



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MICHELLE CHANCHETTI SILVA

ARTICULAÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE
CAPS E DE ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

CAMPINAS

2016

MICHELLE CHANCHETTI SILVA

ARTICULAÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE
CAPS E DE ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva:
Política e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Política Gestão
e Planejamento.

ORIENTADORA: SABRINA HELENA FERIGATO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA MICHELLE CHANCHETTI SILVA, E ORIENTADO PELA
PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38a Silva, Michelle Chanchetti, 1981-
A articulação do cuidado na perspectiva dos trabalhadores de CAPS e de enfermagem de saúde mental no hospital geral / Michelle Chanchetti Silva. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Sabrina Helena Ferigato.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Saúde coletiva. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Hospital geral. 5. Intervenção na crise. I. Ferigato, Sabrina Helena, 1982-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Health care articulation from the workers of CAPS and mental health unit in the general hospital standpoint

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Public health

Qualitative research

General hospital

Crisis intervention

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Sabrina Helena Ferigato [Orientador]

Rosana Teresa Onocko Campos

Marcelo Kimati Dias

Data de defesa: 24-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MICHELLE CHANCHETTI SILVA

ORIENTADOR: SABRINA HELENA FERIGATO

MEMBROS:

- 1. PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO**
- 2. PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**
- 3. PROF. DR. MARCELO KIMATI DIAS**

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 24/02/2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos trabalhadores, usuários e familiares da Saúde Mental, em especial aos da Rede de Saúde Mental de Campinas.

AGRADECIMENTOS

“Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.” Guimarães Rosa

Muitas, muitas pessoas contribuíram para minhas travessias, travessias da vida, da saúde mental e a travessia deste projeto.

Gostaria de começar agradecendo por quem participou da minha vida desde que comecei a traçar meus primeiros passos neste mundo, me acompanham e me impulsionaram à travessias maiores: meus pais. Agradeço a meus irmãos Paulinho e Maristela, por estarem sempre ao meu lado, aconteça o que acontecer. Aproveito também para agradecer a toda minha família que de diversas maneiras me ofereceram suporte para minha caminhada.

Agradeço especial e amorosamente ao Bruno, por todo suporte, desde a decisão de fazer mestrado até sua finalização e toda a contribuição que você me ofereceu. Obrigada por me lembrar de minha coragem, isto foi fundamental para eu continuar e atravessar os vários desafios que surgiram no decorrer deste projeto. Obrigada por sua alegria, por todo cuidado, por me inspirar cotidianamente. Quem bom que meu encontro com a saúde mental me fez te encontrar: amo você! Agradeço a família de Bruno, que agora é minha também, por todo apoio e em especial ao Eduardo Emerich, por todo auxílio gramatical, de maneira tão solícita.

Agradeço com muito respeito alguns dos meus professores que possibilitaram minha aproximação e encantamento com a saúde mental: Maria Luísa G. S. Ballarin, Maria de Lourdes Ferriotti, Fabio Bruno de Carvalho, Marli B. S. Ribeiro.

Agradeço alegremente à Mari Quarentei, por me ampliar os horizontes do conhecimento-pensamento-ação da Terapia Ocupacional, da Saúde Mental, da Vida, da Produção de Vida e às pessoas que compuseram o coletivo de estudos de Terapia Ocupacional e Produção de Vida, que conheci em Botucatu: Marília, Angela (Yu), André, Carol, Iara, Helen, Caron Con, Carla.

A todos meus parceiros de trabalhos ao longo de minha trajetória na Saúde Mental, iniciada na Associação Arte e Convívio em Botucatu, passando pela Saúde Mental de Cordeirópolis, rumando a Campinas, onde estou desde 2007 até a presente data. Em Campinas, passei por diversos serviços: CAPS Integração, Enfermaria de Saúde Mental do CHOV e CAPS Novo Tempo. Minha trajetória foi privilegiada, cercada de trabalhadores potentes que contribuíram muito para a construção do meu modo de ser TO e profissional da Saúde Mental. Neste caminho da Saúde Mental, além de muitos companheiros de trabalhos fui descobrindo muitos amigos, a maioria deles me acompanham até hoje.

Gostaria de agradecer aos meus amigos que “não são da Saúde Mental”, mas estão sempre prontos a me oferecer suporte, ouvir e compreender minhas ausências tanto pela militância quanto para a produção deste trabalho.

Gostaria de agradecer respeitosamente aos trabalhadores que gentilmente concordaram participaram deste projeto, e se disponibilizaram a desvelar questões do cotidiano de trabalho, para que

suas práticas/experiências profissionais possam contribuir na produção de conhecimento.

Gostaria de agradecer a banca examinadora, Rosana T Onocko Campos e Marcelo Kimati Dias, por todo investimento e contribuição para a realização e qualificação deste trabalho.

Finalmente e não menos importante, meu profundo agradecimento à Sabrina H. Ferigato, minha amiga de faculdade, minha parceira de trabalho, muitas vezes inspiração profissional e agora minha orientadora. Muito obrigada por tudo, pelo cuidado com minhas palavras, pelo o respeito às minhas ideias, pela compreensão e acolhimento nos momentos difíceis da vida, por estar comigo até o fim, sempre presente!

RESUMO

ARTICULAÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE CAPS E DE ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

A reforma psiquiátrica brasileira pauta-se pela construção de uma rede de cuidados, em substituição a um único espaço de tratamento, supostamente capaz de acolher a demanda dos usuários. Um dos equipamentos componentes desta rede substitutiva é a Enfermaria de Saúde Mental, que conta com Leito de Saúde Mental em Hospital Geral (LSMHG). Nota-se, entretanto, que as produções teóricas acerca deste equipamento ficam restritas a dados quantitativos ou clínico-biomédicos.

Este presente trabalho tem por objetivo analisar a perspectiva dos trabalhadores da Enfermaria de Saúde do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (Campinas) e dos trabalhadores dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III – exceto ad – de Campinas acerca do compartilhamento do cuidado à usuários internados nos LSMHG, ou seja, nossa ênfase está na construção de um estudo sobre o uso em rede dos LSMHG .

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de quarta geração, na qual será utilizada a abordagem hermenêutica para análise e interpretação. A produção de dados será feita a partir da realização de grupos focais com trabalhadores de CAPS e da ESMHG. Os grupos serão áudiogravados e posteriormente transformados em narrativas por extração de seus núcleos argumentais, sendo seu conteúdo validado por seus integrantes antes de serem analisados.

Os resultados e a discussão da pesquisa foram apresentados a partir da apresentação de quatro eixos analisados: (1) critérios de internação e perfil dos usuários internados, (2) o papel da Regulação de vagas, (3) noções/conceitos de crise, (4) o funcionamento da rede.

Esses eixos expressam os diferentes núcleos argumentais construídos a partir da perspectiva e narrativa dos trabalhadores das enfermarias e dos CAPS a respeito do trabalho de articulação do cuidado em saúde mental.

Com a explanação desses resultados, esperamos contribuir para a construção de estratégias que visem ao compartilhamento corresponsável do cuidado de usuários internados em LSMHG, considerando a construção de projetos terapêuticos singulares e a preservação do vínculo dos usuários com a equipe de referência do CAPS encaminhador; além disso, pretendemos produzir e legitimar conhecimento a partir da experiência do trabalho cotidiano, considerando os diferentes atores envolvidos, potencializando a utilização dos resultados por parte dos trabalhadores; compreender as potências, tensionamentos e desafios na articulação do cuidado entre as equipes das Enfermarias de Saúde Mental e CAPS.

Palavras Chaves: Saúde Mental, Saúde Coletiva, Pesquisa Qualitativa, Serviços de Saúde Mental, Hospital Geral, Crise.

ABSTRACT

HEALTH CARE ARTICULATION FROM THE WORKERS OF CAPS AND MENTAL HEALTH UNIT IN GENERAL HOSPITAL STANDPOINT.

The Brazilian psychiatric reform is based on building a network of care, with the substitution of a single area of treatment, supposedly able to accommodate user demand. One of the equipment components of such substitute health network is the Unit Mental Health, which includes the Mental Health Hospital in General Hospital (MHGH). It is possible to observe that, however, the theoretical production on this equipment are restricted to both to quantitative and clinical-biomedical data.

This study aims to analyze the topic of sharing the care of admitted users in the MHGH under the standpoint of workers from the Unit Mental Health of the Hospitalar Complex Prefeito Edivaldo Orsi (Campinas) and the workers from Psychosocial Care Centers (CAPS) of Campinas - except AD (Alcohol and Drugs). Therefore, the focus of this study is on the network use of MHGH.

This is a qualitative study of fourth generation in which the hermeneutic approach to analysis and interpretation will be used. The data will be obtained from conducting focus groups with CPC and MHGM's workers. The group interviews will be recorded in audio format and, later, converted into narratives by extracting both their argumentation cores. Then, their contents will be validated by its members before being analyzed.

The results and discussion session are presented and divided into four main axes: (1) admission criteria and admitted users profile, (2) the regulatory process, (3) notions/concepts of crisis, (4) the network functioning.

Those axes express the different argumentation cores built both from the perspective and narrative of CPC's and MHGM's workers about the articulation of mental health care.

From the explanation of these results, this study expects to contribute to strategy building aimed at co-responsible care sharing of users admitted to MHGM considering the construction of individual therapeutic projects and the preservation of the link between users and the reference CAPS that calls for a hospitalization. Furthermore, this study intends to produce and legitimize knowledge from the everyday work experience by considering the different actors involved and increasing the use of such results by workers, understand the power, tensions and challenges when coordinating care among both Mental Health Unit in General Hospital' and CAPS's teams.

Key Words: Mental Health, Public Health, Mental Health Service, General Hospital, Crisis

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESM – Enfermaria de Saúde Mental

HG – Hospital Geral

LAIHG – Leito de Acolhimento Integral em Hospital Geral

LSMHG – Leito de Saúde Mental em Hospital Geral

PA – Pronto Atendimento

PS – Pronto Socorro

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SPDM – Serviço para Desenvolvimento da Medicina

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO	19
1.1- O contexto político-assistencial.....	19
1.2 - O contexto de produção de conhecimento acadêmico sobre o tema.....	24
1.3 - Contexto histórico da Saúde Mental no Hospital Geral.....	25
1.4 - Contexto brasileiro atual: o que são os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (LSMHG) e quais princípios norteiam suas práticas.....	31
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	34
2.1 - Metodologia e Método.....	34
2.2 - Inserção em campo e técnicas de produção de dados.....	37
2.2.1- O primeiro encontro.....	39
2.2.2 - O segundo encontro: grupos narrativos.....	42
2.3 - Análise e interpretação dos dados.....	44
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
3.1 - Sobre critérios de internação e perfil dos usuários internados.....	47
3.2 - Sobre o papel da Regulação.....	52
3.3 - Sobre noções/conceitos de crise.....	52
3.4 - Sobre o funcionamento da rede.....	56
3.4.1- Compartilhamento do cuidado.....	58
3.4.2 – Contratualidade	62
3.4.3 - Transferência do cuidado e relação com a rede.....	64
3.4.4 - Sobre estrutura institucional e fragilidade dos vínculos.....	70
3.5 - Sobre o tempo da internação.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	83

ANEXOS	92
Anexo 1 .TCLE	92
Anexo 2. Dados trabalhadores.....	95
Anexo 3. Guia Grupo Focal.....	96
Anexo 4. Narrativa validada trabalhadores CAPS III.....	97
Anexo 5. Narrativa validada trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental.....	105

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de pesquisa o compartilhamento do cuidado entre as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-III) - exceto álcool e drogas - do município de Campinas¹ e da Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral (ESMHG) de um dos Hospitais Gerais (HG) do mesmo município.

No âmbito da saúde, Campinas tem como modalidade de gestão a gestão plena do sistema de saúde. A atenção à saúde deste município é distritalizada, ou seja, tem a descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, a cidade é dividida em 5 distritos de Saúde - Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste.(CAMPINAS, 2009).

A escolha do objeto está relacionada com a trajetória profissional da pesquisadora, como trabalhadora nos serviços envolvidos bem como na Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS) de Campinas. Além disso, compreendemos que esse objeto apresenta-se como uma ferramenta importante para a sustentação da história e da militância da saúde mental e coletiva.

Tivemos como **objetivo geral** compreender acerca da articulação e compartilhamento de cuidados a usuários internados nesta enfermaria na perspectiva de trabalhadores dos CAPS de Campinas e de trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental Hospital Geral, do Hospital Municipal Prefeito Edvaldo Orsi, também conhecido como “Hospital Ouro Verde”. Para isso, nossos objetivos **específicos foram:**

- Compreender quais são as estratégias utilizadas pelos serviços

¹ Campinas situa-se a 99 km a noroestes da capital estadual, São Paulo, ocupando uma área de 794,433 km², sendo que 238,323 km² estão em perímetro urbano e os 556,11 km² restantes constituem a zona rural.(Fonte: Embrapa Monitoramento por Satélite. Acesso em: 23 ago 2015). Tem população estimada em 2014 de 1.154.617 (Fonte IBGE – Instituto brasileiro de Geografia e estatística.

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350950&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 23 ago. 2015). Possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010): 0,805 (Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil Atlas do Desenvolvimento Humano Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2010). Visitado em 01 de agosto de 2013).

supracitados para possibilitar o compartilhamento dos casos;

- Identificar aspectos favoráveis e desfavoráveis ao acompanhamento em rede dos casos internados em enfermarias de Saúde Mental, do ponto de vista dos trabalhadores;
- Analisar quais critérios de encaminhamento à Enfermaria de Saúde Mental tem sido utilizado pelos CAPS.

Nota-se, a partir da experiência prática, que a implantação dos LSMHG tem-se constituído como em ação significativa para incluir o cuidado do usuário da saúde mental, quando é necessária retaguarda externa ao leito do CAPS, na rede de saúde mental do município evitando o cuidado segregado, no hospital psiquiátrico. Esse movimento pode produzir ampliação da rede de suporte aos usuários e familiares, além de proporcionar a eles um tratamento integral, assim como aos usuários de outras especialidades.

Embora essa proposição seja alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária do Brasil, ainda temos pouca produção sobre a composição deste cuidado com a rede de saúde.

Propomo-nos enfrentar o desafio de desenvolver uma pesquisa sobre esse tema no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva interpelados pela necessidade de ampliar a produção de conhecimento sobre esse processo de composição do cuidado em rede e entre as equipes de CAPS III e das enfermarias de saúde mental em hospital geral (ESMHG), considerando que a efetiva ampliação dos leitos nas enfermarias de saúde mental em Hospitais gerais, de forma articulada com o trabalho em rede de atenção psicossocial, pode representar um grande avanço rumo à consolidação da Reforma Psiquiátrica

Por ser trabalhadora de um dos 06 CAPS III e já ter sido trabalhadora da Enfermaria de Saúde Mental, necessitaremos estar atentos tanto à questão da implicação quanto ao cuidado dos efeitos da sobreimplicação (LOURAU, 1990).

Para o autor não é possível efetuar análise neutra e apolítica de qualquer instituição e para tanto faz-se necessário sempre questionar acerca dos instituídos. A análise de implicação rompe com ciência instituída e baseada no paradigma moderno. Cabe ressaltar que a implicação não se refere à noção de motivação, comprometimento com o campo de pesquisa/intervenção. Opostamente,

compreender/analisar a implicação é dizer dos atravessamentos das instituições em nós(Lourau,2004). Tal atravessamento ultrapassa nossa percepção subjetiva e história pessoal e os valores utilizados para medir o engajamento e a participação num determinado contexto.

A implicação deflagra o que a instituição produz em nós como um efeito de produção coletiva de expectativas, desejos, interesse e valores envolvidos nessa relação. Desta forma, a análise de implicação permite a produção do conhecimento a partir do acesso à instituição e suas contradições. De acordo com Monceau (2008), para o acontecimento de nossa ação nas instituições “é preciso trabalhar a partir do que nos une a ela.” (MONCEAU, 2008, p 14).

A partir do uso exagerado do conceito de implicação e afastamento das produções coletivas, caminhou-se para um momento tecnicista, “em que há uma insistência dialética do campo implicacional com a criação também do conceito de sobreimplicação” (ROMAGNOLI, 2014, p. 49). Comum aos intelectuais, especialmente na década anterior, o conceito de implicação e sobreimplicação é definido por Lourau (1990) como a negativa de analisar a implicação. Oposto a implicação, a sobreimplicação seria a forma intencional de que nos engajar em uma instituição, impedindo que a implicação seja analisada e contribuindo para que os efeitos processuais e dinâmicos das nossas pertencas institucionais, libidinais e ideológicas nas situações que participamos seja anestesiados. (ROMAGNOLI, 20014)

A partir do exposto, não queremos neste trabalho assumir uma postura de neutralidade por parte da pesquisadora, mas sim assumir uma postura de abertura ao processo de análise de implicação e atenção aos efeitos de sobreimplicação possíveis de acontecer durante o processo de aproximação do campo e produção deste trabalho.

Frente ao exposto, é importante reafirmar que o fato de já ter sido trabalhadora das duas instituições avaliadas, coloca-nos, por um lado, em um lugar privilegiado de análise pelo acúmulo da experiência cotidiana em relação ao objeto estudado e, por outro lado, em um a posição parcial e implicada com a posição teórico-prática que essa rede tem afirmado nas últimas décadas: a posição de afirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial/ Antimanicomial.

Essa posição nos coloca também em um ponto de conveniência para analisar as construções de saberes e práticas realizadas “entre” essas instituições e não apenas em seus espaços isolados.

Por isso, nosso problema de pesquisa ou nossa pergunta inicial foi: como tem-se dado a articulação do cuidado **entre** as equipes dos CAPS III e das Enfermarias de Saúde Mental, no cuidado com os usuários internados nos LSMHG, na perspectiva dos trabalhadores dos referidos serviços?

Esta pergunta esta recheada de várias inquietações, tais como: quais são as formas de se compartilhar o cuidado dos usuários no LSMHG? Quais estratégias utilizadas para o compartilhamento corresponsável do cuidado? Quais suas potências e fragilidades? Qual o impacto que o modo de se fazer este compartilhamento tem no sentido da internação e continuidade do cuidado após sua transferência para o CAPS? Qual a função que os LAIGH cumprem na rede?

Para ampliar a compreensão destas inquietações, organizamos esse trabalho em 03 capítulos. No capítulo inicial apresentaremos uma introdução ao problema da articulação do cuidado entre a rede, em especial da articulação realizada entre hospitais gerais e os CAPS III, o cenário político-assistencial. Abordaremos algumas produções de conhecimento acerca da temática, breve explanação sobre o contexto histórico da Saúde Mental no Hospital Geral e o que são os leitos de saúde mental no hospital geral e quais princípios norteiam suas práticas no contexto atual no Brasil.

No segundo capítulo, apresentaremos os referenciais teórico-metodológicos que subsidiaram o percurso e produção desse estudo, os passos percorridos na construção da inserção em campo e os encontros com os trabalhadores, assim como as técnicas de produção de dados, a análise e interpretação dos dados. Apoiamo-nos em referenciais teóricos da Atenção Psicossocial em diálogo com referenciais da Saúde Coletiva e Hermenêutica.

O terceiro capítulo tem por objetivo apresentar dados produzidos ao longo do trabalho e reflexões a partir dos resultados da pesquisa, em que faremos considerações à luz das narrativas produzidas ao longo do processo de produção de dados.

A escolha do desenho deste trabalho considerou a relevância da produção de conhecimento e aprofundamento das reflexões sobre a temática escolhida, bem

como a oportunidade de compartilhar a riqueza da trajetória metodológica da pesquisa.

CAPITULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 O contexto político-assistencial

O Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil inicia-se no final da década de 1970, no cenário das lutas pela redemocratização do país, impulsionado por diferentes movimentos sociais que lutavam pela garantia dos direitos dos usuários da saúde mental, como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (AMARANTE, 1995; YASUI, 2006), e pela Reforma Sanitária (RS), em busca de democracia social e de um sistema de saúde que fosse de fato universal, público e, portanto, também democrático (PAIM, 2008).

Até meados de 1990, a desinstitucionalização foi um dos principais investimentos da RP, com proposições de mudanças paradigmáticas na compreensão e nas ações em saúde mental, superando práticas centradas no manicômio, com apostas na expansão da rede de cuidados em Saúde Mental no SUS (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2005).

Tal ideal está em consonância com algumas perspectivas da RS, visto que é concebido por trabalhadores e intelectuais da área, em parcerias com diferentes setores da sociedade e ligados a lutas por transformação social (YASUI, 1999). Entretanto, enquanto a RP apostou no modelo de desinstitucionalização, desconstrução de um modelo de cuidado e transformação de práticas/ações em saúde mental e da compreensão do sofrimento psíquico, a RS hegemônica enfatizou questões do controle epidemiológico, protocolos de atendimentos e mecanismos de referência e contrarreferência (AMARANTE, 2001), juntamente com estratégias de implementação e consolidação do SUS como um direito.

À medida que a RP nos convoca a “colocar a doença entre parentes” para olhar para o sujeito, como diz Basaglia, põem-se em questão o papel social e os direitos dos usuários da saúde mental enquanto cidadãos. “Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 1995, p.69). Alguns marcos legais se fizeram necessários no processo de reorganização da assistência e invenção de uma rede de saúde mental alternativa ao modelo hospitalocêntrico.

A aprovação da Lei nº10216/01 (Brasil, 2001), mesmo após 10 anos de tramitação no Senado e de não ter sido aprovada na íntegra, assegura direitos

básicos de usuários da saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem início em meados dos anos 80, criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 (BRASIL, 2002).

Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002) e integram a rede do Sistema Único de Saúde, propondo:

atendimento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2002, P13)

O CAPS é um dos equipamentos de saúde na composição de uma rede de serviços de Saúde Mental, tendo como importante característica o cuidado no território, por uma equipe de referência, pautado no vínculo e na corresponsabilização em relação ao tratamento entre usuário, familiares e equipes. Considera as singularidades do sujeito na construção de projetos terapêuticos singulares com este e com sua rede de suporte, promovendo autonomia e reconhecendo o usuário como cidadão. (BRASIL, 2002). A noção de território a que nos referimos vai além das demarcações geográficas e área de abrangência de cada serviço/pontos de atenção em saúde, mas o contexto real de vida das pessoas. Para Delgado (1997) é a circunscrição, com contornos subjetivos, à referência familiar, sócio econômica, cultural e mitológico do usuário que se constitui o território.

É possível apreender nesta definição a complexidade da mudança paradigmática proposta pela construção de uma rede de cuidados. Mudança na lógica de cuidados, no protagonismo dos sujeitos na construção de maiores graus de autonomia, enquanto “um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (ONOCKO-CAMPOS E CAMPOS, 2006, p 670).

Recentemente, para a maior integração dos cuidados aos usuários em intenso sofrimento psíquico, o Ministério da Saúde, em parceria com universidades e movimentos sociais, criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta se caracteriza ter uma rede de saúde mental articulada, integrada e efetiva para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico, que apresentem demandas relacionadas ao transtorno mental ou problemas decorrentes ou uso de substância psicoativas, pelos diversos pontos de atenção, considerando-se as especificidades loco-regionais, com base comunitária e com plasticidade para adequações necessárias às demandas dos sujeitos usuários e familiares/rede de suporte, dentro de uma perspectiva territorial. Dentre os objetivos estão: a ampliação do acesso, a vinculação de seus usuários e familiares aos pontos de atenção, a garantia da integração e articulação dos pontos de atenção das redes de saúde, para a qualificação do atendimento pela via do acolhimento e acompanhamento longitudinal e atenção as urgências. (BRASIL 2012).

A RAPS tem como diretrizes:

respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania, a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em RAPS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e o desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2011, s/p).

Os componentes da RAPS são organizados em Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergencial, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2012). Cada componente engloba diversos serviços de saúde.

A partir do início de 2011, o Ministério da Saúde dedica-se mais fortemente à implantação das Redes de Atenção à Saúde, dentre elas a implementação da Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS), legitimada pelo Decreto Nº 7508/11 e amparada por diversas Portarias, que são maiores subsídios para nosso estudo, entre elas:

- a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 2011, que instituiu a RAPS;
- a Portaria nº 148/GM/MS, de 2012, que regulamentou o Componente Hospitalar da RAPS, institui as definições das normas para habilitação e funcionamento do serviço de referência hospitalar – componente hospitalar da RAPS – para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de substâncias (álcool, crack e outras drogas) e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

- a Portaria nº 1615/2012 alterou diversos artigos da Portaria supracitada, no que diz respeito ao incentivo para habilitação, que passou a ser de R\$ 4 mil por leito, além de estabelecer um número mínimo e máximo de leitos por instituição hospitalar;

- a Portaria nº 706/SAS/MS de 2012 que institui a especialidade denominada Leito de Saúde Mental;

- a Portaria 349 de 2012 que altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Os LSMHG, chamado por Dias, Gonçalves e Delgado (2010) de Leitos de Atenção Integral no Hospital Geral (LAIHG), existem mesmo antes da implementação da RAPS, e hoje compõem a Atenção Hospitalar. Os LAIHG são disponibilizados aos usuários em situação de crise que necessitem de retaguarda de cuidado intensivo, como uma estratégia dentro de um PTS construído com sua equipe de referência, dependendo do tipo da complexidade de cuidado demandada pelo usuário. (DIAS, GONÇALVES E DELGADO, 2010).

Essa mudança paradigmática radicalizada pela RP pode ser pensada a partir da mediação de diferentes dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 1995; YASSUI, 2006). De acordo com os autores é necessário superar as concepções de RP que restringem seu processo a uma simples reorganização dos serviços ou como um modelo fechado. Trata-se de

um processo em constante movimento e transformação, um processo social e complexo. Sendo assim, constitui-se por entrelaçamentos de dimensões simultâneas com aproximações, distanciamentos, tensões, interferências, contradições, paradoxos.

O acolhimento à crise em saúde mental é um tema que esbarra em todas as dimensões supracitadas. Demarca-se em especial a dimensão técnica assistencial, à medida que está diretamente relacionada com as práticas de intervenções ou suporte ao momento de sofrimento do sujeito e convoca os trabalhadores a refletir, criar e co-construir estratégias de cuidado dentro de um PTS. Quando a tecnologia de cuidado do CAPS não for suficiente à demanda do sujeito, é possível a parceria com os LSMHG, que são equipamentos que viabilizam um cuidado intensivo aos quadros agudos e, aos usuários de álcool e outras drogas por diversos motivos, em especial clínicos.

As cidades pequenas, com população inferior a 100 mil habitantes, em sua maioria não possuem porte populacional para implantação de serviços territoriais que contem com leitos de acolhimento integral, como os CAPS III. Neste sentido, o LSMHG caracteriza-se por um importante recurso ao suporte de usuários que necessitem do acolhimento integral.

Considerando esse contexto entendemos como importante a análise e compreensão de como ocorre a articulação do cuidado entre uma enfermaria psiquiátrica de Hospital Geral, tendo como campo a cidade de Campinas e os serviços de referência dos sujeitos nela internados. Para a potencialização desse dispositivo é fundamental discutir possíveis tensões e desafios desta proposta de cuidado compartilhado entre os serviços

No contexto estudado, os pedidos de internação podem ser provenientes de CAPS i, CAPS ad, CAPS ad III, CAPSIII, Unidades Básicas de Saúde ou Pronto Atendimento, devendo passar pela regulação de Vagas para depois serem encaminhados ao LSMHG.

1.2 - O contexto de produção de conhecimento acadêmico sobre o tema

Com o intuito de dar maior sustentação teórica à pesquisa, realizamos um levantamento bibliográfico por meio de buscas em Biblioteca Virtual em Saúde, além das bases de dados MEDLINE e LILACS). Identificamos uma ausência de trabalhos em pesquisa quando tomamos como descritores as palavras “enfermaria de saúde mental e hospital geral”. Encontram-se alguns, e não menos relevantes trabalhos a partir da pesquisa com os descritores “enfermaria psiquiátrica e hospital geral“. Isto pode ser considerado um relevante analisador do caráter médico-centrado ainda presente no cuidado em saúde mental nos HG.

Alguns dos trabalhos encontrados abordam aspectos relacionados ao perfil socioeconômico e clínico associados ao sucesso ou fracasso de internação psiquiátrica no hospital geral, como Dalgalarondo, Botega e Banzato (2003); outros falam sobre a história do surgimento das enfermarias psiquiátricas e características terapêuticas, (LARROBA, BOTEGA, 2006) ou são encontrados ainda produções sobre práticas de núcleos específicos predominantemente da enfermagem e da psiquiatria) no hospital geral. (BOTEGA,2006).

A partir da literatura, nota-se que a proposta terapêutica ainda centra-se numa abordagem farmacológica e médico centrada (LARROBA & BOTEGA, 2006; DALGALARRONDO, BOTEGA, BANZATO, 2003). Também observa-se a não existência de problematizações nas conceituações do LSMHG na produção teórica, muitas vezes também denominado de Enfermaria Psiquiátrica ou Internação em Enfermaria Psiquiatria de Hospital Geral ou ainda leito psiquiátrico em hospital geral.

Continuando este levantamento de referências bibliográficas, localizamos a recente publicação de Dias, Gonçalves, Delgado (2010) em que inicia-se a discussão sobre a importância da composição de trabalho com a rede de atenção psicossocial (RAPS) e desloca-se do conceito de enfermaria psiquiátrica para leitos de atenção integral em hospital geral (LAIHGs).

Neste trabalho, fizemos a escolha do conceito de Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral, considerando a Portaria nº 148/2012 que institui este componente hospitalar na RAPS, a Portaria nº 706/2012, que cria a especialidade Leito de Saúde Mental e por pensar que seja um conceito que não fica centrado no saber psiquiátrico, e marcar nosso posicionamento que existem diferenças significativas

entre o Leito de Psiquiatria e Leitos de Saúde Mental, o que se refere à concepção e modelo de cuidado, ao trabalho em rede e a construção do Projeto Terapêutico Singular ² (PTS).

Compreendemos que esse deslocamento propõe um modo de nomear este **dispositivo** que esteja mais alinhado com os princípios da reforma psiquiátrica, considerando que o cuidado do sujeito seja menos médico centrado e mais produtor de saúde mental, trazendo implicitamente uma mudança para o paradigma de cuidado em rede.

Caracterizam-se por leitos de acolhimento integral leitos que incluem o suporte diário e noturno, com cuidados intensivos para acolhimento dos usuários em crise, como parte de seu PTS, que pertencem a uma rede de cuidados e podem estar inseridos no hospital geral. (DIAS, GONÇALVES, DELGADO, 2010).

Percebe-se uma escassez de trabalhos que abordem e discutam, de fato, a produção das enfermarias de saúde mental em rede, especialmente sobre a questão do compartilhamento em rede do cuidado durante o período da internação, sendo essa, mais uma justificativa para a relevância do desenvolvimento desse estudo.

Considerando que a ESMHG constitui-se como um equipamento criado no contexto da Reforma Psiquiátrica e está inserido como num dos dispositivos da RAPS, a produção de conhecimento teórico-prático sobre esse equipamento torna-se fundamental, para a consolidação das práticas de trabalho em redes e diminuição da fragmentação da atenção.

1.3 - Contexto histórico da Saúde Mental no Hospital Geral

Pensamos ser importante apresentar o percurso do surgimento e processo de implantação das enfermarias de saúde mental nos Hospitais Gerais (ESMHG) – no seu início conhecidas como unidade de internação psiquiátrica.

Na Idade Média, o Hospital Psiquiátrico não se configurava como um espaço de tratamento de saúde. Ao contrário, constituía-se até meados do século XVII, de

² O “Projeto Terapêutico Singular” (PTS) tem por objetivo efetuar uma revisão do diagnóstico, re-avaliação de riscos e uma redelineamento das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos diversos profissionais/especialista. Essa prática iniciou-se em 1990, nos serviços de Saúde Mental de Santos/SP e, posteriormente, tratamos de adaptá-la para outros espaços em que se pratica clínica, como atenção primária, centros de referência e hospitais.” (CUNHA,2005)

uma combinação de caridade, assistência espiritual e exclusão e somente a partir do século XVII assume caráter médico (FOCAULT, 1967).

As unidades psiquiátricas, desde seu início, tinham como característica uma crítica ao modelo tradicional dos grandes hospitais psiquiátricos e uma forma de tratamento alternativa, contrapondo modelo segregador e asilar que a psiquiatria se baseava no século XX. (BOTEGA, DALGALARRONDO, 1997).

De acordo com Mayou (1989) a primeira unidade psiquiátrica no Hospital Geral foi implementada em 1728, em Londres, por Thomas Guy, em Detroit, no Hospital ST Thomas. Tinha uma preocupação marcante de receber até 20 pacientes, mas tal iniciativa não perdurou mais do que meados do século XIX.

A atenção à saúde mental no HG inicia-se após a II Guerra Mundial, na Europa, Estados Unidos e Canadá, no contexto de críticas ao modelo psiquiátrico hegemônico, com práticas manicômiais, segregadoras e excludentes, produzidas nos grandes hospitais psiquiátricos/manicômios (BACHRACH, 1981).

Em 1902, os EUA implantam sua primeira Unidade Psiquiátrica em HG coordenada por J.M. Mosher, com um modelo já com internações breves, com rápido retorno à comunidade de origem, planejamento terapêutico, integração à medicina geral, e serviços de interconsulta e de emergência, e 21 anos mais tarde, a segunda por Thomas Guy, no Ford Hospital - assim como poucas outras entre 1920 1930. Houve aumento considerável de unidades psiquiátricas em hospital geral após a segunda guerra mundial. (GREENHILL, 1979).

No Canadá, o processo de implantação aconteceu, impulsionado pelo movimento de introduzir a psiquiatria no hospital geral, liderado por David Campbell Meyers, em 1906, no Toronto General Hospital. (ALVES BRASIL, 1982).

De acordo com Larroba e Botega (2006), alguns acontecimentos subsidiaram a criação de pequenas enfermarias de psiquiatria nos hospitais militares, contribuíram para a implantação das enfermarias psiquiátricas nos HG: política de bem estar social; os avanços da psicofarmacologia na década de 50; a crítica à dimensão segregadora, estigmatizante dos grandes hospitais psiquiátricos; as propostas de saúde pública e comunitária; o planejamento em saúde e reabilitação por parte da psiquiatria; a compreensão de que a internação psiquiátrica não deveria mais ser vista como centro da assistência psiquiátrica, devendo ser integrada a estruturas assistenciais extramuros; o desenvolvimento de abordagens

medicamentosas terapêuticas na década de 1950 assim como abordagens psicoterapêuticas e socioterapêuticas: à inclusão do ensino de psiquiatria no curso de graduação médica e o reconhecimento de sua importância. (LARROBA, BOTEGA, 2006).

A denominada “psiquiatria de HG, com início tímido, teve maior implantação no Hemisfério Norte da América, e compreende a maioria das internações até o momento atual.(BOTEGA, 2002)

Nesse período, houve significativa conexão entre a psiquiatria e hospitais gerais pela aproximação com as especialidades médicas. No final da década de 80 e início de 90, esta aproximação se fortalece no âmbito da chamada “década do cérebro”, período de novas descobertas farmacológicas, formulações do código de doenças internacionais e produções de base científicas (Kleinman,1988).

No contexto europeu esse movimento se inicia na Itália, onde isto ocorre em 1978, um pouco mais tarde, com a implantação na lei 180. (BOTEGA, DALGALARRONDO, 1997).

A implantação da primeira enfermaria psiquiátrica na América Latina acontece em Lima, Peru, em 1941 (BOTEGA, DALGALARRONDO, 1997; HILDBRANT, 2001). No entanto, de acordo com Sampaio (1956), o aumento do surgimento das enfermarias psiquiátricas latino-americanas em hospitais gerais se dá na década de 50 e a sinalização da necessidade da implantação de maior número deste equipamento, já ficou apontado no I Congresso Latino Americano de Saúde Mental, realizado em São Paulo em 1954.

No Brasil, a implantação da primeira “Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral” se dá em 1954, no hospital das clínicas da Universidade da Bahia e logo em seguida, e no mesmo ano, a “Unidade Psiquiátrica” do Hospital dos Comerciários, em São Paulo. Em 1957, é implantada “Unidade de Psiquiátrica” no Hospital Pedro II, da Santa Casa de Misericórdia da Universidade Federal de Pernambuco.

Para Dalgalarrondo, Botega e Banzato, (2003), esse processo contribui para que o hospital psiquiátrico venha deixando cada vez mais de ser a base da atenção à saúde mental. Nota-se na década de 90 uma crescente implantação dos LSMHG, com aumento de 70% em HG em relação a diminuição de 30% dos leitos em Hospital Psiquiátrico. Na região Metropolitana de Campinas, no início dos anos

2000, por exemplo, as internações em HG atingem a média de 25-30% das internações em saúde mental (DALGALARRONDO, BOTEGA, BANZATO, 2003).

Em 2005, é aprovada a lei nº 12.060, pelo Governo do Estado de São Paulo, que "Dispõe sobre a substituição por ações de saúde mental do procedimento de internação hospitalar psiquiátrica no Sistema Único de Saúde do Estado". Tal lei prevê a substituição de internações psiquiátricas por ações de saúde mental extra-hospitalares, no âmbito do SUS. Além disso, prevê a implantação de enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral nos hospitais públicos, no prazo de 03 anos, a contar da data de publicação desta lei – o que vale tanto para os hospitais existentes quanto para os que serão construídos.

Apesar de encontrarmos na literatura que com o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil observou-se um aumento gradativo das enfermarias de saúde mental em hospital geral, e que ela deve ser o ponto de atenção que assume a internação dos usuários que necessitam de internação hospitalar na medida em que os leitos nos hospitais psiquiátricos vão sendo desativados, observamos alguns desafios no que se refere a maneira e velocidade da reorganização da rede de cuidados em direção à eficácia concreta desse processo.

Mesmo com a aprovação da lei 12060/05, anteriormente citada, percebemos certa vagariedade no que concerne à diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos (tabela 01) e aumento pouco expressivo dos leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (tabela 02).

Em relação ao fechamento de leitos em HP, percebe-se um movimento menos intenso nos anos 2011-2014, se comparados aos anos anteriores, de 2006 à 2011.

Dados sobre Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo:

Ano	Nº Hopitais Psiquiátricos	Nº Leitos em Hospitais Psiquiátricos
2006	58	13089
2011	54	10153
2014	52	9539

Tabela - 1

Até 2011, o “Saúde Mental em Dados” – material publicado pelo Ministério da Saúde, periodicamente com os dados da atenção a saúde mental no Brasil – publicava o número de Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (LPHG). No último material apresentado (Saúde Mental em Dados 12), foram cadastrados e inseridos nesta publicação apenas os LSMHG, e que estão habilitados como tal, de acordo com as portarias que instituem o componente hospitalar na RAPS, habilitam e definem as normas de funcionamento e financiamento das mesmas. Neste documento, são enfatizadas as diferenças entre os LPHG e LSMHG, consideradas substanciais, estando o último termo/pressuposto mais alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica, não só do ponto de vista clínico-político como do ponto de vista de parâmetros sanitários como acesso, cobertura, modelo de gestão/atenção em rede e diretrizes de funcionamento no contexto da atenção hospitalar da RAPS (* Tabela 2).

Dados nº HG com Enfermaria de Saúde Mental e nº de LPHG ou LSMHG no estado de São Paulo.

Ano	Nº hospitais Gerais com LPHG ou LSMHG	Nº leitos em Enfermaria de Saúde Mental Hospital Geral
2006	33 (LPHG)	456
2011	65 (LPHG)	712
2014*	1 (LSMHG)	20

Tabela 2

Além disso, não foi dito no último material apresentado (Saúde Mental em Dados 12), o que aconteceu com os LPHG, se houve fechamento, se os próprios municípios tem bancado, entre outros.

Apesar de termos disponível o número de leitos, nota-se ausência de dados atualizados sobre o número de internações em ESMHG, qual a porcentagem das internações em saúde mental são encaminhadas ao HG ou ainda indicadores mais qualitativos sobre o processo do trabalho compartilhado, tecido entre os pontos da RAPS, como entre os CAPS e LSMHG. Considerando esta questão, parece importante investimento em pesquisas/estudos para avaliação, reflexão e

monitoramento em saúde para qualificar as estratégias de planejamento e gestão da RAPS.

Chamou-nos atenção que não encontramos materiais/produções sobre implantação das ESMHG na rede de saúde de Campinas.

1.4 - Contexto brasileiro atual: o que são os leitos de saúde mental em hospital geral (LSMHG) e quais princípios norteiam suas práticas

No Brasil, quando consultamos os documentos-base que norteiam as políticas de Saúde Mental no país, verificamos que a atenção em Saúde Mental no HG é vista como estratégica, baseando-se nos ideais da RP e da Política Nacional de Saúde Mental.

Dias, Gonçalves e Delgado (2010) destacam que os encaminhamentos ao LSMHG devem ser regulados por uma rede de saúde mental consistente e seu uso deve ter como princípios orientadores o atendimento universal; a articulação da rede; a regulação do acesso; a atenção territorial e integral; equipe qualificada com trabalho interdisciplinar e reinserção social. Compreendem que o acolhimento integral à crise deve ser feito preferencialmente no CAPS-III, e que os leitos em HG seriam indicados para manifestações psiquiátricas decorrentes de transtornos orgânicos e quadros relacionados a processos demenciais, e estados confusionais agudos.

Ainda, apontam que a solicitação da internação deve ser vista como recurso de exceção, já que “nenhum sintoma clínico isolado em saúde mental [...] justifica a internação [...]. O caso deve ser analisado e inserido num contexto global, avaliando vulnerabilidade e risco psíquico e social” (DIAS, GONÇALVES, DELGADO, 2010, p.130).

A internação, mesmo que em LSMHG, deve ser um recurso a ser lançado, quando de fato as tecnologias de cuidado no território se tornarem insuficientes. Isto é um ponto indicado pelo Art. 04 da lei nº 10216, que orienta: qualquer que seja a modalidade da internação, esta só deve ser feita quando os recursos extra-hospitalares se tornarem escassos.

A lembrar que, coerentemente com a Lei 10216, o Ministério da Saúde, sob a portaria nº 2391/GM/2002, prevê, então, quatro modalidades de internação:

1. Internação psiquiátrica voluntária (IPV).
2. Internação psiquiátrica involuntária (IPI), mediante comunicação ao MPE em até 72 horas.
3. Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária em sua evolução (IPVI), mediante comunicação ao MPE, em até 72 horas a partir de sua involuntariedade.
4. Internação psiquiátrica compulsória (IPC), mediante ordem judicial.

Quando houver pedido de internação, este deve passar por avaliação da equipe solicitante no dia do pedido, e a internação deve fazer parte de um projeto terapêutico, tendo sido esgotadas propostas anteriores. Também, é necessário ter clareza dos objetivos, expectativas com a internação e refletir como isto será construído com o usuário e sua rede e como estará atrelado ao PTS, à unidade de referência (CAPS e/ou UBS/USF) e ao território.

A partir das leis supracitadas e das produções teóricas sobre reorientação do cuidado em rede, pensamos que a função do LSMHG não seria de absorver toda a demanda que historicamente era destinada aos Hospitais Psiquiátricos e teria a preocupação de garantir a integralidade do cuidado aos usuários da saúde mental, com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e acesso de outras tecnologias de cuidado em saúde.

Nesse contexto, vale ressaltar que as centrais de regulação de vagas cumprem um papel importante para determinar os fluxos da rede, as relações interinstitucionais, assim como o perfil da população que acessa os LSMHG.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentada pela portaria nº 1559 de 2008, que passa a ser válida desde a sua publicação, visando aprimorar e integrar os processos de trabalho a partir da estruturação das ações de regulação; garantir a organização da rede e fluxos assistenciais para um acesso equitativo e integral aos serviços de saúde a partir do

fortalecimento de instrumentos de gestão do SUS; fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração de serviços e ações de saúde.

Evidenciamos alguns aspectos importantes trazidos pela aprovação da Lei 1559, tais como:

- Criação e implantação da Política Nacional de Regulação do SUS, em todas as unidades federadas, respeitando competências das três esferas de gestão e possibilitando responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.
- Organização em três níveis de dimensão de ação, integrada entre si, para Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação do Acesso à Assistência, Regulação da Atenção à Saúde.
- Os Complexos Reguladores são estruturas que constituem a área técnica da regulação do acesso e são formados por centrais de regulação – unidades operacionais de preferência descentralizadas e com nível central de integração e coordenação - podem ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: Complexo Regulador Estadual, Complexo Regulador Regional e Complexo Regulador Municipal, que realizam atividades comuns e distintas, e organizados em Central de Regulação de Urgências, Central de Regulação de Internações Hospitalares, Central de Regulação de Consultas.
- As atividades comuns à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal, em seu âmbito administrativo, cabem as seguintes atividades: “executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle, avaliação; e elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.” (BRASIL, 2008).
- Cabe aos municípios: “operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; regular a referência a ser

realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde. (BRASIL, 2008).

Apesar de termos a Lei 1559 de regulamentação da Política Nacional de Regulamentação do SUS, que implanta, caracteriza, define diretrizes de funcionamentos sobre as Centrais e Complexos de Regulação de Vagas, alinhados às diretrizes dos SUS, não encontramos nenhum material construído pelo ministério que apresente ou discuta as questões específicas da regulação de vagas na saúde mental em sua relação com a RAPS.

Nesse sentido, pensamos que deveria ser cuidadosa e estratégica a produção de materiais que pudesse discutir e orientar as práticas, para garantia de que as centrais de regulação estejam alinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica e o regulador seja um agente ativo, porém acessível nessa direção. A função do regulador e o uso de seu saber-poder podem ser determinante para qualificação da articulação do cuidado em rede.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, realizaremos uma pesquisa qualitativa, de quarta geração, por meio da técnica de Grupos Focais (GF) com os trabalhadores de CAPS III e da Enfermaria de Saúde Mental com LSMHG, com a abordagem hermenêutica para análise e interpretação dos dados. Para o desenvolvimento deste trabalho, buscamos nos apoiar em referenciais teóricos da Clínica Psicossocial em diálogo com referenciais da Saúde Coletiva e Hermenêutica.

O modelo da pesquisa de quarta geração, com base nos preceitos metodológicos do paradigma construtivista, parte do pressuposto que os interessados ou grupos de interesse (steakeholders) servem como enfoques organizacionais – “servem para definir as informações que são importantes”. (CUBA E LINCOLN, 2011).

2.1 Metodologia e Método

Essa pesquisa se dará na cidade de Campinas-SP. Essa escolha, além do critério de facilidade da inserção em campo pelo fato da pesquisadora residir neste município e parte de sua trajetória profissional ter sido nesta rede, deve-se ao fato de esse ser um município com uma trajetória relevante e pioneira na Saúde Mental, além de possuir uma RAPS consistente, contando com uma rede de equipamentos substitutivos bastante complexa: 22 Serviços Residenciais Terapêuticos, 05 Centros de Convivência, 03 Projetos de inclusão pelo trabalho/Geração de Renda, 01 equipe de Consultório na Rua, 01 Unidade de Acolhimento Transitório, 2 CAPS ad II, 1CAPS ad III, 2 CAPS i, 01 Enfermaria de Saúde Mental em hospital universitário 01 unidade de internação psiquiátrica (Núcleo de Retaguarda), e ainda, os serviços diretamente envolvidos nessa pesquisa: 06 CAPS III (transtornos mentais adultos) e 01 hospital geral com LSMHG que tem as internações realizadas a partir da avaliação e distribuição de vagas pela Central Municipal de Regulação.

Neste trabalho, iniciamos uma parceria entre Unicamp e os serviços envolvidos, ou seja, o Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi - serviço municipal que tem seus serviços terceirizados à fundação Associação Paulista para o

Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira (SSCF) responsável pela gestão dos CAPS III que participaram desta pesquisa.

O campo desta pesquisa foi iniciado no primeiro semestre de 2015, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, com a participação de todos os CAPS III, exceto ad, do município de Campinas e a Enfermaria de Saúde Mental com LSMHG do município que conta com a Central de Regulação de Vagas para seleção e distribuição das vagas aos serviços solicitantes.

Cabe ressaltar que Campinas conta com outro serviço com LSMHG, localizado dentro de um hospital regional universitário, onde os critérios de elegibilidade da enfermaria são feitos pelo próprio hospital, não pela Central Municipal de Regulação de Vagas.

De modo mais descritivo, os serviços que participaram deste estudo foram:

- Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi;
- CAPS-III Antonio da Costa Filho;
- CAPS-III Davi Capistrano;
- CAPS-III Esperança;
- CAPS-III Estação;
- CAPS-III Integração;
- CAPS-III Novo Tempo;

O presente trabalho situa-se na perspectiva qualitativa, participativa.

A pesquisa qualitativa parte de importantes pressupostos e manutenção destes durante o seu curso, tais como a intersubjetividade (todos nos relacionamos, uns com os outros), o entendimento que as realidades sociais são significativas e ocorrem a partir de contextos construídos socialmente por regras, costumes e culturas (MINAYO, 2008). Desta forma, o pesquisador é visto como participante dos processos sociais e é reconhecido como ator social, valorizando a figura de todos os sujeitos e entendendo que existe um vínculo intermitente entre o mundo externo e a vivência subjetiva.

Para Dezin e Lincoln (2005) a pesquisa qualitativa é o universo da experiência vivida. Evidencia que a palavra qualitativa está ligada a um enfoque sobre as qualidades das entidades, sobre os processos e significados que não são medidos ou examinados em experiências que se referem à quantia, quantidade, frequência

ou intensidade. No entanto, o uso do adjetivo qualitativo, não nos assegura que exista um comprometimento com princípios de igualdade e justiça. Há que se considerar o risco desta forma de investigação estar envolvida a um modo de compreender e controlar “o outro” – problemático, desviante, exótico, estrangeiro.

No campo das metodologias qualitativas, a partir da década de 60 até o momento atual, tem-se observado um crescimento no número e qualidade das pesquisas dessa natureza, que passam a ser utilizadas por diversas áreas do conhecimento, como as ciências comportamentais e sociais – História, Educação, Ciências Políticas, trabalho social, comunicação, e pelas ciências da Saúde.

A diversidade de ferramentas metodológicas e correntes teóricas alternativas ao positivismo acompanharam o movimento da ampliação da variedade de disciplinas que passaram a agregar as investigações qualitativas e tornam-se referenciais para pesquisadores que optam por esse método de produção de conhecimento (CARVALHO E FERIGATO, 2011).

A pesquisa qualitativa de quarta geração é uma abordagem centrada nos diversos atores envolvidos no processo, considerando os diferentes valores e pontos de vista envolvidos (GUBA E LINCOLN, 1989), e apresentando uma real preocupação com a utilização dos resultados.

Em um programa ou serviço:

a participação de seus trabalhadores ou beneficiários (stakeholders), vem sendo defendida por diversos autores para aumentar a chance de utilização dos resultados da pesquisa (PATTON, 1997), para estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos (FEURSTEIN, 1990), para considerar os diferentes interesses, questões e reivindicações existentes (GUBA E LINCOLN, 1989), para revelar as aprendizagens silenciosas do cotidiano (LEHOUX, LEVY E ROFRIGUES, 1995) e para propiciar negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos (FURTADO, 2001; FURTADO & ONOCKO-CAMPOS, 2008). (Onocko Campos et al, 2009, p. 17).

Com a efetiva participação dos atores envolvidos no cotidiano dos serviços ou em ações em saúde na produção de conhecimento, aposta-se na construção de novas práxis, numa vertente política (FURTADO, 2011).

Pensamos que em alguma medida esta pesquisa tem presente a dimensão participativa, do tipo intervenção.

Onocko-Campos e Furtado (2008) apresentam a perspectiva da participação popular como um elemento constituinte e fundamental das políticas públicas, com a significativa capacidade de cumprir a missão de assistir e empoderar e superar os riscos de manipulação e degradação das políticas públicas. Para os autores, é igualmente necessária a inserção dos grupos de interesse e da comunidade na produção de conhecimento sobre as políticas públicas. Citando Townsend *et al* para quem o poder, a democracia e a mudança social seriam o coração da pesquisa participativa, afirmam que esta tríade seria o pilar de sustentação do que consideram pesquisa avaliativa e participativa.

Na elaboração de nosso trabalho consideramos importante a participação de um dos importantes atores sociais que constituem a Rede de saúde de Campinas e participantes ativos das ações de articulação do cuidado em rede.

2.2 Inserção em campo e técnicas de produção de dados

Após a autorização das instituições gestoras dos CAPSIII e Enfermaria de Saúde Mental (Serviço de Saúde Candido Ferreira e SPDM, respectivamente) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, iniciamos a apresentação do projeto e convite aos gestores dos serviços e suas equipes.

A escolha da referida enfermaria deve-se ao fato de ser a única enfermaria em HG que está inserida na regulação municipal de vagas, ter uma equipe multiprofissional e desenvolver ações partindo da lógica das equipes de referência. Pensamos que seria enriquecedor ao nosso trabalho a inclusão dos seis CAPS III de Campinas considerando que cada um deles pertence a distritos sanitários de saúde diferentes, com diferentes realidades sociais, culturais e características de acesso à saúde pública, diversidades nos aspectos de gestão da clínica e experiências singulares no compartilhamento do cuidado. Considerando o objeto deste trabalho, nosso grupo de interesse são os trabalhadores do CAPS III.

A apresentação para os CAPS III foi realizada presencialmente na reunião de gestores do SSCF, em que a maioria dos gestores de CAPSIII está presente, para

que pudessem ter mais dados sobre esta pesquisa e ter esclarecimentos suficientes para que posteriormente pudessem transmitir às equipes e fazer o convite aos trabalhadores interessados em participar voluntariamente deste trabalho. Em dois dos seis CAPS III foi solicitado que fôssemos até ao serviço para transmitir pessoalmente o conteúdo da pesquisa e assim o fizemos.

Na Enfermaria de Saúde Mental apresentamos o trabalho ao gestor e à equipe no mesmo momento por sugestão do próprio gestor, a fim de aproveitar a minha ida à enfermaria e fazer os esclarecimentos que surgissem.

O convite a ambos os serviços foi feito aos trabalhadores, fossem eles de nível superior ou médio/ técnico (exceto área administrativa, segurança e limpeza), entendendo que esses profissionais acabam em alguma medida desempenhando a função referência³ e estabelecendo vínculos terapêuticos que contribuam para construções de caso em rede e PTS. De acordo com metodologias anteriores (MIRANDA et al, 2009), foi proposto que o número de participantes não excedesse a 12, para cada grupo de trabalhadores. Para garantir uma participação equiparada entre os CAPS, sem exceder o número recomendado na literatura de no máximo de doze participantes, sugerimos que pudessem participar de um a dois trabalhadores de cada CAPS.

Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos para todos os serviços participantes da pesquisa. Foram incluídos os trabalhadores que demonstraram interesse em participar voluntariamente da pesquisa, desde que fossem trabalhador do serviço há mais de seis meses, maior de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: ter idade inferior a 18, ser trabalhador do serviço há menos de seis meses, recusar participar voluntariamente da pesquisa.

A produção de dados foi realizada a partir da técnica de grupo focal, que permite que pessoas que partilham traços comuns possam discutir questões propostas de forma aprofundada, levando em consideração não apenas o que é

³ De acordo com o Ministério da Saúde, a função do profissional de referência em seria num contínuo diálogo com sua equipe técnica e com o usuário, acompanhar junto deste o seu projeto terapêutico individual, fazer contatos com a família do paciente e avaliar periodicamente os objetivos traçados. (BRASIL, 2007).

relatado, mas também os porquês e as experiências cotidianas (MIRANDA et al, 2009).

Foram organizados 2 grupos focais, um com trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Municipal Prefeito Edvaldo Orsi ou “Ouro Verde” e outro com representantes de todos os CAPS III (exceto ad) de Campinas.

O tempo de duração previsto pela literatura é de uma hora e meia a duas horas, conforme ocorreu nessa pesquisa, tendo o grupo um moderador e um observador. Nos dias anteriores aos encontros tivemos o cuidado de entrar em contato com todos os participantes para reafirmar o compromisso com a pesquisa e garantir a participação nos grupos.

2.2.1 O primeiro encontro

Os grupos com trabalhadores dos CAPS III foram realizados separadamente do grupo com trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental. A ideia em realiza-los separadamente foi preservar a possibilidade de expressão dos participantes sobre os nós e potências do trabalho compartilhado e evitar que tensionamentos advindos da discussão interferissem negativamente nas relações interinstitucionais.

O primeiro encontro para realização dos grupos focais com trabalhadores dos CAPS III foi realizado no Departamento de Saúde Coletiva FCM Unicamp, com participação de 10 trabalhadores, com representação de todos os CAPS III de Campinas, nove deles possuíam nível universitário/superior (01 enfermeiro, 03 terapeutas ocupacionais, 05 psicólogos) e um deles nível técnico/médio (técnico de enfermagem). O primeiro encontro com os trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental foi realizado numa sala externa a enfermaria, mas dentro do Hospital em que esta está alocada, e contou com a participação de 04 trabalhadores de nível superior/universitários (01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional e 02 médicos). Ambos os grupos foram realizados por um facilitador, e a pesquisadora permaneceu como observadora do processo do grupo. A escolha da pesquisadora manter-se como observadora considerou evitar interferências que pudessem prejudicar a dinâmica natural dos grupos por já ter sido trabalhadora da Enfermaria de Saúde

Mental e ainda ser trabalhadora de CAPSIII, mas ao mesmo tempo estar participante deste processo e atenta aos movimentos do grupo.

Caracteriza-se como objetivo de um grupo focal o desvelamento de questões específicas, não muito apuradas e a partir das experiências de vidas diárias que englobam o objeto de estudo: construir “teorias” (KAMBERELIS & DIMIATRIS, 2005). Ainda de acordo com estes autores, tais técnicas de produção de dados, quando operadas de forma cooperativa, favorecem uma interação mais transversal entre as pessoas e tende a diminuir o controle e influência nos dados do estudo. Pelo fato de terem pontos vistas semelhantes e estarem em “batalhas” parecidas, podem encontrar espaços de diálogos e múltiplas linhas de comunicação. Além disto, poder minimizar a segregação entre o sentir e o pensar, permitindo compreender o conhecimento como coletivo, relacional, no contexto e no corpo.

Atribuir valor às experiências e às falas dos grupos/sujeitos da pesquisa favorece as conexões entre experiência e a participação de coletivos que trazem legitimidade à experiência do cotidiano. Desta forma, a pesquisa provoca uma abertura para que diferentes dimensões de poder interfiram de forma menos conservadora e menos autoritária na construção de saberes e sendo assim, um instrumento para mudança. (FERIGATO, 2013).

Anterior ao encontro foi construído um roteiro, com os principais pontos a serem abordados durante o grupo, não para enrijecer ou moldar as falas das experiências trazidas pelos trabalhadores, mas para tentar compreender questões relacionadas ao objeto de pesquisa. Os participantes receberam crachás numerados e suas falas foram registradas a partir deles, para garantir ao máximo a confidencialidade dos sujeitos durante o processo. Foi realizada a leitura do TCLE, para que fossem retomados tanto os objetivos e questões que moviam este estudo como a liberdade de participar ou não do mesmo. Tanto o roteiro do grupo focal, quanto o TCLE estão disponíveis, em anexo, no final deste trabalho.

Tomamos um especial cuidado com sua condução, de forma que a palavra circulasse, houvesse respeito à diversidade nos pontos de vista, contasse com uma moderação empática, flexível e colaborativa e que tivesse uma escuta atenta. (FONTANA E FEI, 2005). Mais do que atingir os objetivos da pesquisa, espera-se que o grupo também possa ter-se aproveitado das produções que se fizeram em ato.

As discussões e debates acerca da articulação e compartilhamento do cuidado, possibilitaram um espaço de trocas, abertura para o conhecimento de diferentes formas de trabalho, o que se distancia e aproxima nas ações por eles desenvolvidas.

Os grupos foram audiogravados e posteriormente transcritos. Essas transcrições foram transformadas em narrativas e validadas por um consultor *ad doc* com experiência de trabalho e pesquisa no campo da saúde mental e saúde coletiva. Tal recurso foi utilizado para garantir que todas as temáticas envolvidas na discussão do grupo estivessem presentes na narrativa, além de cuidar para que o conteúdo trazido pelo grupo em seus relatos não fossem desconfigurado ao sere transformado em narrativa.

A narrativa traz consigo a interpretação do texto, que pode ocorrer por duas vias: análise, na qual se dissecam discursos; e construção, na qual é possível legitimar outras formas de relação diferentes das historicamente vividas, que possam ser ressignificadas. (ONOCKO-CAMPOS, 2005).

Ayres (2005) ratifica a importância

de trazer novas vozes ao campo da saúde, seja de outras áreas científicas pouco ouvidas aí, seja de áreas não científicas que raramente se fazem ouvir, como a filosofia, a arte, o direito, as sabedorias tradicionais, os saberes populares, os saberes práticos. (p.558).

Em trabalho sobre as narrativas e sua estrutura, Onocko-Campos e Furtado (2008) fazem uma revisão da literatura e uma reflexão sobre a função mediadora das narrativas: mediação entre discurso e ação, para Ricoeur, mediação entre estrutura e acontecimento, para Burke, mediação entre indivíduo e sociedade para Leal e Guimarães, ou ainda mediação entre memória e ação política, na psicanálise, para Kristeva.

Foi pensando no saber da experiência e na possibilidade de produção de conhecimento por meio do que se diz e o que se faz que buscamos ferramentas metodológicas que pudessem afirmar este saber-fazer, propiciar sua reflexão e fortalecer o discurso dos sujeitos como ação política.

As narrativas, para além de seu caráter mais descritivo e sua estruturação cronológica, como o mais comumente observado nos estudos etnográficos,

poderiam ser utilizadas para construção de novos olhares narrativos, se aproveitássemos sua capacidade de “dispositivo poroso” e apostássemos em “densificá-la” (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2008, p. 1095). Para tanto, ainda de acordo com estes autores, seria importante pertencer a uma pesquisa participativa, em que os diversos atores pudessem ter contato por diversas vezes com suas próprias narrações – como num círculo hermenêutico – bem como ter contato com as produções narrativas de outros grupos de interesse.

Desta forma elas próprias se transformariam, conforme Kristeva, em ação política e nossas pesquisas atenderiam a um pouco de nosso imperativo ético político, intervindo no universo pesquisado, propiciando um fortalecimento dos seus agentes. [...] Seria um convite a experimentar uma modalidade de pesquisa-intervenção cujos rumos e caminhos não estariam desenhados *a priori* pelos pesquisadores. Uma estratégia a ser explorada que talvez possa ser considerada um pouco mais aberta às novidades do mundo da vida. (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2008. p 1095).

Acreditamos que esta pesquisa possa trazer contribuições transformadoras e produzir efeitos em seus participantes, protagonistas do cuidado cotidiano e da articulação de muitos cuidados, e de alguma maneira nos serviços que estão inseridos – universo pesquisado – na medida em que os convoca a refletirem, discutirem e trocarem experiências sobre as diferentes formas de construção de caso compartilhado em rede.

2.2.2 O segundo encontro: grupos narrativos

No segundo encontro com cada grupo, as narrativas produzidas foram apresentadas aos sujeitos da pesquisa, para sua validação. Esse processo é chamado por Onocko e Furtado (2008) de Grupo Hermenêutico.

Neste encontro acontece o contato do grupo com o material produzido por ele em forma de narrativa, fruto de sua experiência: o saber produzido a partir da experiência. A oportunidade de olharem para esta produção e o modo que são afetados por ela, expressam os efeitos da narratividade.

O segundo encontro com os trabalhadores de CAPS aconteceu em abril de 2015 no Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, e o grupo com trabalhadores do CHOV aconteceu em junho do mesmo ano, num espaço do Hospital em que a Enfermaria de Saúde Mental está inserida, conforme pactuado no primeiro encontro. Mantivemos o combinado de realizar os dois grupos separadamente.

No grupo realizado com os trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental, contamos com a presença de três trabalhadores (02 médicos e 01 terapeuta ocupacional) e tivemos a perda de um profissional (psicóloga), que pediu demissão entre um encontro e outro. Após a leitura do TCLE, iniciamos o encontro que foi audiogravado, para garantir a preservação do conteúdo e fidedignidade das informações. A identidade dos profissionais também foi preservada.

Esse segundo encontro foi conduzido somente pela pesquisadora, por dificuldade em conciliar os horários dos trabalhadores com a pesquisadora e uma terceira pessoa que poderia auxiliar na condução no grupo, além do fato de que outro profissional, que participou do grupo estava prestes a se desligar do serviço. Acreditamos que por ser um grupo pequeno, do ponto de vista metodológico, houve menos prejuízos do que se tivéssemos a perda de mais um participante.

Ao tomarem contato com o material, foi consenso de que aquela narrativa parecia “algo inflamada”, exaltada. Conseguiram apreciar o que foi produzido, e mostraram-se positivamente surpresos com suas ações narradas. O grupo além de concordar com o material, validando-o de forma ativa, fez alguns aprofundamentos onde avaliaram que seria pertinente, assim como alguns esclarecimentos.

No segundo grupo, realizado com os trabalhadores de CAPS, contamos com a presença de 06 pessoas e tivemos a perda de 4 trabalhadores (uma terapeuta ocupacional, um enfermeiro e dois psicólogos). Todos os profissionais realizaram contato telefônico no dia do encontro justificando sua ausência em sua maioria, por questões pessoais. Após a leitura do TCLE, iniciamos o encontro que também foi audiogravado. Para ter uma condução parecida com o grupo de trabalhadores de Enfermaria de Saúde Mental, a pesquisadora fez a facilitação/condução do grupo e

considerando que este era um grupo mais numeroso, uma terceira pessoa, com experiência profissional e acadêmica em saúde mental, fez a função de observador.

Este grupo apresentou uma postura mais silenciosa ao tomar contato com o material, apesar de achar, em sua maioria que o material estava bastante fidedigno ao que o grupo havia produzido, mesmo que não concordassem entre si. Foi necessário que a pesquisadora estimulasse a discussão para que aos poucos passassem a se posicionar. Foram feitos alguns esclarecimentos e alterações de texto de acordo com o que discutimos, acrescidas a questão da fragilidade do contexto da saúde mental no município de Campinas e a notícia do fechamento de leitos de Hospital Psiquiátrico da cidade.

2.3 Análise e interpretação dos dados

Para análise e interpretação dos dados, foi utilizada a abordagem hermenêutica. De acordo com Gadamer (1997), a hermenêutica não é apenas uma metodologia, mas uma postura filosófica de conhecimento que incorpora a historicidade e enfatiza o objeto de estudo na relação passado – presente, numa “fusão de horizontes”, visando à busca de respostas a perguntas não compreendidas no momento. (AYRES, 2008; ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2006).

Ainda de acordo com Gadamer, as questões surgem de uma “história efetual” que por sua vez “produz efeitos no pesquisador histórico e para quem o objeto se destaca, produzindo sentido que remete as tradições que se ocuparam de semelhantes questões” (SURJUS, 2014, p 534). Em nosso trabalho, questões não compreendidas sobre a articulação do cuidado entre CAPS III e Enfermaria de Saúde Mental, quando se faz necessária internação.

Partimos do pressuposto que todos pertencemos a tradições históricas, constituídas em relação intermitente uns com os outros, e de que a

experiência de pertença em relação a tudo o que é humano permite compreender o fato ou a obra particulares, distinguir as experiências pretéritas e alheias das próprias, identificar, a um só tempo, o si mesmo e o outro. (AYRES, 2005, p.557)

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2005), quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente, permitindo que diferentes vozes possam compor a resignificação das relações. Neste sentido, a construção de narrativas torna-se via de acesso à interpretação, à compreensão da humanidade histórica (SURJUS, 2007).

Percebemos, portanto, que as preconcepções podem ser revisitadas pela efetivação do círculo hermenêutico e recurso às tradições. Neste sentido, nosso trabalho hermenêutico inicia-se por meio de questões e parte do reconhecimento de pertença à história da saúde mental brasileira, assim como a construção de novos paradigmas de cuidado em saúde mental. Interpelados pela experiência profissional surgem alguns norteadores para nosso processo de produção de dados e alguns questionamentos sobre o modo como tem sido efetuado o compartilhamento dos casos, quando necessária retaguarda externa ao leito do CAPS III, que não reproduzissem a logica de encaminhamento ao hospital psiquiátrico.

Durante a realização dos grupos focais, houve a preocupação em abordar aspectos relacionados desde decisão de encaminhamento à internação, do período de uso do LSMHG, até a transferência do cuidado para o CAPS/RAPS. Ao percorrer estes momentos do processo de internação, destacamos alguns eixos temáticos que se fizeram presentes para aprofundamentos teóricos e para tecer reflexões a partir da construção das narrativas.

Vale ressaltar que apesar de termos um norteador, também estávamos abertos para novas questões que pudessem emergir durante a realização dos grupos.

Na apresentação das narrativas, vale observar que a Enfermaria de Saúde Mental, aparece nomeada como Ouro Verde, primeiro nome dado ao hospital geral em que está inserida, hoje Chamado de Hospital Municipal Prefeito Edvaldo Orsi.

CAPÍTULO 3 – Resultados e discussão

*Se o experimento é genérico a experiência é singular. [...]se o experimento é preeditável e previsível, a experiência tem sempre uma dimensão de incerteza que não pode ser reduzida. Além disso, posto que não se pode antecipar o resultado, a experiência não é o caminho até o previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar, nem pré-ver nem pré dizer”
Jorge Larrosa Bondía*

Ao entrar em contato com narrativas e analisa-las, conforme descrito no capítulo anterior, identificamos que o roteiro de entrevistas estava organizado em eixos temporais (antes, durante e depois da internação no Hospital Geral) que revelaram um conjunto de informações que do ponto de vista da pesquisa, nos pareceu mais enriquecedor apresenta-las em eixos temáticos, especialmente depois das contribuições oriundas da banca de qualificação.

Esses eixos foram distribuídos em 5 categorias temáticas que organizam a apresentação dos resultados da pesquisa:

- I) Os critérios de internação e perfil dos usuários internados
- II) O papel da Regulação de vagas
- III) As noções/conceitos de crise
- IV) O funcionamento da rede
- V) O tempo da internação

3.1 Sobre critérios de internação e perfil dos usuários internados

A partir da fala dos trabalhadores de CAPS III, percebemos que existe um cuidado por parte da equipe de refletir com o coletivo de trabalhadores se o usuário de fato irá se beneficiar de uma internação externa, se esta será a melhor conduta.

Isto denota mais do que uma validação do trabalho em equipe, também um cuidado ético e clínico de avaliar se este manejo é o mais indicado e se de fato a tecnologia de cuidado oferecida pelo CAPS está insuficiente.

[...] concordamos em que usamos o leito externo em situações extremas, quando há pouca continência familiar, quando esgotados os recursos terapêuticos do CAPS, quando as estratégias de cuidado foram fracassadas. [...] procuramos discutir em equipe, alguns de nós inclusive, pauta a internação em reunião de equipe e nem sempre a internação é lisa para a equipe, nem sempre é consenso a necessidade da internação. Em outros CAPS discute-se a necessidade de internação externa na passagem de plantão. (GF trabalhadores de CAPS).

Com relação aos critérios de internações externas ao CAPS, observam-se pontos que aproximam a perspectiva dos trabalhadores dos CAPS e da Enfermaria de Saúde Mental, como: a promoção de abstinência, presença de risco do usuário permanecer no território, fugas constantes do leito do CAPS, presença de comorbidades clínicas que demandem cuidados hospitalares, e agitação psicomotora importante.

Geralmente o pedido de internação está relacionado a comorbidades clínicas ou de uso de substância, fugas do leito e risco no território, episódios de agitação, auto e heteroagressividade importantes. (GF trabalhadores de CAPS).

A enfermaria recebe usuários com quadro de agitação mais grave, risco no território e fugas constantes do leito-noite, promoção de abstinência/síndrome de abstinência e comorbidades clínicas, em sua maioria. (GF trabalhadores de Enfermaria de Saúde Mental).

Para alguns de nós, as crises para as quais mais se solicita internação no Hospital Geral são as que incluem uso de substância, ao passo que para outros são as crises psicóticas. [...] tem momentos que o próprio usuário solicita uma internação externa, talvez por identificar que em alguns momentos o serviço não tem pernas para lidar com sua demanda e ele mesmo pede um lugar mais fechado. (GF trabalhadores de CAPS).

No entanto, algumas características são mais particulares de um CAPS ou outro e ilustram, em parte, as diferenças no manejo da crise de cada equipe.

Alguns de nós pensamos ser importante considerar também a composição do leito-noite para o acolhimento do usuário – tomar cuidado com a predominância de gênero ou quadros psíquicos que podem dificultar a permanência no mesmo espaço (exemplo um paranoico e outro em uma crise maníaca com agressividade; ou uma mulher em meio a vários homens), a partir disto faz-se avaliação da necessidade de internação fora do CAPS. (GF trabalhadores de CAPS).

Essa variação de perspectivas, por um lado é expressão de uma natural coexistência de diferentes abordagens técnicas, teóricas e práticas; diferenças saudáveis para o funcionamento da atenção psicossocial. Por outro lado, evidencia um dos aspectos que dificultam o trabalho em rede, especialmente quando essas variações se transmutam em critérios para a internação ou não de um sujeito.

Em termos de gestão da clínica, essa imprecisão de critérios pode ser um analisador importante dos diferentes modelos de atenção presentes nas diferentes instituições, mas também um sinalizador da necessidade de se fortalecerem os espaços de construção conjunta e pactuações em rede entre os serviços envolvidos (CAPS, ESMHG, SAMU, Central de regulação...), bem como a ampliação de espaços de diálogo entre trabalhadores da rede municipal e também de participação social, que incluam os usuários e familiares na construção desses critérios.

Observando as legislações que embasam a implementação e habilitação dos leitos e institui normas de funcionamento, não encontramos uma definição precisa sobre critérios específicos que justificam uma internação de saúde mental no Hospital Geral. No entanto fica claro que o CAPS continua sendo o lugar onde deve ser feito o acolhimento à crise preferencialmente e que as internações em LSMHG devem ser utilizadas quando esgotadas as possibilidades de cuidado do CAPS,

quando as pessoas, em intenso sofrimento psíquico, necessitem de uma avaliação diagnóstica e manejos de crise ou vulnerabilidade extrema que apresente risco de vida ao usuário.

Outro dado relevante que aparece nas narrativas é a importância da equipe ter clareza sobre os critérios de internação, a fim de evitar que o pedido esteja mais condizente com uma demanda da equipe do que do próprio usuário. Este exercício de reflexão requer uma disponibilidade da equipe em estar em avaliação.

Temos a impressão de que os critérios para internação não são tão claros entre os serviços, muitas vezes realizamos internação não pela “crise” do usuário em si, mas por fragilidades dos CAPS ou das famílias. [...]. Concordamos em que esta enfermaria é um local de acolhimento à crises que não puderam ser cuidadas no território e quando todos os outros recursos territoriais foram esgotados. (GF trabalhadores de Enfermaria de Saúde Mental).

[...] Alguns de nós acreditamos ser importante a equipe refletir se o pedido da internação não é para a gente se ver livre, entre aspas, da situação da crise daquele sujeito, se pode ser por uma questão subjetiva da equipe, mais ligada ao peso de cuidar da crise do que ao caso propriamente dito. (GF trabalhadores de CAPS).

Pensamos que momentos como passagens de plantão qualificadas, reuniões de equipe, discussões de caso/PTS e a supervisão Clínico-institucional possam ser recursos importantes para auxiliar a equipe na escolha no manejo mais pertinente à situação e se de fato a tecnologia de cuidado está insuficiente ou existem questões da equipe, que merecem ser cuidadas, e que possam prejudicar o manejo do caso no CAPS. Além disso, ações de formação e outras ações que visem oferecer suporte às equipes para reinvenção da clínica e acolhimento à crise no território e coconstruída com outros pontos de atenção da RAPS, tendo o PTS como principal tecnologia de cuidado.

3.2 Sobre o papel da Regulação

Observamos que, tanto no discurso dos trabalhadores da Enfermaria de saúde mental, quanto dos CAPS existe um consenso em relação à importância do papel do regulador para qualificar a avaliação dos casos e o acesso aos leitos.

Concordamos em que o regulador tem um papel importante e avaliamos ser um facilitador deste processo de trabalho o fato dele já ter experiência como trabalhador da rede de saúde mental e estar interessado em discutir os casos. Isto também contribui para identificar qual o tipo de internação trará mais benefício para aquele usuário, dentre as opções de vagas Ouro Verde (Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral) e Núcleo de Retaguarda (Internação Psiquiátrica). Este é o regulador bacana, que trabalha junto. Mas não é sempre que temos este tipo de regulador. Muitas vezes o regulador não tem compreensão das especificidades de cada serviço e, como não procura discutir o caso com os serviços, tem pouca informação para fazer a seleção das vagas de internação. (GF trabalhadores de CAPS).

Conversando sobre o fluxo de encaminhamento para a Enfermaria de Saúde Mental do Ouro Verde, concordamos que este acontece mediante a avaliação da regulação de vagas do Município. Enviamos diariamente o número de vagas disponíveis para internação (nº de vagas femininas, masculinas e criança/adolescentes) à Central de Regulação, que faz a avaliação dos pedidos, tanto para nós quanto para o Núcleo de Retaguarda. O regulador recebe pedidos de vaga da rede inteira: Pronto Socorro (PS), CAPS, Centro de Saúde (CS) e até de Pronto Atendimento (PA). Concordamos em que a função do regulador é muito importante para uma avaliação mais criteriosa. Percebemos que quando o regulador é psiquiatra e já trabalhou na rede, a avaliação é qualificada, ao contrário do que acontece quando é um médico clínico. A função do regulador é delicada, pois eles não estão vendo o usuário e contam com a avaliação dos serviços [...]. É importante fazer uma discussão com o serviço, ter o maior número de informações possíveis sobre os casos e conseguir fazer uma seleção a mais criteriosa possível. Muitas vezes estes trabalham como um mero operador de fotocópia, repassando as vagas sem avaliação ou ainda querem que nós façamos a função da regulação. Muitos deles nem sabem qual é o trabalho de um CAPS ou da Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral. (GF trabalhadores de Enfermaria de Saúde Mental).

Além disso, evidenciam-se pontos positivos quando o regulador é psiquiatra e tem experiência no trabalho em saúde mental em rede. Quando o regulador tem este perfil e trabalha na perspectiva da Reabilitação Psicossocial observa-se um cuidado em ter maiores informações sobre o caso, compreender quais recursos já foram tentados e qual a demanda para internação. Isto de certa forma contribui para qualificar o acesso e em alguma medida intervir em pedidos de internação desnecessários.

Alguns dos reguladores desempenham uma função e realizam ações que não estão descritas pela portaria Nº 1.559, 2008, a qual institui a Política Nacional de Regulação do SUS, que é entrar em relação com os trabalhadores que fizeram o pedido de vaga e discutir qual a necessidade real da internação, o que já foi tentado como estratégia de acolhimento à crise pelo CAPS e outros serviços para evitar encaminhamento a internações desnecessariamente.

Dessa forma, identificamos o papel do regulador como um papel estratégico para a qualificação do acesso e da articulação do cuidado em rede. Estar institucionalmente nesse espaço de articulação, um espaço “entre” os serviços, possibilita ao regulador interferir nesses processos compartilhados e ser um agente ativo na reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica ou seu oposto.

Em 2008, em material construído, gestores de saúde mental dos 22 maiores municípios do Brasil, e dos Estados-sede desses municípios, além de profissionais e docentes do campo da saúde mental, participaram do I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades, convocado pelo Ministério da Saúde, pela Prefeitura de Campinas e pela UNICAMP (Em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/CartadeCampinas,de18dejunhode2008.pdf>. Acesso em: 23 de agosto 2015.). Tem como finalidade de discutir e construir saídas para questões emergentes do contexto da atenção à saúde mental nas grandes cidades, em um dos eixos foi o manejo das crises e regulação da porta de internação e urgência/emergência. Neste documento, nomeado “Carta Campinas”, são apontados:

- falhas no manejo das crises, urgências e emergências em saúde mental na maioria das regiões metropolitanas;
- que as experiências municipais que tem conseguido resolutividade na atenção à crise são fundadas em uma boa regulação dos *leitos de atenção integral em saúde mental* (CAPS III, hospitais e emergências gerais), na implantação de CAPS III, na ampliação de leitos em hospitais gerais, e na articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- que a regulação dos *leitos de atenção integral* são imprescindíveis para o adensamento da rede, assim como um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e como um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade.

Ainda na Carta Campinas recomenda-se, para a garantia da acessibilidade, o investimento na construção de portas de entradas e regulação dos leitos de atenção integral em saúde mental e ainda que seja realizada articulação das ações de regulação dos leitos em atenção integral em saúde mental e da rede de atenção a saúde mental com o SAMU.

3.3 Sobre noções/conceitos de crise

A palavra crise, desde a sua origem, traz consigo amplos sentidos como mudança, separação, transitório desequilíbrio, com possível situação de crescimento. (BALLARIN, FERIGATO, ONOCKO-CAMPOS, 2007). As autoras abordam neste trabalho a conotação negativa que o sentido de crise adquiriu ao longo da história, e o olhar a ser superado de que, hegemonicamente, crise é vista e cuidada como algo prejudicial que deve ser suprimido o mais rápido possível. (BALLARIN, FERIGATO, ONOCKO-CAMPOS, 2007).

Em História da Loucura, Foucault (2004) aponta que, durante os séculos, o que hoje é compreendido como “crise psicótica”, era compreendido como sabedoria, Influência demoníaca, bruxaria, desobediência da ordem social e, a partir do século XVIII, como doença. Desta forma o conceito de loucura e o conceito de crise sempre foram, são e continuarão sendo cultural e historicamente construídos, de acordo com as questões sociais do contexto em que se vive (FOCAULT, 2004).

Da mesma forma em que essa compreensão vai se transformando, as formas de lidar com a loucura/crise, também vão sendo transformadas: “*exorcismo, fogueira, confinamento, tratamento moral, eletrochoque, contensão física e/ou medicamentosa, até aquilo que oferecemos hoje como recurso terapêutico*”. (BALLARIN, FERIGATO, ONOCKO CAMPOS, 2007, p 3).

Consideramos importante estar atentos e refletir sobre a transformação das noções de crise e conseqüentemente do modo de operar sua produção de cuidado:

“característica comum a estes diferentes momentos é que a “crise” adquiriu um aspecto negativo aos nossos olhos [...]. Esta análise nos faz confirmar a ideia de que neste momento de mudança assistencial em saúde mental, encontra-se também a renovação das mentalidades, por isso, propomos uma ampliação do entendimento desta manifestação, hoje denominada crise (BALLARIN, FERIGATO, ONOCKO CAMPOS, 2007, p 3)”.

O conceito de Crise Para Dell’Acqua e Mezzina (1991, p. 55):

[...] representou a tentativa de aplicar uma metodologia unitária, mas não uniformizante, tal que permitisse encontrar a sua especificidade na singularidade dos problemas postos pelos sujeitos, evitando os recursos de aproximações e intervenções próprias do modelo médico. Na unidade ‘daquela’ história, também o sintoma pode ser reelaborado como significante de uma realidade que torna inteligível.

Tais autores passam a considerar as questões sociais, familiares/rede de suporte na compreensão, que são particulares do sujeito, para além da agudização sintomatológica.

Para estes autores, as situações de crise são aquelas nas quais se identificam pelo menos três dos parâmetros abaixo citados:

- grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- grave ruptura de relações familiares e/ou sociais;
- recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe;
- recusa de qualquer forma de contato; e
- situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las.

Enfatizam que as definições de crise estão relacionadas intrinsecamente às concepções e percepções, definidas socialmente, sobre o que se compreende por aceitável no momento histórico, de acordo com os parâmetros de normalidade vigentes, assim como o sistema de saúde responde a tais situações.

Ferigato, Ballarim e Onocko Campos (2007) valorizam a inclusão de aspectos relacionados ao contexto social e familiar, mas avaliam que este conceito *“poderia ser enriquecido a partir de um maior aprofundamento na vivência subjetiva da crise e*

sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente". (BALLARIN, FERIGATO, ONOCKO CAMPOS, 2007, p 4).

Para Knobloch (1998), a crise pode ser uma experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, nomeada como uma experiência de não suporte, de algo que não é suportável, em que se perdem as principais relações. Um abismo que rompe com a capacidade de simbolização pelo excesso de força pulsional, mas concomitantemente inaugura uma eminente necessidade de ligações ainda não existentes.

A atenção psicossocial rompe radicalmente com sentido restrito da crise enquanto agudização sintomatológica passando, a ser compreendida como: "momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência" (LUZIO, 2010, p 90). Ainda de acordo com este autor, se por um lado produzirá experiências dolorosas marcadas pelo estranhamento, temor, incerteza e solidão, enquanto uma experiência singular e disruptiva. Por outro lado, por trazer o desejo do sujeito e suas particularidades, evidencia um momento importante para a produção de mudanças.

Embora o conceito de crise não tenha sido um elemento amplamente discutido nos grupos focais, consideramos importante manter esse item, primeiramente, pois o momento em que as equipes consideram como "crise" tem sido o principal momento em que o cuidado entre Caps e Enfermarias se articulam (se forma mais ou menos compartilhada). Ou seja, a maior parte das vezes que as equipes de Caps encaminham usuários para as enfermarias, podemos dizer que esses usuários estão em contextos "de crise". Além disso, consideramos que a forma e a noção de acolhimento à crise e a articulação de seu cuidado estão diretamente ligados ao modelo de cuidado e critérios para internação em leito de Enfermaria de Saúde Mental, assim como as expectativas em relação a internação.

A noção de crise aparece descrita com mais clareza na narrativa dos trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental. Talvez isto possa estar relacionado ao campo de trabalho mais específico/exclusivo ao acolhimento às crises do que o campo de trabalho do CAPS. Além disso, soma-se ao fato a complexidade do conceito/noção de crise por estar carregada de subjetividades, tanto do sujeito das intervenções quanto do profissional que o interpreta, analisa. (OLIVEIRA, 2002).

Entendemos a crise como uma situação de sofrimento intenso, mas é um conceito amplo que envolve questões familiares e sociais e por vezes clínicas. É consenso que estar em crise não deveria ser um critério em si, pois a crise também pode ser cuidada no CAPS e a internação deveria ser feita quando os recursos territoriais fossem esgotados, considerando-se cada sujeito. (GF trabalhadores de Enfermaria de Saúde Mental).

Na narrativa dos trabalhadores de CAPS III a palavra crise aparece associada à situação de uso problemático de álcool e outras drogas ou à descrição de uma agudização de sintomas.

Para alguns de nós, as crises para as quais mais se solicita internação no Hospital Geral são as que incluem uso de substância, ao passo que para outros são as crises psicóticas. (GF trabalhadores de CAPS).

Onocko-Campos *et al* (2008) apontam que as noções de crise são muitos divergentes entre os trabalhadores de um serviço, e ainda mais entre os serviços, mas identifica em seu trabalho, a partir do material produzido com a rede de CAPS em Campinas no período de 2007-2007, duas concepções de crise mais evidentes: “a crise como momento de extrema fragilidade que pode ser aproveitado para a recuperação do paciente, e a crise como momento de emergência de sintomas que deveriam ser aplacados” (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2008, p 401).

Na lógica da Reforma Psiquiátrica é possível compreender as experiências práticas com abordagens de situações de crise como “expressão de dimensões diversas da subjetividade como um momento complexo dentro de sua história, seja de ruptura e/ou continuidade”. (FIALHO, p. 33, 2014)

Para Nicácio (1994), a atenção à crise acontece estritamente nos serviços de saúde e de urgência, mas também no território, onde as pessoas vivem, o manejo é a proximidade da mediação do conflito, a negociação, as pactuações com as pessoas e demais envolvidos no contexto.

Considerando a crise como possibilidade de transformação proposta pela atenção psicossocial, pensamos que seria imprescindível que as equipes de referência assim como a rede de suporte estejam parceiras ao acolhimento à crise para poderem acessar de alguma forma esta possibilidade de transformação e qualificar a coconstrução de PTS em rede, e que este cuidado possa se prolongar

para o ponto de atenção em saúde de sua referência, no território em que os usuários vivem e também em seu contexto de vida real.

A ideia de explanar brevemente esta temática não busca alcançar uma maneira ideal de acolhimento à crise, ou propor uma articulação de cuidado ideal, mas poder refletir que efeitos o acolhimento a crise no território tem produzido nas equipes dos serviços e como a noção de crise pode impactar no modo de produção de cuidado.

3.4 Sobre o funcionamento da rede

Como esse eixo foi amplamente discutido pelos grupos focais e sua temática é bastante complexa, optamos por apresentar as discussões em quatro subeixos: (1) o compartilhamento do cuidado, (2) contratualidade, (3) transferência do cuidado, (4) estrutura institucional e fragilidade dos vínculos.

3.4.1 Compartilhamento do cuidado

Sabe-se que o LSMHG pode ser um serviço estratégico no processo de ampliação da rede de cuidado e atenção à crise, quando a tecnologia de cuidados do CAPS torna-se insuficiente. No entanto, temos que estar atentos ao modo como “construímos a internação”, desde a decisão por esse recurso, até o processo de transferência/compartilhamento de cuidados com o CAPS, com a rede setorial e intersetorial extra-hospitalar e seu território, pois caso contrário corre-se o risco de se manter um estilo manicomial de internação, mesmo fora do manicômio e num espaço que teoricamente estaria alinhado a RP.

Isto posto, observa-se a importância da construção de novas formas de “fazer a internação”, ou melhor, de compartilhar o cuidado e o PTS durante a internação e inventar novas formas de cuidados orientadas pelas demandas do sujeito (CAMPOS, 1997) e pelo trabalho em rede.

Ocupa posição estratégica, a construção conjunta de novas formas de cuidado em saúde mental na atenção às crises e/ou urgências, para a efetivação de

serviços, dispositivos e ações que sustentem os princípios da RP e garantam a integralidade das ações. Para a criação dos PTS de cada usuário, com suas especificidades de saúde, é necessário que o trabalho em rede tenha intenção e assumam a responsabilidade na articulação de diferentes atores e instituições (FIALHO, 2014).

Para isso, Campos (1997), sugere o conceito de clínica ampliada: propõem a ampliação do objeto de intervenção e saber da clínica tradicional, focado na doença, para a saúde dos sujeitos. A fim de operacionalizar este conceito, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007) o incorpora, e estabelece como seus eixos fundamentais:

- a compreensão ampliada do processo saúde-doença e minimizando os riscos de abordagens que privilegiem um conhecimento específico desnecessariamente.
- a responsabilidade dos profissionais de saúde seja não sobre diagnósticos e procedimentos e sim sobre pessoas - ampliação do objeto de trabalho;
- a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas por equipes, serviços, setores e, com os próprios usuários;
- o fortalecimento de técnicas relacionais que privilegiem a capacidade de escuta, que valorizem a relação com a família, rede e território, que sejam sensíveis à demonstração de problemas sociais e subjetivos para a transformação dos instrumentos de trabalho, permitindo aos profissionais de saúde lidar com suas próprias subjetividades e que tenham suporte para tal;

A noção de ‘compartilhar’ distingue-se de ‘dividir’. Recorremos ao dicionário Michaelis para iniciarmos nossa discussão sobre compartilhar. (Em: <<http://www.michaelis.com.br/>> Acesso em 05 de maio de 2015. Enquanto *dividir* significa separar em parte, apartar separar, efetuar divisão; *compartilhar* significa ter parte em, participar de, partilhar com alguém. Queremos ressaltar que compartilhar o caso, ao nosso olhar, transcende a definição de dividir, vai além de dividir um caso com outro serviço. Compartilhar diz respeito à parceria de composição, de soma de olhares, avaliações, e possibilidade de uso da diversidade das tecnologias de cuidados de maneira corresponsável.

Parece-nos prudente que o contato entre os serviços deva ser feito o quanto antes para que seja feito o compartilhamento das informações sobre o caso, história de vida e tratamento, expectativas e objetivos da internação, estratégias que já foram utilizadas, dinâmica familiar/rede de suporte e relação com território. Isto feito é possível traçar norteadores do PTS durante a permanência no LSMHG e qualificar este período de cuidados externos ao CAPS, fazendo-o em rede.

Consideramos importante a proximidade no momento da internação para construir com a equipe do Ouro Verde, mas é difícil! Num dos CAPS, temos bastante dificuldade de visitar por conta da distância territorial. Em alguns momentos temos que acompanhar o caso por telefone [...]. (GF trabalhadores CAPS).

Dois de nós preferimos internação no Ouro Verde por ser mais próximo do território e pensarmos que é importante acompanhar de perto o período da internação, planejar junto os casos. A proximidade do território também facilita para a família visitar. É importante acompanhar o caso até para fazer a avaliação de alta conjunta e tencionar, caso necessário prolongar internação um pouco mais. Para nós dois, a relação com o Núcleo de Retaguarda é mais difícil, e é mais complicado a gente acompanhar e ir até lá para discutir o caso. (GF trabalhadores CAPS).

Os CAPS apresentam divergência tanto na preferência do local da internação, quanto na relação com a enfermaria de Saúde Mental. Se para alguns CAPS a proximidade territorial pode ser um facilitador no compartilhamento dos casos, para os que estão territorialmente mais distantes a distância torna-se um dificultador.

Para além das questões geográficas, a preferência por um local ou outro de internação também resvala na capacidade de comunicação entre os serviços.

Tem CAPS que é presente: interna e vem junto, é próximo, como o David e o Novo Tempo. Com outros CAPS não conseguimos sequer contato telefônico [...]. A proximidade territorial pode contribuir para tal participação, mas não é o único diferencial. Pensamos que também tem questões ideológicas de modelos de cuidado diferentes entre os CAPS. O contato é facilitado, quando o serviço tem uma postura de responsabilização pelo caso, quando a internação é parte de um processo, como uma extensão do CAPS, um leito externo e por isso os trabalhadores devem estar presentes. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental)

Quando não conseguimos nenhum tipo de contato com o CAPS, solicitamos a ajuda do Apoio Distrital [...]. Um modo interessante de fazer o compartilhamento dos casos seria visitas frequentes, investimento conjunto no caso e confiança na avaliação que está sendo feita pela equipe que o acompanha no momento da internação. [...] (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental)

Nota-se que, apesar dos trabalhadores de CAPS considerarem importante a proximidade e participação da equipe do CAPS no momento da internação, alguns dos CAPS tem dificuldade em manter uma presença ativa na internação, em que o contato acaba sendo a distância, muitas vezes por telefone ou muito espaçado, podendo interferir no vínculo, na relação com o usuário e no sentido da internação para o sujeito. Como sustentar um trabalho próximo e com proximidade? Ou melhor, corresponsável e coconstruído? Porque alguns serviços apresentam mais dificuldade que outros? Quais arranjos são possíveis para a corresponsabilização no período da internação? Como a gestão da clínica pode contribuir para que isto ocorra?

Geralmente é a equipe de referência do caso no CAPS que fica mais à frente para compartilhar o caso com a equipe da internação. [...] Em um dos CAPS o plantonista tem a função de ligar para os serviços em que temos usuários em internação externa, para ter informações de como o usuário está e daí, passamos a informação na passagem de plantão, tentando manter assim um contato diário com os usuários que estão em leito externo, assim como os que estão em leito-noite no próprio CAPS. (GF trabalhadores de CAPS)

A partir do narrado pelos trabalhadores de CAPS, via de regra, a miniequipe de referência é quem acaba ficando mais a frente da condução do PTS do usuário durante sua internação no LSMHG. Esse arranjo prioriza o vínculo já estabelecido entre o profissional do CAPS e o sujeito internado. No entanto, em um dos serviços, o contato do CAPS com o serviço externo é feito diariamente e incorporado à função do profissional que está no plantão. Esse arranjo valoriza também as relações e as redes interinstitucionais para além dos vínculos transferênciais/terapêuticos entre os sujeitos. Tal estratégia parece interessante, para se manter um diálogo constante com a Enfermaria de Saúde Mental, um arranjo para não fragmentar o cuidado e circular as informações e manejos do caso em equipe, ampliando assim a participação e corresponsabilização da equipe do CAPS com o caso, diluindo a “sobrecarga da função referência”. Ficamos com a impressão de que os CAPS parecem heterogêneos com relação aos critérios de internação e construção de arranjos que garantam a proximidade e compartilhamento do PTS na/da internação.

Refletindo a partir do que os trabalhadores nos contam sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS), podemos observar que este é um dos eixos centrais da articulação e compartilhamento corresponsável do cuidado em rede. Observamos que tanto os trabalhadores de CAPS quanto os trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental, entendem que a internação deva fazer parte do PTS e concordam sobre a dificuldade em fazerem isto de forma próxima e conjunta no período da internação.

Chama-nos a atenção, o fato de que o termo usado por ambos trabalhadores para descrever o projeto terapêutico é PTS e não PTI. O uso de PTS nos parece mais interessante por enfatizar a possibilidade de ser um projeto que possa incluir em sua construção, a família, grupos e a rede de suporte. Além disso, o PTS valoriza a singularidade como uma questão central de articulação, minimizando a tendência que os diagnósticos tem de anular as diferenças e igualar os sujeitos. (BRASIL, 2004).

Pensamos que a internação deveria ser parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, mas isso ora acontece, ora não. Percebemos que quando a internação faz parte do PTS e conseguimos compor o

cuidado junto com a equipe de referência do território, a internação faz sentido. Inclusive avaliamos importante a participação do usuário, em alguma medida, no processo da internação. Não achamos que isto seja algo raro de acontecer, mas não são todos os CAPS que o fazem. Não sabemos por onde isto passa. Alguns de nós interrogamos se isto pode estar relacionado com uma sensação de “não conseguimos dar conta”, mas percebemos que para alguns CAPS dizer da internação parece mais difícil. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental)

Acreditamos que a internação tem que fazer parte do PTS, [...] temos que fazer um esforço para acompanhar de perto a internação e ficar o mais presente possível, mas isto não é fácil. Tem momentos que não temos pernas devido ao excesso de demandas dos serviços. É uma construção de PTS em rede! Um de nós acredita que a internação externa não deveria fazer parte do PTS a priori, que deveríamos contar somente com os recursos de acolhimento no CAPS, considerando que somos CAPSIII. (GF trabalhadores CAPS)

Nunes (2007) aponta em seu trabalho a possibilidade do PTS ser um dispositivo de gestão com capacidade para disparar “processos de reflexão/ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades destes repensarem suas práticas de saúde e a instituição em que estão inscritos” (NUNES, 2007, p.42).

Entende-se por arranjo a maneira de organizar o processo de trabalho como uma “proposta técnica” com certa “estruturação e permanência” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p 125). Dispositivos são dinâmicos e visam “subverter as linhas de poder instituídas” e ao serem ativados tem intensão de produzir movimentação e reflexão nos indivíduos, coletivos, quando dispositivos de gestão. Os arranjos podem abrigar dispositivos ou ainda se comportar como tal. (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 125 -129).

Outro ponto que também consideramos importante é como se dá a participação dos usuários e família/rede de suporte na decisão da internação e ao longo dela.

“[...] Algo que também consideramos importante é a a participação da família desde o início da internação quanto durante o período da internação e transferência de cuidado [...] temos a possibilidade de cuidar da relação da família com o CAPS e com o usuário e ter um olhar para como o

adoecimento causa impacto na dinâmica da família". (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

A abordagem familiar e a inclusão do usuário na contratualização de seu cuidado também são indicadas pela portaria nº148/2012, incluindo também orientações e esclarecimentos necessários sobre o diagnóstico, plano de tratamento e transferência do cuidado para outros pontos de atenção da RAPS.

3.4.2 Contratualidade

Apesar dos marcadores teóricos e portarias descreverem a importância da participação dos familiares e usuários, além dos trabalhadores dos CAPS considerarem importante conversar com o usuário ou com a família para decisão da internação, de acordo com trabalhadores da enfermagem, em alguns momentos isto é falho, ou nem sempre acontece a contento.

Alguns esclarecimentos sobre a internação são importantes de serem feitos antes da chegada do usuário: falar como é a internação e as restrições institucionais (restrição de espaço, impossibilidade de fumar, etc.). [...] (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

Normalmente conversamos sobre a internação com o usuário e achamos importante também envolver a família nesta discussão, para não ser uma decisão vertical e imposta. Em alguns momentos isto é tranquilo, mas nem sempre o usuário concorda e nestas situações contamos com parceria da família, vizinhos e situações de maior agitação e heteroagressividade, com a presença do SAMU e da guarda. (GF trabalhadores de CAPS).

Considerando a fala dos trabalhadores, observamos que acontece pouco a inserção do usuário e sua rede afetiva na construção da decisão da internação. Em decorrência de um momento de sofrimento mais agudo, muitas vezes as equipes avaliam que isto não seja possível e como consequência o grau de protagonismo deles na decisão internação é menor. Acreditamos importante que o usuário e sua rede tenham informações sobre a internação e tenham participação na decisão da

internação, mas observamos que isto ainda é uma questão delicada quando se trata do acolhimento à crise.

“A Reforma Psiquiátrica trouxe, como princípios do cuidado, o resgate do poder de decisão dos sujeitos com transtorno mental e sua participação ativa na definição de seu tratamento; o reconhecimento da liberdade como variável terapêutica; e a afirmação da cidadania. As situações de crise, no entanto, persistem com grande potencial de gerarem (por diversos motivos) uma certa autorização da suspensão desses direitos sob a justificativa da restrição de sua capacidade de julgamento. É fundamental, para o processo de construção das vidas e das subjetividades desses sujeitos nesses momentos de intensa fragilidade, que a aproximação entre profissionais e usuários nesses momentos seja precisamente no sentido de reconstruir suas possibilidades e autonomia.” (FIALHO, p. 51)

Neste sentido faz-se importante pensar se os espaços que o CAPS dispõe para fazer esta discussão, como grupos de referência e assembleias, estão conseguindo sustentar a função de discutir com os usuários, familiares e comunidade, o PTS e o funcionamento do serviço no acolhimento as crises.

Outra possibilidade mais longitudinal e prévia é a construção com os usuários de como eles desejam ser cuidados numa situação de crise – onde, por quais profissionais, por quais pessoas – para que o usuário deixe de estar assujeitado à decisão da equipe e consiga ter uma participação maior sobre o acolhimento à sua crise, de acordo com as suas necessidades enquanto sujeito. Existe produção teórica recente, baseada no modelo holandês que visa à cogestão e protagonismo do sujeito nos momentos de crise: plano de crise e “cartão de crise”, apresentado por FREITAS (2008).

O plano de crise é um documento pessoal, elaborado pelo usuário e algum profissional da área da saúde (*consultor*) em que constarão indicações personalizadas da forma em que o usuário deseja ser cuidado no momento de crise: tipo de acolhimento, tipo de medicação, pessoas escolhidas para estarem envolvidas, entre outros. As pessoas citadas no plano de crise serão consultadas e juntamente com o usuário e o profissional de saúde (*consultor*) assinam este documento. Os dados relevantes do plano de crise serão colocados no cartão de crise que o usuário deve levar consigo. O plano de crise e o cartão devem ser refeitos a cada seis meses, mas podem ser refeito a qualquer momento, caso solicitado. Toda vez que forem refeitos, devem ser assinados novamente pelos

implicados, que ficaram com uma cópia do plano e do cartão de crise, assim como o serviço de saúde de referência de atenção à crise do sujeito.

Consideramos importante, valorizar a contratualidade e autonomia durante a internação e na transferência, respeitando a decisão do usuário na coconstrução do PTS e garantindo seus direitos;

3.4.3 Transferência do cuidado e relação com a rede

Entendemos que a função e potência da rede estão na coresponsabilização e articulação do cuidado entre os serviços e as pessoas que os constroem. Nesse caso, a função de um serviço que compõe uma rede de cuidados não seria apenas encaminhar ou dar alta, mas compartilhar e transferir o cuidado de acordo com as necessidades do sujeito naquele momento, desta forma validando o princípio da integralidade.

Observamos que existe uma diferença nas formas de denominar a finalização da internação e continuidade do acompanhamento no território. Enquanto os CAPS denominam este processo de alta, os trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental denominam de transferência de cuidado.

Chamamos a “alta” do usuário de transferência do cuidado. Quando o CAPS participa do processo da internação desde o início, participa das avaliações com a equipe da enfermaria, a articulação da transferência do cuidado é construída junto. Como temos muitos casos em que a internação é o primeiro contato com o tratamento (muitos casos de primeira crise), alguns CAPS aproveitam o período da internação para se aproximarem, conhecer o caso e iniciar a construção o vínculo, e quando isto ocorre é muito positivo para a continuidade do tratamento. Quando os CAPS não participam do cuidado, a transferência do cuidado é quase um “braço de ferro”, não conseguimos contar com o serviço, é bem difícil fazer este contato, ainda mais para dizer que está saindo. Mal conseguimos falar quando entrou, imagina quando é para sair. Percebemos que os questionamentos sobre a transferência de cuidado são maiores quando o CAPS ficou distante e muitas vezes solicita reinternação, tanto nesta enfermaria como em outro local. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

Apesar de não ser um consenso, alguns de nós colocamos que não tem se observado que a equipe do Hospital atualmente não tem entrado em contato para pensar o caso junto, construir a alta junto. Ligam quase na data da alta, para passar o dia da alta, com pouca possibilidade de negociação. Um de nós coloca que o olhar de quem acompanha o caso a longo tempo não é compreendido/considerado. Nestas situações a avaliação que a enfermagem faz fica muito descolada de todo o resto do histórico de tratamento, do histórico de vida daquele usuário. Em alguns casos o que acontece é uma reinternação externa do usuário. (GF trabalhadores CAPS).

Fica-nos a impressão de que chamar a “alta” de “transferência de cuidado” considera mais a noção de rede de cuidados, se pensarmos que alta significa em alguma medida o desligamento do serviço e conseqüentemente da rede. De acordo com as diretrizes do SUS, o usuário não deve ter “alta da rede”, mas sim ter o cuidado compartilhado entre mais de um serviço, de acordo com a demanda de intensidade, complexidades e especificidades de cuidado.

Faz-se necessário refletir para além da nomeação, como tem ocorrido na prática o processo da transferência de cuidado, considerando as perspectivas dos trabalhadores dos CAPS e da Enfermagem de Saúde Mental. Afinal, a noção de transferência do cuidado, a depender de como for realizada, também pode estar distante da ideia de compartilhamento. A partir das narrativas de ambos os trabalhadores, parece haver um certo descompasso no “encontro” entre alguns serviços e até na compreensão da função que a Enfermagem de Saúde Mental e que os CAPS ocupam na rede.

Uma das questões que aparece por exemplo, é a compreensão de que aos olhos dos trabalhadores da enfermagem que, em alguns casos, é possível que a transferência de cuidado seja realizada para uma modalidade de cuidados intensivos, como o leito noite/hospitalidade integral no CAPS. No entanto encontram resistência por parte de algumas equipes, que acreditam que o usuário deva ter alta somente em condições de retornar para casa.

Acreditamos que em algumas situações, quando o usuário apresentou melhora, mas ainda precisa de continência, o leito-noite do CAPS seria um bom local para retorno ao território e continuidade do tratamento. Afinal tem uma série de recursos e equipe multidisciplinar para este cuidado e aos pouco o usuário pode retomar sua vida e retornar para casa. Mas a

transferência de cuidado para o leito noite o não é assim compreendida todos os CAPS. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental.)

De acordo com as diretrizes da Portaria 148/2012, o projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, prevê internações de curta duração, de acordo com as singularidades do caso, até atingir sua estabilização clínica. Além disso, a portaria também indica a uso de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos; e construção de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação. Parece haver um descompasso em alguns momentos entre a avaliação de transferência de cuidado entre os CAPS e a ESM.

Esse descompasso pode ser a demonstração de uma certa fragilidade na relação entre a Enfermaria de Saúde Mental e alguns CAPS, no entanto é perceptível que ambos mostram-se dispostos e construir este diálogo.

Não queremos deixar de dialogar com o Ouro Verde, não é uma desistência na verdade, mas é tentar olhar pra essa enfermaria e ver como eles estão funcionando: é o articulador de rede? É possível a esta enfermaria fazer articulação de rede? Talvez não, não sabemos... Alguns de nós temos duvidas se eles tem compreendido o trabalho de um CAPS e nós também estamos com dúvidas sobre o trabalho desta enfermaria. Um de nós lembra que ainda somos seis CAPS e que cada um tem um jeito de funcionar, muitas vezes bem diferentes entre si. (GF trabalhadores de CAPS)

Para além das portarias, a implantação dos serviços alternativos/substitutivos é uma parte da construção, a outra parte é conseguir tecer a rede, o “entre” os serviços e operar transformações no modelo de produção de cuidado, para, de fato, transcender o paradigma hegemônico de internação.

Onocko Campos (2000) aponta o investimento e valorização dos trabalhadores como peça-chave no processo de transformações do contexto da saúde e das instituições: reformular a gestão das instituições de saúde, apostando em processos de transformação de arranjos.

Muita coisa mudou na rede, as equipes sobrecarregam-se e tem que dar conta de tudo. A gente sabe que o buraco é mais em baixo... [...] Se a rede funcionasse, se houvesse mais parcerias com PAs, SAMU e até com CS, muitas internações seriam evitadas. O CS muitas vezes tem resistências em lidar com o usuário da saúde mental. [...] (GF trabalhadores de CAPS).

Na fala dos trabalhadores dos CAPS apareceu um certo cansaço com a sobrecarga das demandas e uma dificuldade na construção de parcerias. Considerando o narrado pelos trabalhadores, talvez seja interessante pensar em arranjos que possam além de oferecer cuidado a eles, considerar suas questões para qualificar o trabalho em rede.

Paulon et al (2015) em seu trabalho traz algumas questões vivenciadas em emergências psiquiátricas de hospitais gerais, tais como: a insegurança e a dificuldade em lidar com o que foge ao controle, produzem medo e rechaço; comumente se referenciam às crises como “fora de si”, “sem controle” ou “com risco evidente para si e para o outro” – tudo isso sob o imperativo de classificar risco, definir diagnóstico e apurar as necessidade dos sujeitos que chegam em crise.

Em estudo sobre como os trabalhadores da ESF lidam com situações de acolhimento à crise nos serviços da atenção básica, também aparecem dificuldades na compreensão de sua participação na RAPS e da importância de que seja desenvolvido um trabalho com trabalhadores destes serviços visando desmistificar a loucura e “romper com a associação habitualmente feita entre crise e periculosidade” (MINOZZO, COSTA, 2013, p144).

Ter serviço de internação territorializado ajuda muito. Um de nós, cujo CAPS fica próximo à PUCC, lembra-se de parceria interessante no cuidado em casos que precisava de uma (re)avaliação médica, leito-noite no PS de psiquiatria de lá quando era insustentável a permanência em leito-noite do CAPS. [...] Quando o SAMU é parceiro também é potente. Isto acontece

quando consegue compreender o caso, faz a busca do usuário e o levam até o leito, dão orientações de manejo medicamentoso via telefone. Em alguns momentos conseguimos até avaliações presenciais do SAMU. Isto evita que a situação chegue ao limite da internação. Mas não é sempre que isto acontece, depende muito do plantonista. (GF trabalhadores de CAPS).

Uma questão apresentada pelos trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental é que o número de solicitações de vagas feitas pelos PS ou PAs, são maiores que os pedidos feitos por CAPS ou CS. Apontam que os pedidos de vaga feitos pelo CAPS, em sua maioria são mais qualificados por acompanharem os usuários há mais tempo, conhecerem sua história, sua rede e contar com diversas estratégias de cuidado antes de lançar mão do recurso da internação.

Observamos que atualmente os pedidos de internação têm sido feitos em sua maioria pelo PS. Quando realizados pelos CAPS, os pedidos são mais pertinentes, pois os serviços conhecem os casos, estão mais apropriados para avaliarem a necessidade de internação e conseguem dizer quais as estratégias que já foram tentadas, os objetivos da internação; conhecem a história de vida e processo de adoecimento do sujeito e sua dinâmica familiar: uma avaliação técnica de acordo com o caso clínico. Já quando a solicitação de vagas vem do PS, onde o profissional não conhece o sujeito e possibilidades de cuidado no território, não sabe da continência familiar, ele acabam vendo a internação como único recurso possível. Observamos um imediatismo exagerado em resolver os casos, o que faz com que casos que poderiam ser cuidados pelo CAPS após uma discussão, sejam encaminhados direto para a Enfermaria de Saúde Mental. [...] (GF Enfermaria de Saúde Mental).

Paulon et al (2015) nos aponta em seu trabalho uma questão problemática no acolhimento das urgências: é o risco de desconsiderar aspectos psíquicos da vida do sujeito em detrimento de um olhar organicista. O sujeito passa a ser um colapso e o diálogo com o sujeito fica desconsiderado. Este tipo de encontro com o usuário pode prejudicar a compreensão de seu processo de adoecimento, o conhecimento de sua trajetória na rede e conseqüentemente podendo resultar numa conduta vertical e de aplacamento do “risco eminente” como uma internação, sem ter a clareza se este seria o caminho mais indicado, e verificar outras possibilidades de suporte terapêutico no território para que seja feita a articulação do cuidado.

A função dos serviços de urgência/emergência fica clara na Portaria nº3088, que institui a RAPS: responsabilidade no acolhimento, classificação de risco e cuidado dos usuários com transtorno mental e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas, nas situações de urgência e emergência; deverão fazer a articulação do cuidado com CAPS e demais pontos de atenção da RAPS, mas a realização desta articulação no acolhimento das urgências e emergências ainda aparece como um ponto de fragilidade na RAPS, de acordo com as produções teóricas e pesquisas como realizadas por Paulon et al (2005), como no narrado pelos trabalhadores de CAPS e ESMHG.

Pensando no importante número de internação via PS ou PA, o município de Campinas está tentando colocar em prática um arranjo para qualificar tecnicamente os pedidos de internação, em que o pedido seja realizado, após uma avaliação de um psiquiatra para certificar a necessidade da internação – e isto só poderia ser feito em PS, que conta com psiquiatra, e não nos PAs.

Considerando a importância de uma avaliação técnica mais qualificada, foi feito um acordo municipal em que somente os PSs poderiam solicitar o pedido de internação de vaga psiquiátrica, pois estes contam com presença de psiquiatra, e os PAs devem solicitar a avaliação dos psiquiatras nos PSs para que seja feito o pedido de internação junto a central de vagas. No entanto, isto não tem sido cumprido e tem havido encaminhamento de PAs sem avaliação de psiquiatra. Quando isto acontece fazemos uma notificação junto à secretaria, a fim de discutir e qualificar o fluxo. Recebemos ainda pedidos de internação compulsória, que na maioria das vezes não passam pelo CAPS e neste caso mantemos a mesma conduta: avaliamos, internamos e fazemos a transferência de cuidados para o CAPS quando necessário. A diferença é que temos que avisar/notificar (Vara da Infância, por exemplo). (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

Isto denota uma preocupação da coordenação de saúde mental em tentar qualificar a avaliação da necessidade da internação. Uma questão que nos surge é se seria o médico o único profissional a fazer esta avaliação ou isto poderia ser feito por outros trabalhadores da saúde mental?

Outra questão importante apresentada pelo grupo de trabalhadores na Enfermaria de Saúde Mental é que a coexistência de 02 diferentes modelos de internação no município que são disponibilizados pela regulação municipal de vagas

poderia interferir na relação e na expectativa do trabalho desenvolvido pela Enfermaria de Saúde Mental.

Pensamos que uma das fragilidades na composição do cuidado com a rede é a existência de outro modelo de internação, em hospital psiquiátrico, bastante diferente do modelo desta enfermaria. Muitas vezes colocam no pedido da central de vagas qual a preferência do local de internação. Percebemos que alguns dos serviços têm uma expectativa de que outras questões sejam agenciadas no período da internação como documentos, benefícios sociais, entre outros. A enfermaria foca o PTS do usuário na internação e a argumentação fica baseada na comparação de um serviço com o outro e não na especificidade desta enfermaria. Achamos que parte do distanciamento da rede se deve ao fato do sucateamento dela e menor número de profissionais nos serviços. Outro fator seria uma dificuldade de compreensão da proposta da Enfermaria de Saúde Mental do hospital geral que é diferente de uma internação no hospital psiquiátrico. (GF Enfermaria de Saúde Mental).

Existem diferenças e consequências tanto praticas e objetivas como subjetivas e processuais, a partir da literatura e da experiência prática, entre os dois tipos de internação (no hospital geral e hospital psiquiátrico).

Os CAPS possuem um funcionamento muito diferente, as equipes se renovam muito, faz falta não ter um espaço para discussão sobre a internação na Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral, sobre as características desta internação, Não parece haver uma diretriz de funcionamento. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental)

3.4.4 Sobre estrutura institucional e fragilidade dos vínculos

Percebemos a partir da narrativa dos trabalhadores dos CAPS e da ESMHG que houve uma mudança significativa na composição e diminuição da equipe desde o início de sua implantação, em especial os trabalhadores de nível superior não médicos. Tal mudança tem gerado impactos no processo de trabalho e consequentemente na relação com os outros pontos de atenção da RAPS. Observamos um prejuízo na sustentação da função profissional de referência e diminuição das ofertas terapêuticas individuais e em grupo.

“[...] neste momento a equipe está mais defasada – houve uma diminuição da equipe multiprofissional em 50% sem previsão de contratação - e tem sido difícil sustentar este arranjo de referência. Muitas vezes não conseguimos fazer o papel de referência que entre outras coisas é estar próximo do usuário e sua família, poder atendê-los de fato. Temos enfrentado dificuldades com o fato da enfermaria ter 20 leitos e a equipe estar com RH tão diminuído. Não conseguimos mais fazer um trabalho como antes, como o planejado e como consideramos interessante. Temos feito um trabalho mais pontual, mais focal na crise, menos aprofundado, menos articulador” [...] Um de nós acredita que isto foi um prejuízo para enfermaria, e muitas vezes não chegamos nem conhecer a história do usuário que ficou na enfermaria. Isto não acontecia antes, acontece agora pelo desfalque da equipe e conseqüente mudança no processo de trabalho, menos investimento nos espaços de cuidado e grupos terapêuticos, diminuição dos atendimentos individuais, se aproximar do fato como referência. Quando a equipe não estava tão defasada, nós íamos aos serviços para discutir o caso com a equipe de referência do território. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

Na tentativa de garantir de fato uma ruptura com o paradigma anterior e impedir uma proliferação simplista de novos serviços (Braga Campos, 2000; Nicácio, 2002; Amarante & Torres, 2001), arranjos e dispositivos como equipes ou técnicos de referência, gestão colegiada, apoio matricial, assembléias e supervisão clínico-institucional foram criados.(Onocko Campos, 2003).

O “técnico de referência” (CAMPOS, 1997) é um dispositivo, dentre os arranjos considerado importante, que oferece contorno ao encontro do trabalhador com o usuário, ou melhor,

“um dispositivo localizado na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, marcado inevitável e necessariamente pela intersubjetividade”(FURTADO, MIRANDA, 2006, p 02).

Trata-se de uma atenção mais particularizada e sensível à *polifonia* e *polissemia* que emergem em cada caso, em cada sujeito em sofrimento psíquico intenso superando o modelo centrado no hospital e na busca da qualificação da assistência em saúde mental. (FURTADO, MIRANDA, 2006, p 02).

Reconhecemos tanto no olhar dos trabalhadores dos CAPS, quanto no dos trabalhadores da ESMHG, que a diminuição frequente da equipe interferiu diretamente na qualidade das ações. Além disso também é consenso que ter

trabalhadores que compreendem o funcionamento da rede e dos CAPS, ainda mais quando já foram trabalhadores desta rede, pode ser uma potencialidade na construção de PTS compartilhado e exercício da função referência.

Percebemos que anteriormente a equipe de referência da internação tinha um esforço maior em fazer contato com os CAPS, convidar para visita e discussão de caso com as referências. Hoje isto fica mais a cargo da equipe do CAPS. Nós temos que ir para acompanhar e discutir e talvez encontrar-se com a referência para isto. Um facilitador neste período em que a comunicação/relação com o “Ouro Verde” era melhor, era o fato de ter em sua equipe trabalhadores que também trabalhavam nos CAPS, tinham compreensão do funcionamento do CAPS, e faziam/eram uma ponte com a internação. Acreditamos que isto esteja diretamente relacionado à diminuição significativa da equipe multiprofissional, e eram estes trabalhadores que basicamente faziam a função de referência, faziam contato com os serviços, organizavam o cuidado e não faziam o cuidado tipicamente médico, isto ajudava na conversa com a rede [...]. A maioria de nós pensa que diminuição da equipe foi reduzida nos dois espaços de internação, com a diferença que no Núcleo de Retaguarda isto está mais atrelado ao um projeto de fechamento de leito psiquiátrico e no Ouro Verde a uma decisão institucional não relacionada ao cuidado dos usuários (GF trabalhadores CAPS)

[...] Um dos pontos positivos desta equipe é que a maioria de nós já trabalhou na rede. Isto facilita a compreensão da rede, do fluxo de encaminhamentos, da percepção dos casos que o CAPS consegue acolher e casos que podem ser encaminhados para os CS ou outros serviços... É importante que os trabalhadores que estão trabalhando aqui tenham experiência, mas temos que tomar cuidado para que esta experiência não esteja na ‘contramão’ da reforma psiquiátrica. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

Não foi mencionada a saída de nenhum profissional médico ou do núcleo da enfermagem durante ou anterior a realização deste trabalho, somente a saída e não contratação de profissionais de nível superior da equipe multiprofissional. Sabemos que historicamente o hospital é o lugar de predomínio do saber-poder médico, onde o núcleo médico e da enfermagem tem sua trajetória mais consolidada. A inserção de uma equipe multiprofissional, de outros campos de saberes, indica uma mudança no paradigma de cuidado tradicionalmente realizado nos hospitais gerais. Talvez este seja um grande desafio no processo de implantação das ESMHG.

“[...] Temos alguns atravessamentos institucionais e processos administrativos que contribuem para a precarização interna do cuidado e consequentemente do compartilhamento dos casos e articulação do cuidado. São eles: a diminuição do quadro da equipe técnica e contratação de trabalhadores sem experiência em saúde mental; corte de recursos para supervisão clínica institucional – que antes ocorria mensalmente e agora não ocorre mais – bem como corte de recursos para materiais diversos, incluindo materiais que são usados como recursos terapêuticos aos usuários internados. A diretriz de cuidado que tentam implantar aqui é completamente diferente da diretriz do município (vem da cidade de São Paulo). Além de ser um ‘analisador’ o fato da gestão insistir em nos nomear de enfermaria de psiquiatria quando defendemos Enfermaria de Saúde Mental. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).”

Percebemos uma preocupação em relação à diretriz de cuidado preconizada pela instituição gestora desta enfermaria. Os trabalhadores enfatizam que muitas delas são descoladas ou distantes dos princípios da reforma psiquiátrica valorizados no processo de implantação da enfermaria, numa postura mais verticalizada e incorporando pouco a equipe nas decisões que ficam desalinhadas aos princípios da RP. Pode parecer insignificante, mas a forma de nomeação da enfermaria pode nos dizer do olhar que a instituição tem sobre ela. Chama-la de Enfermaria Psiquiátrica pode revelar um olhar médico centrado, pautado num modelo biomédico, desconsiderando a importância do trabalho da equipe multidisciplinar e a relação com a rede. O nome em si não garante práticas alinhadas a um modelo hospitalocêntrico ou manicomial, mas pode nos ajudar compreender as premissas de um serviço.

Na Lei nº 8080 (Brasil, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, está contida a possibilidade da complementaridade dos serviços de saúde. Considerando que o Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi está atualmente sob a gestão da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), num contrato de convênio com a Prefeitura Municipal de Campinas, faz-se necessária uma reflexão e análise dos impactos que o modelo de gestão adotado pelas Organizações Sociais em geral, têm produzido na assistência à saúde mental. Qual é o alinhamento entre a Saúde Mental do município com seus parceiros de convênio e cogestão? Qual é a postura e a compreensão dos gestores municipais para esta questão? Têm sido realizadas ações regulatórias, de

acompanhamento e avaliação das instituições cogestoras ou conveniadas para prestar assistência à saúde na cidade? Tem sido assegurado espaço-tempo de interlocução entre gestores e trabalhadores dos serviços?

Estas questões, em Campinas se referem especialmente à SPDM, mas também se estendem à relação da Secretaria de Saúde com o SSCF, também parceiro conveniado com a Prefeitura Municipal de Campinas

3.5 Sobre o tempo da internação

As longas internações em hospitais psiquiátricos, o distanciamento do território e das redes das relações, o cuidado por uma equipe que não conhece o sujeito, sua história de vida e acompanhamento na saúde mental, foram norteadores da assistência manicomial e sua superação é um dos aspectos relevantes para reorientação do cuidado, proposto pelo movimento da reforma psiquiátrica.

A questão do tempo da internação é algo que aparece com intensidade na narrativa dos trabalhadores. Observamos que entre os CAPS aparecem discordâncias com relação ao tempo da internação:

Outro de nós aponta que o CAPS em que trabalha prefere a internação do Ouro Verde, por ser mais curta do que no Núcleo de Retaguarda, onde a internação é muito longa. (GF trabalhadores CAPS).

Poucos de nós acreditam que por vezes é importante uma internação mais longa, e por isso entendemos ser importante o espaço do Núcleo de Retaguarda e não temos dificuldade em dialogar com este serviço. (GF trabalhadores CAPS).

Algo que em muitos momentos incomoda a maioria de nós é a tensão com relação ao tempo da internação. Temos a impressão de que isto pode estar relacionado ao custeio do leito de internação por um X de tempo. Não temos clareza se isto é real, se o leito é pago por 15 ou 30 dias, mas o tensionamento do tempo aparece bastante nas organizações das altas [...]. Um de nós fica com a impressão de não ter mais um plano terapêutico, agora tem tempo... Sejam 15 dias no Ouro Verde, seja uma semana e meia no Núcleo de Retaguarda, fica a impressão de que ambos os serviços têm operado na lógica do tempo. [...](GF trabalhadores CAPS).

Parece-nos interessante que na fala de um dos trabalhadores, o tempo aparece relacionado à proximidade e participação, ou melhor, à corresponsabilização e coconstrução do PTS.

Um de nós reconhece que a questão do tempo de internação tem muito a ver com o quanto nós conseguimos transmitir o caso, pra que a internação não seja desvinculada do tratamento no CAPS, tanto a internação como a alta. Conseguir transmitir qual o objetivo dessa internação, o que nós queremos com ela, a que ponto a gente acha que tá legal para o usuário ter alta, como é que isso vai se engatilhar depois na continuidade do tratamento no CAPS [...](Quando conseguimos construir este dialogo é um pouco melhor. Muitas vezes é possível até prolongar o tempo de internação [...]. Por esse motivo, prefere-se a internação no Ouro Verde, porque no Núcleo de Retaguarda é um pouco mais difícil o diálogo. [...](GF trabalhadores CAPS)

A partir da experiência profissional de ter sido trabalhadora em ambos os serviços e a partir do que recolhemos nas narrativas produzidas por trabalhadores de ambos os tipos de serviços, identificamos que as noções de tempo são diferentes, como se fossem “dois tempos”, o tempo de fora e o tempo de dentro da enfermaria.

A Enfermaria de Saúde Mental do Ouro Verde foi construída dentro do contexto da reforma psiquiátrica, em que as internações externas ao CAPS devem ser feitas no Hospital Geral, no período mais breve possível para que o CAPS reassuma o cuidado o quanto antes. Temos uma média balizadora de 15 dias (período de financiamento do leito). Existe um mito de que tudo é meta, sendo que na realidade existe uma média. Mas não é a única direção do tratamento. O período da internação varia de acordo com o caso. Muitas vezes as internações passam de três semanas ou são até superiores há 30 dias. Percebemos que o atraso no inicio do compartilhamento do caso prejudica a construção de um projeto para internação. (GF trabalhadores Enfermaria de Saúde Mental).

Isso, quando pensamos apenas na comparação da perspectiva de tempo entre trabalhadores de diferentes serviços. Poderíamos ainda incluir as diferentes percepções da experiência do tempo e da duração da internação na expectativa dos

usuários, que muitas vezes, consideram longa a duração da internação na enfermaria.

Como alinhar os tempos? Que noções e modelos de acolhimento à crise estão implícitos na expectativa da internação longa e/ou na de uma internação curta ou ainda na internação que considera o tempo singular necessário para cada sujeito?

Essa pode ser uma boa discussão, na qual gostaríamos de retomar em estudos posteriores e específicos sobre o tema. Por ora, nos restringiremos a apresentar alguns dados quantitativos e demonstram a constatada diversidade de usos do tempo de internação no município de Campinas e região, que inclui o campo pesquisado.

As tabelas abaixo ilustram a média de permanência em dias entre as ESMHG e Hospitais Psiquiátricos

Hospital Geral		Média de Permanencia - dias
HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS		16,69
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS		17,90
HOSPITAL OURO VERDE DE CAMPINAS		14,54
Hospital Psiquiatrico		
INSTITUTO DE REABILITACAO E PREVENCAO EM SAUDE INDAIA		45,15
CLINICA ANTONIO LUIZ SAYAO ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO		42,50
SERVICO DE SAUDE DR CANDIDO FERREIRA CAMPINAS		54,04

*Tabela 3 - Fonte AIH, PMC, 2005 a 2011**

CAPS III	Media de Permanência
CAPS NOVO TEMPO	5,32
CAPS ESPERANÇA	10,6
CAPS TONINHO	9,28
CAPS ESTAÇÃO	8,8
CAPS DAVID CAPISTRANO	5,87
CAPS INTEGRAÇÃO	5,32

Tabela 4 - Fonte Serviço Saúde Candido, PMC, 2007 a 2011*

* Não foi encontrado no site da prefeitura informações a partir de 2011. Não foi autorizado a publicação de dados mais atualizados a tempo da publicação deste trabalho.

Como podemos verificar, existe uma diferença significativa na média de dias de internação entre hospital geral e o hospital psiquiátrico: a média de dias de internação é no mínimo três vezes menor nos Hospitais Gerais do que nos Hospitais Psiquiátricos.

Apesar do SSCF estar entre os Hospitais Psiquiátricos, é um local de internação que tem uma trajetória ligada à reforma psiquiátrica, possui equipes de referência voltadas para condução dos PTS, entre outros, mas ainda mantém um padrão de média de dias de internação superior aos outros dois hospitais citados, “não reformados”.

Tivemos contato com números mais atualizados a partir dos registros da Central Municipal de Regulação de Vagas, referentes ao período de 2012 à 2015, mas a autorização de publicação de tais dados foi concedida para a publicação até a publicação deste trabalho. Tais dados estarão presentes em artigo futuro, ainda em fase de finalização. Vale dizer que houve uma discreta redução na média de permanência nos últimos 4 anos.

O tempo de internação não deve ser um fator analisado isoladamente, mas chama-nos atenção, que num local que busca estar alinhado à RP, a média de permanência seja superior aos HP da região.

Com relação à média de permanência em CAPS III, observamos que é inferior a média das internações externas a estes CAPS. Três dos seis CAPS III possuem uma média de permanência por volta de cinco dias, enquanto os outros três possuem uma média de dias um pouco mais alta. Vale ressaltar que neste período (2006 – 2011) os três CAPS com uma média inferior de dias de permanência estavam sob gestão direta da prefeitura e os três CAPS com média superior sob gestão do SSCF.

Estas marcantes diferenças foram citadas nas narrativas dos trabalhadores onde ora a preferência de alguns CAPS é pela internação na ESMHG por serem

mais curtas, ao passo que para outros CAPS a preferencia é pelo SSCF, por desejarem uma internação mais longa.

A partir destes dados, algumas questões nos ocorrem:

Será que mesmo com uma internação prolongada as equipes conseguem sustentar um ativo compartilhamento co-responsável do PTS ao longo da internação?

Será que as noções de acolhimento à crise dos serviços estão relacionada ao tempo de permanência em leito noite?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A arte não está nem no artista, nem na obra, nem no espectador, mas na experiência, ou seja, no que acontece “entre” a obra e o espectador ou “entre” o espectador e a obra. Tudo acontece nesse “entre”.

Jorge Larrosa Bondía

Compreender como se dá a articulação do cuidado a partir do olhar dos trabalhadores da ESMHG e CAPS III de Campinas foi o ponto de partida deste trabalho. Ao longo de sua realização, fomos identificando que, além das características relacionadas ao processo de trabalho particular de cada equipe no acolhimento à crise, no compartilhamento do cuidado e nos modos de se relacionarem entre si, também surgiram questões relacionadas ao funcionamento da rede de Campinas na atenção à crise, no acolhimento e fluxo nas urgências e emergências, aspectos relacionados ao planejamento e gestão locais, distritais e municipal e das políticas de saúde/ saúde mental.

Esse funcionamento, inclui aspectos muito mais amplos do que aqueles que foram abordados a partir do nosso objeto de pesquisa, atravessando a atenção primária, especializada, e de alta complexidade, de outros setores para além da saúde. No entanto, nos debruçamos especificamente sobre o recorte da articulação do cuidado em saúde mental entre os Caps e as Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral (ESMHG).

Identificamos que, se por um lado a heterogeneidade dos modos dos CAPS e ESMHG acolher à crise e compartilhar os casos ilustra uma riqueza nas possibilidades de produzir cuidado, por outro lado o distanciamento entre os serviços produz uma dificuldade de compreensão do modelo de cuidado e a ausência de um fio condutor que alinhe o cuidado entre os serviços. Percebemos que há uma ausência de critérios consensuados para internação. A ausência de critérios em si não necessariamente pode ser avaliada como uma questão problemática, mas aponta para a importância da construção de consensos para a qualificação do fluxo da rede.

Consideramos que seria interessante, ou melhor, imprescindível, a criação de uma fórum permanente de interlocução não somente entre os gestores, mas com presença também dos trabalhadores para abertura de um tempo-espço onde seja possível:

- realizar compartilhamento das potências e fragilidades;
- promover trocas de experiências e esclarecimento de questões/entraves respeitando as singularidades de cada serviço;
- possibilitar a construção de alinhamentos e consensos no encaminhamento, articulação e compartilhamento dos PTS a fim de se evitar a reprodução de um estilo de internação manicomial;
- investir na interlocução direta entre equipe;
- traçar fluxos que facilitem a compreensão dos pontos de atenção.

Pensamos que um dos alinhamentos necessários ao compartilhamento corresponsável é um encaminhamento cuidadoso à Enfermaria de Saúde Mental, com participação da família em relação á internação, contendo já no encaminhamento um breve histórico do caso, justificativa da internação e profissionais de referência.

Sinalizamos ser interessante o contato entre os serviços logo na chegada do usuário a fim de conhecer melhor o caso, agendar uma discussão com os trabalhadores envolvidos (CAPS e outros pontos de atenção da rede), assim como com os familiares e rede suporte.

Nessa direção, seria interessante os gestores e apoiadores se aproximem das questões que emergem no processo da internação externa, acompanhando-a e intervindo nas dificuldades interinstitucionais, quando houver.

O material produzido nos evidencia que seria importante a instauração de uma interlocução sistemática entre gestores municipais e coordenadores da saúde mental com gestores dos serviços e responsáveis por eventuais convênios, para acompanhamento e avaliação do trabalho e alinhamento com as diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.

Sabemos que as práticas manicomiais não são exclusivas dos manicômios e hospitais psiquiátricos. Por isso acreditamos que seria importante um investimento em ações que, além do credenciamento dos LSMHG, contemplassem uma preparação/capacitação como uma estratégia de superar a lógica manicomial e asilar, transformar a lógica de cuidado.

A aprovação da lei de criação e implantação da RAPS foi um avanço na política de saúde mental do Brasil. Apesar disso, ela não considera o HP como um componente da RAPS mesmo que ele ainda exista e apresente um fechamento muito insipiente. Entendemos que isto foi realizado dentro da lógica da reforma psiquiátrica que coerentemente, considera que o HP não deva fazer parte da rede de cuidados e na expectativa de que os HP houvessem sido fechados.

Neste sentido, não havendo como negá-lo, como incluir o HP ainda existentes na RAPS para minimizar os impactos às vidas dos usuários de saúde mental que ainda são internados neste espaço?

Mesmo em nossas considerações finais, alguns outros questionamentos nos ocorrem, sinalizando que esse estudo ainda nos abre muitas outras possibilidades de produção de conhecimento, pois produz novas perguntas, tais como:

- Será que existe clareza nos serviços de saúde e seus trabalhadores que a implantação dos LSMHG não ocorreu para dar conta da demanda que historicamente era destinada aos HP?
- Como ampliar os horizontes de acolhimento à crise no território, na comunidade, não apenas nas UBS e CAPS, mas também a partir de um contexto hospitalar?

Apesar de haver uma preocupação com a implementação de ESMHG, percebemos um aumento pequeno das mesmas. As ESMHG poderiam ser um dispositivo estratégico nos municípios de pequeno porte que não contam com a presença de CAPS III no acolhimento à crise.

Outra questão importante é que as produções teóricas nesta temática ainda são muito escassas. Botega (2002), ao falar das interconsultas de psiquiatria no Hospital Geral, classifica os avanços das produções teóricas em três gerações. Ousaríamos dizer que as produções teóricas sobre ESMH, também podem ser

dividida em três gerações: a primeira relacionada ao avanços do saber psiquiátrico e a relevância da unidade da internação psiquiátrica no hospital geral; a segunda, relacionada a produções de núcleos de conhecimentos mais tradicionalmente relacionados ao hospital como núcleo médico e da enfermagem, assim como produções quantitativas de números de internação, tempo de internação, perfil diagnóstico e sociodemográfico; e a terceira geração, ainda com pouca publicação, relacionada à função da ESMHG em relação com a RAPS, processo de trabalho das ESMH e ESMHG, direitos dos usuários, saúde coletiva e políticas públicas.

Nosso estudo pretendeu engrossar o caldo da produção de conhecimento desta terceira geração de publicações, ainda insipientes.

Os resultados, apresentados a partir das narrativas da perspectiva dos trabalhadores, apontaram para um conjunto de potencialidades, de arranjos e dispositivos de gestão da clínica que a rede de Campinas construiu e que podem servir de referência para outros municípios.

Mesmo identificando que Campinas funciona historicamente como um modelo importante para outros municípios com rede de saúde mental pouco desenvolvidas, procuramos ao longo desse estudo, apresentar também suas fragilidades, seus pontos de conflito e insuficiências.

As potências e os limites encontrados no campo analisado nos deram subsídios para afirmar que a construção de um cuidado articulado e compartilhado efetivamente entre CAPS e Hospitais Gerais inclui à um só tempo investimentos na gestão, na clínica, na formação dos trabalhadores e na participação social de usuários e familiares.

Referências Bibliográficas

ALVES BRASIL, M.A. **A unidade psiquiátrica no hospital geral**. Rio de Janeiro, 1982. 143p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1982.

AMARANTE,P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. & TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

AYRES, J. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** jul/set., vol. 10, nº 3: 549-560, 2005.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. (Orgs.). **PESQUISA AVALIATIVA EM SAÚDE MENTAL: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.27-67.

BACHARACH L. L. **General hospital psychiatry: overview from a sociological perspective**. Am J Psychiatry.1981;138:7.

BONDÍA, J L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. in **Revista Brasileira da Educação**. No. 19, Jan/Fev/Mar/Abr, Rio de Janeiro: ANPED, 2002.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BOTEGA, N. J. org. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artemed Editora Ltda, 2002, 478 páginas. ISBN: 85-7307-897-9

BRAGA CAMPOS, F. C. B. **O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** 2000. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 808.** 2013.

_____. **PORTARIA Nº148.** 2012.

_____. **PORTARIA Nº 1615.** 2012.

_____. **PORTARIA Nº 706.** 2012.

_____. **PORTARIA Nº 3.088.** 2011.

_____. **PORTARIA Nº 1559.** 2008.

_____. **Portaria n.º 2391/GM.** 2002.

_____. **PORTARIA Nº 336/GM.** 2002.

_____. **PORTARIA Nº 224/ GM.** 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para Centros de Atenção.**

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10.** Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Centros de Atenção Psicossocial.** Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações pragmáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPINAS. Carta Campinas. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S., ONOCKO-CAMPOS, R. O.; Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. & ONOCKO CAMPOS, R. (orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, S.R. FERIGATO, S.H.; Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

CUNHA, GT. **A clínica ampliada na atenção primária**. São Paulo: Hucitec; 2005.

DELL 'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: _____. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

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**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p. 161-194.

DALGALARRONDO, P. BOTEGA, N. J. BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev. Saúde Pública** 2003; 37(5): 629-34 629.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks:Sage, 2005.

DE FREITAS, C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para a sua apropriação no contexto brasileiro. in E.M. Vasconcelos, A. Klein, C. De Freitas and

M.L. Fonseca (eds) Abordagens psicossociais: Vol II: **Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Huticec. 2008. pp. 142-170.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Leitos de Atenção Integral a Saúde Mental no HG: Configurações atuais e Novos desafios da Saúde Mental. *In*: Vasconcelos, E.M. (Org.) **Desafios Políticos da Reforma psiquiátrica**. – São Paulo: Hucitec, 2010.

DICIONÁRIO MICHAELIS. (Em: <<http://www.michaelis.com.br/>> Acesso em 05 de maio de 2015.

FERIGATO, S. H., ONOCKO CAMPOS, T. O., BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 2007. 31

FERIGATO, S. H., **CARTOGRAFIA DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE CAMPINAS: Produzindo redes de encontros**. Tese de Doutorado. Unicamp. CAMPINAS, SP [s.n.], 2013.

FEUERTEIN M. T. **Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade**. São Paulo: Paulinas; 1990.

DELGADO, Pedro Gabriel 'Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reformapsiquiátrica brasileira. **Cadernos Ipub**. Rio de Janeiro, 1997 no 6, pp. 9-19.

FIALHO, M. B, **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental** / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2014. 101 p.

FONTANA A & FREY JH. The Interview: From neutral Stance to Political Involvement. In: Denzin NK & Lincoln S. **Handbook of Qualitative Research**. 3^a ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2005.

FOUCAULT, M. **Historia de la locura en la época clásica**. México: Fondo de Cultura Económica, 1967.

FURTADO, J. P. Avaliação e Participação. In BRANDÃO, D; MARTINA, R.O. (Orgs) **Avaliação de Programas e Projetos**: temas brasileiros, São Paulo: Instituto Fonte e Fundação Itaú Social, 2011. No prelo.

FURTADO, J. P., MIRANDA, L., O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, IX, 3, 508-524 ano IX, n. 3, set/2006.

FURTADO JP. **A avaliação como dispositivo** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

FURTADO, J.P., ONOCKO CAMPOS, R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11): 2671-2680, nov, 2008.

_____ Pesquisa Avaliativa e Participativa em Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11):2671-2680, nov., 2008.

GADAMER, H. G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Trad. de FP Meurer. Petrópolis: Vozes; 1997.

GREENHILL, M. Psychiatric units in general hospitals: 1979. **Hospital and Community Psychiatry**, v.30, n.3, p.169-182, 1979.

GUBA E. G. LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUBA E. G., LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, Editora Unicamp. 2011.

HILDEBRANDT, L. M. A inserção da psiquiatria no Hospital Geral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 200.

KLEINMAN, A. **Rethinking Psychiatry: From cultural category to personal experience**. New York: Macmillan/The Free Press, 1988. 256 pp.

KAMBERELIS G, DIMITRIADIS G. Focus Groups. In: Denzin & Lincoln, 2005. In: Denzin NK e Lincoln YS. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage, 2005.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: Educ. (1998).

LARROBLA, C., BOTEGA, N. J. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2006, vol.40, n.6, pp. 1042-1048. Epub Oct. 27, 2006. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000010>. Acesso em: 10/10/2014.

LEHOUX P, LEVY R, RODRIGUE J. **Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de quatrième génération**. Ruptures 1995; 2:56-72.

LOURAU, R. **Implication et surimplication**. Revue du Mauss. 10, 110-120. 1990.

LOURAU, R. Implicação – Transdução. In: S. Altoé (Org). **Rene Lourau: analista Institucional em tempo integral**. pp 212- 223. São Paulo Hucitec, 2004.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial**: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. 2010. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MINAYO, M. C. S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In Onocko Campos R, et al. **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

MINOZZO , F.; COSTA, I. **Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise.** Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, set. 2013.

MIRANDA L. Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In Onocko CAMPOS R, et al. **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

MONCEAU, G. **Implicação, sobre implicação e implicação profissional.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 20, n. 1, p. 19-26., jan/jun. 2008.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura.** 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** 2002. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Campinas, SP: [s.n.], 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Metodologia de pesquisa em Políticas Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: FILICE DE BARROS, N; CECATTI, J.G., TURATO, E.R. (Orgs). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares.** Campinas, São Paulo. Unicamp.2005. p. 261-271.

_____ **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas.** In: CAMPOS, G. W. S. (org.). *Saúde paidéia.* São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. T, FURTADO, J.P.;. **Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental.** Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), v. XXIV, n.11, p. 2671-2680, Nov., 2008.

_____ **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai., 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001100022&lang=pt. Acessado em: 18/12/2012.

_____ A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, SP, v. VIII, p. 109-122, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R; FURTADO, J.P.; MIRANDA, L.; FERRER, A.L.; PASSOS, E.; GAMA, C.A.P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**/Journal of Public Health(São Paulo), v. 43, p. 16-22, 2009.

OLIVEIRA, P. R. M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

PAIM J. S. **Reforma sanitária brasileira: uma contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PATTON M. Q. **Utilization-focused evaluation.** Beverly Hills: Sage Publications; 1997.

PAULON, S. M., et al **O Tempo, o Invisível e o Julgamento: Notas sobre Acolhimento à Crise em Saúde Mental em Emergências de Hospitais Gerais.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. : il. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5)

ROMAGNOLI, R. C. “**O conceito de implicação e a pesquisa intervenção institucionalista.**” *Psicologia e Sociedade*. 26(1), 44-52. 20 14.

SAMPAIO, A.P. **Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino.** *Neurobiologia*, v.19, n.1, p.72-82, 1956.

SÃO PAULO. <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/assistencia-farmacologica/prevencao-da-infeccao-pelo-virus-sincicial-respiratorio/departamento-regional-de-saude-vii-campinas>>. Acesso em 23 ago. 2015.

SURJUS, L.T. **Narrativas políticas:** o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas. 2007. Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas , Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007.

SURJUS, L.T.L.S., ONOCKO CAMPOS, R.T. Deficiência Intelectual e Saúde Mental. **Rev. Saúde Pública** 2014; 48(3):532-540.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ARTICULAÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES DE CAPS E DE ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

Responsável pela pesquisa: Michelle Chanchetti Silva
Número do CAAE: 39703514.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa tem como objeto a articulação do cuidado em rede das pessoas em situação de internação em Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral (HG). Temos como objetivo compreender como se dá a construção do cuidado em rede, a usuários da Saúde Mental internados em enfermaria, a partir da perspectiva de trabalhadores. Serão incluídos nesta pesquisa trabalhadores de saúde dos CAPS-III de Campinas e da Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi de Campinas (CHPEO), voluntários, com mais de 18 anos, e mais de seis meses de inserção nos referidos serviços. Serão excluídos da pesquisa trabalhadores com idade inferior a 18 anos, com tempo de trabalhos nos referidos serviços inferior a seis meses e que se recusem a assinar o TCLE.

Serão objetivos específicos desta pesquisa:

- 1- Identificar quais as estratégias utilizadas pelos serviços supracitados para compartilhamento dos casos entre CAPS e Enfermaria de Saúde Mental;
- 2- Identificar aspectos favoráveis e desfavoráveis deste acompanhamento, do ponto de vista dos trabalhadores;
- 3- Analisar critérios de encaminhamento dos casos entre estes dois serviços;
- 4- Identificar quais as concepções de crise presentes nos discursos dos trabalhadores investigados.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de Grupos Focais, com os sujeitos da pesquisa, com duração de uma hora e meia. Esta etapa da pesquisa será realizada no primeiro semestre de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, no contexto da pesquisa de mestrado que se encerra até fevereiro de 2016. O grupo com os trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental do CHPEO será realizado na própria instituição. O grupo com trabalhadores dos CAPS III será realizado Unicamp Campinas (Faculdade de Ciências Médicas).

Esses grupos serão conduzidos por 02 pessoas: um coordenador, que irá apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes e um observador responsável por anotações das falas. Esses grupos serão áudio-gravados e transcritos para subsidiar sua análise posterior e para a produção de dados.

Serão realizados três encontros no total, com frequência prioritariamente quinzenal. Nos dois primeiros encontros será realizado o Grupo Focal. Estes encontros serão audiogravados, transcritos e transformados em narrativas e apresentadas ao grupo para sua validação. Ao término da pesquisa será realizado o terceiro encontro para devolutiva dos resultados pesquisa aos participantes.

É compromisso do pesquisador assegurar o ressarcimento de custos aos participantes incluindo fornecimento de alimentação e o pagamento de uma diária de sete reais, valor referente a duas passagens de transporte público, ou equivalente, para gastos com deslocamento (cabe ressaltar que com cada bilhete de transporte pode-se fazer mais de um trecho). Além disso, assegura-se o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos. Nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham qualquer tipo de prejuízo. O pesquisador compromete-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Não há riscos previsíveis para esta pesquisa, no entanto a pesquisadora ficará a disposição para maiores esclarecimentos e suporte em caso de algum descontentamento e/ou mal estar em relação ao processo de participação na pesquisa.

Por ser uma pesquisa que conta com os próprios atores do trabalho cotidiano na produção de dados, espera-se, além da construção de conhecimento a partir da experiência, que possa gerar efeitos benéficos na assistência em saúde mental. Pretende contribuir para o SUS na medida em que propicia reflexões sobre diminuição da fragmentação da rede de atenção em saúde mental e sobre o impacto que a relação entre os serviços pode ter no cuidado com o usuário – em especial no momento da internação em saúde mental, momento de maior fragilidade psíquica dos sujeitos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Michelle Chanchetti Silva, pelo telefone (19) 981815539 ou email michanchetti@hotmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do pesquisador)

ANEXO 2**Dados dos participantes****Nº do participante:** _____**Formação Profissional:**
_____**Serviço em que está inserido:**
_____**Região de abrangência:**
_____**Nº usuários inseridos no serviço:**
_____**Nº leitos** _____**Tempo de trabalho neste serviço:** _____**Reuniões de mini-equipe - Não () Sim (), frequência:** _____**Reuniões de equipe - Não () Sim (), frequência:** _____**Supervisão - Não () Sim (), frequência:** _____**Trabalha com a lógica do profissional de referência?****Não () Sim ()**

ANEXO 3

GUIA PARA GRUPO FOCAL

1. Sobre o encaminhamento à Enfermaria de Saúde Mental

- 1.1 Em quais situações tem sido solicitado a internação externa ao CAPS? (caso apareça “crise” explorar o que nomeiam por crise)
- 1.2. Existem critérios pactuados em equipe para o encaminhamento a Enfermaria de Saúde Mental?
- 1.3. A internação faz parte de um PTS?
- 1.4. Como você percebe a participação dos usuários na escolha da internação? E de seus familiares/rede de suporte?
- 1.5. O usuário é avaliado no dia da realização do pedido de vaga de internação? Por quem?
- 1.6. Como é realizada a transferência do usuário para a Enfermaria de Saúde Mental?
- 1.7. A diretriz norteadora dos processos de internação em enfermarias de saúde mental é de conhecimento da equipe que vocês participam?

2. Sobre o período da internação

- 2.1. Existem estratégias para possibilitar o compartilhamento dos casos ou construção conjunta de PTS? Quais são elas?
- 2.2. São realizados visitas ou atendimentos conjuntos por parte dos trabalhadores da rede de CAPS?
- 2.3. Como acontece a comunicação entre as equipes responsáveis pelo caso?
- 2.4. Quais os aspectos favoráveis e desfavoráveis ao acompanhamento em rede dos casos internados na Enfermaria de Saúde Mental?
- 2.5. Como a articulação com os Caps acontece em casos de internação compulsória?

3. Transferência do cuidado para o CAPS

- 3.1 Como são construídos os critérios de alta/transferência da enfermaria?
- 3.2 Quem participa da construção da transferência do usuário para os CAPS? Como

é feita?

- 3.3 Quais as dificuldades da transferência do cuidado da enfermagem para os CAPS?
- 3.4 Quais são as práticas ou arranjos que vocês acreditam que fortalecem a relação entre a Enfermagem de Saúde Mental e os CAPS III?
- 3.5 Tem alguma questão que eu não perguntei que você considera interessante e queira comentar?
- 3.6 Qual a expectativa que você tem em relação esta pesquisa? Como acredita que ela possa contribuir para o processo de fortalecimento da rede?

ANEXO 4

Narrativa trabalhadores de CAPS III

Data primeiro grupo focal: 06/03/2015

Validação da narrativa: 17/04/2015

Local: Depto de Saúde Coletiva – Unicamp Campinas

Coordenação Thiago LarasTrapé

Observadora: Michelle Chanchetti Silva

Conversando sobre a internação em leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, concordamos em que usamos o leito externo em situações extremas, quando há pouca continência familiar, quando esgotados os recursos terapêuticos do CAPS, quando as estratégias de cuidado foram fracassadas. Quando o fazemos, procuramos discutir em equipe, alguns de nós inclusive, pauta a internação em reunião de equipe e nem sempre a internação é lisa para a equipe, nem sempre é consenso a necessidade da internação. Em outros CAPS discute-se a necessidade de internação externa na passagem de plantão.

Geralmente o pedido de internação está relacionado a comorbidades clínicas ou de uso de substância, fugas do leito e risco no território, episódios de agitação, auto e heteroagressividade importantes.

Alguns de nós pensamos ser importante considerar também a composição do leito-noite para o acolhimento do usuário – tomar cuidado com a predominância de gênero ou quadros psíquicos que podem dificultar a permanência no mesmo espaço (exemplo um paranoico e outro em uma crise maníaca com agressividade; ou uma mulher em meio a vários homens), a partir disto faz-se avaliação da necessidade de internação fora do CAPS.

No caso de uso de substância associada a outra questão psiquiátrica, a proximidade com o território facilita o acesso ao tráfico e acaba ficando muito mais difícil sustentar o leito, tanto pelo consumo quanto por possíveis ameaças do tráfico, e aí nem sempre damos conta de sustentar o leito-noite. Em alguns dos CAPS, notamos uma crescente no número de usuários que, além da psicose, fazem o uso de substância, e as internações com este perfil tem sido mais frequentes. Em outros, esta demanda não tem aparecido tanto. Às vezes, o CAPS, por conta da fissura do usuário ou da abstinência, tem que avaliar se vai conseguir segurar o usuário ou não, se a internação é necessária para desintoxicação e promoção de abstinência mesmo. Para alguns de nós, as crises para as quais mais se solicita internação no Hospital Geral são as que incluem uso de substância, ao passo que para outros são as crises psicóticas

Há momentos em que o próprio usuário solicita uma internação externa, talvez por identificar que em alguns momentos o serviço não tem pernas para lidar com sua demanda, e ele mesmo pede um lugar mais fechado.

Alguns de nós acreditamos ser importante a equipe refletir se o pedido da internação não é para a gente se ver livre, entre aspas, da situação da crise daquele sujeito, se pode ser por uma questão subjetiva da equipe, mais ligada ao peso de cuidar da crise do que ao caso propriamente dito.

Um de nós sinaliza que a falta de médico nos serviços também dificulta o manejo das crises e intoxicações por uso de SPAs.

A maioria das internações em Hospital Geral são pedidas pelo CAPS, até porque muitos dos casos de Centro de Saúde são discutidos no apoio matricial. O CAPS vai avaliar com o CS, e caso haja necessidade de leito externo o CAPS faz o contato com a Central de Vagas. Mas isto não acontece em todos os distritos de saúde: um de nós compartilha a experiência de não ter uma boa relação com o CS, o que dificulta o apoio matricial, as parcerias de cuidado e resulta em internações sem discussão com o CAPS.

As internações compulsórias também são bastante raras.

O pedido de vagas é feito Via Central de Vagas, onde há um regulador que avalia os pedidos. Passamos um fax, contendo quem está solicitando a vaga, dados do usuário, motivo da internação, hipótese diagnóstica e medicação em uso e fazemos contato telefônico para discutir o caso. Concordamos em que o regulador tem um papel importante e avaliamos ser um facilitador deste processo de trabalho o fato dele já ter experiência como trabalhador da rede de saúde mental e estar interessado em discutir os casos. Isto também contribui para identificar qual o tipo de internação trará mais benefício para aquele usuário, dentre as opções de vagas Ouro Verde (Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral) e Núcleo de Retaguarda (Internação Psiquiátrica). Este é o regulador bacana, que trabalha junto. Mas não é sempre que temos este tipo de regulador. Muitas vezes o regulador não tem compreensão das especificidades de cada serviço e, como não procura discutir o caso com os serviços, tem pouca informação para fazer a seleção das vagas de internação.

Dois de nós preferimos internação no Ouro Verde por ser mais próximo do território e pensarmos que é importante acompanhar de perto o período da internação, planejar junto os casos. A proximidade do território também facilita para a família visitar. É importante acompanhar o caso até para fazer a avaliação de alta conjunta e tencionar, caso necessário prolongar internação um pouco mais. Para nós dois, a relação com o Núcleo de Retaguarda é mais difícil, e é mais complicado a gente acompanhar e ir até lá para discutir o caso.

Outro de nós aponta que o CAPS em que trabalha prefere a internação do Ouro Verde, por ser mais curta do que no Núcleo de Retaguarda, onde a internação é muito longa.

Poucos de nós acreditam que por vezes é importante uma internação mais longa, e por isso entendemos ser importante o espaço do Núcleo de Retaguarda e não temos dificuldade em dialogar com este serviço.

Algo que ajuda nas discussões sobre a necessidade de internação ou na dúvida sobre qual seria o melhor manejo para aquele usuário é conseguir ter um olhar mais ampliado da equipe sobre o caso, a partir do olhar de diferentes profissionais da equipe. O rodízio da equipe para fazer o cuidado no leito pode facilitar a aproximação de diversos profissionais do caso e qualificar a discussão. Em um dos CAPS este rodízio acontece inclusive à noite e isto favorece um olhar mais apurado sobre a dinâmica do usuário e o sentido do leito noite.

Normalmente conversamos sobre a internação com o usuário e achamos importante também envolver a família nesta discussão, para não ser uma decisão vertical e imposta. Em alguns momentos isto é tranquilo, mas nem sempre o usuário concorda e nestas situações contamos com parceria da família, vizinhos e situações de maior agitação e heteroagressividade, com a presença do SAMU e da guarda.

Acreditamos que a internação tem que fazer parte do PTS, temos que fazer um esforço para acompanhar de perto a internação e ficar o mais presente possível, mas isto não é fácil. Tem momentos que não temos pernas devido ao excesso de demandas dos serviços. É uma construção de PTS em rede! Um de nós acredita que a internação externa não deveria fazer parte do PTS a priori, que deveríamos contar somente com os recursos de acolhimento no CAPS, considerando que somos CAPSIII.

Alguns de nós acreditamos que a internação de quem faz uso de substância é mais fácil de ser pactuada com o usuário por estar mais organizado psiquicamente; isto facilita fazer o contrato de internação com ele. Em outra equipe, percebemos que a internação do psicótico é mais fácil para a equipe lidar, apesar de todo o trabalho. Já nas internações de usuários com uso de substância, a equipe racha mais, há muitas controvérsias.

Consideramos importante a proximidade no momento da internação para construir com a equipe do Ouro Verde, mas é difícil! Num dos CAPS, temos bastante dificuldade de visitar por conta da distância territorial. Em alguns momentos temos que acompanhar o caso por telefone.

Em um dos CAPS o plantonista tem a função de ligar para os serviços em que temos usuários em internação externa, para ter informações de como o usuário está e daí,

passamos a informação na passagem de plantão, tentando manter assim um contato diário com os usuários que estão em leito externo, assim como os que estão em leito-noite no próprio CAPS.

Geralmente é a equipe de referência do caso no CAPS que fica mais à frente para compartilhar o caso com a equipe da internação.

Anteriormente, conseguíamos conversar mais como Ouro Verde, era mais organizado. Percebemos que anteriormente a equipe de referência da internação tinha um esforço maior em fazer contato com os CAPS, convidar para visita e discussão de caso com as referências. Hoje isto fica mais a cargo da equipe do CAPS. Nós temos que ir para acompanhar e discutir e talvez encontrar-se com a referência para isto. Um facilitador neste período em que a comunicação/relação com o “Ouro Verde” era melhor, era o fato de ter em sua equipe trabalhadores que também trabalhavam nos CAPS, tinham compreensão do funcionamento do CAPS, e faziam/eram uma ponte com a internação. Acreditamos que isto esteja diretamente relacionado à diminuição significativa da equipe multiprofissional, e eram estes profissionais que basicamente faziam a função de referência, faziam contato com os serviços, organizavam o cuidado e não faziam o cuidado tipicamente médico, isto ajudava na conversa com a rede.

A maioria de nós pensa que diminuição da equipe ocorreu nos dois espaços de internação, com a diferença que no Núcleo de Retaguarda isto está mais atrelado à um projeto de fechamento de leito psiquiátrico, e no Ouro Verde, a uma decisão institucional não relacionada ao cuidado dos usuários.

Algo que em muitos momentos incomoda a maioria de nós é a tensão com relação ao tempo da internação. Temos a impressão de que isto pode estar relacionado ao custeio do leito de internação por um X de tempo. Não temos clareza se isto é real, se o leito é pago por 15 ou 30 dias, mas o tensionamento do tempo aparece bastante nas organizações das altas.

Um de nós fica com a impressão de não ter mais um plano terapêutico, agora tem tempo... Sejam 15 dias no Ouro Verde, seja uma semana e meia no Núcleo de Retaguarda, fica a impressão de que ambos os serviços têm operado na lógica do tempo.

Um de nós reconhece que a questão do tempo de internação tem muito a ver com o quanto nós conseguimos transmitir o caso, pra que a internação não seja desvinculada do tratamento no CAPS, tanto a internação como a alta. Conseguir transmitir qual o objetivo dessa internação, o que nós queremos com ela, a que ponto a gente acha que tá legal para o usuário ter alta, como é que isso vai se engatilhar depois na continuidade do tratamento no CAPS [...].

Por esse motivo, prefere-se a internação no Ouro Verde, porque no Núcleo de Retaguarda é um pouco mais difícil o diálogo. Quando conseguimos construir este

dialogo é um pouco melhor. Muitas vezes é possível até prolongar o tempo de internação

Apesar de não ser um consenso, alguns de nós colocamos que não tem se observado que a equipe do Hospital atualmente não tem entrado em contato para pensar o caso junto, construir a alta junto. Ligam quase na data da alta, para passar o dia da alta, com pouca possibilidade de negociação. Um de nós coloca que o olhar de quem acompanha o caso a longo tempo não é compreendido/considerado. Nestas situações a avaliação que a enfermaria faz fica muito descolada de todo o resto do histórico de tratamento, do histórico de vida daquele usuário. Em alguns casos o que acontece é uma reinternação externa do usuário (recentemente isto aconteceu mesmo as referências estando próximas durante todo período da internação).

Dois de nós pensamos que, ao lidar com isto, pode-se pensar estratégias, insistir na discussão, marcar uma supervisão, tentar construir... Também, é importante avaliar quais são os nós dos nossos CAPS na construção de casos com a enfermaria.

Não queremos deixar de dialogar com o Ouro Verde, não é uma desistência na verdade, mas é tentar olhar pra essa enfermaria e ver como eles estão funcionando: é o articulador de rede? É possível a esta enfermaria fazer articulação de rede? Talvez não, não sabemos... Alguns de nós temos duvidas se eles tem compreendido o trabalho de um CAPS e nós também estamos com dúvidas sobre o trabalho desta enfermaria. Um de nós relembra que ainda somos seis CAPS e que cada um tem um jeito de funcionar, muitas vezes bem diferentes entre si.

A maioria de nós concorda que a enfermaria não tem conseguido estar tão próxima dos casos neste momento. Mas nos lembramos de situações exitosas de compartilhamentos de caso, às vezes graves, com presença inclusive de familiares e demais parceiros da rede.

Inclusive de casos, em que não tivemos pernas para ir lá, e fomos acompanhando a equipe desde o início por telefone mesmo, o que qualificou a discussão.

Um de nós recorda que houve um momento que a própria enfermaria tinha uma estratégia de acompanhar os casos após a alta. Uma assistente social ligava para os serviços, querendo saber dos pacientes que tinham ficado internados, se foram ao CAPS, se continuaram o tratamento e alguns outros dados... Não sabemos se era um procedimento deles, mas era bem interessante isto, poder dar uma devolutiva pra enfermaria.

Além das questões relacionadas mais especificamente com a internação na enfermaria, conversamos sobre questões da rede de saúde, em que os usuários da saúde mental são estigmatizados na atenção básica, questões políticas, e sucateamento e desmonte da rede de saúde de Campinas.

Vemos que estamos cada vez mais engolidos pela demanda, com muita gente pra acompanhar, cuidando cada vez de mais casos, com cada vez menos tempo para se dedicar com qualidade a cada caso.

Muita coisa mudou na rede, as equipes sobrecarregam-se e tem que dar conta de tudo. A gente sabe que o buraco é mais em baixo.

Se a rede funcionasse, se houvesse mais parcerias com PAs, SAMU e até com CS, muitas internações seriam evitadas. O CS muitas vezes tem resistências em lidar com o usuário da saúde mental.

Ter serviço de internação territorializado ajuda muito. Um de nós, cujo CAPS fica próximo à PUCC, lembra-se de parceria interessante no cuidado em casos que precisava de uma (re)avaliação médica, leito-noite no PS de psiquiatria de lá quando era insustentável a permanência em leito-noite do CAPS.

Quando o SAMU é parceiro também é potente. Isto acontece quando consegue compreender o caso, faz a busca do usuário e o levam até o leito, dão orientações de manejo medicamentoso via telefone. Em alguns momentos conseguimos até avaliações presenciais do SAMU. Isto evita que a situação chegue ao limite da internação. Mas não é sempre que isto acontece, depende muito do plantonista

Sobre a questão do fechamento dos leitos do Núcleo de Retaguarda e reorganização da rede de cuidados.

Um de nós compartilha a dificuldade em não ter médico no CAPS em que trabalha, e como isto fica prejudicado o manejo das crises, em especial nos momentos de maior agitação. Muitas vezes acabam realizando internação por não conseguirem manejar o cuidado no leito. Em algumas situações são feitas parcerias pontuais com o SAMU e os PAs, mas em longo prazo é mais complicado. No entanto compreende porque da não existência do Núcleo de Retaguarda: o usuário da saúde mental poder ser tratado como outro usuário da saúde que necessita de tratamento hospitalar. Ele pode estar no Hospital Geral sem ser discriminado, não precisa ser tratado num lugar específico para ele. Mas temos que pensar como faremos com estas questões na prática, como fazemos com um CAPS que não tem médico?

Para outro de nós, o fechamento do Núcleo de Retaguarda é algo muito complexo, avalia que não é possível fechar o núcleo de retaguarda sem antes algumas mudanças. Por exemplo, o serviço em que eu trabalho está num distrito sanitário de saúde só tem um CAPS III, não temos centro de convivência, CAPSi ou CAPS ad , para sustentar a não internação, num distrito bastante conservador que defende a internação. A rede é restrita. Como podemos lidar com o fechamento de leitos de um local que de algum modo compõem a nossa rede de cuidados sem termos um

amparo territorial, tanto de outros equipamentos quanto do distrito bancar a saúde mental com a gente, fortalecer o apoio matricial? Isso seria importante para que o fechamento fosse mais tranquilo para os serviços.

Outro ainda coloca que apesar desta discussão política estar muito presente, pouco se vê de mudança nas atitudes dos trabalhadores no cotidiano dos serviços. Não sei se isto acontece por uma dificuldade de encarar o desmonte da instituição e a sensação de instabilidade do SSCF com o projeto da saúde mental de Campinas. Tem havido um impacto direto nos trabalhadores no que se refere ao investimento nos projetos do CAPS e nos usuários com todo este clima de instabilidade. É como se a gente criasse uma mecanismo de defesa e nos distanciamos deste tema que sabemos que está rolando, para continuar a labuta diária. Senão fica muito difícil.

Outro também coloca que muito do ser difícil é que não existe nenhuma outra proposta política consistente para rede: fala-se na abertura de mais CAPS III – como no distrito SUL- mas isto não se efetiva, não existe nenhuma previsão de abertura de mais leitos de saúde mental em hospital geral como no hospital Mario Gatti ou em outro serviço. O Ouro Verde está numa situação política ruim, não se sabe se mantém o convênio com a SPDM ou se entra outra prestadora de serviço... Concorda que o fechamento do leito no Núcleo de Retaguarda é importante pois é um modelo de cuidado que está ultrapassado, mas não se tem uma proposta para fortalecer o cuidado no território. Fica a impressão que é um desinvestimento, algo para aliviar custos mais do que um projeto para de investimento de política de saúde mental.

Estamos num momento muito instável, não sabemos o que acontecerá conosco, não sabemos como serão os contratos com as OSs...

ANEXO 5

Narrativa Trabalhadores da Enfermaria de Saúde Mental “Ouro Verde”

Data primeiro grupo focal: 23/02/2015

Validação dos trabalhadores: 08/06/2015

Local: Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi

Coordenação Thiago LarasTrapé

Observadora: Michelle Chanchetti Silva

Conversando sobre o fluxo de encaminhamento para a Enfermaria de Saúde Mental do Ouro Verde, concordamos que este acontece mediante a avaliação da regulação de vagas do Município. Enviamos diariamente o número de vagas disponíveis para internação (nº de vagas femininas, masculinas e criança/adolescentes) à Central de Regulação, que faz a avaliação dos pedidos, tanto para nós quanto para o Núcleo de Retaguarda. O regulador recebe pedidos de vaga da rede inteira: Pronto Socorro (PS), CAPS, Centro de Saúde (CS) e até de Pronto Atendimento (PA). Concordamos em que a função do regulador é muito importante para uma avaliação mais criteriosa. Percebemos que quando o regulador é psiquiatra e já trabalhou na rede, a avaliação é qualificada, ao contrario do que acontece quando é um medico clínico. A função do regulador é delicada, pois eles não estão vendo o usuário e contam com a avaliação dos serviços. Por isto, é importante fazer uma discussão com o serviço, ter o maior número de informações possíveis sobre os casos e conseguir fazer uma seleção a mais criteriosa possível. Muitas vezes estes trabalham como um mero operador de fotocópia, repassando as vagas sem avaliação ou ainda querem que nós façamos a função da regulação. Muitos deles nem sabem qual é o trabalho de um CAPS ou da Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral. Temos tentado mudar isto, inclusive realizamos recentemente uma discussão com a regulação de vagas a fim de, melhorar tais questões.

A enfermaria recebe usuários com quadro de agitação mais grave, risco no território e fugas constantes do leito-noite, promoção de abstinência/síndrome de abstinência e comorbidades clínicas, em sua maioria. Temos a impressão de que os critérios para internação não são tão claros entre os serviços, muitas vezes realizamos internação não pela “crise” do usuário em si, mas por fragilidades dos CAPS ou das famílias.

Concordamos em que esta enfermaria é um local de acolhimento à crises que não puderam ser cuidadas no território e quando todos os outros recursos territoriais

foram esgotados Entendemos a crise como uma situação de sofrimento intenso, mas é um conceito amplo que envolve questões familiares e sociais e por vezes clínicas. É consenso que estar em crise não deveria ser um critério em si, pois a crise também pode ser cuidada no CAPS e a internação deveria ser feita quando os recursos territoriais fossem esgotados, considerando-se cada sujeito.

Pensamos também que, quando se necessita de uma internação, o serviço deve continuar participante no cuidado, o sujeito continua sendo referência do CAPS durante a internação.

Observamos que atualmente os pedidos de internação têm sido feitos em sua maioria pelo PS. Quando realizados pelos CAPS, os pedidos são mais pertinentes, pois os serviços conhecem os casos, estão mais apropriados para avaliarem a necessidade de internação e conseguem dizer quais as estratégias que já foram tentadas, os objetivos da internação; conhecem a história de vida e processo de adoecimento do sujeito e sua dinâmica familiar: uma avaliação técnica de acordo com o caso clínico. Já quando a solicitação de vagas vem do PS, onde o profissional não conhece o sujeito e possibilidades de cuidado no território, não sabe da continência familiar, ele acaba vendo a internação como único recurso possível. Observamos um imediatismo exagerado em resolver os casos, o que faz com que casos que poderiam ser cuidados pelo CAPS após uma discussão, sejam encaminhados direto para a Enfermaria de Saúde Mental.

Considerando a importância de uma avaliação técnica mais qualificada, foi feito um acordo municipal em que somente os PSs poderiam solicitar o pedido de internação de vaga psiquiátrica, pois estes contam com presença de psiquiatra, e os PAs devem solicitar a avaliação dos psiquiatras nos PSs para que seja feito o pedido de internação junto a central de vagas. No entanto, isto não tem sido cumprido e tem havido encaminhamento de PAs sem avaliação de psiquiatra. Quando isto acontece fazemos uma notificação junto à secretaria, a fim de discutir e qualificar o fluxo. Recebemos ainda pedidos de internação compulsória, que na maioria das vezes não passam pelo CAPS e neste caso mantemos a mesma conduta: avaliamos, internamos e fazemos a transferência de cuidados para o CAPS quando necessário. A diferença é que temos que avisar/notificar (Vara da Infância, por exemplo).

Pensamos que a internação deveria ser parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, mas isso ora acontece, ora não. Percebemos que quando a internação faz parte do PTS e conseguimos compor o cuidado junto com a equipe de referência do território, a internação faz sentido. Inclusive avaliamos importante a participação do usuário, em alguma medida, no processo da internação. Não achamos que isto seja algo raro de acontecer, mas não são todos os CAPS que o fazem. Não sabemos por onde isto passa. Alguns de nós interrogamos se isto pode estar relacionado com uma sensação de “não conseguimos dar conta”, mas percebemos que para alguns CAPS dizer da internação parece mais difícil. Em algumas situações, a incumbência da notícia da internação fica a cargo da equipe da

Enfermaria de Saúde Mental, no momento da internação. Alguns esclarecimentos sobre a internação são importantes de serem feitos antes da chegada do usuário: falar como é a internação e as restrições institucionais (restrição de espaço, impossibilidade de fumar, etc.).

Para a realização da internação, o usuário deve vir acompanhado por algum familiar, alguém de sua rede ou até algum profissional do CAPS. Podem vir com o auxílio do SAMU, em alguns casos. Deve chegar até às 17h para que seja feita uma primeira entrevista com a família e com a equipe que o irá acompanhar durante o período da internação. Esta conversa é realizada geralmente com o usuário, o acompanhante, o médico psiquiatra, enfermeiro e algum profissional da equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo ou terapeuta ocupacional). Consideramos importante este primeiro encontro, e a restrição do horário se dá pela ausência de equipe multiprofissional e médico psiquiatra após as 19h.

A equipe se divide em duas miniequipes e cada usuário tem um profissional de referência para ficar mais próximo do caso e fazer as articulações necessárias. As duas miniequipes atendem todo território da cidade, numa organização diferente da dos CAPS (equipes para áreas adscritas). No entanto, neste momento a equipe está mais defasada – houve uma diminuição da equipe multiprofissional em 50% sem previsão de contratação - e tem sido difícil sustentar este arranjo de referência. Muitas vezes não conseguimos fazer o papel de referência que entre outras coisas é estar próximo do usuário e sua família, poder atendê-los de fato. Temos enfrentado dificuldades com o fato da enfermaria ter 20 leitos e a equipe estar com RH tão diminuído. Não conseguimos mais fazer um trabalho como antes, como o planejado e como consideramos interessante. Temos feito um trabalho mais pontual, mais focal na crise, menos aprofundado, menos articulador. Um de nós acredita que isto foi um prejuízo para enfermaria, e muitas vezes não chegamos nem conhecer a história do usuário que ficou na enfermaria. Isto não acontecia antes, acontece agora pelo desfalque da equipe e consequente mudança no processo de trabalho, menos investimento nos espaços de cuidado e grupos terapêuticos, diminuição dos atendimentos individuais, se aproximar do fato como referência. Quando a equipe não estava tão defasada, nós íamos aos serviços para discutir o caso com a equipe de referência do território. O que acontece é que os usuários internados acabam tendo mais atendimento médico dos residentes de psiquiatria. Existe uma promessa da instituição de fazer a reposição da equipe multiprofissional, mas isto não se concretizou nem thá uma previsão para se concretizar.

Percebemos que os CAPS são muito heterogêneos com relação ao compartilhamento do caso no período da internação. Nossa ideia para iniciar o compartilhamento do cuidado é fazer um contato com o CAPS de referência, caso o usuário já seja inserido em algum, logo no início da internação para que consigamos ter mais informações sobre os objetivos da internação, processo de adoecimento, momento atual do adoecimento, rede de suporte, histórico de tratamento e outros

para construção com o serviço de um projeto para o período da internação, assim como a tentativa de agendamento da primeira visita para discussão do caso.

Tem CAPS que é presente: interna e vem junto, é próximo, como o David e o Novo Tempo. Com outros CAPS não conseguimos sequer contato telefônico como o Esperança e o Estação. A proximidade territorial pode contribuir para tal participação, mas não é o único diferencial. Pensamos que também tem questões ideológicas de modelos de cuidado diferentes entre os CAPS. O contato é facilitado, quando o serviço tem uma postura de responsabilização pelo caso, quando a internação é parte de um processo, como uma extensão do CAPS, um leito externo e por isso os trabalhadores devem estar presentes. Quando não conseguimos nenhum tipo de contato com o CAPS, solicitamos a ajuda do Apoio Distrital. Percebemos também que conhecer o trabalhador com quem você está discutindo o caso contribui para o compartilhamento dos casos.

Avaliamos que um modo interessante de fazer o compartilhamento dos casos seria visitas frequentes, investimento conjunto no caso e confiança na avaliação que está sendo feita pela equipe que o acompanha no momento da internação.

Algo que também consideramos importante é a participação da família desde o início da internação quanto durante o período da internação e transferência de cuidado. No momento da internação, é importante sua participação tanto para obtenção de informações como para o acolhimento desta família. Percebemos que a participação da família/rede de cuidado é importante para a composição do cuidado e construção do projeto terapêutico, podemos compreender como é o cuidado com o usuário, temos a possibilidade de cuidar da relação da família com o CAPS e com o usuário e ter um olhar para como o adoecimento causa impacto na dinâmica da família

No início da implantação da Enfermaria de Saúde Mental, fizemos um trabalho de circular pelos CAPS e apresentar o projeto para compor nosso trabalho com a rede. Isto foi algo que teve impacto positivo na articulação do cuidado, no entanto a rede mudou bastante de lá para cá, muitos profissionais que estavam no serviço naquele período não estão mais. Alguns de nós percebemos que houve um período em que os profissionais da Enfermaria se organizavam e rodiziavam na participação dos fóruns/reuniões sobre saúde mental em cada distrito de saúde/região da rede de saúde. Atualmente por conta da redução de RH nesta enfermaria, temos estado pouco nestes espaços de gestão do cuidado com a rede. Isto é importante porque podemos levar um pouco do nosso olhar, para os serviços terem clareza do que esperar da gente. Recentemente, a cogeradora desta enfermaria tem tentado participar dos fóruns da rede para garantir a representação desta enfermaria.

A Enfermaria de Saúde Mental do Ouro Verde foi construída dentro do contexto da reforma psiquiátrica, em que as internações externas ao CAPS devem ser feitas no Hospital Geral, no período mais breve possível para que o CAPS reassuma o

cuidado o quanto antes. Temos uma média balizadora de 15 dias (período de financiamento do leito). Existe um mito de que tudo é meta, sendo que na realidade existe uma média. Mas não é a única direção do tratamento. O período da internação varia de acordo com o caso. Muitas vezes as internações passam de três semanas ou são até superiores a 30 dias. Percebemos que o atraso no início do compartilhamento do caso prejudica a construção de um projeto para internação.

A equipe é composta por cinco médicos psiquiatras (sendo um deles plantonista fixo de final de semana), duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional contratada e uma vaga, aguardando reposição, e uma assistente social. A equipe de enfermagem tem uma organização diferente: um enfermeiro e três ou quatro técnicos de enfermagem por plantão (dependendo da demanda do hospital este número varia para mais ou para menos), nos plantões manhã, tarde e noite. Temos os profissionais de enfermagem que são fixos, mas na ausência deles temos os folguistas, que são volantes, não são os mesmos sempre. A equipe de enfermagem tem uma rotatividade alta e nem sempre ficam fixados por muito tempo nesta enfermaria. A equipe multiprofissional possui mais clareza sobre as diretrizes da internação de saúde mental no Hospital Geral do que a equipe de enfermagem, em especial a que fica mais flutuante. Isto se reflete não só no entendimento dos critérios da internação, mas também na compreensão do modelo de cuidado, o que é uma “crise” e como manejar o usuário em suas demandas do cotidiano. Percebemos que institucionalmente há pouca autonomia e isto diminui a apropriação pelo cuidado. Isto acaba refletindo na relação com os outros serviços, pois a equipe de enfermagem não consegue responder as questões que os serviços fazem por contato telefônico e sempre aguarda alguém da equipe multiprofissional para responder por ela. Com frequência, temos que fazer orientações e esclarecimentos sobre o manejo.

Pensamos que uma das fragilidades na composição do cuidado com a rede é a existência de outro modelo de internação, em hospital psiquiátrico, bastante diferente do modelo desta enfermaria. Muitas vezes colocam no pedido da central de vagas qual a preferência do local de internação. Percebemos que alguns dos serviços têm uma expectativa de que outras questões sejam agenciadas no período da internação como documentos, benefícios sociais, entre outros. A enfermaria foca o PTS do usuário na internação e a argumentação fica baseada na comparação de um serviço com o outro e não na especificidade desta enfermaria. Achamos que parte do distanciamento da rede se deve ao fato do sucateamento dela e menor número de profissionais nos serviços. Outro fator seria uma dificuldade de compreensão da proposta da Enfermária de Saúde Mental do hospital geral que é diferente de uma internação no hospital psiquiátrico.

Chamamos a “alta” do usuário de transferência do cuidado. Quando o CAPS participa do processo da internação desde o início, participa das avaliações com a equipe da enfermaria, a articulação da transferência do cuidado é construída junto. Como temos muitos casos em que a internação é o primeiro contato com o

tratamento (muitos casos de primeira crise), alguns CAPS aproveitam o período da internação para se aproximarem, conhecer o caso e iniciar a construção do vínculo, e quando isto ocorre é muito positivo para a continuidade do tratamento. Quando os CAPS não participam do cuidado, a transferência do cuidado é quase um “braço de ferro”, não conseguimos contar com o serviço, é bem difícil fazer este contato, ainda mais para dizer que está saindo. Mal conseguimos falar quando entrou, imagina quando é para sair. Percebemos que os questionamentos sobre a transferência de cuidado são maiores quando o CAPS ficou distante e muitas vezes solicita reinternação, tanto nesta enfermaria como em outro local.

Por vezes, a transferência de cuidados acontece para o particular (planos de saúde) ou para o CS (sai com consulta marcada). Muitas vezes, os profissionais do CS vêm visitar o usuário de sua referência que está internado para a composição do PTS. Geralmente, os casos que encaminhamos para o CS são casos que não necessitam de tanta proximidade de cuidado, que sejam usuários mais autônomos, pois o CS tem uma dinâmica que nem sempre consegue “chegar junto” no caso. Há casos em que se beneficiam do cuidado no CS, mas precisam de uma articulação incluindo outros parceiros como o CAPS, CRAS, “Apoio”. Percebemos que muitas vezes temos que agenciar esta discussão para que o caso não fique solto após a internação e evitar uma reinternação. Após a diminuição da equipe, este tipo de articulação também foi prejudicado.

Acreditamos que em algumas situações, quando o usuário apresentou melhora, mas ainda precisa de continência, o leito-noite do CAPS seria um bom local para retorno ao território e continuidade do tratamento. Afinal tem uma série de recursos e equipe multidisciplinar para este cuidado e aos pouco o usuário pode retomar sua vida e retornar para casa. Mas a transferência de cuidado para o leito noite o não é assim compreendida todos os CAPS.

Um dos pontos positivos desta equipe é que a maioria de nós já trabalhou na rede. Isto facilita a compreensão da rede, do fluxo de encaminhamentos, da percepção dos casos que o CAPS consegue acolher e casos que podem ser encaminhados para os CS ou outros serviços... É importante que os profissionais que estão trabalhando aqui tenham experiência, mas temos que tomar cuidado para que esta experiência não esteja na ‘contramão’ da reforma psiquiátrica.

Acreditamos que umas das fragilidades do compartilhamento dos casos seja que muitos CAPS esperam que a internação seja mais tradicional mesmo, longa, de seis meses. Neste sentido, isto parece um retrocesso na reforma psiquiátrica. Temos dificuldade em compreender que esta seja a expectativa dos CAPS. Um de nós trabalhou num CAPS em que a equipe vestia a camisa da reforma psiquiátrica, e em dois anos tiveram três internações.

Os CAPS possuem um funcionamento muito diferente, as equipes se renovam muito, faz falta não ter um espaço para discussão sobre a internação na Enfermaria

de Saúde Mental no Hospital Geral, sobre as características desta internação, Não parece haver uma diretriz de funcionamento.

Temos alguns atravessamentos institucionais e processos administrativos que contribuem para a precarização interna do cuidado e conseqüentemente do compartilhamento dos casos e articulação do cuidado. São eles: a diminuição do quadro da equipe técnica e contratação de trabalhadores sem experiência em saúde mental; corte de recursos para supervisão clínica institucional – que antes ocorria mensalmente e agora não ocorre mais – bem como corte de recursos para materiais diversos, incluindo materiais que são usados como recursos terapêuticos aos usuários internados. A diretriz de cuidado que tentam implantar aqui é completamente diferente da diretriz do município (vem da cidade de São Paulo). Além de ser um ‘analizador’ o fato da gestão insistir em nos nomear de enfermaria de psiquiatria quando defendemos Enfermaria de Saúde Mental.

