátrico para recorrer e aí o CAPS III continua sem existir, a gente acaba caindo na mesma lógica. Hoje a gente faz outra leitura da crise aqui dentro, o máximo que a gente consegue e existe uma grande discussão entre a gente: até onde vai? Até onde mantenho? Uma resistência em levar ao hospital psiquiátrico, algumas diferenças de opiniões: umas pessoas acham que devem encaminhar logo, outras não. E aí a gente: 'mas em um hospital?' Se tivesse o CAPS III seria outra realidade. O que eu acho interessante é que a gente tem feito agora um olhar mais voltado nessa questão também da comunidade. De trabalhar as pessoas da comunidade nesse momento da crise, então assim isso tem acontecido, aconteceu comigo com alguns residentes e com outros profissionais aqui com frequência, do usuário estar em crise e a gente não só ouvir a família, mas ouvir também os vizinhos, explicar também o que está acontecendo, orientar. A gente nota uma situação de pânico, às vezes eles não compreendem, só pensam em internar, não vê outra coisa por mais que você converse (Grupo focal com profissionais do CAPS).*

Novas formas de intervenção vêm sendo propostas no contexto do manejo à crise, envolvendo a atuação no território, problematizando a estigmatização, na tentativa de promover maior tolerância ao portador de transtorno mental na comunidade. Tal

posicionamento evidencia a intervenção de um serviço de base territorial integrado no manejo da crise. Essa experiência é marcada pelo conceito de “tomada de responsabilidade” proposto por Dell’Aqua & Mezzina (2005). Nesse sentido, percebe-se o momento de crise como portador de significado na história do sujeito e assim pode possibilitar a modificação de uma realidade concreta. Propõe-se que a intervenção também priorize a comunidade a fim de permitir a manutenção de laços sociais, possibilitando o acompanhamento de acordo com as necessidades de cada caso. Esse posicionamento não desconsidera, entretanto, que seja necessária uma proteção adequada para pessoas em crise que estejam pondo em risco a sua vida ou de terceiros. Essa compreensão da crise no interior do CAPS estudado, e do seu cuidado territorial, vem como uma colaboração relevante da presença de uma das Residências.

Nas situações classificadas como urgência, os riscos são menores, ainda que necessitem de uma intervenção em curto prazo. Uma contribuição profícua sobre a atenção à urgência é oriunda de uma vertente da psicanálise que propõe o conceito de urgência subjetiva. Essa forma de abordagem amplia o foco da atenção, além da intervenção médica na estabilização da crise. Considera-se esta como um dos pontos do acolhimento complexo que se deve fazer a um sujeito em sofrimento psíquico. A crise, seja ela um desencadeamento psicótico ou uma despersonalização neurótica, é vista como uma ruptura, uma invasão insuportável, algo que provoca o esmagamento do sujeito que pode ser apresentado através do puro ato. A abordagem da urgência proposta pretende localizar a precipitação dessa crise e, a partir da intervenção, permitir que o sujeito promova a criação de uma maneira de inventar modalidades para se haver com suas questões (CALAZANS & BASTOS, 2008). Ainda que essa seja uma maneira bastante específica de lidar com a crise, pois requer uma operação psicanalítica e não podemos aprofundar neste trabalho a especificidade desta operação, chamamos a atenção para a idéia de que tal manejo vai além da estabilização da crise e possibilita que o sujeito construa formas próprias de lidar com suas questões e que possa prescindir do puro ato. Mesmo que não seja objeto deste trabalho, a escuta especializada utilizada como método terapêutico foi proposta e desenvolvida pela psicanálise freudiana e, em si mesma, já produz um efeito terapêutico. Assim mostra-se importante destacar esse aspecto na atenção da crise.

Assim, como pode ser observado, é a forma de intervenção na crise que pode ser redimensionada, considerando a escuta qualificada, os princípios da clínica ampliada e, portanto, as propostas do modo de atenção psicossocial, como sintetizado por Costa-Rosa

(2003). Essas ações não buscam apenas a remissão ou minimização do sintoma, mas propõem a intervenção no contexto social e consideram a dimensão subjetiva do usuário no momento da crise.

Na realidade estudada, destaca-se a percepção de limitações na atuação de um CAPS II<sup>30</sup>, no que tange à intervenção na crise e às vicissitudes dessa clínica quando se precisa optar por uma internação, como destacado no seguinte trecho:

*Ela está melhor. São diferentes olhares, porque uma pessoa achava que devia internar logo, naquele momento, sou eu que tenho decidir se vai internar ou não. Chegaram ao nível assim: Você tem que decidir.*

*E o órgão? Você não é responsável? A unidade que é responsável pelo paciente. A técnica de referência tem que decidir.*

*Eu já me vi numa situação dessa. Você vai assumir o risco? Este paciente está com esse sintoma, é esquizofrênico paranóide, se ele não internar agora, ele pode fazer isso, isso, isso... Você assume? Então isso é muito complicado. A gente se vê meio acuado” (Grupo focal com profissionais do CAPS).*

Este relato traz a idéia de que o profissional de referência seria soberano nas decisões a respeito do caso que acompanha, inclusive na decisão da conduta terapêutica no momento de crise. O papel do profissional de referência, ou equipe de referência, vem sendo problematizado. Sua função é caracterizada como a de agente que fomenta a integração na equipe interdisciplinar, bem como aquele que estabelece vínculos com usuários e familiares, possibilitando a construção e monitoramento de projetos terapêuticos individuais. Ressalta-se que esse arranjo promoveu um deslizamento nas relações de poder na equipe de saúde mental. O técnico, ou equipe de referência, pode constituir-se como suporte de cuidados e agente facilitador da integração de uma rede de serviços responsável pelo cuidado aos usuários sob sua referência (MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2008).

O trecho acima destacado pontua, entretanto a sobrecarga sentida pelos profissionais, que é referida na literatura como efeito deletério da convocação dos usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde. Aponta-se que se pode incorrer na concentração da responsabilidade sobre os trabalhadores e assim desresponsabilizar os serviços e o Estado. O papel do técnico de referência possibilitaria a formação de vínculo e consideraria na sua atuação a integralidade da atenção. Para evitar sobrecarga sugerem-se

---

<sup>30</sup> O CAPS II é um serviço de atenção de base territorial, que funciona das 08:00 às 18:00, podendo ampliar para 21:00, que presta atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, tendo como missão a inclusão social. Não pretende ser um serviço de funcionamento diuturno.

maior apoio institucional e supervisão que permitam aos trabalhadores diluir a sobrecarga sentida (MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2008). Observa-se que, no CAPS estudado, não tem havido, atualmente, o suporte de uma supervisão clínico institucional; os profissionais acabam assim tentando apoiar-se coletivamente, ainda que com algumas distorções, como no caso supracitado.

Considera-se que o manejo à crise no CAPS tem tido limitações próprias ao equipamento, entretanto têm-se buscado intervenções que sejam coerentes com o modo psicossocial de atuação. Observa-se que o equipamento ambulatorial foi referido como não resolutivo para a intervenção na crise, ainda que a equipe faça uma orientação ao paciente e familiar, e solicite que o psiquiatra proponha alguma medicação via oral. O gerente referiu que a crise é uma situação rara no CTM e que se busca o auxílio do SAMU ou PAP para a intervenção nos casos de emergência.

Visto as argumentações anteriores, vê-se a importância da integração entre emergência e CAPS, a fim de promover soluções coletivas e discussão de casos. Assim, os efeitos da internação são menos devastadores, principalmente no que se refere à manutenção ou criação de uma rede social, na qual o usuário possa se inserir. No entanto, não há integração do cuidado (Contandriopoulos et. al., 2001) entre o CAPS e o serviço de emergência estudado, como pode ser observado no relato a seguir:

*Não, não temos contato. Assim com eles muito raramente, só faz um encaminhamento por escrito e manda, não existe uma comunicação, não temos esse contato. Nem eles. Talvez por causa da regionalização, não tem assim tanto encaminhamento para aqui. Porque o pessoal muitas vezes vem de lá para cá, aí a gente já sabe, não é no Adilson Sampaio, orienta, ele vai, agora não volta, não sei. Não tem assim casos muito de lá para cá, que eles encaminhem paciente para a gente dar atendimento aqui, são raros, são poucos os casos (Coordenação do SETA).*

Vê-se que a comunicação entre esses dois serviços é feita através de mecanismos de referência e contra-referência, seguindo assim a lógica do modelo de atenção da Vigilância em Saúde. No entanto, de maneira geral, as visitas de profissionais do CAPS aos hospitais para acompanhamento dos casos estão ocorrendo numa frequência maior, e, nesse caso, as visitas são feitas aos módulos de internação.

Observa-se necessidade de integração entre as equipes de internação e CAPS para a continuidade do acompanhamento pós-internamento. Tal situação vem acontecendo, mas ainda não é regulamentada e pactuada entre os profissionais, como pode ser visto a seguir:

*Olha, o Mário Leal parece que tem alguns profissionais, não sei como funciona, aí quando o paciente do território vai ter alta eles têm entrado em contato com a gente avisando. Às vezes é paciente já matriculado no CAPS, às vezes que nunca se matriculou, e aí tem feito esse intercâmbio. Quando eles avisam a gente, nós procuramos agendar para ele fazer uma visita. Primeiro a gente entra em contato pelo telefone, convida a família para trazer esse paciente, e aí assim muitas vezes não traz, a gente agenda uma visita, vai lá. Então já teve paciente que a gente já conseguiu trazer por conta desse intercâmbio. E quando é paciente nosso que se interna a gente procura, faz uma visita, para não distanciar muito esse vínculo. E no Juliano a gente não percebe esse movimento de lá (...) Então assim eu acho que com o Juliano a gente tem mais dificuldade e também em relação a disponibilidade como falei o dia que eu tenho o carro disponível para sair é quinta de tarde, e aí na quinta pela tarde parece que os técnicos não estão lá... Só pela manhã. Foi essa a informação que uma assistente social quando eu liguei pela manhã disse: é melhor você vir pela manhã, porque de tarde não tem técnico, só tem acho que as auxiliares, aí é bom a gente ir para conversar com o técnico, então eu acho que a gente tem conseguido esse intercâmbio com o Mário Leal, porque tem pessoas lá que talvez tenham se interessado em estar fazendo com que esse paciente também não se perca nesse caminho da assistência e aí referenda para a gente, lá no território, e com o Juliano assim não tem acontecido... Pelo menos que eu tenha conhecimento assim (Profissional do CAPS).*

Esse trecho revela a atribuição a questões burocráticas e administrativas, como a causa de não ter um contato maior entre equipe do CAPS e a internação. Entretanto podem-se levantar outras hipóteses para as dificuldades de integração entre essas equipes, como a realização de encaminhamentos sem a devida responsabilização de cada equipe que oferta o cuidado. Por vezes os profissionais são informados apenas pelo familiar sobre o internamento de um usuário. Vê-se que a necessidade de mecanismos de integração entre os níveis (CAPS e hospital) não está incorporada ao projeto terapêutico destas unidades.

A partir do relato acima se identificariam melhores indicadores no que tange ao cuidado pós-alta e integração com a equipe do CAPS por parte da equipe do HEML. Entretanto, como essa pesquisa não contemplou essa unidade, não é possível tecer uma comparação, nesse sentido, com o HJM.

A profissional alega falta de tempo e incompatibilidade com horários dos técnicos das unidades de internação do HJM. Ainda que não possa atestar a legitimidade dessa informação, visto não ter realizado observação direta das enfermarias do referido hospital, é

importante destacar que as equipes de internamento deveriam priorizar a criação de momentos, nas suas agendas semanais, que contemplassem as discussões de caso com técnicos de saúde mental de outras unidades. Destaca-se assim que as intervenções para integração da rede teriam que envolver a tomada de responsabilidade associada ao compromisso de que o encaminhamento para o cuidado pós-alta tenha sucesso.

A situação apontada pela profissional do CAPS a respeito da falta de integração do cuidado ilustra que a discussão de casos entre as equipes fica comprometida como pode ser observado a seguir:

*Acho que ainda tem uma paciente que esta internada lá que ela não chegou a freqüentar o CAPS,(...) Ela tinha saído do Juliano tava com encaminhamento só que não tinha levado, aí foi a comunidade que cuida dos filhos dessa paciente que ligou para a gente, e aí eu cheguei a fazer o acolhimento, depois eu marquei outro dia para ela ir lá para ir se vinculando e aí eu ia marcar um psiquiatra, só estava vendo um dia para conseguir agendar para fazer uma reavaliação , já que ela tinha saído da internação. Não sei quanto tempo tinha, e nesse meio, tempo teve um dia que ela teve lá de manhã, de tarde ela teve uma nova crise aí chamaram o SAMU, internou ela. Isso levou um tempo, nunca mais eu tive tempo para estar lá, aí em alguns momentos eu ligava para saber como estava a paciente ligava para o esposo: você tem que ligar para saber como está ela. Fui conversar com os filhos, porque esta pessoa da instituição me solicita: o que você acha, eu preciso de um suporte, preciso de apoio, e a gente procurou uma instituição que pudesse atender essas crianças para poder dar este suporte... Eu disse: no nosso CAPS só atende adulto, e não queria mandar para o ambulatório também, então a gente encontrou uma outra instituição lá, então teve um tempo que eu pude dar um suporte, acompanhar um pouco, aí o dia da visita em que eu pensei em ir lá visitar a paciente, só era quinta a tarde que era o dia da equipe volante... e essa paciente eu não sei por que ela está tanto tempo lá, e assim não é mais para ter um período longo de internação. E também a gente tem procurado com nesse trabalho com os agentes comunitários dar o telefone da urgência e emergência para não estar levando direto para o hospital. (Profissional do CAPS).*

Percebe-se que a condução do caso levou em consideração princípios da clínica ampliada. A conduta terapêutica envolveu a percepção do caso para além da doença, considerando o contexto em que a usuária está inserida. E assim buscaram-se outros dispositivos da rede para ofertar assistência também à família. A dificuldade apresentada, entretanto, estava em torno da integração do cuidado, mais especificamente na integração entre equipes do internamento e CAPS para a oferta de cuidado à usuária em questão. Observou-se certa crítica em relação à assistência oferecida na unidade de internamento, em

relação ao período de internação. Tal ponto poderia ter sido discutido entre as equipes, construindo coletivamente um projeto terapêutico individual.

Apesar da situação vivenciada por essa profissional, a equipe do CAPS referiu que tem feito visitas a pacientes internados no HJM, contudo o mais freqüente tem sido o contato telefônico, como referiu um psicólogo de outra enfermaria feminina do HJM, tendo essa ação sido confirmada pelos profissionais do CAPS, como pode ser visto a seguir:

*A gente faz visita aos nossos usuários que estão internados, a gente mantém contato de telefone, eles também ligam, mas assim o trabalho desenvolvido não (Grupo focal profissionais do CAPS).*

As visitas de equipes da internação ao CAPS para discussão de caso e cuidado pós-alta têm ocorrido. No período de observação, duas profissionais de uma enfermaria feminina do HJM, levaram uma usuária que tinha saído de alta para ser acolhida no CAPS. Essas profissionais já tinham feito uma visita previamente e foram acolhidas por uma profissional do CAPS. O caso em questão era considerado difícil, visto que, apesar da paciente estar em alta médica, sua família não queria recebê-la após a internação.

Além disso, observa-se que os encaminhamentos feitos, após a alta da internação para o serviço substitutivo, são feitos de forma referenciada. Os pacientes que chegam do HJM vêm com relatório de alta e encaminhamento escrito, como pode ser ilustrado a partir do trecho a seguir:

*Agora o hospital Juliano Moreira, eles têm uma certa clareza e eles encaminham para o CAPS, quando é da região de Itapagipe eles encaminham. N. por exemplo é um caso que vem de lá, e tem outros casos aqui no CAPS que passaram no Juliano (Grupo focal profissionais do CAPS).*

No período de observação, participei do acolhimento de uma usuária que recebeu alta do CENA. A profissional responsável pelo acolhimento fez a matrícula, e me disse que discordava do diagnóstico dado pela médica que assistiu à paciente quando esta estava freqüentando o hospital-dia. A profissional enfatizou para a familiar sua discordância quanto à necessidade de internação, talvez porque não sabia que esta seria uma internação parcial, ou por apresentar uma discordância em relação ao modelo de atenção. Observa-se



que alguns profissionais do CAPS ressaltam a idéia da falta de conhecimento de princípios da reforma psiquiátrica no que tange às equipes das unidades do HJM, como pode ser observado a seguir:

*É um trabalho que precisa resolver de uma forma urgente porque assim: quando eu tive a oportunidade de estar presente em alguns hospitais, a noção... O que é CAPS? O que é isso? Qual o objetivo desse serviço? E a gente percebe que essa é uma realidade tão distante, parece que a gente entra em outro mundo lá. Eles não têm noção de reforma psiquiátrica ainda. Pelo menos, dos profissionais que eu tive contato (Grupo Focal profissionais do CAPS).*

Essa idéia, entretanto, não é um consenso entre os profissionais e talvez aponte para certa estigmatização, mas também retrata a discussão da missão do CAPS, que talvez não esteja clara dentro da rede. Haveria duplicação de ofertas entre ambulatório e CAPS? Há clareza entre os membros da rede sobre os encaminhamentos feitos para esses serviços? Observa-se que estes têm sido questionamentos que tratam dos critérios para inserção em ambos serviços onde não parece haver tanta clareza a respeito de tais critérios. Como pode ser visto a seguir:

*O perfil é isso que até hoje eu digo para o pessoal, gente quando surgiu o CAPS existia o perfil do paciente para CAPS, neurótico grave, psicótico crônico, pessoas que necessitavam de um trabalho de reabilitação, de reinserção social. Hoje eu vejo pessoas que trabalham, que estudam e que são encaminhadas para o CAPS. Pelo menos eu conheço algumas pessoas do CAPS que trabalham, que estão de licença médica porque teve o primeiro surto psicótico e estão fazendo acompanhamento num CAPS direto. É uma pessoa que está bem, que está ótima, já está pronta para ter alta, para poder voltar a trabalhar. Então eu acho que aí talvez por conta dos ambulatórios que marcam com um prazo muito longo três, quatro meses eu creio que esteja mudando um pouco a questão do perfil do paciente de CAPS o perfil inicial. Porque agora você vê uma pessoa jovem, capaz, lúcida, orientada, mas que teve um surto psicótico, que não retornou as atividades. Então ela é obrigada a ir para o CAPS, duas vezes por semana, semi-intensivo, mas na realidade eu não vejo tanta necessidade de uma pessoa que em casa lava, cozinha, faz tudo, sai, vai para praia, cinema. Porque está no CAPS uma pessoa dessa? Então eu acho que o perfil de CAPS mudou completamente. Eu não sei mais qual é o perfil do CAPS, a essa altura eu não sei mais. Porque as pessoas que eu estou vendo ir para CAPS, eu não vejo razão nenhuma para ir pra lá. Eu acho que no CAPS você vai fazer um trabalho, vamos trabalhar família, vamos trabalhar com o indivíduo, de aprender uma atividade, ele desenvolver alguma coisa para ele voltar à vida, a inserção na sociedade, a reinserção na sociedade, trabalhar a aceitação dele na comunidade. Esse na minha cabeça era o perfil do paciente de CAPS, mas ultimamente não está sendo assim não. Está todo mundo, mora em Pernambués é CAPS II de Pernambués, mora em Pau da Lima é CAPS de*

*Pau da Lima. Quer dizer, como está isso? Então eu não sei, mas que está tudo errado, na minha cabeça está (Coordenação SETA).*

Além da falta de consenso sobre a definição de competências de cada serviço, observa-se que há uma situação de desequilíbrio entre as formas de cuidado pelos membros da rede. Nesse sentido, a profissional ressalta que essa situação tem alterado o modo de cuidado oferecido pelos CAPS. De maneira geral, os ambulatorios permaneceram no mesmo modelo de atenção proposto para estes equipamentos na década de 1980, que se mostrou ineficaz, por apresentar uma oferta centrada no tratamento predominantemente farmacológico, com equipes atuando de maneira fragmentada, bem como com longos aprazamentos, especialmente para consultas psiquiátricas, e grandes listas de espera para psicoterapia individual. A inserção do equipamento ambulatorial na rede de cuidados requer mudanças na organização do seu processo de trabalho, bem como na sua maneira de conceber a relação saúde-doença-cuidado. No distrito estudado observou-se que o equipamento ambulatorial tem indicadores que nos levam a avaliá-lo como inserido no modo asilar e outros que o aproximam do modo psicossocial como relatado acima. Entretanto estas últimas ações são realizadas por iniciativa individual de cada profissional e não há uma incorporação das mesmas no projeto técnico da unidade. Acrescentem-se ainda as dificuldades de estrutura, recursos humanos e recursos materiais. Assim além de fatores que interferem negativamente na integração sistêmica tais como: falta de apoio institucional como a questão da dificuldade de manutenção de psiquiatras na unidade, a ausência de protocolos clínicos municipais e projetos terapêuticos das unidades, observa-se um descompasso no modo de cuidado ambulatorial na rede de atenção.

Apesar de dos mecanismos citados para promover o melhor fluxo de usuários entre a unidade substitutiva e a hospitalar, pode-se afirmar que há pouca aproximação entre as equipes. Observa-se que iniciativas para integração do CAPS com unidades de internamento estão começando a ocorrer, ainda que necessitem ser intensificadas. Isso pode ser constatado através do desconhecimento da rede por parte de alguns profissionais da internação que fazem encaminhamento para o CAPS Rubim de Pinho, utilizando, na verdade, o nome do ambulatorio, demonstrando desconhecimento de que a rede já mudou, de que não existe mais CAPS Rubim de Pinho. Ou pelo fato de profissionais do CAPS não conhecerem ao certo a estrutura do hospital, a exemplo de um que afirma não conhecer a estrutura do HJM, e outro que revelou desconhecer-la, apesar de já ter feito visita à

instituição. Observa-se que o objetivo dessas visitas restringe-se à necessidade de manter o vínculo com os usuários internados para favorecer seu acompanhamento pós-alta. Ainda que esse seja um objetivo importante e que a partir dele se possam ampliar os objetivos de uma visita, é preciso destacar a necessidade da discussão de casos entre profissionais, a necessidade de conhecer a real estrutura de cada equipamento da rede suas ofertas e limitações, acrescenta-se a necessidade de produção de reuniões de integração dessas unidades em uma rede mais operativa e funcional, e, eventualmente, em uma perspectiva substitutiva, de progressivo fortalecimento dos serviços territoriais que impulsionem um modelo não hospitalocêntrico.

De maneira geral, tomando como referência a idéia de níveis de interdependência proposta por Fleury & Mafort-Ouverney (2007), pode-se caracterizar as relações entre os CAPS e o HJM como relações de reconhecimento em que há uma aceitação do outro, ainda que possa ser observada uma disputa no que tange a modos de cuidado diferenciados. Percebe-se que a queixa genérica de profissionais do SETA é de que os CAPS não são resolutivos. Mas, ainda que com algumas deficiências na rede de serviços substitutivos da Bahia, não se pode afirmar que o modelo não seja eficiente e que a ampliação da rede não tenha trazido uma maior acessibilidade dos usuários a outros equipamentos, que antes eram direcionados exclusivamente para o hospital especializado.

Tampouco as referências feitas ao hospital psiquiátrico em questão, no que tange à necessidade indiscriminada de internação ou longa duração das mesmas, seriam pontos que definem o lugar deste hospital nessa rede. Observa-se, nesse momento histórico, a presença de um equipamento que ainda não é regionalizado, como poderia ser a proposta substitutiva do CAPS III, mas que, visto a deficiência de leitos, tem trabalhado com gestão de riscos e critérios mais precisos para internamento.

Essa é uma questão complexa, pois já se sabe que o debate não está em torno da necessidade ou não de internação, mas sim sobre o equipamento ofertado para essa internação. E, no momento de coexistência de modelos, em que as dificuldades de integração se acentuam, visto a idéia da existência de equipamentos com lógicas de trabalho divergentes, é preciso estabelecer uma comunicação entre esses equipamentos para que se organize o fluxo dos usuários pela rede de forma mais resolutiva.

Existem poucas iniciativas de profissionais isolados, em ambos dispositivos estudados, no intuito de estabelecer uma relação de conhecimento que reflita a tentativa de compreender como é o outro equipamento.

Fleury & Mafort-Overney (2007) apresentam graus de interdependência de membros de uma rede que podem contribuir para ilustrar um modelo ideal de funcionamento. No caso estudado, observa-se a necessidade de estabelecer uma relação interinstitucional que permita conhecer a oferta de ambos os serviços para o cuidado à saúde mental, mesmo que admitamos a idéia de que a rede estabelecida não é a ideal, tendo em vista a coexistência de modelos de cuidado.

A rede de saúde mental, como está preconizado pelo ministério da saúde, deveria ter como meta o desenvolvimento de um projeto de colaboração que permitisse um maior aprofundamento dos vínculos, resultando numa ajuda espontânea entre equipes e construção coletiva de projetos terapêuticos singulares. Mas não se pode ignorar a argumentação de que o estabelecimento de uma rede, no seu aspecto da dinâmica entre atores, deve contemplar como tal a percepção de que, no estabelecimento de relações interinstitucionais, há reais disputas de poder e de espaço na troca de capitais simbólicos e políticos entre atores dessas várias instituições.

Mesmo considerando tais aspectos, constatou-se que, no campo estudado, os atores estabelecem têm tentado estabelecer nível de cooperação, no cuidado prestado a alguns usuários, visto a suposição entre os técnicos de que há um problema em comum. Exemplo dessa situação ocorre nos casos em que há alta médica, mas que, por problemas sociais, como abandono familiar, há uma dificuldade na alta do internamento de um paciente. Nesses casos, os profissionais da internação referiram buscar o CAPS da região e trabalhar a alta do usuário em conjunto com a equipe do CAPS.

Isso, entretanto, poderia fazer parte de um protocolo para alta, o que promoveria a relações de cooperação, resultando numa necessidade de ajuda sistemática e estável. Tal modo de organização poderia facilitar um maior contato entre os membros da rede. Desta forma estabeleceriam uma relação caracterizada pela associação compreendida como atividade que requer algum tipo de contrato/ acordo entre os membros da rede (FLEURY & MAFORT-OUVERNEY, 2007).

A realidade concreta aponta, como já foi dito, para a coexistência de modos de atenção em saúde mental. Para evitar freqüentes re-internações, é preciso uma rede de serviços substitutivos potentes que desenvolvam trabalhos extra-muros. Mas também torna-se necessário que a equipe de internação trabalhe para favorecer o acompanhamento pós-alta dos usuários. Nesse sentido, foi desenvolvido um projeto de alta assistida em um hospital psiquiátrico do Rio Grande do Norte. Percebia-se que ações na direção da alta assistida eram realizadas por alguns profissionais e de forma pontual. Com esse projeto pretendia-se que essas ações fossem reconhecidas pela diretoria do hospital, bem como se inserissem como uma atividade obrigatória a ser realizada pela equipe multidisciplinar da enfermagem.

Avalia-se que o hospital psiquiátrico deve promover ações que corroborem com a desinstitucionalização. Para isso ocorrer é necessário a interdisciplinaridade em oposição ao cuidado fragmentado, associada à valorização dos registros da história de cada paciente com fins de estabelecer um projeto terapêutico individual. O projeto da alta assistida passou por uma série de dificuldades, entretanto demonstrou a importância dessas ações no âmbito hospitalar. Considerar o suporte de serviços substitutivos, o nível do apoio familiar, o número de re-internações, co-morbidades, e importância da adesão ao tratamento medicamentoso foram fatores importantes para a realização do procedimento de alta dos usuários. Nesse sentido, as estratégias para integração da rede foram valorizadas, além da realização de visitas domiciliares. Não se mostrava eficaz o que é comumente realizado para encaminhamento dos pacientes após alta, ou seja, a comunicação com outros serviços através do contato telefônico (DIMENSTEIN & BEZERRA, 2009).

Observa-se que a equipe de triagem do SETA conhece os equipamentos da rede, mas não tem um trabalho sistemático para discussão de casos ou criação de protocolos com outras equipes sejam serviços de emergência ou outros serviços de base comunitária. As ações de integração referidas pela equipe da emergência acontecem no acolhimento desenvolvido pela equipe, sintetizado pela necessidade de conhecer a oferta de serviços de saúde ou equipamentos sociais, que permitam fazer encaminhamentos que tenham sucesso. Para isso, destacam a necessidade do uso da guia de referência e contra-referência e o uso do meio telefônico para garantir maiores chances de acesso dos usuários aos serviços sugeridos.

A equipe de triagem do SETA se constitui como reguladora de casos, pois realiza a avaliação e encaminha tanto para o ambulatório como para o CAPS, a depender do que

julgue pertinente, realizando encaminhamento escrito na ficha de referência e contra-referência. Mas apesar de regulamentada, essa prática nem sempre é realizada, isso depende do engajamento do profissional com o encaminhamento e seu esforço para promover uma melhor comunicação com os membros da rede. O fluxo, dessa maneira, não segue a portaria ministerial em que o CAPS é regulador da porta de entrada da saúde mental no seu território.

O encaminhamento de pacientes do DS Itapagipe ou do DS Subúrbio Ferroviário, pela equipe de triagem, pode ser feito para o ambulatório quando há a necessidade desse atendimento. Foi apontada como crítica pela equipe do ambulatório a forma como se tem colocado em prática a regionalização a partir dos distritos sanitários. São feitos encaminhamentos, de pacientes já matriculados em outros ambulatórios, para o CTM, sem considerar a dificuldade de manutenção de psiquiatras nessa unidade. Observou-se nas fichas de acolhimento que alguns psiquiatras do SETA ainda chamam o CTM pelo seu antigo nome de 4º centro de saúde, além dos prontuários apresentarem registros que indicam o desconhecimento por parte de alguns profissionais de que o CTM não é um CAPS. Tal confusão foi reiterada por uma profissional do SETA que fez afirmação que no DS Itapagipe tem dois CAPS. Observou-se certa desatualização a respeito de critérios de regionalização em alguns encaminhamentos feitos pelo CTM ao HJM. Alguns profissionais baseiam-se na regionalização realizada na época da existência exclusiva dos centros regionais de saúde mental. Portanto, ignoram a mudança na regionalização realizada a partir da implantação dos CAPS em cada distrito sanitário. Exemplo dessa situação pôde ser percebido nos encaminhamentos dos pacientes residentes no DS Cajazeiras para acompanhamento ambulatorial no HJM, que são re-orientados pela equipe de triagem a procurar o CAPS de sua região. Observou-se a falta de iniciativa ou discussão que aponte para a necessidade de integração entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico, unidades eram consideradas unidades complementares no modelo de atenção anterior à implantação de CAPS.

### **7.3 A integração entre serviços especializados: discutindo papéis e compreendendo as estratégias para determinar o fluxo de usuários pela rede**

Os profissionais do ambulatório citam muitos retornos, sem êxito, dos encaminhamentos feitos para o CAPS Adilson Sampaio e a precária integração com este

serviço. Isto, apesar de terem sido realizadas, no primeiro semestre do ano de 2009, reuniões entre componentes das duas equipes para a discussão de casos. A integração horizontal é precária e marcada por conflitos interpessoais, como pode ser ilustrado no seguinte trecho:

*Eu acho que é uma dificuldade da gente aqui da unidade. Como a gente tem no território, um CAPS e um ambulatório, tem criado certo ciúme. A gente chegou depois, surgiu de um ambulatório, e a gente tem caminhado, e às vezes as pessoas não querem caminhar com a gente. Às vezes eu fico meio indignada com isso, porque a gente precisa estar junto. O usuário é nosso, não existe usuário do CAPS e do ambulatório. O usuário é do território. E a gente não consegue, porque se o paciente está bem, ele poderia estar sendo acompanhado no Rubim, mas para o usuário, o entendimento que ele tem é que ir para o ambulatório é um retrocesso. Porque aqui eles são mais bem acolhidos, eles têm mais liberdade, eles têm mais contato com o profissional, eles se sentem mais protegidos, e lá não, eles se dirigem mais à recepção, então eles não gostam (Gerente do CAPS).*

Pode-se destacar deste relato que a idéia de uma continuidade do tratamento entre as unidades é prejudicada pelos conflitos interpessoais e por uma lógica de atendimento que os profissionais avaliam como antagônica ao que é oferecido pelo CAPS. Para eles os usuários consideram-se prejudicados ao serem transferidos para o ambulatório. Já o trecho abaixo também aborda os conflitos interpessoais e descreve que essa seria a razão para os encaminhamentos sem sucesso entre os dois serviços.

*O paciente tem perfil para o CAPS, mas eles são mandados de volta por algum motivo, por alguma decisão interna que eu não sei qual é. Alguns dos profissionais aqui do Rubim de Pinho também tem uma parcela de responsabilidade sobre determinados encaminhamentos. Eu acho que esse entendimento, isso tudo foi comprometido justamente na época em que houve a cisão aqui da equipe eu acho que isso ficou marcado. Eu não estava nessa época aqui. Mas eu penso que isso na verdade comprometeu o compromisso com o usuário, com quem está na ponta, com quem necessita de atendimento (Gerente do CTM Rubim de Pinho).*

Os conflitos interpessoais também foram elencados como fator que dificulta a manutenção de espaços de negociação e discussão das relações entre as duas unidades e que, por fim, impediriam qualquer estratégia de integração. Estas argumentações podem ser observadas nos relatos a seguir:

*Aí como a gente tem aquele início da história lá do CAPS, que não foi nada fácil pro ambulatório, nesse dia participou uma pessoa que fez*

*parte dessa história desse embate, então a reunião ficou num nível... Ainda com resquícios daquelas coisas do passado e aí depois disso para falar desse tema [perfil do público-alvo], não sentou mais (Profissional do CAPS).*

*A tarde não houve triagens e aproveitei para fazer entrevistas informais para saber um pouco mais da unidade com alguns profissionais. Pude saber quais são os usuários atendidos no CTM, a história da unidade desde o 4º centro de saúde mental, até a criação do CAPS. Uma profissional referiu conflitos entre as equipes dessas duas unidades, e a postura de outra profissional de ser contra a integração com o CAPS. Ela fala da reunião que foi feita uma vez para promover esta integração, mas refere que haveria um grupo no CTM que seria contrário a essa integração. Em relação a outros profissionais não fica claro que há uma recusa nesse sentido (Diário de campo, 17 de novembro de 2009).*

Essa é uma situação descrita na literatura como inerente ao trabalho em rede, onde não haveria garantias de que todos os membros da rede compartilhariam do objetivo de facilitar a integração (MEDINA, 2006). Todavia, o trecho supracitado revela que a posição de recusa pela integração não é compartilhada por todos os profissionais. Ainda assim a justificativa da existência de conflitos interpessoais, iniciados com a implantação do CAPS, continua tendo relevância no contexto de integração entre as duas equipes. Mesmo que não se possa minimizar a influência deste fator, outras hipóteses foram levantadas para tentar compreender os fatores que perpetuam as dificuldades que interferem na dimensão da integração clínica entre os dois serviços. O trecho a seguir ilustra que a dificuldade da integração poderia ocorrer devido à existência de modos de cuidados divergentes entre as duas equipes.

*A gente precisa integrar melhor essas unidades no distrito. Então, há alguns problemas tá. Uma questão histórica do próprio distrito, uma questão histórica da própria saúde mental, quando houve a formação dos CAPS, a própria luta antimanicomial, tudo isso gerou uma forma de relacionamento entre esses dois tipos de unidades que nem sempre é o mais correto de ocorrer (Gerente do DS Itapagipe).*

A avaliação do gestor direciona as dificuldades para conflitos interpessoais locais, assim como gerentes e profissionais destas unidades, mas também destaca que essa relação entre ambulatório e CAPS está marcada por dificuldades também no campo ideológico, em que o CAPS poderia ser considerado um equipamento da reforma psiquiátrica engajado, portanto, em movimentos político-ideológicos nessa direção. Enquanto o equipamento ambulatorial estaria inserido dentro do modo asilar de funcionamento do sistema, e,



portanto estaria para complementar as ações do hospital psiquiátrico, não sendo resolutivo na tarefa de evitar o ciclo internação-alta-internação.

Como já foi mencionado, o papel do ambulatório na rede de atenção à saúde mental, precisaria ser melhor definido. Ainda assim, afirma-se que, em grandes cidades, os ambulatórios já existentes deveriam estar inseridos na rede a fim de dar suporte aos CAPS, prestando assistência a pessoas com transtornos mentais menos graves. Para isso, o dispositivo ambulatorial precisaria rever e articular melhor sua relação com o CAPS e território e, especialmente, com a atenção básica (BRASIL, 2007).

No distrito sanitário estudado, ainda que os dois equipamentos tenham modos de cuidar diferenciados, tem se discutido estratégias para facilitar a integração entre CAPS e ambulatório a fim de realizar o fluxo de pacientes de maneira mais resolutiva. Existe a idéia de que caberia ao coordenador do distrito intermediar a relação entre as unidades, como pode ser esclarecido a seguir:

*A gente está tentando diagnosticar qual é o problema, a gente já sabe que existem questões históricas, extra distrito sanitário de Itapagipe. A gente está tentando identificar exatamente essas questões, identificar as marcas que isso deixou dentro de cada uma dessas unidades, a fim de que a gente possa dirimir essa situação. A idéia é exatamente essa (Gerente do DS Itapagipe).*

Considera-se que seria papel do gestor do distrito sanitário desenvolver estratégias que auxiliem na diminuição dos conflitos interpessoais. Além disso, destaca-se a necessidade da criação de um protocolo clínico em que se possa apoiar para determinar os critérios de encaminhamento para cada unidade. Afinal observa-se que não há consenso entre as unidades sobre o perfil do público-alvo em cada uma delas. O protocolo clínico, que refletiria uma pactuação interorganizacional, é proposto por Mendes (2001) como procedimento a ser utilizado para a gestão da clínica, além da gestão da utilização de procedimentos, da construção de perfil para a clientela, da gestão da patologia e gestão de casos, lista de espera associada a procedimentos expectantes, revisão de prontuário e criação de um sistema integrado de informação.

A importância da criação de um protocolo também é confirmada por Contandriopoulos et al. (2001) quando destacam a importância da dimensão da integração funcional para criação de uma governança comum, a partir da criação de alianças e contratos. Mas essa é apenas uma das dimensões da integração. Vê-se a importância do

diálogo entre equipes como pode ser ilustrado pela dimensão da integração do cuidado, em que a construção coletiva de um projeto terapêutico singular é valorizada. No trecho a seguir destaca-se que a transformação do 4º centro em CTM numa sede própria possibilitou uma mudança no que tange as atividades do ambulatório que passaram a incorporar atividades grupais. Entretanto, o trecho seguinte revela a avaliação da precária integração entre CAPS e ambulatório:

*A profissional fala que a abertura do CTM possibilitou que o trabalho fosse desenvolvido numa estrutura mais apropriada que contava com um projeto terapêutico, onde estavam incluídas atividades grupais. Ela então diz que tiveram muitas dificuldades quando ocorreu o surgimento do CAPS Adilson Sampaio nas dependências do CTM. Na sua avaliação, isso dificultou a integração entre ambulatório e CAPS. O gerente cita que a integração, por exemplo, nos distritos de Brotas e Barra-Rio Vermelho é mais facilitada devido ao fato de que os CAPS estão nas dependências dos ambulatórios. Uma profissional argumenta que a separação se deu com o objetivo de melhorar as relações entre as unidades, mas não adiantou. E ressalta que os CAPS estão hoje numa posição que lhe permite recusar pacientes, ou seja, dizer que determinado paciente não tem perfil para CAPS. Ela pontua também que já sugeriu à coordenação municipal de saúde mental que se fizesse um protocolo para mediar as relações entre CAPS e ambulatórios, para estabelecer público alvo de cada uma das unidades, mas que sua proposta não foi colocada em prática. Outro profissional fala que as residentes da UNEB fizeram uma proposta no semestre passado para fazer reuniões entre as equipes. Foi realizada uma reunião em que estavam presentes os médicos das duas unidades, que a médica do CAPS sugeria na época que o ambulatório deveria ter um perfil de usuários e que não tinha. Mas a equipe do ambulatório não ficou satisfeita com a solução. Ele pontua que as residentes recém-formadas viriam motivadas, mas que não deram continuidade ao projeto. Ele fala que alguns casos puderam ser discutidos na ocasião e que, inclusive, houve troca de pacientes entre as unidades (diário de campo, 13 de novembro de 2009).*

Observa-se neste trecho a idéia de que uma proximidade física poderia auxiliar na maior integração entre as duas unidades. Todavia, mais importante para a integração de uma rede assistencial do que o argumento levantado seria o reconhecimento por parte de ambas equipes do objetivo de interdependência no cuidado à saúde mental no DS Itapagipe. Nesse sentido, cada unidade, a partir de suas diferentes missões, deveria prestar assistência em saúde mental. Tendo claros seus papéis na rede, cada uma com seu projeto terapêutico definido.

No entanto, não é isso que parece ocorrer, o que se observa é uma dificuldade em estabelecer critérios para orientar o fluxo de usuários pela rede, e especialmente na unidade

ambulatorial uma falta de clareza sobre o projeto técnico dessa unidade. Talvez um reflexo do modo de cuidado que vem se estabelecendo na unidade na qual poderia se investir mais na integração entre os diferentes profissionais. O argumento da falta de clareza sobre os usuários que devem ser atendidos por cada unidade também é referido por outros membros da rede como pode ser ilustrado a seguir:

*Eu acho que existe a dificuldade porque já vem lá de cima, se você procurar assim... a gente não tem no município um protocolo que diga assim o que é que seria do CAPS, o que é que seria do ambulatório, o que é da urgência psiquiátrica, o que é PSF, (...), eu acho que já começa o problema lá. A gente não tem definido no município a política de saúde mental, então se ele lá em cima não tem definido imagine lá embaixo. O que é que a gente tem feito na nossa unidade? Bem pegar o que está no papel, o que aquela relação nos diz, quais são as nossas prioridades, esses pacientes graves, psicóticos e neuróticos graves. Trabalhar com a lógica da responsabilidade territorial. Pacientes que sofrem de transtorno mental grave, residem aqui no nosso território, é nossa responsabilidade, (...) então assim, a dificuldade, essa que eu estou dizendo que está em cima, ele vai contratar, faz o processo seletivo com os profissionais em que momento pára para se discutir isso? Não existe uma capacitação, cada um tem um entendimento de saúde mental diferente, uma forma de trabalhar saúde mental diferente, então quando você chega em reunião você tem que trabalhar. Não é porque é reunião que você sempre vai conseguir o consenso. É difícil porque são vários profissionais, vários saberes. Mas a gente procura trabalhar naquilo que seja mais lógico. Então aqui a gente viu quando o paciente está melhor a gente encaminha para o ambulatório, a gente encaminha para atenção básica, PSF; ele não quer vir, então a gente faz esse atendimento no domicílio, mas não tem outra forma porque nós mesmos trabalhamos com isso, então a gente trabalha assim: porque a legislação nos diz isso? Agora, claro que assim existe pacientes não intensivos que poderiam estar no ambulatório, mas que não tem médico, só vai ter daqui a três meses, ele não vai deixar de ser atendido, então a gente tem que cuidar também. Agora, a gente tem uma preocupação assim para a gente não superlotar e daqui a pouco a gente não virar um manicômio. (...) Mas acontece muito isso, essa dificuldade é isso: falta estabelecimento no nível central que é a política municipal de saúde mental, o estabelecimento de um protocolo, então se isso ficasse definido a gente talvez não tivesse esse problema (Gerente do CAPS).*

Observa-se neste trecho a defesa da necessidade da criação de um protocolo municipal que possa regulamentar critérios a respeito da regulação do fluxo de usuários pela rede. A criação de protocolos é defendida como um dos aspectos que favorece a integração, mas, não é o único. Outro ponto fundamental destacado neste trecho é a necessidade de capacitação dos profissionais que integram a rede para a realização do acolhimento, que foi traduzida pela idéia de compreensão de saúde mental muito diversificada entre profissionais

contratados para integrar as equipes. Esta diversidade aponta para a necessidade de investir em capacitações que se dirijam para a dimensão do acolhimento, para o reconhecimento de critérios que orientam o fluxo e para a discussão a respeito de mecanismos diversificados que promovam a integração da rede, para além da estratégia de referência e contra-referência.

É preciso considerar o acolhimento como um encontro clínico, desse modo permeado por aspectos técnicos que caracterizam trabalho em saúde. A formação dos profissionais envolvidos nessa atividade deve minimamente permitir o reconhecimento de sinais que o levem a propor condutas terapêuticas pertinentes. Acrescente-se o fato de que os meios técnicos que um profissional dispõe para realizar sua prática têm como objetivo primordial produzir saúde para os usuários que procuram os serviços, mas também o permitem aumentar sua capacidade de enfrentar os problemas cotidianos. Os profissionais tecnicamente consistentes são menos suscetíveis a sobrecargas desnecessárias. Já os tecnicamente vulneráveis banalizam os processos de trabalho, fazem encaminhamentos não resolutivos por desconhecimento, ampliam demandas tornando-as insuportáveis, pois têm dificuldades para avaliar riscos ou urgências, bem como se defrontam com a angústia do encontro com o desconhecido e o fato de nada saber para propor ofertas de cuidado (ONOCKO-CAMPOS, 2005).

*Não vou devolver para lá porque está dizendo que não tem como atender, não tem para onde encaminhar esse paciente que é daqui do território, aí a gente acabava acolhendo mesmo sem ser perfil do CAPS. Teve uma época lá que uma das pessoas: vamos discutir o que é perfil dos pacientes? O que é perfil de ambulatório? O que é perfil de CAPS? Que às vezes vem escrito que não tem perfil para o CAPS. Aí como a coordenação disse que ia nessa reunião então eu disse: acho que vou passar a bola que essa discussão tem que estar nesse nível aí, então eu não fui. A discussão falando dos diagnósticos, eu acho que eles não se entenderam muito nessa reunião não, porque acho que não é assim. Essa discussão tem que ser caso a caso, como eu vou dizer, olhe, vou encaixar assim num quadrado quem tem este perfil vai pra o CAPS, ou vai pro ambulatório. As pessoas não são iguais, como vou encaixar? Quem tiver esse perfil é do ambulatório. Quem tiver esse perfil é de CAPS. Eu acho que tem que discutir caso a caso (Profissional do CAPS).*

Destacam-se nestes trechos o consenso entre a gerente do CAPS e uma profissional do ambulatório a respeito da criação de um protocolo clínico municipal para a definição do público-alvo de cada serviço. A tentativa de criação de um documento no nível local do

distrito foi realizada, entretanto não se obteve sucesso, destaca-se que o último trecho se refere a essa tentativa. A profissional avalia que a construção de um protocolo remete a uma padronização e que não acredita na importância de um protocolo baseado no diagnóstico. Avalia-se que é importante a criação de tais contratos entre as equipes, entretanto, para a integração da rede, é primordial a manutenção de espaços para negociação entre os seus membros, como ocorria anteriormente, visto que o trabalho em rede pressupõe troca de informações.

A dificuldade da criação de um protocolo reflete a ideia de que talvez não esteja clara a missão, ou definição dinâmica da competência de cada um desses serviços na rede, em que o diagnóstico psicopatológico parece não ser suficiente para determinar a ação de cada serviço. Para os profissionais do CAPS esse serviço deve atender os psicóticos e neuróticos graves como foi descrito acima pela gerente desse serviço. A dificuldade para ela estaria na capacitação para identificação destes quadros. Não há consenso a respeito do que é considerado grave. O trecho a seguir ilustra o que pensam os profissionais:

*Entrevistadora: E esta questão do perfil? Como vocês definiriam, de forma ampla, o perfil do usuário para ser atendido no CAPS?*

*Entrevistado: Pacientes graves, psicóticos e neuróticos graves.*

*Entrevistado: Pacientes neuróticos com transtorno mais leve não tem necessidade nenhuma de estar em CAPS. Depressão, caso de histeria mais leve, caso de transtorno de pânico, fobia, não tinham necessidade nenhuma de estar aqui. E uma vez entram aqui e acabam sendo institucionalizados, e isso é muito mais difícil. Esses pacientes não são perfil desse CAPS. Eles sabem disso. Pelo menos no meu entendimento.*

*Entrevistado: Eu falei depressão leve, não depressão severa, porque a severa em algum momento pode precisar da intervenção do CAPS (Grupo Focal com profissionais do CAPS).*

Entretanto defende-se que o diagnóstico psicopatológico não deve ser tomado como único critério sendo necessário considerar outras variáveis, como o apoio da rede social, inserção no mercado de trabalho entre outros. E o que se observa, quando isto não é levado em conta, é a duplicação de ofertas, como fica claro nesse trecho:

*Entrevistadora - Você acha que esses perfis diferentes das duas instituições interferem na relação entre elas?*

*Entrevistada: isso chegou até a ser discutido uma vez, foi discutido com relação ao perfil. Qual o perfil para atender no ambulatório, qual o perfil para atender no CAPS. Foi uma reunião assim muito interessante*

*porque às vezes as pessoas do ambulatório, alguns profissionais se posicionavam num perfil mais biomédico. Então é o usuário com o transtorno tal e tal e tal e começou a ver por esse caminho, só que tinham outros profissionais que tentavam fazer um movimento contrário de colocar esse usuário dentro de um contexto social mais amplo. Mas uma coisa que eu achei interessante foi pensar isso a partir da realidade. Qual a realidade do distrito sanitário de Itapagipe? Dentro dessa realidade quais são os serviços de saúde mental que tem? É o CAPS e é o ambulatório. E cada um aí com sua trajetória. As pessoas sempre batem que o CAPS é o lugar de atender os casos graves, mas a gente percebeu que também no ambulatório tinham casos graves que não chegaram ao CAPS, mas foi o que eu falei foi um início. Teve essa discussão e isso não evoluiu para mais e mais discussões. Teve essa discussão e ficou mesmo naquilo, não avançou muito (Grupo focal com residentes do ISC).*

A residente destaca a idéia de um planejamento local das ações que foi privilegiado nesta iniciativa ocorrida no primeiro semestre de 2009 para a discussão de casos entre equipes do ambulatório e CAPS. Mostra ainda que o qualificativo grave, importante na determinação dos fluxos pela rede, não é bem determinado entre os que oferecem a assistência.

Para o gerente do ambulatório os critérios para atendimento são determinados em termos de complexidade, que ele define baseado nos graus de autonomia e inserção no mercado de trabalho. Como pode ser ilustrado nos trechos a seguir:

*Não vou aqui te dizer que o Rubim de Pinho é vítima de nada não, muito pelo contrário. Existem profissionais que se baseiam principalmente no perfil do usuário. Se o perfil do usuário diz respeito, se ele tem um histórico de internação, se ele é esquizofrênico, se ele é F20, o CAPS tem que resolver, o CAPS tem que atender, eu discordo disso também eu não vejo a radicalidade como uma solução, eu não vejo uma postura obtusa como a solução e ao mesmo tempo como a possibilidade do alcance de um entendimento entre as instituições. Ao mesmo tempo também eu não entendo porque é que nós aqui do ambulatório recebemos tantos pacientes de volta do CAPS Adilson Sampaio, por exemplo, o paciente tem perfil para o CAPS, mas eles são mandados de volta por algum motivo, por alguma decisão interna que eu não sei qual é. Alguns dos profissionais aqui do Rubim de Pinho também tem uma parcela de responsabilidade sobre determinados encaminhamentos (Gerente do CTM).*

*Já recebi pacientes aqui do CAPS Adilson Sampaio, vindos do CATA, pacientes com transtornos mentais severos, só porque tiveram uma passagem pelo CATA que é uma instituição que trata de alcoólicos tiveram que encaminhar para cá. Por quê? Se existe um transtorno mental severo associado nele, ele tem que ser acompanhado pelo CAPS. A maior reclamação daqui por conta de lá do CAPS são os encaminhamentos feitos só que são encaminhamentos que são baseados simplesmente nesse perfil. O perfil do paciente do CAPS, o perfil de alta*

*complexidade. A questão é que como lá está sobrecarregado também o paciente é devolvido. Mas será que é nossa responsabilidade realmente? Nós estamos hoje aqui com 4.300 pacientes só de psiquiatria com 03 médicos atendendo, se fizermos a divisão serão quantos pacientes para cada médico? Existe. Isso é assistência mesmo? Isso não é assistência. Eu costumo dizer aqui que na verdade é administração. Administração do caos” (Gerente do CTM).*

*O que a gente estava fazendo foi no semestre passado com as residentes da UNEB, esse projeto dessas visitas das unidades da atenção básica do distrito sanitário de Itapagipe e dos PSF's do distrito sanitário de Itapagipe também. Claro, essas visitas essas reuniões, estavam sendo o início de um entendimento de uma sensibilização por parte dos profissionais que não é nenhum bicho de sete cabeças acolher pacientes de saúde mental, que não estão em crise, estão compensados, estão desenvolvendo as suas atividades, estão com seus familiares com a sua comunidade normalmente, numa boa, exercendo as suas capacidades laborativas, isso sim estava sendo feito, nossa participação estava sendo esta, foi interrompida, embora, já entrei em contato com uma profissional do CAPS, nós vamos retomar essas reuniões porque, mesmo que essa turma, essas residentes da UNEB do semestre passado tendo saído, o CAPS resolveu dar prosseguimento. Nós vamos retomar essas reuniões. Agora, só que isso é para ontem e é sempre essa coisa assim praga essa lentidão, tem sempre alguma coisa que atrapalha, saiu um grupo de residentes e entrou um grupo de residentes que não vai dar prosseguimento ao trabalho (Gerente do CTM).*

Observa-se que os residentes têm assumido o papel de fomentar as ações de integração entre CAPS e ambulatório. Foi referido que mecanismos de integração ficam enfraquecidos quando há troca de turmas da residência. A não continuidade das ações foi atribuída ao não prosseguimento do projeto pela nova turma de residentes que entrou. Observa-se que a rotatividade de profissionais é um fator que influencia negativamente na formação de uma rede integrada (PROVAN & MILWARD, 1995). Destaca-se a referência feita pelas residentes da não continuidade de algumas ações no território devido a uma mudança de enfoque dessas ações pela equipe de residentes. O projeto inicial contemplava a atuação num território mais ampliado, buscando a sensibilização de múltiplas agências para a questão da saúde mental. Entretanto, tem havido uma escolha por focar o trabalho em poucos equipamentos, no caso na atenção básica e serviço residencial terapêutico, visando à qualidade da integração com poucos equipamentos ao invés de uma estratégia que valorize a quantidade. Nesse sentido, para minimizar a instabilidade na integração do referido sistema, os profissionais necessitam assumir o protagonismo no planejamento e manutenção dos espaços de negociação.

Para a equipe do CAPS, os profissionais do ambulatório encaminham usuários por falta de psiquiatras neste último. Para os profissionais do ambulatório, o CAPS está numa posição em que pode recusar pacientes, o que não ocorre com o ambulatório. Não há consenso entre as duas equipes sobre qual é o perfil do usuário para o CAPS, o que se traduz, no cotidiano dos dois serviços, em encaminhamentos não resolutivos. Em determinados momentos observa-se a falta de consenso nas duas equipes entre os profissionais responsáveis pelo acolhimento a respeito do diagnóstico de pacientes. Exemplo dessa situação pode ser demonstrado a seguir:

*Uma mãe com seu filho protesta na recepção, diz que, ao estar sendo acolhida por um profissional, outra técnica teria entrado na sala e dito que seu filho não tinha perfil para CAPS, sem fazer nenhuma pergunta para ele ou ela. A genitora protesta dizendo que seu filho é esquizofrênico. Ele tem um defeito no pescoço, não sustenta bem a cabeça. O profissional diz: ele não tem perfil. E ela sai protestando. Algum tempo depois ela retorna e o profissional vai lá dentro e volta dizendo que ele iria ser avaliado pela psiquiatra que não garantiria que ele iria ser matriculado no CAPS, que a médica é quem iria dizer (diário de campo).*

*A profissional não acha que há integração, visto a recusa do CAPS em atender os pacientes encaminhados do CTM. Traz o exemplo de um caso de um paciente que triou, tendo relatórios que constavam CID compatível com a esquizofrenia e que a coordenadora do CAPS, apenas olhando disse não ter perfil para o CAPS. A profissional do CTM informa que a genitora do paciente ficou desesperada e que o paciente ficou sem atendimento. Ela diz que entrou em contato telefônico com a coordenadora do CAPS que solicitou que não encaminhasse mais paciente para lá e que solicitou uma reunião com a presença da coordenação do DSI para mediar essas relações. E assim a técnica do CTM concordou e, disse que era realmente preciso que uma instancia de maior poder intermediasse essas relações. Ela, nesse telefonema, também questionou o encaminhamento feito pelo CAPS ao Rubim de Pinho de uma paciente alcoolista. Esse público não é atendido no CTM. Ela diz que a equipe do CAPS não se deu nem o trabalho de verificar que a paciente estava com uma garrafa de álcool na bolsa. Senti que, para ela integrar seria apoiar o CTM pelo fato dessa unidade estar sem psiquiatra. Ainda que realmente acreditasse que o caso em questão fosse para CAPS (diário de campo 17 de novembro de 2009).*

*Outro acolhimento foi de um homem, 41 anos, encaminhado em maio ao CAPS Adilson Sampaio tendo sido devolvido sem ficha de contra-referência. Reside em Massaranduba. Tem relatório médico do hospital São Paulo que refere CID F 06 (outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física) G 40 (Epilepsia) e F 29 (Psicose não orgânica não especificada). Apresenta alteração em EEG. Veio acompanhado de esposa e irmão solicitando relatório para perícia. Estava inquieto pegou a sandália da técnica do acolhimento. No seu relatório do Sanatório São Paulo consta que o paciente tem cefaléia constante, irritabilidade, agressivo, parece delirar, muito angustiado.*



*Mesmo em uso de Tegretol, Amplictil e Fenegan restam sintomas que dificultam seu convívio social.*

*No seu prontuário vi que a triagem foi realizada pela mesma técnica que estava hoje nessa função que o descreveu como disperso, nada fala, calmo, tem crises convulsivas, teve acidente em via pública. Apresenta surtos psicóticos. Com o seu re-encaminhamento para o CTM o gerente escreve em prontuário para a médica psiquiatra que teria agendado, visto a dificuldade do paciente, ser atendido em outro serviço. A médica o atende e coloca o relato de desorientação, solilóquios, saindo sem rumo, agressivo. Hoje, procurou o CTM para ter relatório médico, foi feita uma declaração que sua médica encontra-se hospitalizada dizendo o CID que consta em prontuário. Orienta remarcar pericia, pois a médica retornaria em dezembro. A técnica do acolhimento questiona-se porque não é perfil para CAPS (diário de campo 17 de novembro de 2009).*

Nota-se, neste último trecho, como a falta de um trabalho de integração do cuidado pode repercutir no acesso dos usuários aos equipamentos de saúde mental. As iniciativas de integração entre essas duas unidades foram mediadas pelas residentes da UNEB e, no momento, estão suspensas. Na oportunidade em que se tentou colocar esse projeto em prática, houve uma reunião para a discussão em que uma profissional do ambulatório analisou deixando bem clara a sua posição de que não queria integração com o CAPS. Outra acha que deveria haver uma normatização por parte da coordenação municipal de saúde mental a respeito de um protocolo que defina o perfil do usuário para cada unidade. Uma terceira acredita que um usuário não é de um serviço, e sim da rede, identificando procedimentos que cada serviço pode oferecer a um determinado caso. Refere que essa argumentação causou muita polêmica.

Durante o meu período de campo, ocorreu uma reunião para a discussão da rede de saúde mental de Itapagipe, que foi apontada pela coordenação do CAPS como fundamental para criar protocolos para mediar essas relações, nesse período de poucos dias afirmou-se a necessidade de suspender o acolhimento de usuários referenciados pela equipe do CTM. Com esse objetivo foram convidados representantes de diversas unidades de saúde do DSI, bem como associações de bairro, entre outros. Na oportunidade foi realizada apresentação das atividades do CAPS e das residências multiprofissionais. Apesar do referido apoio ao CAPS, na reunião em questão, a gerência do DS não assumiu o lugar de mediação entre as unidades, o que poderia ter facilitado a imediata criação do protocolo, como havia sido sugerido anteriormente. No entanto não houve espaço para a discussão e manifestação de representantes das outras unidades. A coordenadora do CAPS e gerente do distrito

apontaram o protocolo como fundamental para a integração da rede, inclusive a coordenadora afirmou que iria suspender a matrícula de casos encaminhados pela equipe do CTM até essa reunião. Mas, apesar disso, não houve nessa reunião nenhuma discussão sobre encaminhamentos, ou criação de um protocolo para organizar o fluxo de usuários.

Destaca-se a idéia da necessidade de troca de informações entre os níveis, propiciando uma maior possibilidade de integração do cuidado. No entanto, a reunião cursou com o objetivo de apresentar o CAPS e seus trabalhos para as unidades convidadas. Indicou-se que o projeto iria continuar com a apresentação em outros momentos de cada unidade. No entanto essa reunião não propiciou o diálogo entre os membros da rede, nem a troca de informações que pudessem orientar encaminhamentos resolutivos. A integração sistêmica encontra-se comprometida nesse distrito visto a dificuldade de manutenção de profissionais médicos em uma das unidades da rede. Ao analisar a dimensão funcional, destaca-se a falta de legitimação de ambas as partes sobre modos de cuidar, os conflitos interpessoais, a dificuldade de consenso sobre o público alvo de cada instituição e a falta de documentos que orientem essa integração. Daí a dificuldade em manter a continuidade do projeto de integração entre as unidades em questão. No momento da pesquisa, a comunicação entre as unidades era efetuada pelos mecanismos de referência e contra-referência, ainda que de forma incipiente, e comunicação telefônica. As guias de referência deveriam ser melhor detalhadas, justificando o encaminhamento através de explicitação dos critérios de inserção em cada unidade. Atualmente é freqüente que a comunicação entre os profissionais da rede restrinja-se à informações descritas como o usuário “não tem perfil”, o que não explicita com clareza as razões do encaminhamento, ou apenas registra-se a afirmação de que “o usuário foi encaminhado pela equipe do hospital com indicação de continuidade do cuidado pós alta em determinado tipo de equipamento”, demonstrando a determinação exclusiva pela equipe da internação a respeito do cuidado pós hospitalar, ou pela razão da “falta de psiquiatras” em determinada unidade, que de forma alguma seria a melhor forma de resolver essa deficiência na rede.

Como foi dito, na reunião os profissionais convidados das outras equipes não tiveram momento para referir o teor das dificuldades em relação aos encaminhamentos. Mas durante o meu período de observação pude conhecer quais eram as dificuldades apontadas, especialmente, no que tange aos encaminhamentos feitos sem sucesso e conseqüente retorno para a unidade de origem. Os profissionais do ambulatório referiram casos que tiveram retorno do CAPS, informando que o paciente não tinha perfil para esse

equipamento, mesmo que os profissionais do CTM acreditassem que tinha. Explicitaram casos de pacientes esquizofrênicos com diversas internações e pacientes com tentativas de suicídio. “O CAPS gosta que ligue antes, discuta o caso, e não apenas referencie” (sic). Os profissionais do ambulatório dizem que tentam fazer isso, mas que o processo de acolhimento não favorece visto a rapidez e sobrecarga de entrevistas.

## **8 Considerações finais**

O recorte do sistema de saúde analisado neste estudo é composto por complexas relações entre as unidades. Como destacado no modelo de atenção em defesa da vida, são múltiplas as suas portas de entrada. A regulação para os atendimentos ambulatoriais (CAPS e ambulatório especializado) é descentralizada. Não há consenso a respeito dos critérios de regulação deste fluxo e as estratégias construídas para promover uma discussão sobre o mesmo não têm atingido esse objetivo. Há uma desigual distribuição de recursos humanos nos equipamentos ambulatoriais além de modos de cuidado marcadamente diferenciados. Tal situação corrobora para a realização de encaminhamentos não resolutivos. Os efeitos deletérios desses encaminhamentos poderiam ser minimizados por meio do planejamento desta rede, com redefinições de papéis, apoio da gestão e modos de organização do processo de trabalho reformulados.

Cada modelo de atenção em saúde, considerado como uma lógica de trabalho, poderia auxiliar na construção de mecanismos que facilitassem a integração de rede de saúde em um distrito sanitário. Destaca-se que o modo de regulação dos casos é predominantemente feito de acordo com mecanismos de referência e contra-referência, que pode ser atribuído ao modelo de atenção em saúde da Vigilância à Saúde e, como constatado, não é resolutivo para alguns casos e nem é feito a contento por muitos profissionais.

Observa-se neste modelo o objetivo explícito de integração da rede que pressupõe o planejamento conjunto de ações e formas de comunicação mais eficazes. Destaca-se a importância da viabilização nos distritos sanitários do acompanhamento continuado dos problemas de saúde e para isso são necessários processos avaliativos regulares e atuação no território. As ações da gestão devem envolver a integração entre as equipes de saúde, buscando organizar melhor a oferta, utilizando como ferramenta o planejamento estratégico. Este último pressupõe a inclusão da dimensão política, no sentido da existência de conflitos e disputas de poder como base de análise para a proposta de um projeto de uma rede assistencial.

Da vertente da Programação em saúde, ressalta-se o objetivo da padronização variável de condutas em saúde, com a criação de projetos institucionais que descrevam as atividades-meio que permitam chegar ao objetivo de cada instituição. Destaca-se aí a missão de cada qual na rede concreta de saúde mental, ainda que esta ainda esteja distante do modelo ideal.

Com relação ao modelo de atenção em saúde “em defesa da vida”, ressalta-se a inclusão da dimensão subjetiva nas ações em saúde, considerando de fundamental importância a humanização do cuidado, a criação de espaços de negociação entre trabalhadores, usuários e gestores, a fim de pactuar metas que possam favorecer a assistência em saúde. Destaque para a inclusão do arranjo do apoio matricial que visa à discussão entre equipes no cuidado a saúde. Nesse sentido, constitui-se como uma lógica que facilita a integração da rede a partir de pactuações e o estabelecimento de espaços de negociação. Estas estratégias são fundamentais, pois se sabe que nem todos os atores da rede têm a mesma motivação de desenvolver ações visando à integração, ou dispõem das mesmas competências e recursos. Além disso, a intenção deliberada de cooperação, que seria uma das principais características do trabalho em rede, é atravessada por disputas de poder entre os seus membros. No caso estudado percebe-se que a integração em rede é significada como repasse de trabalho entre os membros da rede.

Considera-se que a equipe do CAPS tem orientado o seu trabalho para o objetivo de desenvolver ações que visem assegurar que o cuidado à saúde mental seja efetuado em rede, a partir da construção do grupo de trabalho extra-muros. As estratégias criadas refletem uma diversidade quanto a sua frequência e intensidade. Observa-se um trabalho continuado com a atenção básica na busca de atender ao mandato do matriciamento de equipes da atenção básica, ainda que tal ação não possa ser assim denominada em razão da forma com que se estabeleceu a relação entre o CAPS e a atenção básica. Por diversas razões o trabalho está mais centrado na qualificação de possibilidades de encaminhamento para a equipe de especialistas do que no desenvolvimento de estratégias de cuidado à saúde mental na atenção básica com o apoio matricial.

Verifica-se também a tentativa de criação de espaços de negociação e discussão a respeito da necessidade de protocolos clínicos que direcionem o fluxo entre CAPS e ambulatório especializado. Observa-se nessa ação o protagonismo dos residentes em saúde mental. Sendo essa característica traduzida, pelas duas equipes envolvidas, como razão da

falta de continuidade deste projeto. Nesse sentido, visto a importância da questão, esse aspecto deveria ser incorporado como rotina dos profissionais incluído nos projetos técnicos das unidades.

Destaca-se a avaliação feita pelos profissionais de que precisam intensificar ações de integração com o hospital. As estratégias têm se baseado na realização de visitas institucionais à unidade para acompanhamento de usuários no período de internamento. Ainda que a integração em rede possa ocorrer a partir das necessidades de cada caso, não se podem negligenciar as ações institucionais que independem de casos individuais para fomentar a integração.

Com relação ao ambulatório, pode-se sugerir que ações extra-muros precisam ser intensificadas. O trabalho visando à integração em rede ocorreu quando eram mantidos os momentos de negociação com o CAPS. Destaca-se que o trabalho em rede pressupõe que membros tenham igual poder de troca, e esse serviço está em desvantagem quando apresenta uma dificuldade na sua estrutura que é a falta de recursos humanos. Entretanto uma maior integração entre os profissionais da equipe mostra-se urgente para definir qual o projeto terapêutico institucional possível diante das dificuldades enfrentadas.

Vale destacar, entretanto, que o ambulatório tem realizado papel de regulação de uma das portas de entrada para a saúde mental neste distrito, precisando ser apoiado nesta missão. O modelo de regulação utilizado, encaminhamentos via referência e contra-referência, não tem evitado as idas e vindas de alguns usuários, sobre os quais não há consenso em relação a qual é o perfil para cada serviço. Mostra-se urgente a retomada de espaços de negociação, além da construção de um protocolo local mais detalhado sobre o qual as equipes se comprometam a criar pactos e segui-los.

A urgência psiquiátrica não desenvolve ações que visem ao trabalho extra-muros. Observa-se que a comunicação se dá através de fichas de referência e contra-referência, além de contatos telefônicos para discussão de encaminhamentos, ainda que se possa afirmar que não há uma padronização para esse procedimento, que é feito pelo engajamento aos princípios do SUS por alguns dos profissionais que compõem a equipe. Pode-se avaliar que há o conhecimento da rede pela maioria dos profissionais da emergência, especialmente pela equipe de triagem, mesmo que outros mecanismos de integração não estejam sendo desenvolvidos. Observa-se que o detalhamento das razões do encaminhamento é realizado a contento por alguns profissionais e arquivado junto às fichas de triagem. Nesse sentido

observa-se uma preocupação com a continuidade do atendimento e possíveis retornos de encaminhamentos não resolutivos, expressando assim a tomada de responsabilidade pela equipe de triagem. É possível detectar falhas no funcionamento de serviços de saúde mental quando se está num serviço que é referência estadual para este tipo de cuidado, o atendimento das emergências. Porque, mesmo que uma situação de crise possa ser inerente à dinâmica de determinado quadro psicopatológico, ou ser uma dificuldade de suporte social, representa em muitos casos a consequência de falhas na assistência de serviços da rede.

Assim no que se refere a momentos de crise e urgência na avaliação dos profissionais dos serviços extra-hospitalares, a retaguarda para o atendimento desses casos melhorou com a incorporação de psiquiatras no SAMU em 2008 e implantação do PAP municipal, assim pôde-se discutir melhor os casos e dar melhores encaminhamentos. O momento do internamento ainda é referido como algo difícil, momento em que a equipe do CAPS tem acompanhado seus usuários, entretanto não tem conseguido discussões satisfatórias com a equipe do internamento. Solicitar a participação nas reuniões de equipes da internação talvez fosse interessante para conhecer a estrutura do hospital e realizar discussões de casos em comum.

Apesar de a rede de urgência de Salvador não ser objeto específico de avaliação deste trabalho, pôde-se destacar que a proposta a implantação de CAPS III para cada dois distritos sanitários de Salvador ainda não se efetivou. Sendo assim, aponta-se para a sobrecarga dos serviços para internamento e a impossibilidade de inverter o papel hospitalocêntrico do sistema. A equipe do HJM ressaltou a existência de conflitos interpessoais com as demais unidades de urgência, como se não houvesse cooperação entre os serviços. Ressalta-se a intermitência de psiquiatras na rede de CAPS e no PAP e, assim, as urgências se transformariam em suporte de atenção ambulatorial além de atenção à crise. Soma-se a isso uma falta de regulamentação, ou protocolos clínicos e um sistema de informação ágil que possibilite uma forma mais eficaz da gestão de vagas. Os psiquiatras plantonistas do SETA pontuam que, por vezes, entram em conflito com o SAMU e com a central de regulação, pois os profissionais destas instituições encaminhariam pacientes, ainda que não haja vaga para internamento.

Desse modo, ao analisar a dimensão da integração funcional, observa-se, de maneira geral, para a rede dos serviços especializados estudada, a ocorrência de deficiências no que

tange à inexistência de protocolos clínicos, contratos, alianças ou acordos interorganizacionais. Além de um apoio institucional que poderia ser mais fortalecido. Esse trabalho pretendeu analisar as relações entre os atores da rede a fim de compreender avanços e impasses na construção de estratégias que possibilitassem a integração entre serviços de saúde. Há uma tendência nos trabalhos da saúde coletiva no sentido de reorientar as investigações da questão da implantação de serviços para a garantia do acesso para formas de por em prática o princípio da integralidade, modos de qualificar portas de entrada e promover um sistema de saúde integrado.

Fazer avançar na mudança do modelo de atenção à saúde mental, outrora centrado em apenas um equipamento, requer investimentos no que se refere a intervenções que permitam uma mudança do lugar social da loucura. Mas também mecanismos que viabilizem a descentralização, combinada à oferta de uma rede potente e fortalecida, o que exige mudanças nas relações interinstitucionais e nas dinâmicas de poder estabelecidas que favoreçam a construção de uma rede integrada.



## 9 Referências Bibliográficas:

AMARAL, M.A. do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. de Saúde Pública**, vol. 31, n. 3, p. 288-95, jun. 1997.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 45-65, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. MS. **A Estratégia de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Princípios e Diretrizes para sua Implementação no SUS**. Proposta base para a formulação de um documento tripartite. Brasília, 2008.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados – 6**, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília, junho de 2009. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). (Acesso em 29/06/09)

CALAZANS, R. & BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez. 2008.

CAMPOS, C. M. S. & SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, 2003.

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

CAMPOS, G.W. de S. Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, p. 103-121, 2003 a.

\_\_\_\_\_. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003 b.

CECILIO, L.C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (3): 469-478. jul-set, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A-P, DENIS J-L, TOUATI N, RODRIGUEZ. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. **Ruptures**, 8:38-52, 2001.

COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.141-168, 2000.

\_\_\_\_\_, LUZIO, C.A. & YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 13-43, 2003.

DIAZ, A.R.M.G. **Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial**. [Dissertação-Mestrado]. Campinas, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2009.

DIMENSTEIN, M. & BEZERRA, C. Alta assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19 [3]: 829-848, 2009.

DEL-BEN, C.M., MARQUES, J.M.A., SPONHOLZ- JR, A. & ZUARDI, A.W. Políticas de saúde mental e mudança na demanda de serviços de emergência. **Rev. de Saúde pública**, 33 (5): 470-76, 1999.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 161-194, 2005.

FIGUEIREDO, M.D. & ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):129-138, 2009.

FLEURY, S.; MAFORT-OUVERNEY, A. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007.

FREIRE, F. H. M. de A., UGÁ, M. A. D. & AMARANTE, P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 113 - 142, 2005.

JUCÁ, V.J.S., NUNES, M.O. & BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):173-182, 2009.

HEIMAN, L.S. & MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C. (org.). **Saúde e democracia: Histórias e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 481-502, 2005.

HARTZ, Z.M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um 'sistema sem muros'. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, 20, Sup. 2: 5331-5336, 2004.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, p. 55-59, 1996.

MIRANDA, L. & ONOCKO-CAMPOS. Análise do trabalho de referência em centros de atenção psicossocial. **Rev. Saúde Pública**, 42 (5): 907-13, 2008.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, junho de 2005.

MEDINA, M.G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. [Tese-Doutorado]. Salvador, Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006.

MENDES GONÇALVES, R.B., SCHRAIBER, L.B. & NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC. p. 37-63, 1990.

NJAINÉ, K., ASSIS, S.G. de, GOMES, R. & MINAYO, M. C. de S. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 111. Supl: 1313-1322, 2006.

NUNES, M., JUCÁ, V.J. & VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no programa de saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Out. 2007

NUNES, M & TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, 43 (supl. 1): 101-108, 2009.

ONOCKO-CAMPOS RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde Debate** 2001; 25:98-111

\_\_\_\_\_. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**, São Paulo: Hucitec, p. 122-149, 2003.

\_\_\_\_\_. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3): 573-583, 2005.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. (orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro, MEDSI, p. 567-586, 1999.

PROVAN, K.G. and MILWARD, H.B. A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. **Administrative Science Quarterly**, v. 40, n. 1, p.1-34, 1995.

RECHTAND, M. & LEAL, E.M. Notas sobre a emergência psiquiátrica. In: **Cadernos IPUB: n ° 17**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; n ° 17, Vol. VI p. 92 – 100, 2000.

RIVERA, F.J. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e saúde coletiva**, 4 (355-365), 1999.

SANTOS, Y.F.S. **O ambulatório no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/ Rio grande do Norte**. [Dissertação-Mestrado]. Natal, Rio Grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

SANTOS, F.P. MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface. Comunic. Saúde. Educ.** V.10, n.19, p.24-41, jan/jun 2006.

SILVA JR., A.G. da. As propostas de saúde coletiva. In: SILVA JR., A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F & SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde. Promoção, Vigilância e saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, p.19-58, 2006.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, p. 89-112, 2005.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: **Cadernos IPUB: n ° 17**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; n ° 17, Vol. VI p. 79-91, 2000.

TREVISAN, L.N. & JUNQUEIRA, L.A.P. Construindo “o pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. In: **Ciência & saúde coletiva**, 12 (4): 893-902, 2007.

VIEIRA FILHO, N.G. & NÓBREGA, S.M. de. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, 9 (2), 373-379, 2004.

## **Apêndice**







B- Roteiro de entrevista – Gerentes/coordenadores das unidades da rede de saúde mental

Dados do entrevistado	Idade:                      Sexo:  Profissão:  Cargo:  Vínculo de trabalho:  Tempo de exercício da função:
Acesso	Como um usuário tem acesso a um serviço de saúde mental?  O CAPS deve ser a porta de entrada de saúde mental do seu território?
Regulação	Quais são os tipos de ligações realizadas entre as unidades desta rede?  Como é realizado o fluxo de pacientes entre as unidades?  Qual o procedimento para a alta do paciente nesta unidade?  O que se faz em casos de crise?  O que você entende sobre a missão do CAPS em ser ordenador da rede do seu território? O que você acha dessa missão?
Trabalho em rede/ Coesão	Existe alguma outra unidade de saúde que esta equipe considera no que diz respeito as opiniões e indicações para planejar o cuidado das pessoas que

	<p>apresentam transtornos mentais?</p> <p>Quais são as dificuldades encontradas no contato com as outras unidades de saúde?</p> <p>A que você atribui essas dificuldades?</p> <p>Para você qual a missão de cada instituição na rede de cuidados em saúde mental, pensando no ambulatório especializado, CAPS, hospital psiquiátrico e serviço residencial terapêutico?</p> <p>Para você como seria uma rede de saúde mental integrada?</p> <p>O que esta unidade tem feito para efetuar o cuidado a saúde mental em rede?</p> <p>Como esta unidade tem planejado ações para efetuar o cuidado à saúde mental em rede?</p>
Centralidade/descentralização	Com quais unidades de saúde seu serviço mais se relaciona?



	<p>Por que é necessário se trabalhar em rede?</p> <p>Como se faz um planejamento para realizar o trabalho em rede?</p> <p>Para você como seria uma rede de saúde mental integrada?</p>
Descentralização/centralização	Como é realizada a coordenação de uma rede de serviços de saúde (saúde mental) num dado território?

D- Roteiro para grupo focal – residentes em saúde mental e técnicos

1. Vocês acham que o CAPS tem desenvolvido estratégias que garantam a integração entre os serviços de saúde? Quais seriam?
2. Poderiam citar um exemplo de sucesso na integração da rede que vocês tenham observado?
3. E um exemplo em que não conseguiu efetuar o cuidado em rede? O que não funcionou? O que poderia ter sido diferente?
4. O CAPS tem desenvolvido ações junto à atenção básica? Como é feito? Com que frequência? Quais as dificuldades? Alguma estratégia de capacitação para os agentes comunitários de saúde foi desenvolvida?
5. A equipe do CAPS junto à residência da UNEB desenvolveu seminários de integração da rede de saúde mental de Itapagipe. Esse projeto teve continuidade? Quais foram seus desdobramentos?
6. Existe alguma ação que vise a integração entre ambulatório e CAPS? Como é feito? Com que frequência? Quais as dificuldades? Há encaminhamentos de usuários entre estes serviços?
7. O CAPS tem desenvolvido ações junto aos hospitais psiquiátricos que são retaguarda para internação dos seus usuários? Como é feito? Com que frequência? Quais as dificuldades? Há encaminhamentos para o HJM e vice-versa?
8. Como o CAPS tem efetuado o cuidado a moradores do SRT? Existe alguma ação que envolva a equipe de cuidadores e coordenação? Como é feito? Com que frequência? Quais as dificuldades?
9. Como vocês observaram a integração entre o CAPS e o SAMU?
10. Como vocês observaram o manejo à crise quando este envolve a integração com outro serviço de saúde mental?
11. Como é realizado o procedimento para a alta de um usuário deste CAPS?
12. Vocês acham que os usuários deste CAPS tem dificuldade no acesso a outros serviços de saúde? Na opinião de vocês como esta relação poderia ser melhorada?
13. Como tem sido relação do CAPS com a coordenação municipal de saúde mental? E como está atualmente?

E- Grade de observação

<p>Distribuição de poder e recursos</p>	<p>Como se dá a relação entre os profissionais das diversas instituições, observando se o saber está relacionado ao poder.</p> <p>Mecanismos que favoreçam a gestão horizontal – há espaços de discussão, negociação?</p> <p>Há reuniões entre as equipes – qual sua periodicidade, encaminhamentos e atas</p>
<p>Institucionalização de regras de atuação</p>	<p>Há momentos para a pactuação de regras que precisem nortear essas relações? Como são estabelecidas essas regras?</p> <p>Qual a missão de cada uma das instituições na rede estudada, será que há duplicação de ofertas?</p>
<p>Níveis de aprofundamento da interdependência</p>	<p>Observar a partir das categoriais de reconhecimento, conhecimento, cooperação, colaboração e associação.</p>
<p>Atores externos aos serviços que contribuem para o funcionamento da rede</p>	<p>Fatores externos à rede que contribuem para a manutenção deste sistema.</p>
<p>Lideranças</p>	<p>Quais são os atores que estão à frente das iniciativas para trabalhar em rede.</p>
<p>Características dos membros da rede</p>	<p>Processo de trabalho interdisciplinar/multidisciplinar</p> <p>Serviços oferecidos</p> <p>Iniciativas para atuação em conjunto com outros membros da rede</p> <p>Conhecimento sobre perfil do público-alvo</p> <p>Modos de cuidado</p>





<p><b>Conceito de rede</b> (características)</p> <p><b>Planejamento das ações para efetuar o cuidado em rede</b></p>	<p>Rotatividade dos profissionais</p> <p>Outras</p> <p><b>Planejamento:</b></p> <p>Demanda espontânea</p> <p>Programação da demanda</p> <p>Macro organização do sistema</p> <p>Micro práticas – processo de trabalho</p>
<p><b>Criação de espaços de negociação/ discussão de casos</b></p> <p><b>Atores envolvidos (lideranças)</b></p> <p><b>Estrutura de controle da rede/ modos de gestão.</b></p>	<p><b>Modos de gestão da rede:</b></p> <p>inexistente</p> <p>centralizado</p> <p>descentralizado</p>
<p><b>1. Reconhecimento</b></p> <p><b>2. Conhecimento</b></p> <p><b>3. Cooperação</b></p> <p><b>4. Colaboração</b></p>	<p>1. Aceitação do outro.</p> <p>2. Interesse em compreender o outro.</p> <p>3. Aprofundamento dos vínculos/ ajuda espontânea.</p> <p>4. Problema em comum/ ajuda sistemática.</p> <p>5. Há contratos e acordos.</p>

<b>5. Associação</b>	
<b>Fatores externos à rede que contribuem para a manutenção deste sistema.</b>	Atores externos aos serviços que contribuem para o funcionamento da rede

## G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora responsável: Manuela Spínola Azevêdo

Este projeto dissertação tem por objetivo identificar estratégias de integração entre os serviços de saúde propostas pelo CAPS (entendido como dispositivo ordenador da rede) que visam assegurar que o cuidado à saúde mental seja efetuado em rede num distrito sanitário de Salvador, Bahia.

A fim de alcançar esse objetivo serão realizadas entrevistas com profissionais e gestores que compõem essa rede para compreender seus avanços e dificuldades, além da coleta de dados em prontuários e documentos importantes para a construção da mesma. Pretende-se que a partir do conhecimento gerado no estudo seja possível contribuir para a descrição da implantação da recente rede de serviços de saúde mental de Salvador.

Tal pesquisa não envolve riscos ou danos para aqueles que aceitarem colaborar com a sua produção de dados. Serão realizados procedimentos para evitar quaisquer constrangimentos decorrentes da participação, garantindo mecanismos que assegurem a confidencialidade e privacidade dos informantes.

Quaisquer esclarecimentos podem ser solicitados em todas as etapas da pesquisa, assim como a desistência será concedida sem que hajam danos ou penalidades para os informantes em qualquer etapa do processo.

Declaro que compreendi e concordo em participar de forma voluntária deste estudo.

Salvador, \_\_/\_\_/\_\_

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do entrevistador

