



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA

ANÁLISE DA DEMANDA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III:
DISPOSITIVO PARA PENSAR O FLUXO DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE RIO
CLARO-SP

*ANALYSIS OF THE DEMAND OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER III:
DEVICE TO THINK THE FLOW OF THE MENTAL HEALTH NETWORK OF RIO
CLARO- SP*

CAMPINAS

2018

CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA

ANÁLISE DA DEMANDA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III:
DISPOSITIVO PARA PENSAR O FLUXO DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE
RIO CLARO-SP

*ANALYSIS OF THE DEMAND OF THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER III:
DEVICE TO THINK THE FLOW OF THE MENTAL HEALTH NETWORK OF RIO
CLARO - SP*

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

Dissertation presented to the Faculty of Medical Sciences of Campinas State University as part of the requirements for obtaining a master's degree in Public Health: Policy and Health Management, in the area of Policy, management and Planning.

ORIENTADORA: JOSELY RIMOLI

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA ORIENTADA PELA Prof.^a DR.^a JOSELY RIMOLI.

CAMPINAS

2018

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

Gava, Cristiane Aparecida de Godoy, 1970-
G24a Análise da demanda do Centro de Atenção Psicossocial III: dispositivo para pensar o fluxo da rede de saúde mental de Rio Claro-SP / Cristiane Aparecida de Godoy Gava. – Campinas, SP: [s.n.], 2018.

Orientador: Josely Rimoli.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 4. Acesso aos serviços de saúde. I. Rimoli, Josely, 1961-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analysis of the demand of the Psychosocial Care Center III: device to think the flow of the mental health network of Rio Claro-SP

Palavras-chave em inglês:

Mental Health

Mental health services

Health services needs and demand

Health services accessibility

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

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

Banca examinadora:

Josely Rimoli [Orientador]

Célia Maria Sivalli Campos

Sabrina Helena Ferigato

Data de defesa: 27-02-2018

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

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE
MESTRADO**

ORIENTADORA: JOSELY RIMOLI

MEMBROS:

1.PROF^a. DR^a. JOSELY RIMOLI

2.PROF^a. DR^a. CÉLIA MARIA SIVALLI CAMPOS

3.PROF^a. DR^a. SABRINA HELENA FERIGATO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva 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: 27/02/2018

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus pais, que tanto apoiaram e incentivaramo meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por me permitir a realização de um sonho e pelas tantas outras coisas boas que me concedeu.

Agradeço ao meu marido, Claudinei, que confiou no meu sonho e me encorajou a continuar mesmo quando tudo parecia tão difícil de realizar. Agradeço-lhe o carinho com que tratou da nossa filha nas minhas longas ausências dedicadas aos estudos.

Agradeço aos meus queridos pais, grandes incentivadores na minha jornada acadêmica. Sou eternamente grata a vocês.

Agradeço à queridíssima Jô, minha orientadora, Professora Doutora Josely Rimoli, por ouvir, falar, orientar e aguentar minhas “desorientações”. Uma pessoa afetuosa, querida e cuidadosa. Muito obrigada por tudo!!!

Agradeço a todos meus colegas e amigos de trabalho que colaboraram comigo na procura de respostas para uma questão tão pertinente a nossa luta por uma Rede de Saúde Mental para além dos CAPS.

Um trabalho desta envergadura não seria possível sem a compreensão e a colaboração de minha família a quem peço desculpa pelas minhas ausências nos encontros da família ao longo de quase dois anos.

À minha amada filha, Valentina, peço desculpa pelo tempo que jamais recuperarei. Pelos jogos que não joguei e pelas conversas que, sem tempo, não realizei.

Aos professores que fizeram parte de minha banca, obrigada pelas preciosas sugestões.

RESUMO

O objetivo desse estudo é analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, enquanto dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro-SP, visando colaborar na compreensão sobre os desafios da reorganização de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, qualificada, intersetorial e intermunicipal. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre a implantação da Saúde Mental no Brasil, a Política de Saúde, Linha de Cuidado em Saúde Mental. Elaborou-se a descrição do município e relato histórico do processo de implantação dos serviços de Saúde Mental em Rio Claro, assim como a constituição da atual Rede de Atenção à Saúde Mental. Trata-se de uma Metodologia Social, descritiva, exploratória, com combinação da abordagem quantitativa e qualitativa. O referencial teórico-metodológico embasou-se na Pesquisa Participante e nos conceitos da Metodologia da Problematização (M.P.) com a utilização do Arco de Maguerez. Os dados analisados foram referentes ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016 e em agosto de 2017 realizou-se a oficina com membros da equipe do CAPS III. Os dados primários foram obtidos a partir de documentos que embasam o funcionamento do serviço estudado (livro de registros dos acolhimentos nos anos 2014-2016, o projeto de implantação do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III). As produções obtidas através das participações dos membros da equipe do CAPS III na oficina foram analisadas a partir do registro em painéis móveis. Os resultados apontaram que o acolhimento na percepção dos profissionais do CAPS III não se reduz ao conceito tradicional de triagem, mas refere-se, sobretudo, a um espaço potente de escuta e de produção de saúde. Constatou-se que a análise da demanda de acolhimento possibilitou a reflexão a respeito do modo como se organizam os processos de trabalho do CAPS III, além do fluxo das redes intra, intersetorial e intermunicipal. Observou-se, por fim, rigidez de determinados serviços em trabalhar na perspectiva de rede e o modelo de atenção médico hegemônico corrente no município e em específico na Rede de Saúde Mental. Espera-se que essa pesquisa com a sistematização da demanda e dos fluxos venha a contribuir como subsídios para que os atores sociais e autoridades municipais possam vir a reordenar os fluxos institucionais e intersetoriais, no monitoramento de Políticas Públicas de Saúde Mental do município de Rio Claro.

Palavras-chave: 1. Saúde mental; 2. Serviços de saúde mental; 3. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; 4. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the demand of the Psychosocial Care Center - CAPS III, as a device to think the flow of the Mental Health Network of the city of Rio Claro-SP, aiming to collaborate in understanding the challenges of reorganizing a Care Network Mental Health, qualified, intersectoral and intermunicipal. A bibliographic research was carried out on the implementation of Mental Health in Brazil, the Health Policy, Mental Health Care Line. The description of the municipality and historical report of the process of implantation of the Mental Health services in Rio Claro was elaborated, as well as the constitution of the current Network of Mental Health Care. It is a descriptive, exploratory Social Methodology, combining the quantitative and qualitative approach. The theoretical-methodological framework was based on the Participant Research and the concepts of the Methodology of Problematization (M.P.) with the use of the Arch of Maguerez. The data analyzed were from January 2014 to December 2016 and in August 2017 a workshop was held with members of the CAPS III team. The primary data were obtained from documents that support the functioning of the service studied (book of registers of the hosts in the years 2014-2016, the project of implantation of the Center of Psychosocial Attention - CAPS III). The productions obtained through the participations of the CAPS III team members in the workshop were analyzed from the registration in mobile panels. The results showed that the reception in the perception of the professionals of the CAPS III is not limited to the traditional concept of screening, but refers mainly to a powerful space for listening and health production. It was verified that the analysis of the host demand made it possible to reflect on the way the CAPS III work processes are organized, in addition to the flow of intra, intersectoral and intermunicipal networks. Finally, it was observed the rigidity of certain services in working from a network perspective and the model of hegemonic medical attention current in the municipality and in particular in the Network of Mental Health. It is hoped that this research with the systematization of demand and flows will contribute as subsidies so that social actors and municipal authorities can reorganize the institutional and intersectoral flows in the monitoring of Public Policies of Mental Health of the municipality of Rio Claro.

Keywords: 1. Mental Health; 2. Mental Health Services; 3. Health Services Needs and Demand; 4. Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede Municipal de Saúde Mental	44
Figura 2 – Esquema do Arco de Maguerez, segundo Bordenave e Pereira	50
Figura 3 – Formação dos participantes do estudo	52
Figura 4 – Tempo de desempenho da atual função	53
Figura 5 – Formação em saúde mental dos participantes do estudo.....	54
Figura 6 – Distribuição dos profissionais com formação em nível superior por categoria profissional.	59
Figura 7 – Distribuição dos profissionais com formação em nível médio por categoria profissional	60
Figura 8 – Distribuição da população acolhida, segundo faixa etária	65
Figura 9 – Distribuição da população acolhida, segundo fonte de origem do encaminhamento.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do CAPS III participante	57
Tabela 2 - Número de acolhimento total, segundo o gênero, nos anos 2014, 2015 e 2016....	61
Tabela 3 – Encaminhamentos após acolhimento no CAPS III	68
Tabela 4 - Contribuições dos profissionais em relação à Rede de Saúde Mental.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III

Cead – Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico

Cesm – Centro de Especialidade em Saúde Mental

Criari – Centro de Referência à Infância e Adolescência de Rio Claro

CSBM – Casa de Saúde Bezerra de Menezes

Cinapsi – Centro Integrado de Atenção à Saúde Mental

IMI – Índice de Mortalidade Infantil

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

Naps – Núcleo de Atenção Psicossocial

Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nat – Núcleo de Atenção a Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde

Raps – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	05
AGRADECIMENTOS	06
RESUMO	07
ABSTRACT	08
LISTADEFIGURAS.	09
LISTADETABELAS.	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
1- APRESENTAÇÃO	14
1.1 Da trajetória de vida ao Mestrado Profissional.....	14
2- INTRODUÇÃO	17
3-TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBREA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL	18
3.1-A Política de Saúde Mental no Brasil: análise do Modelo de Atenção à Saúde Mental.....	23
3.2- Necessidade de saúde, acesso, acolhimento e demanda	26
3.3-A linha de cuidado em Saúde Mental na perspectiva do Trabalho em Rede	30
4- A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE RIOCLARO- SP.....	34
4.1-Implantação dos serviços de Saúde Mental em Rio Claro.	34
4.2-Caracterização da Rede de Saúde e Saúde Mental	41
4.3-Contextualizando o funcionamento do CAPS III de RioClaro.....	45
5-OBJETIVOS	48
5.1- Geral.....	48
5.2-Específicos	48
6-METODOLOGIA.....	49
6.1- Abordagem Metodológica.....	49
6.2- Campo de Pesquisa.....	51
6.3-Participantes	52
6.4-Procedimentos	54
6.4.1- Identificação e localização dos participantes.....	54
6.4.2- Coleta e produção de dados.	55
6.5- Análise e tratamentodos dados.	55

7- DESENVOLVIMENTO, RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
7.1- Caracterização do CAPS III participante.....	57
7.2- Perfil da demanda acolhida	61
7.3- Caracterização dos encaminhamentos	64
7.4- Oficina de Problematização.....	
7.4.1- Fatores positivos do acolhimento da Rede de Saúde Mental de Rio Claro-SP	77
7.4.2- Fatores que interferem no acolhimento	80
7.4.3- A organização do processo de trabalho do CAPS III.....	84
8-CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
9- REFERÊNCIAS.....	94
10- ANEXOS.....	103

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Da trajetória de vida ao Mestrado Profissional

O que apresento no corpo dessa dissertação segue como processo e produto, sempre provisório, de um percurso no campo da Atenção em Saúde Mental e mais recentemente da Saúde Coletiva, como possibilidade de seguir na militância e na composição de lugares mais possíveis para que sujeitos com sofrimento psíquico possam ter a garantia do cuidado que têm por direito.

A partir da minha inserção na assistência da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro - SP, que nasceu o desejo de contribuir com a qualidade da Rede de Atenção Psicossocial da cidade, onde nasci e escolhi para viver.

Assim, essa pesquisa é desdobramento não só de uma trajetória nessa rede enquanto trabalhadora do CAPS III e posteriormente como coordenadora, mas também de uma militância que envolveu compromisso com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, este estudo não poderia deixar de estar atravessado pelo posicionamento da pesquisadora - trabalhadora e da pesquisadora – coordenadora.

Na trajetória pela Saúde Mental, o encontro com diferentes profissionais, gestores e trabalhadores de vários municípios do Estado de São Paulo, em especial durante o período de coordenação (anos de 2009 a 2016), possibilitou-me uma compreensão mais ampla da realidade do processo da Reforma Psiquiátrica. Tal experiência me instigou a questionar o funcionamento da Rede de Saúde Mental de Rio Claro - SP.

Assim, surgiu o mote deste estudo: analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial III para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental de Rio Claro – SP. Trabalhou-se com a hipótese que ao analisar a demanda do CAPS III, essa seria um dispositivo potente para analisar os fluxos institucionais, a Rede de Saúde Mental e elaborar subsídios para repensar a atenção no referido serviço.

Considerando que se preconiza através da Portaria Ministerial de Saúde n. 336/2002, que os serviços especializados de Saúde Mental devem ser portas abertas para os sujeitos em sofrimento psíquico constatou-se sobrecarga de demanda para o CAPS III e o distanciamento de sua missão. E assim presume-se que analisar e caracterizar essa demanda poderá vir a ser uma contribuição dessa pesquisa.

Nesse contexto, avalia-se ser relevante a partir do estudo da demanda do CAPS III repensar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede Intersetorial, os quais são parceiros fundamentais para qualquer e todo trabalho que se oriente por ações na perspectiva do cuidado integral.

Destaca-se que o objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, enquanto dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro-SP.

Apresenta-se a estruturação dessa pesquisa intitulada *Análise da demanda do Centro de Atenção Psicossocial III: dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental de Rio Claro – SP*. Organizou-se em *Seções* que versam sobre o aprofundamento dos temas centrais relacionados ao objeto da pesquisa, a composição, o funcionamento da Rede de Saúde Mental em estudo, os resultados e a discussão advindos do desenvolvimento da pesquisa.

Na *Seção 1 - Introdução* aborda as construções dos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva.

Na *Seção 2 – Tecendo algumas considerações sobre a história da psiquiatria e da saúde mental* são apresentados aspectos iniciais para a incursão no debate acerca da Política e do Modelo de Atenção à Saúde Mental no Brasil, dos conceitos de necessidade em saúde, acesso, acolhimento, demanda e Linha de Cuidado, na perspectiva do Trabalho em Rede como premissas fundamentais para o cuidado com sujeitos em sofrimento psíquico.

Na *Seção 3 – A Saúde Mental no município de Rio Claro – SP* é apresentado um breve histórico da implantação dos serviços de saúde mental no município, passando pela conformação atual da Rede de Saúde e Saúde Mental e, por fim, pelo processo de trabalho do CAPS III.

Na *Seção 4* encontram-se descritos os objetivos do presente estudo, subdivididos em Gerais e Específicos.

A *Seção 5 – Metodologia* discute sobre a abordagem metodológica do estudo.

Na *Seção 6 – Desenvolvimento, Discussão e Resultados* discute-se sobre o desenvolvimento da pesquisa e os resultados encontrados.

Na *Seção 7 – Considerações Finais*.

Faz-se necessário localizar no tempo político institucional municipal a escrita do projeto de pesquisa e de sua realização. Durante sua escrita e análise dos resultados o cenário político do município mudou, quando a pesquisadora deixou o cargo de coordenação da Rede de Saúde

Mental. No entanto, a nova gestão descentralizou o antigo Ambulatório de Saúde Mental e implantou Grupos Comunitários de Saúde Mental nos territórios.

A nível nacional, em 2016, ocorreu um golpe político e midiático, com contingenciamento do financiamento em saúde, intensificando redução orçamentária, que já ocorria há décadas e alterações na concepção do Modelo de Atenção preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Espera-se que esse estudo possa servir como disparador de um diálogo entre os diversos equipamentos de Saúde Mental e demais setores que estão e devem estar implicados na atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico. Almeja-se assim, que esse estudo, que além de ser uma fotografia de um tempo, sirva de combustível para projetos futuros.

2. INTRODUÇÃO

O objetivo desse estudo é analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, enquanto dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro-SP, visando colaborar na compreensão sobre os desafios da reorganização de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, qualificada, intersetorial e intermunicipal.

Minha intenção não é discorrer sobre a constituição dos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, mas sim apontar alguns aspectos essenciais entre ambos os campos e práticas, uma vez que se trata de áreas amplas, com abordagens que nem sempre dialogam entre si, mas que se complementam na ampliação e ressignificações do conhecimento em saúde.

Segundo Scarcelli e Alencar (2009), Saúde Mental e Saúde Coletiva concebem a saúde como fenômeno social e de interesse público devido aos vários determinantes que interferem na saúde da população e que torna dinâmico o processo saúde-doença. Campos (2000) ressalta que a Saúde Coletiva toma o processo saúde-doença como o processo social que influencia os sistemas de trabalho junto as práticas sociais, a gestão e ao próprio trabalho em saúde.

Ainda de acordo com Scarcelli e Alencar (2009), uma das premissas básicas de ambos os campos é a abordagem interdisciplinar, por meio da qual se busca a ampliação do conceito de saúde, para além da ausência de doença, considerando-a como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sócio-dinâmicos e institucionais.

3. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DA PSQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL

Para contribuir na localização do processo histórico de implantação da Rede de Saúde Mental de Rio Claro elaborou-se a *seção 2*, a qual contém uma síntese teórica da História da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois se espera que essa seja lida por alguns gestores e profissionais de saúde da referida cidade, além de construir um referencial teórico para essa pesquisa.

Para entendermos o percurso da Reforma Psiquiátrica reportar-se à história da psiquiatria e ao movimento que transformou a loucura em doença mental. Para tanto, partimos da premissa de que a loucura nem sempre foi considerada uma doença ou um desvio, erro passível de correção e/ou punição.

Michel Foucault, em sua obra “História da Loucura na Idade Clássica” (2007) percorre as mudanças de significados pelos quais a loucura passou até adquirir o status de “doença mental” e, com isso, passar a necessitar de uma especialidade dentro da Medicina e de um conjunto de normas, definições, conceitos e significados que farão emergir a instituição psiquiátrica e a psiquiatria.

O referido autor aponta que, ainda no período do Renascimento, a loucura já estava relacionada com a segregação, quando aborda o fenômeno da Nau dos Loucos. Indivíduos, considerados loucos, eram colocados em embarcações e seguiam navegando sem destino com o objetivo de recuperar sua razão. Essa prática, entendida como uma possibilidade de salvar a sociedade e a eles mesmos desse mal, já evidenciava um modo bastante singular de exclusão dos portadores da loucura.

Seguindo a genealogia da loucura de Foucault, encontra-se uma singular produção do louco como excluído, articulada a um processo de migrações e construção das cidades. Esses indivíduos passam a ser internados nos denominados Hospitais Gerais, junto aos mendigos, pobres, vagabundos, criminosos, como causadores de desordem social. Nesse período, as cidades estavam se organizando a um novo sistema político e econômico capitalista, que implicaria em uma forte transformação social e cultural. Em meio a esse movimento surgem os pilares da Modernidade, em que a uma nova cultura, uma ciência como norte para a verdade, um homem racional, como sujeito cidadão e o louco negativizado, como desrazão parecem se produzirsimultaneamente.

Segundo Amarante (2003), em meados do século XVIII, a loucura começa a adquirir um status bastante singular. Os loucos, gradativamente, “diagnosticados” ciência, vão sendo identificados como alienados. Nesse período se dá o nascimento da psiquiatria, que tem como seu maior representante, Philippe Pinel. Médico responsável pelos primórdios da psiquiatria,

no Hospital Geral de Paris, Pinel participava da reorganização do hospital. Seu método consistia em observar, descrever, comparar e classificar os fatos, “[...] buscava, em suas próprias palavras, uma base ‘verdadeiramente científica’ para o conhecimento da realidade” (AMARANTE, 2003, p.54).

Nesse contexto, a alienação mental foi o primeiro termo conceituado por um médico sobre a loucura. Segundo Pinel, o alienado era aquele que não mantinha o equilíbrio de suas paixões, sendo estranho àqueles que estavam a sua volta e as novas regras produzidas como sendo moral e ética.

A loucura tida como irracional, na era da Modernidade, colocou os seres humanos, “alienados”, em instituições denominadas manicômios. O modelo manicomial era baseado em instituições fechadas, onde o sujeito alienado ficava sob tutela, custódia, Vigilância e disciplina, promovendo o isolamento e a segregação desses. Nesse processo de institucionalização da loucura configurou-se como um dispositivo, que mantinha os loucos afastados das cidades e sua loucura silenciada sob o poder da psiquiatria positivista. Essa reforçava a ideia de que um louco deveria ser entendido como um ser alienado, doente, necessitando de uma prática voltada para sua cura.

A institucionalização da loucura sob o poder-saber do médico psiquiatra sofreu críticas desde a criação dos primeiros manicômios (SANDER, 2010). No entanto, somente após a Segunda Guerra Mundial, quando os hospitais psiquiátricos são comparados aos campos de concentração nazistas, que começam a surgir questionamentos referentes aos tratamentos dados pelos manicômios. Desse modo, a promoção do homem ideal, racional, articulado ao capitalismo e acreditando ser um desenvolvimento positivo da sociedade, começa a se desestabilizar.

Com a destruição que a Segunda Guerra Mundial ocasionou em muitos países, principalmente, nos europeus, novas formas de relação começaram a despontar e algumas novas experiências surgiram, com o objetivo de modificar os hospitais psiquiátricos. Essas experiências partiram de movimentos diversos, em busca de certa humanização dos asilos.

Amarante (1995) aponta que, inicialmente as críticas aos manicômios eram relacionadas ao hospital psiquiátrico em si, devido aos grandes índices de cronificação da doença mental, após a institucionalização. As propostas que surgiram em torno dessa crítica eram ainda referenciadas à produção do manicômio como um local de cura e que, desse modo, seria necessário “[...] resgatar esse caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p.22).

Assim, no final da década de 1940, iniciaram movimentos para reformar o hospital psiquiátrico. São eles: o movimento das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e EUA, bem como a Psicoterapia Institucional, na França. Num segundo momento, outras experiências surgem, trazendo uma nova proposta, representadas pelos movimentos de Psiquiatria de Setor, na França e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos EUA. Essa nova proposta tinha por estratégia a “[...]expansão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a ‘saúde mental’” (AMARANTE, 1995,p.22).

Além dessas experiências, na década de 60, surgiram duas outras propostas que questionavam a psiquiatria propriamente dita, sendo elas: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. Ambas tiveram como proposta a ruptura com o modelo manicomial. Essa ruptura se refere “[...] a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos” (AMARANTE, 1995, p. 22). Nesse sentido, a atitude era derompimento com a ideia do saber médico sobre a loucura e com o tratamento que era dado a partir do que era construído com base nesse saber científico, tido como o indicado para os loucos. Segundo essa nova concepção, buscou-se a desconstrução do aparato psiquiátrico, compreendido como sendo:

“[...] um conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos” (AMARANTE, 1995, p. 22).

O movimento da psiquiatria democrática italiana, promovida por Franco Basaglia, na década de 60 foi “[...] a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então” (ALVES et al, 2009). Assim, foi o movimento que reuniu maiores críticas ao saber psiquiátrico e seu domínio sobre a loucura, enfatizando, em consonância com o pensamento de Foucault, que “[...] a loucura foi enclausurada e excluída da sociedade; há que libertá-la, dar-lhe cidadania” (SANDER, 2010, p. 384).

Na década de 70, Basaglia deu início ao processo de “[...] desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental” (AMARANTE, 1995, p. 49).

Deu-se início à construção de centros de saúde mental nas cidades, além da criação de vários grupos-apartamentos, que se tornaram residências dos usuários.

De acordo com Alves et al (2009), Basaglia tinha como premissa a necessidade de se produzir um outro imaginário social sobre a loucura, onde fosse possível desvinculá-la da ideia

de perigo, incapacidade, diferença, exclusão, dentre outros; construindo, desse modo, uma nova relação entre o louco e o cotidiano, das famílias e da sociedade.

As experiências de reformas psiquiátricas no cenário internacional foram de suma importância para o cenário brasileiro principalmente a reforma psiquiátrica democrática italiana, que influenciou no processo de construção da reforma psiquiátrica no Brasil, na década de 70.

Assim como descrito, pode-se considerar que a história da atenção à saúde mental é marcada pela perspectiva asilar, baseada na negação do ser humano como sujeito, no sentido da sua hospitalização, medicalização e objetificação.

O hospital psiquiátrico era visto como o único espaço de tratamento das pessoas em sofrimento mental, cujo modelo de atenção reforçava a necessidade da exclusão e isolamento. Em razão disso, era visualizada uma relação de opressão e violência entre os doentes mentais e equipe de trabalho, onde o poder e o saber médico eram embasados no aniquilamento do indivíduo enquanto sujeito social.

A forma como se pensava resolver a questão da doença mental, tirando as pessoas do seu convívio social e submetendo-os a tratamentos desumanos, revelava um caráter contraditório de tratar e curar. Não há possibilidade de cura em um espaço onde existe a negação dos desejos, das ações e a perda da liberdade. Ao passo que, tudo isso era necessário para fornecer também à sociedade em geral uma proteção contra a "má conduta moral" das pessoas em sofrimento mental.

No contexto de maus tratos, exclusão e violação dos direitos humanos intensificaram por todo o mundo as discussões e mudanças na forma de tratar o doente mental com experiências como a da psicoterapia institucional, da comunidade terapêutica, da psiquiatria territorial, da desinstitucionalização, entre outras. Essas abordagens partiam do pressuposto de que o problema do louco não era tanto da doença em si, mas, sobretudo, das relações que se estabelecia com ela (AMARANTE, 1996; BASÁGLIA, 1991; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

No Brasil, após a Segunda Guerra Mundial, aumentaram as discussões sobre como as pessoas em sofrimento mental eram tratadas e estigmatizadas, trazendo reflexões sobre a necessidade de mudança na Atenção à Saúde Mental.

Somente no final da década de 1970, com a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), passou-se a protagonizar a reforma da assistência psiquiátrica. Segundo Amarante (1995), o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

(MTSM) foi o protagonista da Reforma Psiquiátrica, criando estratégias de denúncias de maus-tratos (encarceramento, contenção física prolongada, uso de camisa de força, entre outros) a que os doentes mentais eram submetidos em hospitais psiquiátricos e as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde (AMARANTE, 1994, 1996).

Os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica começaram a se organizar durante a ditadura militar e se intensificaram ao final daquele período, a partir da articulação de protagonistas ligados às universidades, aos movimentos populares, aos movimentos de trabalhadores da saúde, entre outros. A organização dos movimentos sociais, concomitante a reorganização de partidos políticos, sindicatos e associações, marcaram um novo momento político de luta por liberdade, igualdade e democracia na sociedade brasileira e de repúdio ao regime autoritário instalado no país a partir de 1964 (SCARCELLI e ALENCAR, 2009).

Com o lema “Saúde e Democracia”, o Movimento de Reforma Sanitária que se estruturou nas universidades, no movimento sindical e experiências regionais de organização de serviço se consolidou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e teve influência fundamental e decisiva na concepção do capítulo da saúde e aprovação da Constituição Federativa do Brasil de 1988 e de formulação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreende-se que no MTSM o debate político colocado ultrapassou o âmbito de questões específicas da saúde. Além de discussões de temas gerais ligados ao processo de redemocratização, à melhoria das condições de vida dos trabalhadores, incluiu outras demandas à sua própria organização e às formas possíveis de sua relação com o Estado (autonomia X institucionalização, entre outras). No que diz respeito ao MTSM pode-se destacar preocupações relacionadas ao papel normalizador das instituições e a desinstitucionalização.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental começou a ganhar força durante a ditadura militar pois, além dos maus tratos dispensados aos internos do hospício e das péssimas condições de trabalho a que os trabalhadores estavam submetidos, o dispositivo hospital psiquiátrico e o chamado “tratamento” psiquiátrico eram utilizados como forma de tortura e de contenção aos presos políticos. Assim, o movimento que inicialmente denunciava tais condições foi se mobilizando e crescendo no sentido de construir uma crítica consistente não apenas à instituição psiquiátrica, mas ao que ela representa na sociedade capitalista. (SCARCELLI, ALENCAR, 2009).

Neste contexto, o manicômio ficou em evidência enquanto instituição de maus tratos, de tratamento de violência e violação dos direitos humanos. Com o objetivo de reverter esse cenário, trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares se organizaram por meio do

movimento social denominado Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), o qual impulsionou (e ainda o faz) lutas em prol da criação de uma rede de cuidados substitutiva aos manicômios, implantação de nova lei psiquiátrica e, sobretudo, da desconstrução da cultura manicomial.

Nesse novo momento o ano de 1989 pode ser considerado um marco importante no que diz respeito à criação de condições concretas para a substituição progressiva dos manicômios por outras alternativas. Em vários municípios brasileiros, foram eleitos governos com características democráticas- populares; quando militantes do MTSM, do MLA e de outras formas de organização ligada à Saúde Mental passaram a compor equipes dessas novas administrações. Tais gestões desenvolveram ações de forma mais contundente, no sentido de serem colocadas em prática políticas desinstitucionalizantes, voltadas para a desconstrução dos saberes e práticas manicomiais, como por exemplo, o município de São Paulo. A influência do pensamento basagliano se fez nítida nos pressupostos dos diferentes planos propostos por diversos municípios; neles, incluíam-se os princípios antimanicomiais e, desse modo, um novo momento se instala na história da construção de práticas substitutivas em saúde mental no âmbito institucional (SCARCELLI, ALENCAR, 2009).

Nesse sentido, as reivindicações por ações governamentais voltadas fundamentalmente para implantação e implementação de serviços substitutivos de base territorial e comunitária tornaram-se, também, a principal bandeira de luta de grande parte dos movimentos e das associações que se organizaram pelo direito à Saúde Mental no país.

3.1 A Política de Saúde Mental no Brasil: análise do Modelo de Atenção à Saúde Mental

A Política de Saúde Mental no Brasil, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se constituindo em um modelo de atenção que buscou substituir a hegemonia hospitalocêntrica asilar e assumiu uma abordagem psicossocial em suas organizações e práticas. Nessa direção, o modelo de atenção vigente propôs um outro modo de pensar que qualifica as práticas e reflete a organização atual dos serviços de saúde mental, que por conseguinte refletem o momento social, político e histórico em que estão inseridos (TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017). Esses autores apontam, ainda, que os modelos não são genuínos, uma vez que estão atravessados pelas questões organizativas do Sistema de Saúde e porque se realiza no campo da prática. Dessa forma, as mudanças a nível macropolítico afetam o cotidiano dos serviços e este, de certa forma, provoca variações no modelo hegemônico. No entanto, não

se pode desconsiderar a disputa de modelos de atenção que está em jogo, na qual as ações em defesa da vida reúnem grandes esforços na tentativa de resistência.

Para melhor compreensão acerca da construção conceitual do modelo de atenção à saúde pode-se tomar como exemplo o campo da Saúde Mental que, ao longo dos anos, evidenciou a força do saber médico-psiquiátrico do modelo de atenção que esteve vigente em alguns países e no Brasil.

O modelo hegemônico traduzia-se em práticas asilares que tinham a instituição psiquiátrica como o principal local de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. No entanto, esse modelo passou a ser questionado nos países da Europa Ocidental e América do Norte, por meio de várias denúncias por parte dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares, que revelavam os maus tratos sofridos pelos internos. Nesse mesmo período novas propostas terapêuticas foram apresentadas e ganhavam destaque à medida que mostravam resultados satisfatórios.

Nessa direção, o novo modelo de cuidado em saúde mental preconizava a ampliação dos serviços territoriais e de base comunitária em detrimento às internações nos hospitais psiquiátricos. Tratou-se de uma transformação abrangente que abarcou os campos das práticas profissionais, institucionais e sistêmico. No Brasil essa transformação, comparada a transição dos modelos europeus, ocorreu por meio de um processo vagaroso e gradual (TRAPÉ, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

A implantação do SUS criou responsabilidades para os três entes federativos (União, Estado e Municípios), no que diz respeito a gestão e ao financiamento da saúde. No compartilhamento das responsabilidades o município, por meio do processo de municipalização, assumiu um dos papéis fundamentais frente a essa organização ao contribuir para a consolidação de novas formas de gestão, implantação de novos serviços e fortalecimento do controle social. Nesse contexto, ao campo da saúde mental foram possíveis a expansão da implantação de serviços comunitários e o fechamento dos leitos hospitalares, impulsionados pelos municípios com maior capacidade de gestão, que validavam o novo modelo, propiciando os novos avanços no Sistema de Saúde (TRAPÉ, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Nessa direção, na década de 90, o Ministério da Saúde revisou a tabela de financiamento aos serviços de base comunitária com o objetivo de induzir a implementação dessa rede de serviços. Ficou evidente que se tratou de uma estratégia para impulsionar a transição do modelo, que além de incentivar a abertura de serviços territoriais, dificultava o financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos (TRAPÉ, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

No entanto, a Política Nacional de Saúde Mental foi implantada somente a partir da promulgação da Lei 10.216, que propôs novos dispositivos assistenciais e novas práticas clínicas, buscando prescindir da internação em hospitais psiquiátricos.

Para compor essa lógica a Política Nacional de Saúde Mental foi concebida como um conjunto de serviços de base comunitária reconhecidos como espaços de produção de subjetividades, espaços de convivência, de sociabilidade e de inclusão, por meio de atendimento integral e humanizado, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, adulto, infanto-juvenil e Álcool e outras drogas), Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral, entre outros.

Esse processo de mudança, como mencionado anteriormente, foi impulsionado pelo incentivo financeiro do governo federal direcionado aos municípios com o objetivo de disseminar a rede de serviços comunitários substitutivos ao hospital psiquiátrico. Tal rede foi instituída por meio da Portaria Ministerial n. 3088, que criou e regulamentou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituindo diretrizes, objetivos e componentes para a rede de atenção à Saúde Mental, buscando superar sua fragmentação ao apresentar maior eficiência e eficácia entre os diversos pontos de atenção.

De acordo com Onocko-Campos et al (2009), as avaliações da implantação da Política de Saúde Mental mostraram um processo de avanço e expansão. Os autores Alves, Silva e Costa (2012) complementam afirmando que, após mais de 20 anos da criação do SUS, a saúde mental, ancorada nos preceitos do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, vem se afirmando como uma política setorial bem-sucedida, contudo, tem apresentado grandes desafios relacionados a problemas estruturais do SUS e a questões específicas de seu campo (PITTA, 2011).

Nos dois últimos anos vivencia-se um golpe político midiático, com retrocessos em direitos e desmonte de Políticas Públicas, dentre elas, a Política de Saúde Mental, que vem sofrendo sua inversão, por meio do aumento do financiamento dos manicômios, retomada dos ambulatórios de Saúde Mental na RAPS e forte interesse econômico nas Comunidades Terapêuticas, em detrimento ao subfinanciamento dos serviços de bases comunitárias existentes. Evidencia-se, assim, a viabilização de um modelo de atenção em saúde retrógrado, que visa colocar a saúde como “mercadoria”.

3.2 Necessidade em saúde, acesso, acolhimento e demanda

Para fundamentação teórica dessa pesquisa citam-se conceitos chaves, os quais pretendem- se utilizá-los na análise dos dados e resultados obtidos nesse estudo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada pelo Governo Federal para a reorientação e reorganização da Atenção Básica, tem a “universalidade de acesso” como uma de suas diretrizes políticas.

De acordo com Bernardes (2017), o acesso pode ser pensado na perspectiva da entrada do usuário no Sistema de Saúde e deste no território, conformação essa que evidencia as peculiaridades da população que acessa o serviço, apontando o perfil epidemiológico local. Ainda de acordo com o autor, o levantamento do perfil epidemiológico da população é de grande relevância na construção e no direcionamento das ações de saúde mais efetivas.

As unidades de saúde valem-se dos conceitos da epidemiologia e da vigilância em saúde para organizar um leque de serviços que serão ofertados à população adscrita em seu território, visando oferecer respostas aos principais problemas de saúde segundo certa racionalidade. No entanto, a resposta vem, geralmente, na forma de uma consulta - médica, de enfermagem ou odontológica - fazendo com que a necessidade de saúde do sujeito seja associada ao consumo de um serviço - consultas e procedimentos (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Contudo, necessidades de saúde não são sinônimo de necessidades de serviços. Assim, para responder às necessidades de saúde, bem como garantir o direito à saúde, não é necessário acesso dos usuários aos serviços.

Como acessibilidade aos serviços de saúde entende-se a “*possibilidade econômica, ou geográfica, ou legal, ou cultural, ou organizativa que uma população possui para ser atendida em um serviço de saúde (BRASIL, 2008)*”.

Esse conceito demonstra a diversidade de fatores que possibilitam ou dificultam o acesso da população/usuário aos serviços. Os determinantes da utilização dos serviços de saúde devem ser pensados enquanto características do Sistema de Saúde, da organização dos serviços, como perfil e possibilidades dos usuários.

Travassos (2004) destaca que os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser relacionados à necessidade de saúde, às condições sociais, econômicas e ambientais, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização e a política. A articulação ou não desses fatores resulta na possibilidade de acesso do usuário ao serviço.

Entretanto é importante ressaltar que as necessidades se modificam nos diferentes usuários, o que gera a necessidade de uma organização do acesso que contemple e garanta o respeito a essas diferenças.

O SUS tem como princípios a integralidade, a equidade e a participação social (BRASIL, 1998). Tal garantia de respeito às diferentes necessidades dos usuários é expressa no princípio da equidade, que tem por definição: princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população (BRASIL, 2008).

No entanto, mudanças vêm ocorrendo no modo de pensar e viabilizar o acesso aos serviços de saúde. O modelo tecno-assistencial piramidal que pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, aonde o usuário adentra no sistema em diferentes níveis de complexidade de forma hierarquizada, traz consigo na teoria, uma perspectiva racionalizadora, visando garantir a maior eficiência na utilização dos recursos, a universalização do acesso e a equidade. Dessa forma o usuário que ingressaria no sistema pela “porta de entrada” deveria ter a garantia de acesso a todas as possibilidades de assistência que necessitar e que o sistema de saúde oferecesse.

Contudo, na prática o que tem acontecido é que não existe uma porta de entrada (prevista como a rede básica), e sim, que a população adentra o sistema onde for possível o atendimento de que necessita Cecílio (1997) cita: *“as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível”*.

Aliada a situação acima, inexistem em muitos locais uma articulação efetiva entre os serviços constituintes dessa pirâmide, marcados por processos de referência e contra referência precarizados. Dessa forma, a população que depende do atendimento busca os cuidados que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema não se organiza para isso.

Cecílio (1997) defende a ideia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta “base”. O mesmo autor aponta a necessidade de o sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia adequada, com acessibilidade e no momento certo, isso é, no momento de sua necessidade. Essa reorganização dos serviços, dotando-os de uma racionalidade mais próxima das necessidades e demandas dos usuários do sistema buscaria garantir o princípio da equidade.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família representou uma mudança importante no modelo de atenção, aumentando o vínculo e repensando o acesso aos serviços. O acesso,

analisado estritamente sob o aspecto quantitativo, passa a ganhar uma abordagem que busca qualificá-lo.

Mehry (2006) destaca que o acesso não se configura pelo número de portas de entrada existentes na rede ou pelo volume de demanda, mas também pela qualidade do cuidado prestado. Assim, o acolhimento, enquanto uma das tecnologias leves, é apontado dentre as estratégias para a organização da acessibilidade e garantia da equidade no sistema de saúde.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações com o objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo (PNH, 2010).

O acolhimento entendido enquanto um dispositivo potente para atender à exigência do acesso, propiciar vínculo e modificar a clínica. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (PNH, 2010). Entretanto esse conceito traz a necessidade de qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, orientar, dar respostas e negociar com os usuários.

O acolhimento na Atenção Básica de saúde toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield (2002): porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Entretanto, a AB como porta de entrada recebe uma população com diversos tipos de queixas, necessidades, desejos e demandas que por vezes uma escuta profissional apressada, ou com frágil orientação teórica crítico-reflexiva ou ainda com um fluxograma de encaminhamento indefinido, pode mistificar uma realidade ao ponto de reduzir o sofrimento humano e sua complexidade.

A autora destaca, ainda, que o acolhimento para além de uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário, possibilita concomitantemente identificar riscos e vulnerabilidades, eleger prioridades, perceber necessidades clínicas, biológicas, epidemiológicas e psicossociais. Isso possibilita hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado, ou seja, diferenciar necessidades mais prementes e menos prementes; distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características (STARFIELD, 2002).

Compreende-se que a AB seja um cenário privilegiado no acolhimento de demandas em Saúde Mental, uma vez que visa compreender e atuar com o conceito ampliado de saúde, onde

fatores econômicos, políticos, culturais e as expressões da questão social se relacionam no processo saúde/doença. Assim, podem-se evitar práticas de intervenções que levem a psiquiatrização, a fragmentação dos atendimentos, a medicalização social, a culpabilização do sujeito e as internações desnecessárias, contribuindo para a consolidação da reforma psiquiátrica.

Portanto, a concepção de demanda em saúde mental na AB é mais ampla e significativa do que apenas classificações diagnósticas ou pontuais expressões da questão social, ela é, também, produto da miséria e exploração impostas à maioria da população, das políticas públicas inadequadas, das relações de produção capitalista e do próprio paradigma biomédico que influencia a prática dos profissionais cotidianamente das experiências humanas sob sua prática. Nesse sentido, as respostas do serviço aos usuários são diretamente proporcionais ao que se compreende da concepção de demanda para o campo da Saúde Mental.

Cecilio (2009, p.120) coloca: *"a demanda é o pedido explícito, a "tradução" de necessidades mais complexas do usuário."* É a forma do indivíduo chegar ao serviço e expressar o que procura. Nem sempre esse pedido será feito de forma clara, concisa, completa, pois é carregado de subjetividade, dúvida, desejo.

Considera-se que a procura por serviços está pautada na representação que cada indivíduo faz de sua doença, ou de seus sintomas, pois essa vivência é individual, sempre permeada por questões sócio-culturais e familiares (SANTOS; PENNA, 2013).

De acordo com Amarante (1996) no momento que o usuário procura pelo serviço é preciso colocar vistas para o sujeito e não para o conjunto de sintomas, ou seja, colocar a doença entre parênteses, conforme proposto por Básaglia, e reconhecer a singularidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Para tanto é fundamental a escuta qualificada dos profissionais de saúde e que esses estejam atentos para além das queixas ou necessidades expostas no momento do acolhimento e cuidado do sujeito de direitos. A atenção deve estar voltada para a história, o discurso, o desejo e as vontades da pessoa em sofrimento e tudo que vier permear o momento de acolhimento, contextualizado com seu meio cultural, econômico, político e social, para dar respostas criativas e adequadas a cada sujeito, buscando o bem-estar, a inserção social e principalmente o direito a saúde.

Assim sendo, verifica-se que a concepção de demanda em Saúde Mental na AB é mais ampla e complexa do que as queixas e conjuntos de sintomas verbalizados nos acolhimentos

em saúde, ela é uma construção psicossocial do sujeito com seus interlocutores, permeada de subjetividade e diretamente influenciada pela estrutura do contexto na qual está inserida.

Entende-se que esta compreensão possa elucidar os mecanismos de acesso ou não da população usuária, aos serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e tratamento dispensados à mesma, contribuindo para reflexões sobre o cotidiano dos serviços e a forma como estes se organizam para atender os princípios que estabelecem o sistema de saúde vigente (SANTOS; PENNA, 2013).

3.3 Linha de cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade em saúde e do trabalho em rede

Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessitam de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008). Esses dados dão a dimensão da realidade epidemiológica encontrada no Brasil e da complexidade do tema, que por sua vez envolve não apenas o setor saúde, mas também outros setores da sociedade, como: educação, emprego, assistência social, justiça entre outros.

Assim, diante dos dados apontados justifica-se neste estudo a discussão acerca da linha de cuidado em saúde mental e de um trabalho em rede.

A linha de cuidado é uma tecnologia recente de organização da atenção, visando à integralidade, em particular nos estudos voltados para as práticas cotidianas no interior dos serviços e nos estudos que buscam caracterizar e analisar o cuidado como processo de trabalho (CECCIM; FERLA, 2006).

Ainda para Ceccim e Ferla (2006), uma linha de cuidado seria um processo desencadeado por uma demanda por cuidado, por práticas cuidadoras capazes de responder às necessidades dos indivíduos e/ou grupos que demandam cuidados, pela oferta de projetos terapêuticos singulares, pelo acesso a uma rede de serviços configurada como malha de cuidados progressivos, pela organização da gestão e da atenção com base no princípio da integralidade, por uma regulação que inclui os âmbitos de macro e de micro regulação da atenção cuidadora e pelo resultado do cuidado produzindo qualidade de vida e autonomia do indivíduo e/ou grupo.

Conforme projeto original do SUS, a escolha da ideia de rede como modo de organizar os serviços toma como ponto de partida a negação da estrutura rígida e hierárquica do

manicômio, propondo em seu lugar a instituição de estações de cuidado, de pontos de referência horizontais e abertos. Compreende-se que estar em rede também é estar em movimento. Nenhum dos dispositivos ou pontos de cuidado funciona fechado em si mesmo e esses aumentam sua potência quando se articulam em rede. Considera-se, ainda, que pela alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber, pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde e multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e o cuidado, as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo, portanto, inerentes ao trabalho relacionado ao cuidado em saúde.

Na perspectiva da linha de cuidado, preconiza-se que a relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços deve estar com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra referência na busca da integralidade do cuidado. O processo de referência e contra referência diz respeito aos procedimentos de encaminhamento verificados de maneira verticalizada entre os níveis de complexidade do sistema de saúde, que ordena o fluxo dos usuários tanto de cima para baixo, quanto de baixo para cima, de maneira que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997). No entanto, pondera-se que esse sistema por vezes pode ser caracterizado como um procedimento burocrático, que acontece de maneira rígida. Nesses casos, a circulação do usuário fica obstruída por inúmeros procedimentos que lhes dificultam os atendimentos. Trata-se de exigências formais que enrijecem o acesso dos usuários aos serviços prestados.

Assim, a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal defendida no modelo círculo, apresentado por Cecílio (1997). Neste modelo reconheceu ter-se instituído de forma espontânea várias portas de entrada no sistema e outras encontradas pelos próprios usuários na busca do cuidado (CECÍLIO, 1997).

Destaca-se que, tradicionalmente, a organização do trabalho em saúde mental se embasa em um modelo de atenção pautado na compreensão orgânica de saúde-doença, que se concretiza em práticas assistenciais de intervenção centradas na sintomatologia e tendo como recurso, quase que exclusivamente, a medicalização e em alguns territórios, ainda o hospital psiquiátrico.

No entanto, a desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na sociedade são tarefas às quais o SUS vem se

dedicando com especial empenho nas últimas décadas. A demanda por essas modalidades de atenção cresce e, ao mesmo tempo, cresce a tensão de interesses no âmbito da sociedade.

Atualmente, uma grande diversidade de serviços compõe a rede especializada em saúde mental e um esforço relevante vem sendo feito pelos gestores de políticas de saúde, por profissionais do setor e outros atores para integrar a rede de cuidados especializada à atenção básica e aos demais serviços do sistema público de saúde, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

No entanto, independente do componente da Rede de Saúde, a superação do modelo manicomial é ainda um desafio do setor saúde e também da assistência social, dos direitos humanos, devendo ser pauta da agenda da sociedade como um todo.

Além do Modelo de Atenção em Saúde Mental, cabe lembrar os determinantes sociais do processo saúde-doença, que segundo Lopes e Silva (2004, p. 685) conceituaram que “[...] o processo saúde-doença é resultante das situações de vida dos indivíduos e coletivos e que essas situações são construídas nas relações que se estabelecem na sociedade”.

Os autores alertaram que um processo saúde-doença é sempre histórico e acessível de ser apreendido, bem como é parte importante do ideário constitutivo das práticas de consultório (LOPES e SILVA, 2004). A concepção de uma linha de cuidado, no caso da saúde mental, inclui o acesso, o vínculo e a resolutividade em serviços de diferentes naturezas, o pleno acesso à assistência farmacêutica e a disponibilidade de ações de promoção e prevenção à saúde. Ao ser cuidado na linha de cuidado da saúde mental, o usuário tem “intensificado” seu projeto terapêutico, visando à integralidade e não simplesmente o seu encaminhamento da menor a maior “tecnologia” da atenção.

Nessa direção, Gerhardt (2006) coloca que as práticas e estratégias no enfrentamento de problemas cotidianos, sobretudo em relação à procura de cuidados em saúde, podem ser analisadas segundo “itinerários terapêuticos” percorridos. O tema das relações entre itinerários terapêuticos e usuários, demonstra a capacidade em se mobilizar recursos e criar tecnologias de cuidado, mesmo diante de limites nas ofertas assistenciais dos serviços.

De acordo com Alves e Souza (1999, p. 133):

[...] “a ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade [...]; designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto pré-concebido: o tratamento da aflição”.

Conhecer a construção de itinerários terapêuticos propicia o entendimento sobre como ocorre o movimento de identificação dos problemas acarretados pelos transtornos mentais e a busca de soluções que possam estabilizar o cotidiano dos sujeitos e sustentar novas maneiras de organizar suas vidas.

Compreende-se, assim, que a linha de cuidado implica em processos e práticas de cuidado que incluam indivíduos em uma rede de cuidados progressivos. Ao se investigar a linha de cuidado percorrida pelos indivíduos colocam-se em xeque as práticas concretas, as políticas, as normas de gestão dos serviços e o entendimento que os próprios indivíduos possuem em relação ao seu cuidado (CECCIM e FERLA, 2006). Avalia-se que a apropriação desta dinâmica permite conhecimentos úteis para a organização do cuidado avaliando o sistema de saúde por meio das linhas de cuidado.

4. A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO – SP

4.1 Implantação dos serviços de Saúde Mental em Rio Claro

Para discorrer acerca da história da Saúde Mental em Rio Claro, de maneira fidedigna, recorreu-se aos escritos e à memória das ações realizadas por alguns profissionais de saúde, que estiveram envolvidos em todo processo de construção da Política de Saúde Mental local e que, de alguma forma, se mantêm ligados a essa causa. Reconstruir essa história, através destas memórias, foi de alguma maneira, valorizar o empenho do profissional de saúde, que milita a favor dos princípios estabelecidos na nossa Constituição Federal, no SUS e na Legislação de Saúde Mental.

Por muitos anos a única referência para o tratamento de doentes mentais no município de Rio Claro foi o hospital psiquiátrico denominado Casa de Saúde Bezerra de Menezes - CSBM, inaugurado no ano de 1951.

Assim, a Casa de Saúde Bezerra de Menezes foi, portanto, o primeiro local que se tem registro de assistência psiquiátrica aos doentes mentais em Rio Claro. Entidade sem fins lucrativos, sob gestão estadual, conveniada ao antigo INAMPS, atendia a vinte e seis municípios da região e dispunha de 200 leitos de internação. Funcionava aos moldes da psiquiatria clássica, com a maior parte da sua clientela com alto grau de cronificação dos quadros, com grande tempo de permanência e frequentes reinternações.

Embora com quase setenta anos de funcionamento, apresentava deficitários recursos terapêuticos, um enorme reducionismo de ferramentas clínicas, resumindo-se à abordagem biofarmacológica, com característica prisional e de exclusão social. O hospital custava caro ao cofre público municipal, que havia pactuado o repasse mensal de um oneroso valor ao hospital e tinha pouca eficácia terapêutica.

Anos mais tarde foi colocado um psiquiatra em cada um dos quatro postos de saúde que compunham a rede de atenção básica do município, que prestavam atendimento à população de forma a intervir através da medicação ou da internação integral. Até o ano de 1987 a cidade dispunha também de três psicólogos, que trabalhavam em locais diferentes: 01 na delegacia da mulher, outro no Departamento de Saúde e Promoção Social com atendimento só para crianças e o terceiro com atendimento para os adolescentes e para os adultos em um posto de saúde.

A profissional médica psiquiatra, Dra. Marli Chapeval, inserida nesse sistema, por meio de ações diferenciadas, com iniciativas, ainda que frágeis, já prenunciava a necessidade de mudanças na condução do tratamento aos doentes mentais. Tal profissional esforçou-se, por meio de articulação junto aos políticos municipais sensibilizados pelas questões da saúde, na criação de um ambulatório de saúde mental, com o objetivo de oferecer ao paciente tratamento especializado intenso, prolongado, visando esgotar o arsenal terapêutico, prevenindo internações desnecessárias e possibilitando sua reintegração social.

Como resultado dessa articulação criou-se em julho de 1989, o Ambulatório de Saúde Mental. Assim, inaugurava-se no município uma assistência que seguia os pressupostos humanistas difundidos pela Europa, em décadas anteriores e pelos preceitos do Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Na referida época foram contratados e remanejados da própria rede pública, psiquiatras, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, neurologistas, neuropediatra, funcionários de apoio.

O Ambulatório de Saúde Mental iniciou seus trabalhos atendendo toda população: crianças, adultos e familiares. O atendimento era em grupo ou individualmente, nas diversas especialidades.

O ambulatório também era referência para as cidades de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes.

Iniciou-se naqueles anos, um novo modelo de assistência ao portador de doença mental, instituindo assim outras formas de tratar, além dos psicofármacos (BARBOSA, 1999).

Embora a estrutura do ambulatório, inicialmente, tenha sido pensada a partir de um trabalho em equipe multidisciplinar e que não fosse apenas centrado na medicalização, não é isso que ocorreu: a terapêutica medicamentosa prevalecia e o tratamento ao paciente com transtorno mental era conduzido de maneira fragmentada.

Assim, durante dez anos a Casa de Saúde Bezerra de Menezes e o Ambulatório de Saúde Mental foram as únicas referências para o município no tratamento dos transtornos mentais. O ambulatório atendia por agendamento prévio, seguindo os moldes tradicionais de assistência. Não havia a possibilidade de atendimento emergencial para psicoses e neuroses graves, tão pouco oficinas terapêuticas ou qualquer outro serviço semelhante.

Dessa forma, a cidade não dispunha de um Programa Municipal de Saúde Mental sistematizado. A existência de dois únicos serviços indicava a dificuldade do município em implantar os princípios da reforma da assistência psiquiátrica defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A participação de alguns profissionais em encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), no Estado de São Paulo, possibilitou a conscientização da necessidade da criação de serviços abertos, com tratamento humanizado.

Nesse contexto, a profissional Disete Devera, na função de articuladora municipal de saúde mental, já na década de 90, passou a disseminar questões sobre saúde mental junto à população, trabalhadores, usuários e familiares da Saúde Mental, que começaram a se articular nas pré-Conferências Municipais de Saúde propondo mudanças ao Modelo de Saúde Mental vigente no município.

A participação desses atores sociais passou a gerar mobilização dentro de espaços bastante importantes como o Conselho Municipal de Saúde, a Conferência Municipal de Saúde e a própria CSBM. Muita pressão contrária a estes profissionais foi exercida, muitos trabalhadores fizeram resistência para iniciar o novo projeto da Reabilitação Psicossocial.

Contudo, não se pode esquecer que na década de 80, ocorreram transformações no cenário político nacional, com a emergência de um amplo movimento de reivindicações dos principais segmentos da sociedade. São nesta nova cultura que se alicerçaram as negociações junto ao Poder Público de Rio Claro, nas quais a referida profissional teve atuações bastante significativas na transformação da assistência, criando serviços de assistência extra-hospitalar, de base comunitária, no município de Rio Claro. Assim, ocorreu na III Conferência Municipal de Saúde realizada em 1997, quando foram aprovadas propostas de reestruturação do Modelo de Atenção à Saúde Mental, que posteriormente foram colocadas em prática. As principais diretrizes definidas na conferência tinham como enfoque a desinstitucionalização e o modelo assistencial substitutivo ao hospitalocêntrico.

No referido processo, a Reforma Psiquiátrica vai tomando corpo no município de Rio Claro e em 1998 foram fundados o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Núcleo de Atenção à Toxicodependência (NAT), que atuarão como propagadores das novas proposições.

Além desses serviços, a partir da descentralização do Ambulatório de Saúde Mental, no mesmo ano criou-se o Centro de Especialidades e Apoio ao Diagnóstico (CEAD) e o Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIARI). Inicia-se então, uma ruptura nalógica das bases do modelo de atenção, o qual teve como referencial teórico-prático os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Italiana, do projeto asilar ao projeto de serviços abertos, de base comunitária.

Seguindo o modelo inovador e exitoso experienciado, nos anos de 1989 a 1996, em Santos-SP, em julho de 1998, em Rio Claro foi criado o NAPS: serviço descentralizado, de portas abertas, com funcionamento 24 horas, com médico psiquiatra, em todos os horários e com quatro leitos de retaguarda à crise. Junto ao NAPS funcionava o serviço de urgência/emergência psiquiátrica, ambos os serviços eram constituídos por uma mesma equipe.

O NAPS era responsável pela triagem, sendo a “porta de entrada preferencial” do sistema de saúde para a população adulta com queixas de sofrimento psíquico. Funcionava todos os dias, inclusive aos finais de semana, com 01 profissional de nível superior da equipe multiprofissional que, em esquema de rodízio, realizava as triagens atendendo aos encaminhamentos referenciados pelos demais serviços e demandas espontâneas. Apesar de não priorizar a conduta imediata da internação, utilizavam-se desse recurso depois de esgotadas todas as formas terapêuticas de tratamento.

As referências hospitalares para a internação eram, prioritariamente, a Casa de Saúde Bezerra de Menezes localizada no próprio município e os hospitais psiquiátricos da região,

Clínica Sayão, na cidade de Araras e Hospital Espírita Dr. Cesário Motta Júnior, no município de Piracicaba.

Por meio da Reforma Psiquiátrica, o Hospital Espírita “Dr. Cesário Motta Júnior”, que funcionava em Piracicaba desde 1960 e era referência em diversos países da América do Sul, fechou suas portas. A instituição, que dispunha de aproximadamente 500 leitos, encerrou suas atividades em 1990, diante de diversas dificuldades, como as famílias que abandonavam pessoas no local e não retornavam para prestar quaisquer cuidados e a falta de investimento em melhorias na estrutura organizacional.

O NAPS atendia ao portador de psicoses e neuroses graves, acima de 18 anos de idade e jovens em crise psicótica. Após o atendimento de urgência, o adolescente ou jovem era encaminhado para o serviço de referência – CRIARI. No NAPS cada paciente tinha um médico e um técnico de referência e participava de atividades, segundo seu projeto terapêutico (BARBOSA, 1999).

Sua equipe inicial era constituída por sete médicos psiquiatras, dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social e destaca-se que foi essa equipe responsável projeto e implantação do serviço (BARBOSA, 1999).

Com a Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, a qual regulamenta as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2002), o NAPS de Rio Claro, que teve como primeiro coordenador um psicólogo em outubro de 2002 foi credenciado como CAPS III.

Em 17 de maio do ano seguinte o referido serviço muda-se do prédio anexo a UBS-29 para uma casa localizada na Avenida Brasil, bairro Jardim das Américas. Nesse novo espaço o serviço foi reinaugurado e recebeu o nome de CAPS III “18 de Maio”, em deferência ao dia nacional da Luta Antimanicomial. Esse nome surgiu em uma das assembleias dos usuários do serviço. Esse serviço, pautado pela regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental, propôs um rompimento com a lógica tradicional e passa a ocupar um lugar importante na organização da rede de atenção ao portador de sofrimento psíquico (RIO CLARO, 2013).

O NAT também foi um dos serviços criados com a descentralização do antigo Ambulatório de Saúde Mental. Este serviço destinava-se ao atendimento de pessoas com mais de 18 anos, de ambos os sexos, com questões relacionadas à dependência de álcool e outras drogas. O serviço funcionava em 03 salas, no fundo do prédio do NAPS, no entanto, também anexo à UBS-29. A porta localizada no corredor do imóvel era o que separava os dois serviços; sendo a cozinha de uso comum para ambos.

A equipe era composta por 02 psicólogos, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional e 01 médico. A equipe de enfermagem era a mesma do NAPS. Junto ao NAT funcionava o projeto “Artividade” para atendimento às crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, em uso nocivo de álcool e outras drogas. Este projeto era realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social e foi encerrado em 2001, por falta de interesse da gestão da época.

Em 2005, o NAT foi reclassificado em CAPS ad II, conforme portaria ministerial. Ainda nesse ano mudou-se para uma casa na Avenida 02, entre ruas 6 e 7, no centro da cidade, onde ainda permanece instalado. Anterior a esse período, esse mesmo imóvel foi sede do CRIARI.

O CRIARI é o serviço de saúde mental da infância e juventude, que trabalha em esquema ambulatorial, com consultas previamente agendadas e que compõe a Rede de Saúde Mental do município. A equipe era composta por 02 psicólogos, 02 fonoaudiólogas, 01 pedagoga, 01 terapeuta ocupacional e 01 médico psiquiatra, sendo que no período de 2009 a 2011 contou com uma médica hebiatra, a única da Rede Pública Municipal de Saúde.

Até o ano de 2013, o CRIARI atendia a toda população, independentemente da queixa. No entanto, sua missão era ofertar atendimento aos menores com sofrimento psíquico não grave. Nesse contexto, a população infantil com transtorno mental grave não contava com suporte apropriado da rede.

O CEAD era o ambulatório da rede de saúde do município que dispunha de diversas especialidades médicas, inclusive da psiquiatria e da psicologia. Neste serviço trabalhavam 02 psicólogos e 02 psiquiatras, que prestavam assistência, sobretudo às pessoas com transtornos mentais “menores” encaminhadas pelos demais serviços de saúde mental do município e, principalmente, aos usuários encaminhados pelos especialistas do próprio serviço. No CEAD havia uma longa fila de espera para os atendimentos, apesar da baixa resolutividade apresentada, além de um funcionamento pouco articulado à Rede de Saúde. Os profissionais desse equipamento atuavam de forma isolada e descontextualizada da rede e com as demais equipes de saúde mental. O contato entre as equipes se dava exclusivamente por telefone e quando realizado era para verificar a posição na fila de espera de determinados pacientes que aguardavam pelo atendimento.

A partir de 1998, a constituição da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tornou-se uma grande responsabilidade dos gestores municipais de Rio Claro. No entanto, se por um lado essa iniciativa fez parte de variados esforços da luta pela concretização da Reforma Psiquiátrica, em Rio Claro, por outro lado a existência do hospital psiquiátrico e dos

Ambulatórios de Saúde Mental adulto e infantil na rede não deixou de existir como instituição psiquiátrica manicomial, ainda quereformada.

Pode-se indagar, hoje, se essa iniciativa, ainda que relevante para a época, não teria se tornado num empecilho para o avanço do conjunto da Luta Antimanicomial no município. Parece ter ocorrido uma forte luta de poder entre aqueles que não abriram mão da estrutura ambulatorial e hospitalar psiquiátrica, embora veiculem o discurso da Reforma Psiquiátrica e aqueles que reafirmavam a necessidade de consolidar os serviços substitutivos, diminuindo-se progressivamente, a importância do hospital na Rede de Atenção em Saúde Mental.

Esses serviços até hoje existem e passam por mudanças administrativas e estruturais, que podem significar um prenúncio de transformação real no caminho da Reforma Psiquiátrica.

Na cidade de Rio Claro, o processo de transição de modelos - de um modelo asilar para um modelo comunitário territorial - é ainda frágil, uma vez que estes modelos coexistem ambos com forças políticas, ideológicas e sociais. O que se percebe é o aparecimento de uma força paralela que luta pelo seu espaço, como forma alternativa diante da potência asilar.

O processo de Reforma Psiquiátrica no município iniciou graças à atuação de alguns profissionais que se incomodavam com o poder hegemônico do tratamento hospitalar e, direta ou indiretamente, contribuíram para a criação de instituições que pudessem dar uma forma alternativa de tratamento, ainda que o hospital psiquiátrico tenha sido mantido no município.

Assim, em 1998, no município de Rio Claro, a estratégia de implantação de um novo dispositivo de atenção diária e integral ganha impulso e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) demarca o ponto de partida da inversão do Modelo de Atenção e também a construção de uma Política Pública de Saúde Mental para o município.

No referido processo foi implantada a Rede de Atenção em Saúde Mental substitutiva ao manicômio e essa foi, por vários anos, a experiência de maior repercussão na Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 14.

Nesse ano foi criado um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), cuja proposta era uma prática centrada principalmente na convivência com as diferenças e no respeito ao direito de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, visando resgatá-las.

Procurava-se criar novas formas de relação entre o serviço e os usuários, favorecer a expressão, produzir espaços de subjetividade, de elaboração da história pessoal dos usuários, enfatizando-se também a importância do NAPS como espaço de trocas e de socialização (NICÁCIO, 1994).

Além do NAPS, foram criados um Núcleo de Atenção a Toxicodependência (NAT) para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, um ambulatório de saúde mental para a infância e adolescência (CRIARI) e um ambulatório para o atendimento de adultos que foi criado junto ao serviço de especialidades (CEAD).

Após 1998, as novas gestões municipais mantiveram a Rede de Atenção à Saúde Mental construída até aquele momento e o funcionamento dos serviços. Em 2007, o coordenador de Saúde Mental do município ao avaliar que o ambulatório para adultos se encontrava isolado dos demais serviços do Programa de Saúde Mental, dificultando assim a gestão desse serviço, alugou um imóvel para sediá-lo. Dessa forma, foi criado o Centro de Especialidade em Saúde Mental (CESM).

Com a Portaria nº 336/GM, de 19/02/2002, o NAPS passou a se constituir em CAPS III de acordo com porte/complexidade, abrangência populacional e atendimento 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana e o NAT em CAPS ad.

Ainda de acordo com a Portaria, os CAPS devem estar capacitados para atender prioritariamente pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área de abrangência (BRASIL, 2002).

Em 2009, os trabalhadores do ambulatório infantil iniciaram uma mobilização junto a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente (Rede PROTECA) e ao Poder Judiciário local para a criação do CAPS IJ, com a argumentação de que o ambulatório não dava conta dos casos infantis graves. Esse movimento foi se fortalecendo e culminou em proposta na Conferência Municipal de Saúde. Em 2013, o CAPS IJ foi fundado, porém o ambulatório permanece na composição da Rede de Saúde Mental da cidade.

Em relação à rede hospitalar do município de Rio Claro constatou-se hospital geral com leitos de saúde mental cadastrados, porém não disponibilizando vagas para a internação. A Santa Casa de Misericórdia possui o registro em seu Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), de 02 leitos de saúde mental, apesar de não os disponibilizar para tal. Além disso, constatam-se serviços de pronto atendimento não prestando o atendimento de urgência e emergência ao usuário de saúde mental, sendo esse último serviço prestado pelo CAPS III, por meio dos 04 leitos de retaguarda à crise.

Diante do contexto de organização e fluxo da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro, um dos entraves mais notório refere-se ao CAPS III, no tocante ao desvio de sua missão de priorizar o atendimento ao usuário em sofrimento mental grave e persistente.

Há algum tempo, sua maior dificuldade é a demanda excessiva dos “casos leves”, com os quais usuários se utilizam horários que acabam desviando a atenção dos profissionais dos usuários realmente graves, os quais necessitam de cuidados e acompanhamento intensivo, além de fortalecer a autonomia, a rede de apoio e espaços comunitários.

4.2 Caracterização da Rede Municipal de Saúde e Saúde Mental

A rede de saúde de Rio Claro/SP, quanto à sua organização, integra o Colegiado de Gestão Regional (CGR) Região de Rio Claro, colegiado esse que ainda é composto pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes, estando agregados à Rede Regional de Assistência à Saúde (RAAS) 14 e ao Departamento Regional de Saúde de Piracicaba - DRS X, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

No tocante ao modelo de atenção à saúde, a rede de Rio Claro possui 69 unidades de saúde, sendo 66 de administração municipal e 3 de administração estadual (Ambulatório Médico de Especialidades, Ambulatório Adolfo Lutz e Casa de Saúde Bezerra de Menezes). Entre as unidades de administração municipal as unidades dividem-se entre gestão municipal (65,15%), gestão privada (34,85%) e gestão estadual (3,03%) (RIO CLARO, 2014).

A Atenção Básica tem funcionado de forma mista por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), sendo quatro UBS's e quatorze USF, com dezessete Equipes de Saúde da Família. A cobertura de Estratégia da Saúde da Família é de cerca de 39%, enquanto que a cobertura populacional de Atenção Básica (UBS e USF) atinge 54% apenas da população do município. Ainda na rede da Atenção Básica tem-se uma Equipe de NASF com seis profissionais de categorias diversas (Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Educador Físico e Enfermeiro), que apoiam nove Equipes de Saúde da Família. As demais equipes da Atenção Básica são matriciadas pelas equipes da Saúde Mental, por meio de encontros a cada um mês e meio.

Entre a atenção especializada (alta e média complexidade), em que se tem os pontos da Atenção Estratégica para a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), o município conta com um CAPS III adulto, um CAPS ad II, um CAPS II, além do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIARI). O Centro de Especialidades em Saúde Mental (adultos), que integrava essa rede, no segundo semestre de 2017 passa a ter suas ações descentralizadas para o território junto à Atenção Básica, culminando no fechamento do serviço.

O município de Rio Claro-SP também conta com o componente da reabilitação psicossocial na modalidade de empreendimento solidário, denominado ‘Loucos por Pão’,

responsável pela confecção de pães artesanais. Além disso, o município também está reunindo esforços para efetivar a implantação de duas Residências Terapêuticas, tipo II, masculinas, para acolher os moradores de longa data do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Bezerra de Menezes localizado na cidade.

Outros serviços da atenção especializada incluem Centro de Habilitação Infantil Princesa Vitória (CHI), Centro de Especialidades e Diagnóstico (CEAD), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Centro de Referência do Trabalhador (CEREST) e Serviço Especializado de Prevenção e Assistência DST/AIDS/Hepatites Viriais (SEPA).

Especificamente sobre o equipamento de saúde mental para atenção aos adultos, o CAPS III, inaugurado em 1998 como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e reclassificado em 2002, por meio da Portaria n. 336/2002, como CAPS III contava ao início da pesquisa com um quadro de trinta e cinco trabalhadores, entre equipe técnica, profissionais da administração, coordenação, estagiários e equipe de manutenção. Em sua área de abrangência para referência localiza-se o município de Rio Claro e cinco outros municípios da região: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes. O acolhimento e a organização do processo de trabalho se dão via demanda espontânea e encaminhamentos das redes intra, intersetorial e intermunicipal.

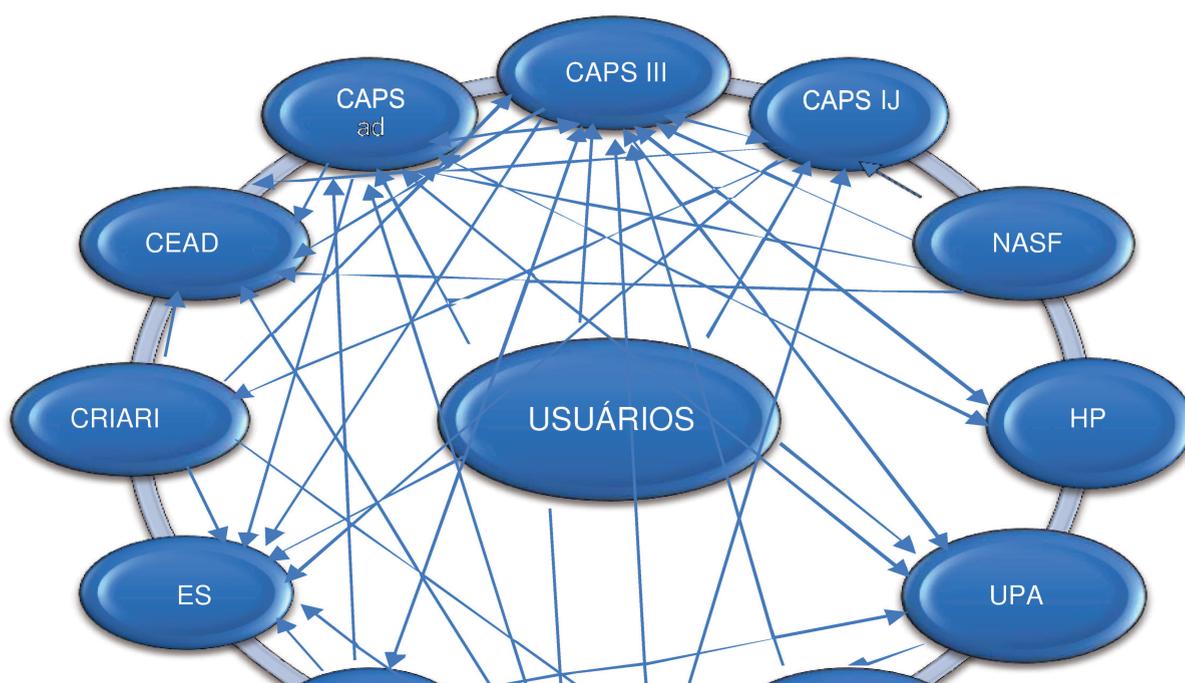
Além dos serviços estratégicos propostos pelas atuais normativas de saúde enquanto componentes da Atenção Psicossocial nos territórios, o município de Rio Claro possui um serviço de internação, de trajetória manicomial, que disponibiliza internação para pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais e que até o ano de 2015 esteve funcionando também como espaço de educação permanente para os trabalhadores da região, além de um serviço ambulatorial de atendimento, estes últimos denominados de Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CINAPSI). A Casa de Saúde Bezerra de Menezes, de gestão estadual e natureza filantrópica, denominada de CINAPSI entre os anos 2012 e 2015, além de outra instituição localizada no município de Araras, compõem o conjunto de Hospitais Psiquiátricos localizados na região do DRS X de Piracicaba.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2014 apontou que havia no hospital geral do município dois leitos para internação em Saúde Mental, entretanto durante a realização dessa pesquisa, o hospital psiquiátrico seguiu se responsabilizando pelas internações em Saúde Mental. No entanto, para as pessoas em situação de crise, sejam jovens ou adultos tem-se a pactuação no município desde a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, mas não

apresentada no PMS, que tratou da hospitalidade noturna desses usuários no CAPS III adulto, que também está caracterizado como Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental, sendo que os quatro leitos utilizados são comuns aos dois serviços. Enquanto trabalhadora dessa rede, o que se observou com certa frequência foi que esse “arranjo” estava condicionado às realidades dos plantões e principalmente à disponibilidade de leitos e que tal cultura influenciou no fluxo da RAPS (RIO CLARO, 2014). Conflitos e embates relevantes em relação ao fluxo da rede sempre estiveram presentes no cotidiano desse serviço, o que se confirmou quando não se observa no Plano Plurianual de Saúde (PPA) construído pela Secretaria Municipal de Saúde, nenhuma ação que contemple a ampliação e efetivação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, nem a transferência do serviço de urgência e emergência em saúde mental (RIO CLARO, 2014).

Para facilitar ao leitor farei um breve desenho da atual Rede de Saúde Mental de Rio Claro-SP.

Figura 1- Rede Municipal de Saúde Mental



4.3 Contextualizando o funcionamento do CAPS III de RioClaro

O CAPS, campo desse estudo, funciona há 19 anos e foi classificado como tipo III. Oferece atendimento 24 horas e desde setembro de 2016 localiza-se em imóvel próprio, onde se pretende ampliar de 04 para 06 leitos/noite. Seu objetivo é tratar de forma intensiva as pessoas com transtorno mental grave, com idades acima de 18 anos, evitando, assim, a internação psiquiátrica integral e promovendo a reabilitação psicossocial; funcionando, portanto, em consonância com as Políticas Nacionais de Saúde Mental.

O serviço conta com uma equipe técnica composta por profissionais de diferentes especialidades (psiquiatria, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social etc.) que se dividem em três miniequipes. A divisão da equipe é resultado da organização do trabalho e se dá com base nas áreas de abrangência pertencentes ao território onde cada usuário reside.

A dinâmica da organização do processo de trabalho da equipe se dá a partir da realização do acolhimento do usuário que chega ao serviço. O acolhimento acontece, preferencialmente, de segunda a sexta-feira, nos períodos da manhã e tarde, sendo disponibilizadas cinco vagas para cada período, sem prejuízo dos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental e sem repressão de demanda, garantindo a “porta aberta” do CAPS, inclusive no período noturno, finais de semana e feriados, quando o acolhimento é realizado pelo enfermeiro plantonista.

Em cada turno há um profissional de nível superior, não médico, responsável por acolher toda a demanda que procura pelo serviço. A demanda se classifica em espontânea e referenciada, sendo esta tanto da Rede de Saúde como das Redes Intersetorial e Intermunicipal.

O acolhimento é realizado sem agendamento prévio, respeitando a ordem de chegada. No entanto, aos casos de urgência é dada a devida agilidade ao atendimento, sendo muitas vezes atendido diretamente pela equipe de enfermagem e médico psiquiatra plantonista do serviço.

O acolhimento consiste na escuta atenta do usuário e familiares, sendo nesse momento analisada a queixa e realizados os encaminhamentos que se fizerem necessários. Quando existe alguma dúvida sobre o caso este é pautado na reunião de equipe, que acontece uma vez por semana, ou na reunião de “passagem de plantão”, realizada diariamente no início da manhã. Quando necessário, concomitantemente são realizados contatos com a rede, solicitação de informações e pareceres junto aos diversos equipamentos.

O usuário que tem demanda para acompanhamento pelo referido CAPS, uma vez inserido no serviço passa a ser referenciado por uma miniequipe, que tem por função, conjuntamente com ele e a família, elaborar e articular a condução de um Projeto Terapêutico

Singular (PTS) inicial, compatível com suas necessidades e desejos. Em seguida, o caso é levado imediatamente ao conhecimento de toda equipe nos espaços de reuniões.

De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH, 2009), o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e praticado em conjunto com o usuário e familiares. No PTS, incluem-se: o regime de atenção, o diagnóstico, a definição conjunta de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação do mesmo.

A elaboração do PTS do usuário abarca as diferentes propostas terapêuticas existentes no serviço e no território: grupos terapêuticos, ateliê de artesanato, lian kong, panificação artesanal, grafite, jornal, saúde e beleza, esporte, música, contos, grupo de referência, entre outros, assim como articulações com os demais dispositivos das redes de saúde, intersetorial e intermunicipal.

Por algum tempo, quando não caracterizado caso de urgência e emergência em Saúde Mental e já ultrapassados cinco acolhimentos por período, o usuário era orientado a comparecer em outro dia ou período de acolhimento, gerando incômodos nos profissionais, principalmente nos atendentes/recepcionistas do serviço, que se sentiam desconfortáveis ao informar ao usuário que o número de acolhimentos para aquele determinado período havia encerrado, além de várias queixas por parte dos usuários. Tal desconforto foi pauta de muitas reuniões de equipe e chegou-se à conclusão que ainda que houvesse sofrimento por parte da equipe diante da excessiva demanda que acessava o CAPS, esse, enquanto um serviço de porta aberta, não poderia deixar de acolher de prontidão o sujeito que procurou pelo serviço e tão pouco trabalhar na perspectiva de acolhimento agendado. Desde então, a equipe desconsiderou a “regra” de cinco acolhimentos por período e passou a atender a todos que acessavam o serviço, independentemente do número de usuários.

Contudo, na maioria das vezes os profissionais se deparam no acolhimento com demandas que não necessariamente precisariam ser encaminhadas ao CAPS. Pessoas que demandam uma escuta, uma orientação, que poderiam ser obtidas em outros espaços e com outros profissionais da rede.

O número de usuários em acompanhamento até dezembro de 2016, no CAPS III era de 867. Desses, são atendidos e acompanhados no serviço em regime intensivo e sem intensivo, aproximadamente 30 usuários por dia, sendo que esse número é variável de 20 a 30, de acordo com as atividades oferecidas em cada período.

Os usuários inseridos no serviço caracterizam-se por apresentar algum tipo de sofrimento psíquico grave, deficiência intelectual e situação de vulnerabilidade social. A maioria possui um nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto e estão fora do mercado de trabalho formal.

No entanto, aponta-se que as maiores dificuldades desse serviço são referentes ao Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica instalado no mesmo prédio dificultando a organização do processo de trabalho da equipe do CAPS III, uma vez que as equipes médica e de enfermagem trabalham em regime de plantão, interferindo diretamente no estabelecimento de vínculo com os usuários e na efetivação de um cuidado na perspectiva da reabilitação psicossocial; ao fluxo estabelecido na Rede de Saúde do município, no qual se tem o CAPS III como porta de entrada preferencial da rede; à falta de implicação dos demais serviços na atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico e ao entendimento da equipe que não reconhece a potência do serviço que “tem sua porta escancarada” e que ao mesmo tempo não tem um trabalho efetivo de articulação com a rede de saúde, intersetorial e intermunicipal.

Assim, entendemos que o dispositivo de entrada ao CAPS pode ser um importante analisador do funcionamento de todo o serviço; do modelo de atenção prestado; como da articulação com outros serviços e recursos no território.

5. OBJETIVOS

5.1 Geral

Analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, enquanto dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro –SP.

5.2 Específicos

- Descrever o fluxo da Rede de Saúde Mental no município de Rio Claro/SP, com base nas demandas direcionadas ao acolhimento do CAPS III e seus encaminhamentos posteriores;
- Identificar as principais dificuldades que os profissionais do CAPS III encontram no cotidiano das ações de cuidar e reabilitar;
- Pesquisar sobre os principais desafios e potencialidades da Rede de Saúde Mental, a nível municipal e região, segundo o olhar da equipe do CAPS III.

6. METODOLOGIA

6.1 Abordagem Metodológica

Trata-se de uma pesquisa social, exploratória, descritiva e caracteriza-se enquanto uma Pesquisa Participante, utilizando-se de métodos mistos, quali e quantitativos. (CRESWELL, 2007).

Os estudos exploratórios têm como função principal abordar problemas de pesquisa a fim de que esses se tornem mais acessíveis e familiares para as comunidades, favorecendo a elaboração de percepções, observações e entendimentos sobre o estudo (GIL, 2008).

Destaca-se que a Pesquisa Participante prevê uma aproximação horizontal entre sujeito e a pergunta a ser pesquisada, tendo em vista que ambos estão inseridos na mesma realidade. Assim, a produção do conhecimento na Pesquisa Participante não se faz de modo isolado do sujeito, mas em presença e implica em um compromisso efetivo com suas vivências e necessidades sociais cotidianas (BRANDÃO, 1982).

Com base nesses referenciais metodológicos, esse estudo buscou aproximar-se dos trabalhadores do CAPS III através da Oficina de Problematização, caracterizando assim a etapa qualitativa desta pesquisa.

Buscou-se a interação das estratégias metodológicas qualitativa com a quantitativa, ao utilizar os dados obtidos sobre as demandas do CAPS III, para embasar o processo de problematização realizado na oficina com a equipe. Destaca-se a relevância da participação dos profissionais envolvidos no cenário da realidade investigada. A escolha da referida estratégia metodológica se deu pelo reconhecimento de que o campo da saúde constitui uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados (MINAYO, 2010).

Trata-se de investigação que visou analisar os desafios e potencialidades relativos a essa rede, que além do objetivo principal, buscou identificar as principais dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho pelos profissionais do CAPS III.

Para Paulo Freire a Pedagogia Libertadora e a Pesquisa Participante têm como principal objetivo a emancipação das pessoas, através de um processo crítico da realidade, tornando-se distinta das pesquisas tradicionais, uma vez que a pessoa que participa não é tida como objeto ou passiva e sim protagonista (VIEGAS et al, 2016).

Segundo os objetivos e a estratégia metodológica, fez-se uso da Metodologia da Problematização, de acordo com os postulados da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e do Método do Arco de Charles Maguerez (Figura 2), proposto por Bordenave e Pereira (2004),

como forma de viabilizar a participação dos profissionais e refletir sobre a realidade investigada.

Apresenta-se posteriormente o Esquema do Arco de Maguerz, segundo Bordenave e Pereira.

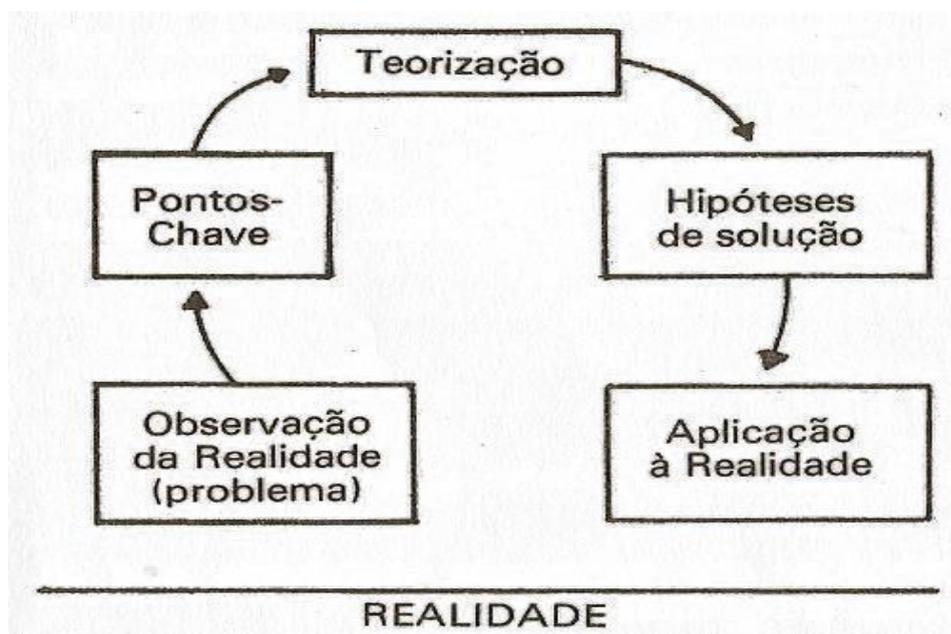


Figura 2 – Esquema do Arco de Maguerz, segundo Bordenave e Pereira (2004).

O Método do Arco traz como ponto de partida a *observação da realidade*, momento em que se busca o que ser investigado e como intervir no contexto elencado. Em relação a essa etapa, Bordenave e Pereira (2004) apontam que a observação da realidade está relacionada a visão de mundo e as experiências de vida de cada pessoa, podendo ser diferentes de um observador para o outro. A segunda etapa, denominada *pontos-chave*, prevê a definição do que vai ser estudado a respeito do problema. A *teorização*, terceira etapa, abarca o aprofundamento na investigação dos pontos-chave definidos, por meio de busca da literatura sobre o tema, com o objetivo de o esclarecimento da situação-problema (BORILLE,2012).

Após o aprofundamento teórico, análise e discussão do problema, procedem-se à quarta etapa identificada como *hipóteses de solução*. Nesse momento os participantes lançam mão da criatividade para realizar mudanças no contexto observado. A quinta e última etapa é a *aplicação à realidade*, quando se retorna ao contexto da realidade observada inicialmente para fins de implementação e aplicação das soluções viáveis com a finalidade de transformá-la (BORILLE, 2012).

Essa modalidade metodológica tem sido amplamente utilizada por profissionais da área da saúde, sendo esse recurso aplicado em projetos oriundos da prática profissional com envolvimento de usuários na Educação em Saúde, com profissionais na capacitação e Educação Permanente, na formação e na pesquisa (BORILLE, 2012).

Sobre as condutas éticas e de confiabilidade, este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas (CEP – Unicamp), com número de parecer 217.677 (ANEXO A), norteando-se pelas orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conselho Nacional de Saúde), por meio da Resolução n. 466 de 2012, que visa garantir a dignidade e integridade dos participantes das pesquisas em seres humanos. Esclarece-se que para todos os participantes foi entregue cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), seguido de explanação sobre objetivos, procedimentos e análises desse estudo.

Esclarece-se que na Oficina de Problematização a mestranda se comprometeria a dar a devolutiva da pesquisa para a equipe.

6.2 Campo da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no CAPS III do município de Rio Claro, localizado no centro-leste do Estado de São Paulo. Rio Claro abrange os distritos de Ajapi, Assistência, Batovi, Ferraz e Itapé, com população 199.961 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da ordem de 0,806 (IBGE, 2016).

A escolha pelo recorte - CAPS III - decorreu primeiramente da implicação da mestranda com a Rede de Saúde Mental deste município, onde há dezessete anos atuou como psicóloga do CAPS III, sendo que em oito anos desse período esteve no papel da coordenação dessa Rede.

Em segundo lugar pelo fato de se ter esse serviço como "porta de entrada" preferencial do Sistema Municipal de Saúde para a população adulta com sofrimento psíquico e possuir o Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental, no mesmo local, permitindo com que o CAPS III se apresente como o serviço "termômetro" referente ao fluxo da rede, uma vez que acolhe toda demanda com queixas de sofrimento psíquico; em grande escala os transtornos mentais comuns.

6.3 Participantes

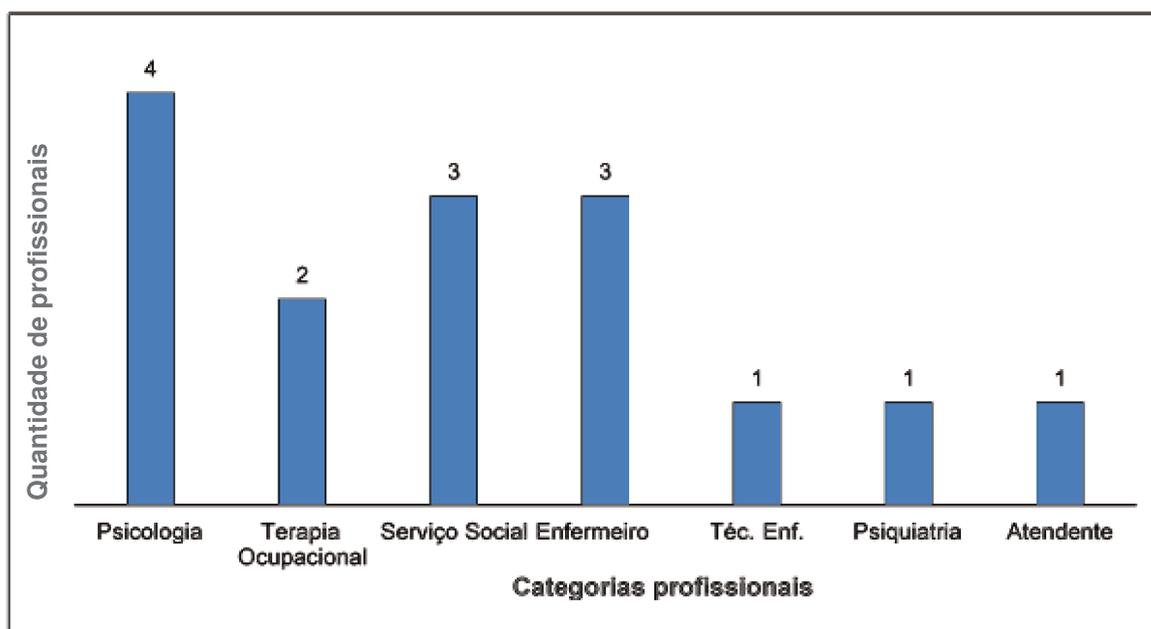
Enquanto representante dos trabalhadores de Saúde Mental, os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial III do município de Rio Claro – SP constituíram o grupo de participantes da Oficina de Problematização da pesquisa.

Na condução da oficina esteve presente a orientadora desta pesquisa e como observadora, a mestrandia responsável por esse estudo. Para a participação dos profissionais do CAPS III não houve uma definição prévia do número de participantes, assim foram convidados todos os integrantes da equipe, pois se considerou que todos estavam envolvidos no processo de acolhimento da unidade de alguma forma e que por isso poderiam apresentar contribuições ao estudo. Também se optou por não delimitar a pesquisa às categorias profissionais de nível superior por considerar-se que independentemente da função exercida todos os profissionais do serviço possuem informações importantes para a pesquisa. Foram critérios de inclusão, que os profissionais estivessem lotados no serviço no período da coleta dos dados e que apresentassem disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

Dentre os 15 profissionais participantes do estudo, 12 são mulheres e apenas três homens. Para efeito de apresentação neste estudo, os trabalhadores serão citados, quando ilustradas suas falas, por meio da letra T, seguida de uma numeração, exemplo: T10.

Sobre a formação dos participantes, a figura 3 apresenta as categorias profissionais presentes no estudo.

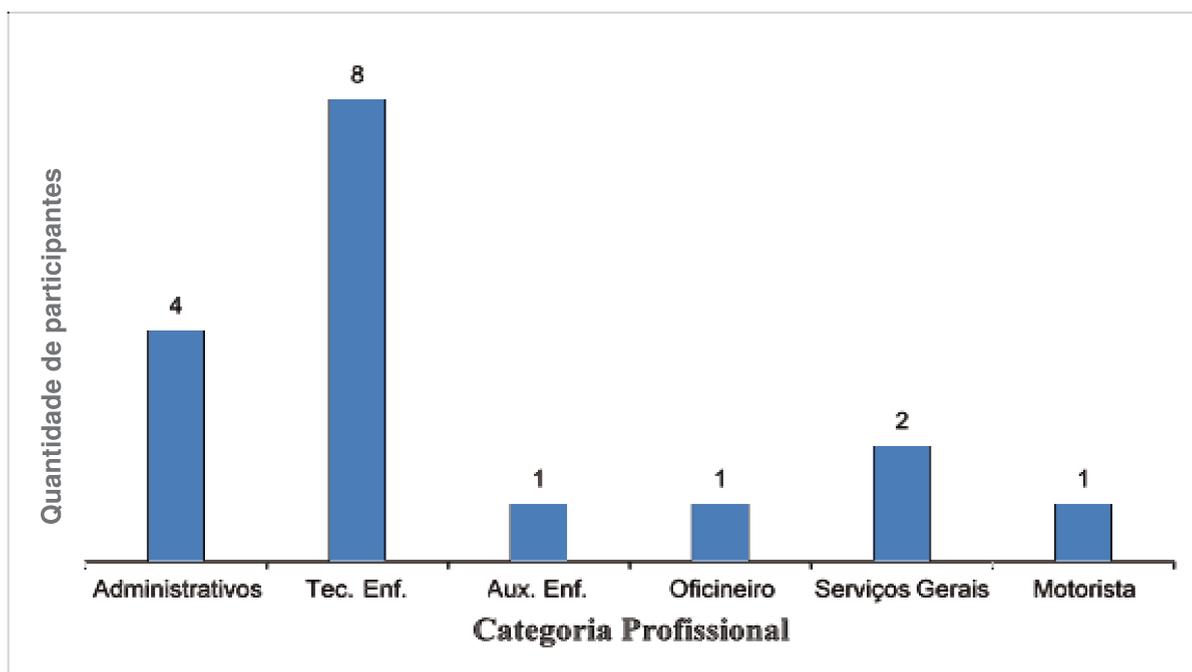
Figura 3 – Formação dos participantes do estudo.



Como se observa na figura acima, a maioria dos participantes tem formação em psicologia. Nota-se também que se tem uma predominância de enfermeiros nas vagas que exigem formação em nível superior não especificada.

Os participantes informaram também sobre o tempo de exercício na atual função desempenhada, com apresentação que variou entre três meses até mais de 11 anos, assim como se observa na figura 4 a seguir.

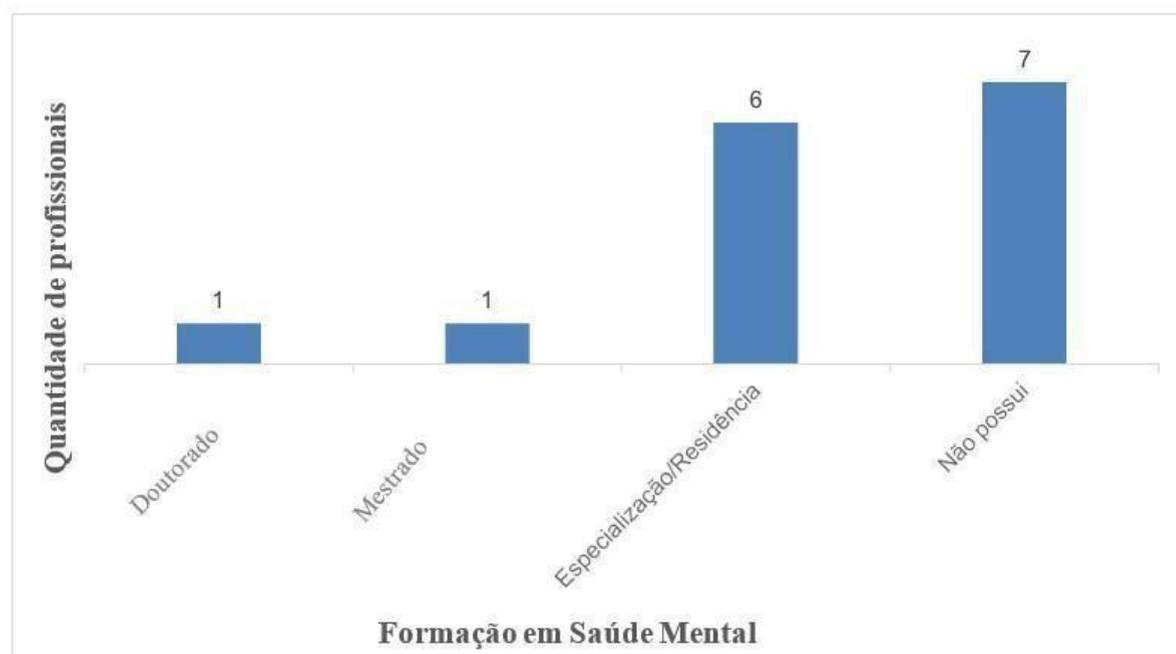
Figura 4 – Tempo de desempenho da atual função.



A maior parte dos profissionais está no cargo entre 6 a 10 anos. Esse dado permite visualizar que são profissionais que somam certa experiência em Saúde Mental permitindo maior interação e conhecimento em relação às demandas acolhidas e sobre o sistema de saúde do município, o que certamente contribui para a qualidade e pertinências das informações para a composição deste estudo.

Cabe destacar dentre os membros da referida equipe quantos possuem especializações ou pós-graduação em Saúde Mental, seguem na figura 5.

Figura 5 – Formação em Saúde Mental dos participantes do estudo.



Verifica-se que mais de 50% dos profissionais possuem algum tipo de formação em Saúde Mental, que somados ao tempo de exercício na atual função corroboram a contribuição dessa equipe nesse estudo.

6.4 Procedimentos

6.4.1 Identificação e localização dos participantes

Os participantes foram localizados por processo que consistiu nas seguintes fases: a) apresentação da proposta de pesquisa à Gerente do Programa Municipal de Saúde Mental de Rio Claro - SP e ao Secretário Municipal de Saúde; b) envio do projeto de pesquisa para apreciação; c) aprovação do projeto.

Após a aprovação e aceite das instâncias de gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde e Gerência Municipal de Saúde Mental), a pesquisa foi apresentada aos trabalhadores do CAPS III, que aceitaram prontamente participar do estudo.

Entendendo que somente o aceite por parte da gestão municipal não efetivava o contato e seria necessário o aceite por parte do participante principal do estudo (trabalhadores do CAPS III), a pesquisa prosseguiu somente após o aceite dos trabalhadores quanto à participação.

6.4.2 Coleta e produção de dados

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de documentos institucionais da Oficina de Problematização realizada com os trabalhadores do CAPS III.

Para a coleta por meio de fontes primárias foi utilizada a produção científica sobre a Rede de Saúde Mental do município, o livro de acolhimentos da unidade e a ficha utilizada para preenchimento no ato do acolhimento. A produção científica apontou o percurso do processo histórico da Saúde Mental em Rio Claro/SP. No livro estiveram registrados os dados referentes à: data do acolhimento, identificação do usuário, origem do encaminhamento e conduta após o acolhimento e nas fichas, as queixas dos usuários, na íntegra.

Dentro da proposta metodológica qualitativa utilizou-se da estratégia de Oficina de Problematização, com o objetivo de incluir o olhar dos trabalhadores do CAPS III sobre a Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro - SP, seus desafios e potencialidades. Somente foi computada neste estudo a percepção dos trabalhadores que se dispuseram a participar da pesquisa conjuntamente com o preenchimento e assinatura do TCLE.

6.5 Análise e tratamento dos dados

Os dados fornecidos por meio do livro de registro de acolhimentos foram inseridos em planilha de dados do programa Excel (versão 2007) e após sistematização e organização foram apresentados descritivamente. Em complementariedade a esses dados foram transcritas as queixas obtidas junto à ficha de utilização para preenchimento no ato do acolhimento. Por meio da produção científica elaborou-se o resgate da construção histórica da Rede de Saúde Mental.

A produção obtida através da participação dos membros da equipe na oficina foi analisada com base no painel móvel que foi elaborado no referido evento.

7. DESENVOLVIMENTO, RESULTADOS EDISCUSSÃO

Este estudo se subdivide em dois momentos para responder aos objetivos da pesquisa. O primeiro momento refere-se à análise dos dados quantitativos e o segundo, aos dados qualitativos. Os resultados dos dados quantitativos são apresentados subdivididos em itens que objetivam responder aos objetivos dessa pesquisa, no que se refere à análise parcial do Modelo Assistencial da Rede de Saúde Mental de Rio Claro - SP, tendo como foco as demandas atendidas no acolhimento do CAPS III e seus encaminhamentos posteriores. Já os dados qualitativos foram viabilizados por meio do método da pesquisa participativa, tendo como finalidade efetivar uma experiência de oficina com os trabalhadores do CAPS III, na qual pudessem ser apresentados os resultados da pesquisa quantitativa do estudo, bem como compreender as principais dificuldades referidas pelos trabalhadores no cotidiano das ações de cuidar e reabilitar.

O início do estudo ocorreu por meio do contato inicial com o Secretário Municipal de Saúde, tendo em vista que na época, ano de 2016, a pesquisadora ainda se encontrava na coordenação do Programa Municipal de Saúde Mental. Na oportunidade a pesquisadora apresentou os objetivos e desenho do projeto de pesquisa, finalizando com o aceite do Secretário.

O passo seguinte consistiu na apresentação do projeto de pesquisa à Chefe de Núcleo do CAPS III e aos trabalhadores desse serviço. Após o aceite dos gestores e trabalhadores iniciou-se a coleta dos dados quantitativos por meio de documentos institucionais.

Nessa primeira etapa da coleta de dados da pesquisa foram encontradas várias dificuldades pela pesquisadora em relação aos dados dos documentos institucionais. Verificou-se registros com informações insuficientes e/ou ausentes; ausência de banco de dados informatizados; letras ilegíveis, entre outros.

Em relação a escolha do recorte temporal da pesquisa, 2014 a 2016, verificou-se dados mais recentes sobre o serviço, os quais também apontaram o modelo de gestão adotado pela pesquisadora, colocando em evidência seu percurso na coordenação da Atenção Psicossocial.

Com a finalidade de contextualizar o cenário do estudo, segue abaixo a caracterização da Rede Municipal de Saúde de Rio Claro - SP.

7.1 Caracterização do CAPS III participante

A seguir são apresentados os resultados que objetivam caracterizar o CAPS III, quanto a informações como tempo de funcionamento, população de abrangência, composição da equipe, entre outros relacionados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1: Caracterização do CAPS III Participante.

Tempo de funcionamento do serviço	19 anos
População de abrangência	259 mil
Referência para outros municípios	5 municípios
Profissionais com formação em nível superior	20 profissionais
Profissionais com nível médio	10 profissionais
Profissionais administrativos	5 profissionais
Profissionais de Apoio/Serviços Gerais	2 profissionais
Modalidade de Contratação dos Profissionais	Direta e Indireta
Usuários em acompanhamento no CAPS III	867
Acolhimentos realizados nos últimos 12 meses	1782

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O serviço tem dezenove anos de funcionamento, o que evidencia que se trata de serviço que tem uma dinâmica já conhecida e reúne certa experiência com relação à população e ao Modelo de Atenção. Trata-se, portanto, de um equipamento, que independente da avaliação dos

resultados dessa pesquisa atende às premissas das Políticas de Saúde Mental instituídas, mesmo as mais recentes, entre estas, a Portaria 3088, de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial.

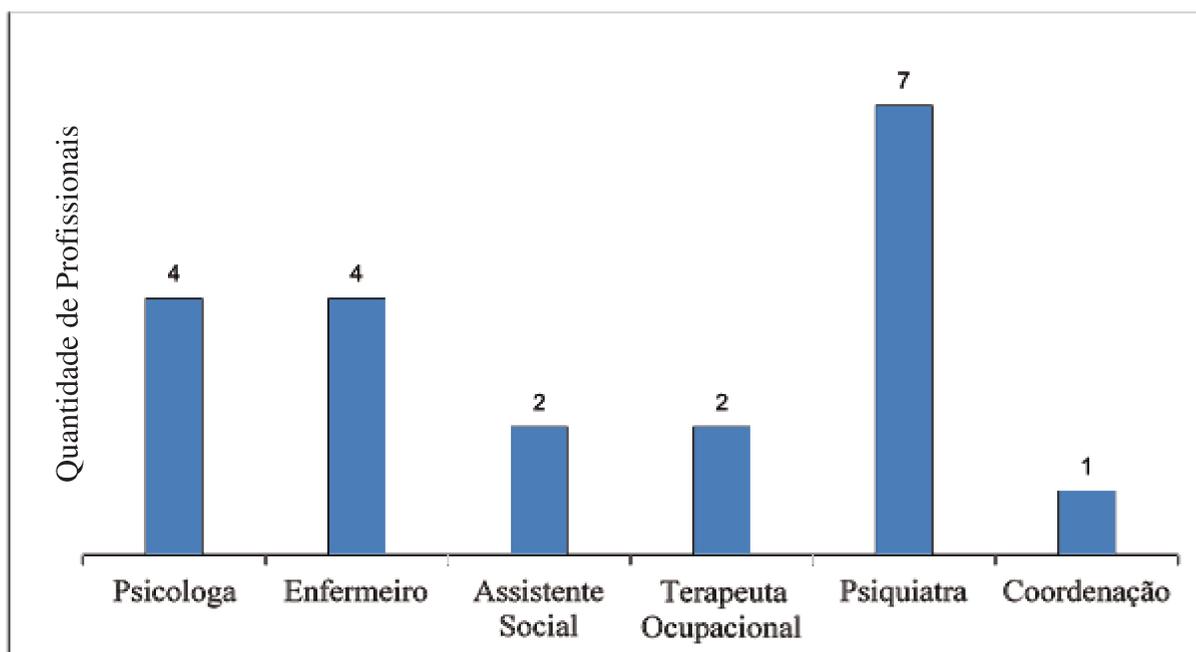
Os dados referentes à população de abrangência dimensionam a demanda estimada de procura pelo serviço. Portarias indicam que o critério populacional para instalação de CAPS III em determinada localidade (município ou região) é de acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2002).

Do conjunto de municípios que compõem a Região de Saúde de Rio Claro, todos possuem população abaixo do indicado, sendo que um deles possui um CAPS I, o que “teoricamente” viabiliza a capacidade de articulação e a oferta assistencial do serviço em estudo. No entanto, se observa a dificuldade de acordos que contemplem as questões de mobilidade e transporte dos usuários e famílias, o que compromete a vinculação e o acompanhamento.

Com relação aos cargos/profissionais com formação em nível superior, em especial em relação ao profissional médico, verifica-se que parte das contratações segue por empresa terceirizada, que sobremaneira conduz para uma precarização das situações de trabalho e para a descontinuidade das relações profissionais e terapêuticas, temas tão importantes para o andamento de serviços de base comunitária e para a dignidade dos profissionais envolvidos.

Nas imagens a seguir são apresentadas as distribuições de categorias de acordo com o nível de formação.

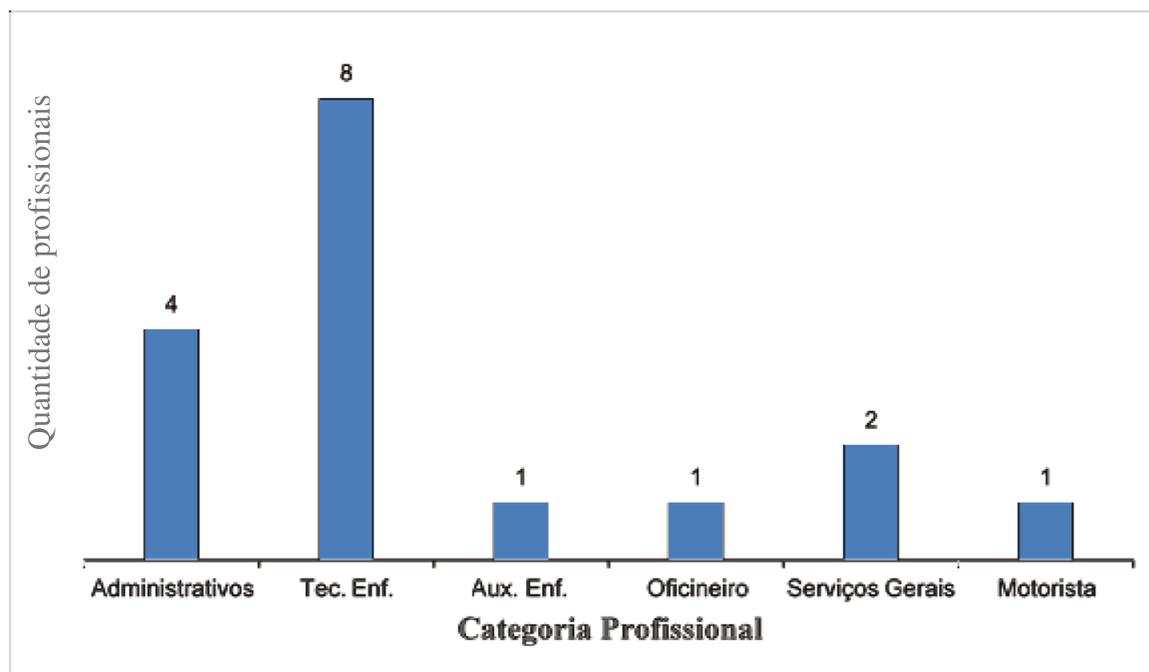
Figura 6 – Distribuição dos profissionais com formação em nível superior por categoria profissional.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Cabe informar que o CAPS III conta com uma profissional de nível superior, que na modalidade de trabalho voluntário desenvolve a oficina de artes plásticas, em conjunto com uma profissional da equipe e possui um segundo oficinheiro de nível médio por meio de contratação direta, responsável pelo empreendimento solidário “Loucos porPão”.

Figura 7 – Distribuição dos profissionais com formação em nível médio por categoria profissional.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os dados referentes à composição da equipe permitem constatar que o serviço está composto por um número de profissionais maior do que as equipes mínimas previstas nas portarias de instalação dos equipamentos de Saúde Mental, que indicam o mínimo de oito profissionais com formação em nível superior (incluindo ao menos dois médicos psiquiatras um enfermeiro com formação em Saúde Mental) e oito profissionais de cargo de nível médio, incluindo auxiliar ou técnico de enfermagem e administrativos (BRASIL, 2013).

Explica-se o número de profissionais de nível superior, pois como já apontado, o Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental funciona juntamente ao CAPS III. Assim, nota-se uma predominância de psiquiatras e enfermeiros nas vagas que exigem formação em nível superior, para além das especificadas.

Ainda que as normativas apontem que cada serviço pode compor seu quadro de trabalhadores de acordo com as necessidades territoriais, não se observa nesse serviço presença de outras categorias profissionais, como pedagogo ou outro profissional de nível superior justificado pelo Projeto Terapêutico.

Sobre a função de oficineiro, um desses profissionais possuía a graduação em Direito e Artes Plásticas, ainda que não seja exigência para o preenchimento da vaga.

A presença de motorista no serviço aponta para a possibilidade de mobilidade maior do serviço, seja para a realização de visitas domiciliares, como também para acompanhamentos em territórios com maior dificuldade. O CAPS III possui um carro próprio e um segundo em divisão com os demais serviços da Rede Municipal de Saúde Mental. Tal oferta se torna imprescindível quando são consideradas as dimensões territoriais a que responde.

7.2 Perfil da demanda acolhida

Tabela 2 - Número de acolhimento total, segundo o gênero, nos anos 2014, 2015 e 2016.

ANO	N. ACOLHIMENTO	FEMININO	MASCULINO
2014	1990	1162	828
2015	1679	967	712
2016	1782	1099	683
TOTAL	5451	3228	2223

Fonte: Livro de acolhimento do CAPS III.

Como se observa na tabela acima, cerca de 60 % da demanda acolhida é do gênero feminino, o que evidencia que as mulheres se encontram em condições de maior vulnerabilidade de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico corroborando com o que aponta a OMS (OMS, 2001).

Trata-se, portanto, de uma amostra, que independente da avaliação dos resultados, permite inferir que os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais.

No entanto, é importante ressaltar que as mulheres desempenham múltiplos papéis na sociedade e por isso elas adoecem mais. Tal condição se justifica infelizmente pelo fato das mulheres viverem em uma sociedade patriarcal, de produção de modo de trabalho e de modo de conhecimento antropocêntrica, fatores esses que juntos as adoecem mais mentalmente.

Considera-se que as mulheres continuam com o fardo da responsabilidade que vem associado com os papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras tornando-se ao mesmo tempo uma parte cada vez mais essencial da mão-de-obra e, frequentemente, constituindo-se na principal fonte de renda familiar (OMS, 2001).

Os dados sobre o número de acolhimentos realizados nos últimos 36 meses indicam o montante de procura pelo serviço, ficando com uma média de 1800 acolhimentos/ano. A proporção aproximada desse dado indica que em média o serviço realiza cerca de cento e cinquenta acolhimentos ao mês e cinco por dia.

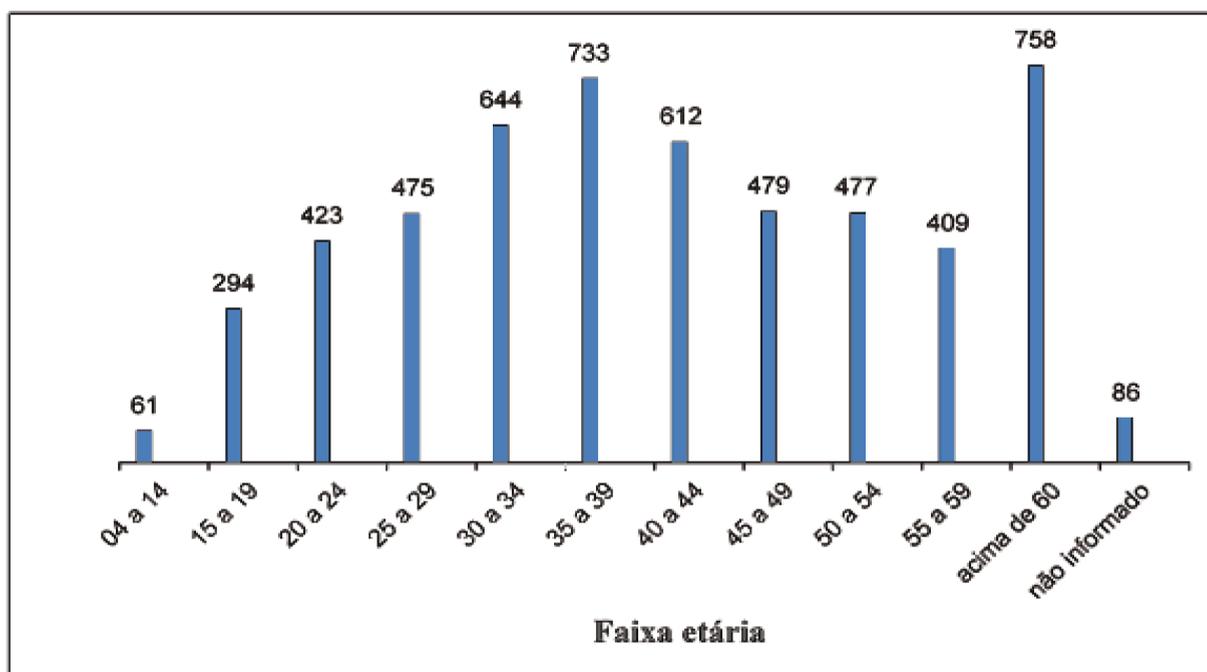
Na Oficina de Problematização quando apresentado os dados sobre o número de acolhimento, a equipe referiu que esse número foi subestimado, uma vez que muitos acolhimentos não são registrados pela equipe “formalmente”, pois acontecem fora do horário estabelecido e muitas vezes na própria recepção do serviço ou em outra sala que não a reservada para esse fim.

O que se notou foi que a equipe analisa os dados referentes ao quantitativo de acolhimentos realizados como uma sobrecarga, conforme revela a fala da profissional do serviço:

“[...] é muita coisa para nós” (T – 13).

Constituindo-se como principal equipamento destinado ao acompanhamento mais sistemático de pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente e com características territoriais, cabe refletir sobre as causas dos números de acolhimento seja dessa ordem. A explicação da equipe foi que o CAPS III do município de Rio Claro – SP seja reconhecido pela comunidade e outros serviços da região, predominantemente, como um serviço de pronto atendimento psiquiátrico. Nesse contexto a questão central que se apresenta é que a população ao recorrer aos serviços de saúde, em situações de sofrimento e angústias, e não sendo atendida e nem tenha recebido uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão procurar pelo atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros para responderem suas necessidades imediatas. Com isso, se acaba por reforçar a organização de serviços com modelos de atenção mais comprometidos com o modelo médico-hegemônico. Na imagem a seguir são apresentadas as distribuições de faixas etárias de acordo com a data de nascimento da população acolhida.

Figura 8 - Distribuição da população acolhida, segundo faixa etária.



Fonte: Livro de acolhimento do CAPS III.

Analisando-se a faixa etária das pessoas acolhidas no CAPS III observa-se que 66% dos acolhidos possuem idade acima de 35 anos, sendo o maior número acima de 60 anos, ou seja, a maioria desses usuários é adulta, em processo de envelhecimento. Por outro lado, observa-se também um número expressivo de crianças e jovens na faixa de 04 a 14 anos de idade. Segundo os trabalhadores, esse montante se deve aos erros ortográficos constantes no livro de registro dos acolhimentos. A menor criança acolhida na unidade no período recorte da pesquisa à época estava com nove anos de idade.

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (2001) estimou que 3% da população mundial apresentam necessidade de acompanhamento intensivo em Saúde Mental e que a população de abrangência regional do CAPS III era de 226.186, logo uma estimativa de que 6.786 pessoas/ano, sendo 565, 5/mês, necessitariam de atenção no CAPS III. Destaca-se que como se citou anteriormente o número de usuários com PTS em acompanhamento até dezembro de 2016, no CAPS III era de 867, logo estava de acordo com a cobertura esperada. O número de consulta médica foi próximo de seiscentas consultas/mês. Mas cabe destacar que tal número absoluto de usuários tiveram acesso ao CAPS III, porém não se pode afirmar que os mesmos foram incluídos e tiveram um PTS no serviço. Considera-se também a procura de 1800 acolhimentos, em média ao ano, além da constatação de que os números registrados estão subestimados.

Em relação ao elevado número de pessoas idosas no serviço, os profissionais apontam a ausência de redes que acolham esses usuários no município. A equipe revela que é muito difícil conseguir uma vaga no Centro Dia do Idoso. Além de uma longa fila de espera por uma vaga, há uma série de exigências que limitam a admissão do idoso naquele serviço. Tais exigências compreendem a necessidade de se ter um familiar, no município de Rio Claro, responsável pelo usuário e que esse último tenha o mínimo de autonomia para o autocuidado. Considerando tais exigências, os usuários residentes na microrregião e/ou que demandam do auxílio de um cuidador ficam excluídos da rede intersetorial.

Avalia-se que frente à insuficiência de políticas públicas no município direcionado ao idoso, o CAPS III é acessado pelas famílias, com o pedido de permanência desses no serviço. A equipe ressalta a necessidade de ampliação do número de equipamentos tidos como os Centros Dia do Idoso, como também reforça a importância de se criar Centros de Convivência no município.

Quanto aos limites da pesquisa, verifica-se que por ter elencado o acolhimento como principal dispositivo para análise da demanda foi possível chegar aos resultados mencionados. Porém, esse dispositivo sozinho não dá conta de fazer toda a análise da demanda. Sendo assim, esse estudo permitiu fazer um recorte da Rede de Saúde Mental a partir de um ponto de atenção.

Nesse contexto, os dados obtidos da demanda apontam que quem mais adoece mentalmente na sociedade brasileira são as mulheres e, na maioria, mulheres idosas.

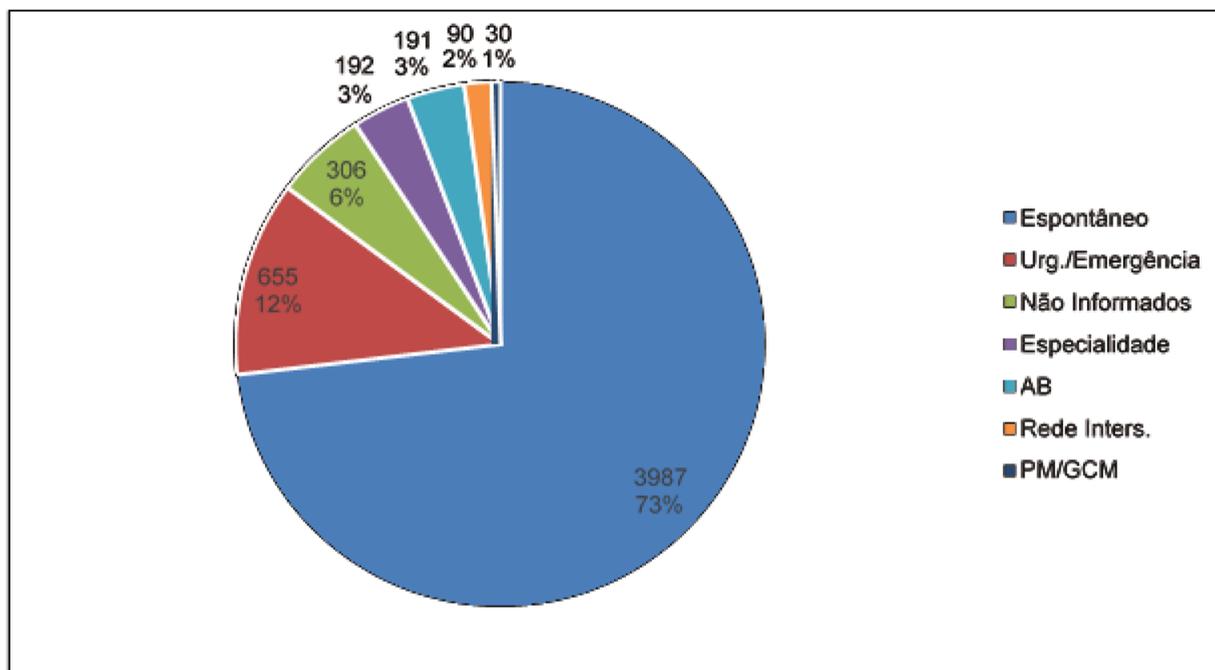
Assim, preveem-se os efeitos críticos de uma Política Nacional de Saúde, que apontam o aumento médio do tempo de trabalho, conforme proposta da atual Reforma Trabalhista, em especial para as mulheres, bem como a redução de renda para os idosos e a progressiva redução de investimentos no SUS. Nesse sentido, pode-se inferir que os dados do estudo assinalam que no Brasil, se está produzindo uma Política Econômica, que intensifica os problemas de Saúde Mental.

7.3 Caracterização dos encaminhamentos

Em relação aos serviços que encaminham pessoas em sofrimento psíquico para o acolhimento no CAPS foi feito o agrupamento dos equipamentos que apresentam similaridades, sendo os que mais encaminham apresentados em ordem decrescente.

A figura 9 a seguir corresponde ao total de encaminhamentos que cada “grupo” realizou no período do recorte desse estudo.

Figura 9 - Distribuição da população acolhida, segundo fonte de origem do encaminhamento.



Fonte: Livro de registro de acolhimento do CAPS III.

Os dados permitem constatar que as hipóteses e a justificativa desse estudo se fundamentam, na medida em que a demanda espontânea se situa como a principal demanda no acolhimento do CAPSIII.

Franco e Merhy (2005, p.184) colocam:

“A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lheoferecer”.

Em seguida tem-se os encaminhamentos pelos Serviços de Urgência e Emergência, Especialidades e Atenção Básica, em seus diferentes pontos de atenção, como Núcleo de Atenção à Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Estratégia da Saúde da Família. Observa-se que o percentual de acolhimentos referenciados pela AB é insignificante, acenando panorama na contramão do que preconiza a Política Nacional da Atenção Básica (2012): [...] *“contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde”*.

Em um modelo de atenção na perspectiva do cuidado em rede, a AB tem função prioritária. Ela funciona como porta de entrada e tem função estruturante no sistema, com população e território adscritos, proximidade geográfica entre usuários, serviços e equipes multiprofissionais que, quando bem organizadas, configuram resolutividade em 85% dos casos. Os dados apontados acima poderiam nos remeter a uma avaliação positiva do funcionamento da AB do município em estudo, entendendo que os casos de saúde mental não são referenciados aos serviços especializados em razão da alta resolutividade da rede primária. Entretanto, avalia-se que o elevado número de pessoas com queixas de sofrimento psíquico não grave que acessam o acolhimento do CAPS III revela que a AB enquanto serviço “porta de entrada” do sistema de saúde não possui um esquema para atendimento da demanda espontânea. Ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços.

Ainda de acordo com a Política Nacional, a AB serve como mediadora entre o usuário e os outros níveis assistenciais, portanto, além de mediar a comunicação entre os serviços, as unidades devem atender aos usuários que procuram assistência e ser a referência dos casos. Nessa lógica, o funcionamento adequado da AB auxiliaria na integração do sistema de saúde e no acesso da Rede Extra-Saúde, no território.

Trapé, Campos e Gama (2015) destacam que a Reforma Psiquiátrica ao longo de seu processo priorizou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e investiu no aumento do número de serviços substitutivos, sobretudo os destinados aos casos graves e persistentes. No entanto, pouco progresso apresentou em relação às políticas públicas voltadas para a interface entre saúde mental e atenção básica, no que diz respeito aos casos leves e moderados. Nesse contexto, verifica-se dificuldades da atenção básica em se responsabilizar pelos cuidados em saúde mental no território, um grande número de casos de pequena complexidade em acompanhamento nos serviços especializados em Saúde Mental, como os CAPS e, por vezes, internações, que seriam dos últimos recursos a ser acessado, apresentando-se como a primeira e/ou única alternativa de cuidado em saúde em alguns locais.

Nessa direção, Trapé, Campos e Gama (2015) apontam um distanciamento entre os serviços substitutivos e a atenção básica, além da falta de qualificação dos profissionais, que acabam por desencadear posturas e condutas inadequadas, ainda que muitas vezes “em nome” do cuidado em saúde.

Em relação aos dados acerca das instituições da Rede Intersetorial que mais encaminham usuários ao CAPS III observa-se que esses resultados não correspondem ao que tem sido apresentado na literatura acerca da construção de estratégias intersetoriais em que

saúde, educação e assistência social têm sido os principais setores a apoiarem ações conjuntas e mais compartilhadas de atenção (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Ainda que pouco expressivo, mas apresentando um cenário que carece de debate no campo da atenção psicossocial verifica-se que a Polícia Militar e a Guarda Civil Municipal tiveram referências no encaminhamento de pessoas com sofrimento psíquico. Esses dados demonstram que as ações de cunho de marginalização do sofrimento psíquico ainda se mantêm especialmente vinculadas às pessoas com trajetória de uso de drogas.

Assim, pode-se concluir que tais condutas de controle seguem priorizadas em detrimento de relações mais éticas e implicadas com o cuidado e garantia dos direitos. Ainda que se entenda que os CAPS possam oferecer um cuidado mais ampliado e a problematização das ações de psiquiatrização da vida dessas pessoas, sabe-se que o encaminhamento, ainda que pouco expressivo, por parte dessas instituições – Segurança Pública - é resquício e sinal de uma lógica de responsabilização da saúde pelas questões sócias culturais, econômicas e políticas, as quais pessoas das classes sociais menos favorecidas estão submetidas, tornando problemas sociais em “patologias”, como se evidencia na queixa descrita a seguir:

“Usuário trazido pela GCM após conflito conjugal. Refere estar desempregado há 06 meses e desde então sofrendo dificuldades financeiras, aumento do uso de etílicos e desentendimentos familiares.”(F48).

Para contribuir na reflexão de como foi o fluxo e o perfil da demanda investigou-se também as instituições e serviços, que a equipe encaminha após o acolhimento. A tabela a seguir indica a quantidade de encaminhamentos realizados para determinadas instituições, sendo que puderam ser destinados a mais de um equipamento. Outra constatação importante nesse estudo apontou que os encaminhamentos após o acolhimento no CAPS III demonstram fragilidade na articulação da rede, como verificamos na tabela a seguir.

Tabela 3 - Encaminhamentos após acolhimento no CAPS III

Serviços/ setores/ pontos de atenção	Porcentagem de encaminhamentos que
--------------------------------------	------------------------------------

	indicaram a opção (n)
Ambulatório de Saúde Mental	38% (1997)
Plantão médico psiquiátrico	34% (1819)
Orientação	7% (371)
Leito	6% (320)
CAPS III	5% (291)
CAPS AD	4% (222)
Não informado	3% (140)
Atenção Básica	2% (117)
Hospital Psiquiátrico	1% (66)
UPA	1% (44)
CAPS IJ	1% (41)
Ambulatório Infantil	0,20% (9)
Hospital Geral	0,10% (7)
Rede Intersetorial	0,10% (7)

Fonte: Livro de registro de acolhimento do CAPS III.

Em torno de 38% dos encaminhamentos após o acolhimento no CAPS III se destinaram ao Ambulatório de Saúde Mental; além de 34% ao Plantão Médico Psiquiátrico, 7% recebeu orientações exclusivamente, seguido de 6% encaminhados ao leito do próprio CAPS, 2% à Atenção Básica, 1% ao Hospital Psiquiátrico e 0,10% à Rede Intersetorial.

Os dados indicam que as respostas dadas às demandas que chegam ao acolhimento do serviço fazem com que a necessidade de saúde do sujeito seja associada ao consumo de um serviço – neste caso, consultas - uma vez que prevaleceu o encaminhamento excessivo para o especialista psiquiatra, como a principal intervenção dos profissionais. O serviço oferece a consulta somente como resposta às demandas do usuário e este, por sua vez, somente busca por ela, fazendo com que outras propostas de cuidado sejam secundarizadas e até mesmo abolida (SOUZA, BOTAZZO, 2013).

Entende-se que existe uma produção da demanda a partir da oferta; em outros termos, a oferta delinea a demanda porque o profissional não consegue escutar outra coisa senão aquilo que está colocado como possível e imediato para o atendimento. Avalia-se que o fato do CAPS III, em estudo contar com sete médicos psiquiatras, em regime de plantão 24 horas, para o pronto atendimento de sujeitos com sofrimento psíquico, faz com que a oferta desses profissionais crie sua própria demanda, o que faz pensar que o montante dos acolhimentos é resultado da forma como o serviço está organizado e não da necessidade em saúde dos usuários.

Assim, seria preciso apostar em mudanças no processo de trabalho instaurado no Serviço de Urgência e Emergência, promovendo uma mudança no olhar e nos modos de fazer, com conseqüente mudança de foco para as necessidades de saúde, ao invés de privilegiar os problemas ou doenças (NERY, 2006 *apud* SOUZA, BOTAZZO, 2013, p.397-98).

Em se tratando de uma temática cara à atenção psicossocial, o número expressivo de encaminhamentos ao especialista psiquiatra é situação preocupante e que inspira a discussões mais detalhadas sobre sua causa. Infere-se que o sujeito em sofrimento psíquico ao acessar o acolhimento do CAPS III ele acaba por se institucionalizar, à medida que sua subjetividade é tomada por meio de protocolos e procedimentos “duros” que por vezes normatizam as formas de lidar com a pessoa em sofrimento. Entende-se que no ato do acolhimento por vezes os profissionais passam a lidar com o objeto doença e não com a pessoa. Isso expressa que há uma simplificação da demanda que é por si complexa.

Com relação ao Ambulatório Especializado de Psiquiatria (CESM), o expressivo número de encaminhamentos após o acolhimento indica a necessidade de aprimoramento das relações com esse equipamento:

[...] o ambulatório, no âmbito da reforma psiquiátrica, deve seguir as diretrizes do SUS, podendo englobar unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios especializados, inseridos ou não em policlínicas. As atividades desenvolvidas devem concentrar-se nos atendimentos individuais, no atendimento grupal, nas visitas domiciliares e nas atividades comunitárias, especialmente na área de referência, sendo função do gestor local definir seu papel na rede de saúde (SEVERO E DIMENSTEIM, 2011).

Importante assinalar quais as condições do modelo ambulatorial que está em discussão nesse estudo. Trata-se de um modelo de atenção à saúde que sofreu significativos desinvestimentos em relação ao aprimoramento do processo de trabalho, contratação de recursos humanos e investimentos financeiros nos últimos anos por parte do Poder Público local. Conclui-se se tratar de um modelo de atenção, médico centrado e ineficiente.

Entende-se que o debate frente aos ambulatórios de saúde mental, não se restringe a deverem ou não compor a RAPS, mas sim às condições que esses serviços apresentam de modificar sua lógica de trabalho, de modo a ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença e assim ofertar cuidados em saúde na perspectiva da clínica ampliada. O ambulatório, assim como os demais serviços de saúde, inclusive os serviços de base comunitária, como os

CAPS, podem ofertar cuidados ainda calcados na doença, no isolamento; o que os diferencia é o modo de trabalho da equipe, o qual vai revelar a concepção de sujeito.

Contudo, se esclarece que em agosto de 2017, o referido ambulatório teve suas atividades e profissionais descentralizados para a Atenção Básica e para o Ambulatório de Especialidades, culminando no fechamento do serviço. A equipe médica, composta por três psiquiatras terceirizados, passou a atender no referido serviço juntamente com as demais clínicas e os dois psicólogos passaram a compor a equipe do CAPS ad, com a atribuição de realizar o apoio matricial à Atenção Básica em parceria com os demais profissionais da Rede de Saúde Mental. Nesse novo arranjo da Rede de Saúde Mental duplas de profissionais da saúde mental em conjunto com profissionais da Atenção Básica passaram a realizar grupos comunitários de saúde mental no território, com enfoque na promoção de saúde. Assim, observou-se o estreitamento na relação Saúde Mental e Atenção Básica, porém não o bastante para uma melhora significativa por parte da Atenção Básica no cuidado para com as pessoas em sofrimento psíquico. Entende-se que o grupo comunitário enquanto um único dispositivo não abarca a complexidade das questões do ser humano. É preciso ampliar a rede de cuidado em saúde por meio da articulação com os demais pontos de atenção da RAPS.

Observa-se que a maior oferta está voltada para a própria Rede de Saúde, com predominância expressiva para o cuidado médico-centrado (38%). Uma das explicações para isso refere-se supostamente ao Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica funcionar junto ao CAPS III, com plantões médicos de 24 horas, diariamente. Essa hipótese carece, contudo, de comprovação por estudos específicos.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, ainda que insuficientes no Brasil, o CAPS tipo III é o espaço privilegiado para lidar com a crise por ter recursos como leito de retaguarda e equipe 24 horas por dia ininterruptamente.

Como mencionado anteriormente, a RAPS 14, que integra o serviço em estudo, é composta por 26 municípios e possui um único equipamento dessa modalidade em sua rede: CAPS III de Rio Claro. Ainda que, com apenas quatro leitos para atender Rio Claro e outros cinco municípios e considerando a inexistência de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais na região, verificou-se um baixo número de usuários (9/mês) em uso dos leitos do serviço. Por outro lado, ao analisar a planilha de ocupação de leitos da referida unidade observou-se a taxa de ocupação correspondente a aproximadamente 23 usuários/mês, sendo em média 37% da ocupação com sujeitos em sofrimento psíquico relacionados a transtornos psicóticos. Diante

desses dados, pode-se inferir que de fato houve uma subnotificação dos acolhimentos realizados pelo serviço.

Ainda nessa direção, os dados apontaram que mais de 50% da taxa de ocupação dos leitos destinaram-se aos transtornos do humor, transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e transtornos neuróticos, respectivamente.

Nesse contexto, os autores Trapé; Onocko-Campos; Gama (2015) aponta que os Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEPs) podem reduzir a admissão de novos casos ao hospital, prescindindo das internações desnecessárias. Assim, avalia-se que o Serviço de Urgência e Emergência em Rio Claro também colabora na redução das internações.

Porém, os encaminhamentos do Serviço de Urgência e Emergência e do CAPS III demonstraram que esses não referenciam para a rede, principalmente para a rede intersetorial. Deve-se também considerar que 72% dos encaminhamentos foram para o plantão médico (34%) e Ambulatório de Saúde Mental (38%), logo se verificou que se tratava de um modelo médico centrado e medicalizante. Ressalta-se que os usuários tiveram o acesso ao serviço, no entanto, não se pode afirmar que esses usuários foram incluídos nas Políticas Públicas.

Segundo a tabela dos encaminhamentos após o acolhimento observou-se que 7% das orientações realizadas demonstraram uma escuta qualificada capaz de responder à demanda dos usuários, entendendo que se está chamando de escuta qualificada, a escuta que deu acolhida ao problema trazido pelo usuário, e somente 5% foi encaminhado para elaboração de PTS junto ao CAPS III, os que apresentavam sofrimento grave; isso pode confirmar a hipótese de que a demanda do CAPS III também deveria ser acolhida nos demais equipamentos de saúde.

Outro preceito que se pode confirmar é que o CAPS III tem um acolhimento “porta aberta”, mas insere um pequeno número de pessoas que acessam o serviço, apontando ser permeável ao acolhimento, mas impermeável à inserção do usuário. Isto significa dizer que ser “porta aberta” para o acolhimento inicial não necessariamente implica a inserção do usuário no serviço, assim como “porta aberta” não é sinônimo de acessibilidade universal. O acesso aqui entendido como a eficácia do encontro do trabalhador de saúde com o usuário.

Contudo, vale salientar que está previsto pelo Ministério da Saúde que os CAPS tenham a porta aberta, com o que se concorda, porém, a pergunta que se quer refletir é sobre as queixas dos usuários que na maioria das vezes poderiam ser acolhidas na Atenção Básica. A hipótese é que o CAPS III acolhe com mais rapidez que os demais serviços da Rede de Saúde, além de possuir uma equipe mais capacitada para a escuta.

Para contribuir na reflexão anterior cita-se que Mehry (1999) ressaltou que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, de maneira que o serviço de saúde assuma a sua função precípua de acolher, escutar e dar uma resposta positiva que seja capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Recorda-se que o modelo assistencial proposto para o serviço de Saúde Mental foi instituído pela Portaria Ministerial 3088, que criou e regulamentou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituindo diretrizes, objetivos e componentes para rede focada na Saúde Mental. Ela reafirma o modelo com foco em serviços territoriais substitutivos ao hospital psiquiátrico. Neste aspecto a política induz a ampliação dos pontos de atenção, seguindo a lógica da atenção integrada à saúde. Seguindo essa referência, o fluxo de atendimento é distribuído, de acordo com as necessidades levantadas, aos serviços de referência de cada nível de atenção, sendo a porta de entrada preferencialmente a AB, responsável não somente por receber as demandas iniciais, mas também por acompanhar e levantar quaisquer necessidades territoriais por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Tomando como referência a reflexão do parágrafo anterior, os dados da pesquisa apontam que o serviço em estudo não está articulado de acordo com o que preconiza a RAPS, pois os encaminhamentos realizados pela rede não são primeiramente referenciados para a Atenção Básica.

Cabe aos gestores e governos viabilizarem que a Atenção Básica venha a assumir a centralidade da gestão do cuidado, visando o acesso no território e na Rede Intersetorial, pois se concorda com os autores Trapé, Onocko-Campos, Gama (2015), a desresponsabilização dos casos de Saúde Mental por parte das AB pode estar relacionada ao despreparo dos profissionais em lidar com sofrimento mental, que determina a centralidade das ações em Saúde Mental nos serviços especializados.

No cenário pesquisado foi demonstrada a incontestável necessidade da articulação entre os serviços estratégicos, em que se incluem os CAPS's e a Atenção Básica em Saúde. Certifica-se essa constatação quando a Atenção Básica também não aparece na relação dos serviços mais referenciados pelo CAPS em estudo, perdendo disparadamente para os serviços com enfoque na atenção especializada em Saúde Mental. De tais constatações é possível afirmar que o trabalho com esses dois níveis de atenção seja estratégico para o início de uma ação em rede mais articulada. Porém, cabe esclarecer que com a nova gestão utilizou-se do Apoio Matricial.

De acordo com a literatura o Apoio Matricial tem-se mostrado um valioso dispositivo na integração entre a saúde mental e a atenção básica. Trata-se de um arranjo configurado por um processo técnico-pedagógico, que possibilita a aproximação entre diferentes níveis de atenção, visando a superação da fragmentação do cuidado. Apoio Matricial é, ao mesmo tempo, arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CUNHA E CAMPOS, 2011)

Quando as ações se concentram somente em estratégias de reorganizações de fluxos, sem a devida qualificação das equipes, pode-se incorrer para a desassistência de pessoas e famílias em situações de sofrimento, ainda que não graves. Nesse sentido, os dados apontaram, sobretudo, que o trabalho em rede não é ainda uma realidade totalmente estabelecida no serviço e territórios, mas que deve ser o horizonte das ações cotidianas, uma vez que se apresenta enquanto condição para o trabalho em saúde mental.

Verificou-se também que o Hospital Psiquiátrico do município foi referência para o CAPS III, como instituição citada no recebimento de encaminhamento de usuários após o acolhimento. Cabe destacar que tal instituição, no período de três anos, recebeu 66 encaminhamentos. Tais dados ilustram que as ações de cunho manicomial relacionadas às pessoas em sofrimento psíquico, seguem em curso no município, como graves violações aos direitos e proteção desses sujeitos de direito.

Com relação à rede intersetorial, o insignificante número (0,10%) de encaminhamentos indicou a necessidade de aprimoramento das relações com tal rede em que se consideram as interlocuções com as secretarias municipais e intermunicipais, além da Secretaria de Segurança Pública, que como demonstrado foi responsável por acompanhar os usuários em “crise” para o atendimento de urgência e emergência em Saúde Mental. Faz-se esse destaque, por se saber das potências do trabalho em rede, ainda que pesem as dificuldades para a inserção/reinserção dos usuários que estão em sofrimento psíquico.

Em prosseguimento à análise da interface Saúde Mental – Rede Intersetorial, os dados apontaram que o serviço em estudo, ainda que seja um dispositivo de políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial, não prioriza a intersetorialidade, como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde (SEVERO e DIMENSTEIN, 2011).

Severo e Dimenstein (2011) assinalam, ainda, que a intersetorialidade na Saúde Mental possibilita o usuário para uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa, que

necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, portanto, faz-se necessário fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais, que intervêm visando à integralidade do usuário e a conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social.

Segundo Franco (2006), não há trabalho sem que se constitua uma rede em torno do seu objeto; as redes são inerentes ao processo de trabalho em saúde. Concorde-se com o autor, que essa rede apresente características particulares, o trabalho no âmbito da sua micropolítica, nos atos produtivos, é sempre em rede. Uma rede funciona com base no trabalho das equipes de saúde, que acionam suas redes, instituídas ou não, a partir dos projetos terapêuticos propostos para auxiliar os usuários na resolução de seus problemas de saúde.

Espera-se, portanto, que a Saúde Mental seja articulada sempre com a Rede Intersetorial, para superar a lógica histórica da fragmentação das Políticas Públicas no enfrentamento das questões sociais.

Recorda-se que a estratégia metodológica qualitativa se utilizou da Metodologia da Problematização.

7.4 Oficina de Problematização

A Oficina de Problematização, embasando-se na Pesquisa Participante, buscou a participação da equipe do CAPS III, além de propiciar tal estratégia visava ampliar o número de profissionais implicados e formuladores da pesquisa e também uma tentativa de que o Mestrado Profissional pudesse dar uma contribuição para o serviço público, o CAPS III.

A oficina foi realizada em agosto de 2017 e contou com a participação de quatorze profissionais do CAPS III, que aceitaram o convite para participar da pesquisa, incluindo um profissional médico da unidade. Os participantes são identificados pela letra T, seguido de numeração.

Com duração prevista de duas horas, mas que durou cerca de quatro horas, a oficina foi realizada nas dependências do serviço e conduzida por uma dupla: uma coordenadora e uma apoiadora, como já mencionadas nos referidos papéis estavam a orientadora e a mestrande desse estudo.

A mestrande apresentou a orientadora ao grupo e fez-se uma apresentação de cada participante da oficina. Inicialmente foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), para que fosse assinado antes do início da atividade. Em seguida foram retomados junto aos participantes, os objetivos da oficina e da pesquisa, salientando a

necessidade da gravação das discussões, para fins de análise, nos comprometendo a assegurar o anonimato dos participantes.

Visando facilitar a participação dos profissionais e a elaboração do painel móvel, o qual possibilita dinamicidade nas reflexões e a construção da memória da oficina, foram distribuídas uma tarjeta de papel e uma caneta para cada integrante para que escrevessem suas opiniões.

Para focar as reflexões na oficina apresentaram-se aos participantes os dados estatísticos, coletados por meio dos documentos institucionais, a respeito do número de acolhimentos realizados pelo serviço, referentes ao período de recorte da pesquisa, bem como o tipo de queixas acolhidas neste serviço.

A seguir a coordenadora da oficina problematizou os tipos de queixas acolhidas no CAPS III. Enquanto a apoiadora fixou as tarjetas na parede, de modo que os integrantes visualizassem a elaboração do grupo.

Como consigna, no início da oficina, foi questionado aos trabalhadores em qual medida os dados apresentados correspondiam ou não, em suas percepções, à realidade do processo de trabalho do serviço. A exceção de alguns profissionais, a maioria referiu que havia a subnotificação dos dados, uma vez que muitas ações são realizadas pela equipe, sendo registradas somente na ficha e/ou prontuário do usuário e por isso não computada nos dados estatísticos do serviço.

Um novo painel se construiu a partir do questionamento sobre o reordenamento do fluxo e da atenção da Rede de Saúde Mental no município de Rio Claro - SP, proposto pela atual coordenação de Saúde Mental.

A partir do processo de discussão do grupo e das contribuições apresentadas, as respostas foram sintetizadas em categorias de sentidos, apresentando-as na forma de “aspectos positivos” e “aspectos negativos/desafios” da Rede de Saúde Mental de Rio Claro- SP, por meio de tarjetas anexadas em murais.

Durante a elaboração do painel móvel reuniu-se todas as contribuições do grupo sobre os dados apresentados. As contribuições consideradas “aspectos negativos/desafios” foram àquelas identificadas como uma situação não resolvida e de difícil solução pelos participantes e como “aspectos positivos” aquelas contribuições nas quais havia uma concordância a respeito de determinada questão e possíveis de serem colocadas em prática de imediato.

Avalia-se que a oficina permitiu referendar as reflexões sobre os dados da pesquisa e ampliar com as contribuições dos atores envolvidos na pesquisa, ou seja, possibilitou a ampliação dos participantes e viabilizou um retorno para o serviço.

A mestranda realizou as anotações das observações dos membros da oficina no caderno de campo enquanto a oficina era realizada na tentativa de preservar as impressões apreendidas.

Sobre a contribuição dos profissionais, segue apresentação na tabela 4.

Tabela 4 - Contribuições dos profissionais em relação à Rede de Saúde Mental

Aspectos	Contribuições
<p>Aspectos positivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do CAPS III realizado sob a perspectiva do atendimento humanizado em saúde, colaborando no processo terapêutico. - Possibilidade de construção de redes. - Aproximação entre equipes. - CAPS III de porta escancarada.
<p>Aspectos negativos/desafios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade da AB em acolher usuário em sofrimentopsíquico. - Outros setores públicos delegam toda responsabilidade para asaúde. - Patologização dos problemas. - Inexistência de leitos de Saúde Mental em hospitalgeral. - Falta de opções para idosos.

Fonte: Oficina com os profissionais do CAPS III

Ao fazer a análise dos dados, organizamos os mesmos em quatro grupos: 1. Fatores positivos do acolhimento da Rede de Saúde Mental de Rio Claro-SP, 2. Fatores que interferem no acolhimento, 3. A organizaçãodo processo de trabalho do CAPS III. Nas próximas páginas apresenta-se uma tentativa de diálogo, entre as respostas dos profissionais na oficina e elaborações teóricas sobre acolhimento e suas implicações na articulação da rede e no processo de trabalho do serviço.

7.4.1 Fatores positivos do acolhimento na Rede de Saúde Mental de Rio Claro-SP

Dentre os fatores que influenciam positivamente no acolhimento nas instituições de saúde destacam-se os seguintes: a universalidade do acesso, a humanização da assistência, a reorganização do processo de trabalho e a possibilidade de uma maior resolutividade do mesmo.

No serviço estudado, ainda que o quantitativo de acolhimento e as demandas direcionadas a esse equipamento foram avaliados de forma negativa pela equipe, a universalidade do acesso está presente conforme entendimento apresentado pelo grupo de trabalhadores:

“[...] CAPS de porta escancarada” (T 15)

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutá-los, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário (CARVALHO; CAMPOS, 2000).

Assim, o acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de atender todas as pessoas que procuram os serviços, possibilitando a acessibilidade universal.

Destaca-se que os dados confirmaram a acessibilidade universal no CAPS estudado, uma vez que atende todas as pessoas que procuram o serviço, seguindo a missão, desde sua implantação em 1998, de ser a porta de entrada “preferencial” do sistema de saúde local para as pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, esse serviço assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de intervir sobre os problemas de saúde da população, porém confirmou-se de forma centralizadora voltada para o modelo médico-centro e desarticulada com a rede.

Para que o profissional responda as demandas em Saúde Mental, Basaglia orienta que a princípio se deve colocar “entre parênteses” a doença e as suas classificações para compreender a pessoa na sua subjetividade. Amarante (1996) complementa esse raciocínio quando afirma que o princípio de colocar a doença entre parênteses é reconhecer a singularidade da pessoa doente, melhor dizendo, não se ocupar da doença como o saber psiquiátrico determina, mas sim atender-se aos aspectos que se construiu ao redor dela, colocar vistas para o sujeito e não para o conjunto de sintomas e diagnósticos. As queixas e sintomas relatados pelo usuário ao profissional expressam o real vivido pela ótica do sujeito, e podem ser denominadas de necessidades. Entretanto, a concepção de demanda está no campo do simbólico, ou seja, aquilo

que não é dito, mas expresso através de símbolos e representações, para além do que é verbalizado.

Contudo, o dispositivo acolhimento contribui com a reorganização do processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a intervir sobre seu problema de saúde, qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se pautar em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

O acolhimento humanizado na assistência foi verificado na contribuição do grupo descrita abaixo:

“[...] o acolhimento colabora no processo terapêutico” (T5)

“[...] o acolhimento é humanizado”(T3).

Acolher, no contexto dos serviços de saúde, envolve a recepção adequada do usuário, a escuta da demanda, a busca de formas para compreendê-la e solidarizar-se com ela, devendo ser realizado por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado (PAIDEIA, 2001). Trata-se de uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada (SILVA, JR 1998). Para tanto, é preciso que os profissionais estejam atentos para além das queixas ou necessidades expostas no momento do acolhimento e cuidado do sujeito. Os sintomas, diagnósticos e medicações não devem se sobrepôr a história e ao que o usuário traz no momento. É fundamental a escuta qualificada, isto significa, valorizar sua fala, seu silêncio, gestos, olhares e o que mais vier permear o momento de acolhimento, contextualizado com seu meio cultural, econômico, político e social, para dar respostas criativas e adequadas a cada sujeito, buscando o bem-estar, a inserção social e principalmente o direito a saúde. Para Rodrigues e Brognoli (2014), essa forma de acolhimento permite a formulação de um diagnóstico situacional, evitando as classificações dos sintomas e diagnósticos nos padrões CID 10 e/ou DSM.

O acolhimento evidenciado como estratégia para a reorganização do processo de trabalho no CAPS III em estudo foi identificado na contribuição a seguir:

“[...] o acolhimento qualifica a atenção” (T 5).

Considerou-se que a afirmação acima, a qual não foi contestada pelos colegas, representa um consenso da equipe. A fala do T5 avalia-se reforçar o que a literatura aponta quando refere que o acolhimento nos serviços de saúde tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

Reforça-se o que a literatura aponta sobre a reorganização do processo de trabalho é uma melhor utilização dos recursos da unidade de saúde, qualificam o trabalho dos profissionais, integrando-os na assistência e resgatam o trabalho multiprofissional. Essa mudança pode possibilitar a ampliação de espaços democráticos de discussão, de decisão, de escuta e de trocas, desencadeando um intenso movimento de forças criativas e propostas inovadoras, como foi proposto por Malta e Mehry, 2003.

Nessa perspectiva, a categoria do acolhimento que se estudou pode revelar uma dinâmica instituinte, que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço, em torno de um processo usuário- centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Lembra-se que a resolutividade da equipe de acolhimento pode estar relacionada a fatores que se manifestam simultaneamente ou não, sendo eles: as discussões permanentes entre a equipe da unidade de saúde, para avaliar e reprocessar o acolhimento; a capacitação da equipe adquirida com a própria experiência no atendimento; a utilização de protocolos elaborados pela equipe técnica da Unidade Básica de Saúde (UBS), os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no acolhimento e a interação da equipe com enfermeiras e médicos fazendo a retaguarda do acolhimento e a capacitação em serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

7.4.2 Fatores que interferem no acolhimento

Nos próximos parágrafos buscou-se expor a partir das contribuições dos trabalhadores, fatores que poderiam causar alguma interferência nesse processo de acolhimento.

Refere-se a um processo, pois o ato de acolher não se resume ao atendimento em si. Tem uma amplitude extensa, que vai desde o momento em que o usuário adentra no serviço de saúde e é recepcionado por algum profissional, independentemente de sua formação ou escala

hierárquica, passa pelo atendimento em si, onde são verificadas as suas necessidades e por fim são traçadas as intervenções.

Vale ressaltar que as situações a serem descritas, em muitos momentos também foram vivenciadas pela mestranda, na prática como psicóloga, na unidade estudada e por isso também indicam sentido particular de identificação.

Apresentam-se as contribuições dos participantes que abordaram a deficiência ou inexistência de uma rede de serviços, que deu suporte ao atendimento de pessoas, que não tem indicação específica para o acompanhamento no CAPS III, bem como para aquelas que têm transtorno mental e possuem indicação, porém suas necessidades vão para além das possibilidades de um CAPS.

A seguir a fala do trabalhador T6 evidencia o entendimento do grupo sobre as atribuições desse CAPS na rede decuidados:

“[...] este CAPS é o CAPS tudo, parece que só ele dá conta de atender os usuários da Saúde Mental” (T 15)

Pode-se compreender que a fala acima demonstra a sobrecarga dos trabalhadores desse serviço frente às demandas dos usuários, que comparecem ao acolhimento na unidade. Ainda que os dados apresentados sobre o número de acolhimentos realizados, no período recorte desse estudo, não evidenciem a grande demanda por acolhimento no serviço, os trabalhadores apontam que muitos acolhimentos são realizados pela equipe, porém sem o devido registro para fins de dados estatísticos. Nesse aspecto, observa-se que no entendimento da equipe o acolhimento é de fato tomado como diretriz da Política Nacional de Humanização:

“[...] o acolhimento não tem local, nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde” (BRASIL, 2008).

Porém, os trabalhadores questionaram também a ausência de uma rede integrada de serviços com potência para reverter a configuração do Modelo “CAPS Centrado” instalado no município de Rio Claro. Assim, assinalam que a implementação da Política de Saúde Mental local está aquém do preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, uma vez que prioriza os Centros de Atenção Psicossocial como porta de entrada preferencial (se não a única) para os usuários da saúde mental, fragilizando as potencialidades dos territórios e assim não admitindo

que a responsabilidade pelo cuidado seja uma prática de vários atores e instituições. Importa retomar que a atenção articulada em redes, dentre elas, a RAPS, como já mencionado anteriormente, qualifica a atenção na perspectiva da integralidade do cuidado.

As redes de atenção à saúde são organizações de conjuntos de serviços de saúde unidos entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população.

Recorda-se que tais redes são coordenadas pela Atenção Básica, que é prestada em tempo e lugares certos, por curto tempo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população (MENDES, 2008).

Contudo, evidenciou-se que a equipe do CAPS III apresenta dificuldades para realizar o encaminhamento dos usuários com quadro estabilizado para a AB e ao Empreendimento Solidário, o que, de certa forma, favorece a permanência do usuário no serviço, sem que este consiga estabelecer vínculo com o seu território de origem.

No acolhimento, o profissional tem por responsabilidade traçar uma conduta específica para o caso que se encontra diante de si e invariavelmente no serviço em estudo, a demanda que comparece ao acolhimento exige a disponibilidade de outros serviços de saúde, tais como os elencados pela portaria ministerial 3088, que já fora citada, como também dos demais serviços da rede intersetorial.

Com base na referida concepção pode-se observar que na discussão do grupo de trabalhadores do CAPS III ficou evidenciada a carência dessas redes de serviços:

- Faltam opções sociais para o idoso;
- Dificuldades de acesso aos demais pontos de atenção da rede;
- Demora no agendamento das especialidades, em especial da neurologia;
- Ausência de Centros de Convivência e Oficinas de Trabalho;
- Ausência de Serviço Residencial Terapêutico.

Nota-se que o CAPS acaba por receber encaminhamentos, que vão muito além da sua especificidade, como os casos de demência e deficiência intelectual; contudo, pela falta de uma rede de serviços que contemple a existência de vaga na especialidade, nesse caso, de Neurologia. No momento em que o usuário necessita, o profissional acaba por atendê-lo no próprio serviço, pois não tem para onde encaminhá-lo de imediato. O conteúdo abaixo explicita tal cenário:

“Usuário com sintomas de Alzheimer há cerca de 4 anos, com piora há 02 anos, porém sem acompanhamento com neurologista e sem medicação específica. Familiares relatam, ainda, que usuário apresenta dificuldades para dormir e que por vezes fica agressivo” (F 78).

Em um estudo realizado por Ferrer e Campos (2009), entre profissionais de um CAPS de um grande município brasileiro, verificou-se uma realidade semelhante, onde a demanda que chega é considerada não qualificada, porque os serviços encaminham casos que não tem indicação, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada. Tais demandas também podem ser constatadas no CAPS III em estudo, conforme queixas apresentadas no acolhimento da unidade, obtidos nas fichas, fonte primária estudada.

“Usuária encaminhada da UPA 29 apresentando anormalidade no exame de urina (aumento de hemácias)” (F 54)

“Usuária encaminhada por psiquiatra do setor privado para dar continuidade ao tratamento pelo SUS, devido quadro de desânimo e sono entrecortado” (F 63).

“Usuário com queixas de ansiedade em razão da troca de medicação pelo médico assistente do CESM. Refere dificuldades de adaptação com a nova medicação” (F 107).

Os trechos acima corroboram com as identificações apontadas pelo grupo de trabalhadores do CAPS, acerca da dificuldade do serviço frente à demanda excessiva de “casos leves”, que utilizam a maioria dos horários do acolhimento e que assim acabam desviando a atenção dos profissionais, perante os usuários com quadros realmente graves, os quais necessitam de cuidados e acompanhamento intensivo.

Verifica-se ainda no conteúdo das fichas, que surgem casos no acolhimento onde o profissional verifica que o usuário tem autonomia para frequentar outros equipamentos de uma rede de serviços, além do CAPS, para promover sua socialização. No entanto, pela inexistência dessa rede, onde se incluem centros de convivência e unidades de acolhimento, por exemplo, essa demanda acaba buscando o CAPS, ainda que sem a devida indicação, conforme segue abaixo:

“Morador de rua, etilista crônico, encaminhado do PSM, após ter ficado em observação lá por 03 dias” (F 123).

Outro fator apontado pelo grupo de trabalhadores, que corrobora para a procura constante por acolhimento no CAPS III foi a presença em tempo integral do profissional médico na unidade, em razão do Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental funcionar no mesmo local. Esse fator foi explicitado na fala de T7 e na contribuição do grupo, respectivamente:

“Acho que a nossa angústia maior é saber que o usuário deve ser encaminhado ao ambulatório e lá será atendido somente daqui a dois, três meses... Por isso na maioria das vezes passamos pelo médico daqui... há uma lacuna entre o acolhimento no CAPS e o serviço que deverá acompanhar o usuário”

Outra fala que apontou sobre a dificuldade de se operar em rede:

“[...] angústia em função da demora no acesso aos demais serviços da rede” (T 2)

Tais apontamentos vão ao encontro do pressuposto inicial desse estudo, em que se inferiu que a resolutividade do acolhimento fica prejudicada pela deficiência de uma rede de atendimento constituída de outros equipamentos, que possam dar suporte aos casos. Tal afirmação cabe refletir a partir das próximas citações.

A resolutividade vai ao encontro de um constante repensar dos profissionais em agir e procurar solucionar os problemas relatados pelos usuários, seja na própria unidade ou por meio do encaminhamento a outro serviço, quando necessário for, pois o usuário, ao procurar a unidade de saúde, espera que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa dar respostas resolutivas ao seu problema e que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios (MEDEIROS et al 2010).

O trabalho em rede pressupõe que um serviço precisa do olhar do outro, mas o que vemos é que assim que alguém é encaminhado, desresponsabiliza-se pelo seu caso, e o usuário passa a ser de outro lugar, saindo da lógica de territorialização prevista no SUS, do cuidado longitudinal e da criação e possibilidade de vínculo entre profissional- usuário (CAMINHOS DO CUIDADO, 2013).

Ferrer e Campos (2009) enfatizam que as múltiplas demandas produzidas pelos usuários (e seus familiares) de um CAPS extrapolam as possibilidades que os profissionais podem

oferecer. Além disso, a doença mental aparece camuflada por precárias condições sociais e econômicas, tornando difícil estabelecer pontos de partida para a condução dos casos, promovendo grande discussão em relação às fronteiras entre aquilo que é considerado da Saúde e o que cabe à Assistência Social, por exemplo, além da articulação do CAPS com a rede.

Em outra publicação, Campos e Furtado (2011) sinalizam que no caso da Saúde Mental e em especial dos CAPS deve-se levar em conta que esses serviços de forma isolada, sem o apoio de uma estrutura de rede, podem dar respostas parciais, não apenas devido às suas limitações internas, mas também por não estarem inseridos em uma proposta política mais ampla.

Concorda-se que ao assumirem a prática relatada na Oficina de Problematização, o CAPS corre o risco de assumir o mandato social do manicômio, de encerrar a loucura, contê-la ou afastá-la dos territórios.

7.4.3 A organização do processo de trabalho do CAPSIII

Nos próximos parágrafos serão apresentadas as contribuições da equipe do CAPS III, que apontaram em seus conteúdos relações diretas com a organização do processo de trabalho do referido serviço, como algo que interfere diretamente no acolhimento, levando-se em conta a diversidade de atribuições de um CAPS. Além disso, a forma como os usuários chegam ao tal serviço.

Os profissionais que atuam em um CAPS comumente têm múltiplas funções cotidianas, além do acolhimento, entre as quais merecem destaque o acompanhamento e o suporte constante dos casos que ficam sob sua responsabilidade por meio do Projeto Terapêutico Singular.

Em um estudo realizado por Miranda e Onocko-Campos (2010), onde os sujeitos eram membros de equipes de Saúde Mental ficou destacado essa lógica de diversificação de funções, que estavam envolvidas em seu trabalho, com ênfase nas chamadas questões “burocráticas” e formulários ligados a benefícios e sobrevivência dos usuários, tais como aquisição de documentos pessoais, alimentação e moradia.

Em outro estudo realizado por Ferrer e Campos (2009), em que foi abordado o sofrimento psíquico de trabalhadores de um CAPS esses descreveram que existem momentos em que há a exigência da presença deles em vários lugares ao mesmo tempo, principalmente nos equipamentos onde ocorre maior defasagem de recursos humanos.

As falas dos trabalhadores, descritas abaixo vão ao encontro das elaborações referidas acima:

“[...] 05 acolhimentos por período” (T4)

“[...] alta demanda – criação de mais 01 CAPS” (T1)

Ao analisar tais falas infere-se que o profissional se sente sobrecarregado diante da demanda de acolhimento, para um mesmo período, pois é uma atividade, que em Saúde Mental, vai para além do atendimento queixa-conduta, demandando além da escuta, discussões com outros profissionais, para então ser tomada uma decisão para o caso, com tais singularidades. Não obstante, esse mesmo profissional possui outras atividades afins (matriciamento, visitas, grupos, oficinas, atendimentos aos pacientes já inseridos, registros dos atendimentos) sob sua responsabilidade, gerando um acúmulo de tarefas que prejudica a atenção direcionada ao acolhimento e principalmente aos usuários acompanhados pela unidade.

Aponta-se que se torna necessário um maior investimento na “separação” de ambos os serviços – CAPS III e Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental -, bem como na contratação de profissionais de forma que haja redistribuição das atividades no serviço, permitindo maior atenção ao usuário que procura o serviço em situações de acolhimento, assim como para aquele que já o frequenta e para aqueles que demandam atendimento de urgência.

Ainda em relação à organização do processo de trabalho verifica-se que a forma como o usuário acessa o serviço, a maioria da demanda por procura espontânea, não está devidamente definida, pois não há protocolos ou fluxos previamente estabelecidos e/ou seguidos conforme se observa nas contribuições do grupo abaixo elencadas:

“[...] é necessário atualizar as equipes das UPA's sobre os fluxos” (T3)

“[...] se faz urgente a implantação de acolhimento nas UBS” (T10)

Nota-se que a ausência de protocolos e fluxos da Rede de Saúde, bem como a inoperância da linha de cuidado em Saúde Mental, interfere muito na dinâmica do acolhimento do CAPS III, em estudo, pois os serviços de saúde e da rede intersetorial, como via de regra, encaminham para o CAPS sem, no entanto, considerar a especificidade do serviço, que é a de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Compreende-se que por meio dos protocolos é possível gerir os serviços de saúde, pois organizam o trabalho em uma unidade e no território, assim como os fluxos administrativos contidos nas propostas dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades e níveis de atenção com outras instituições sociais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Quanto ao fluxo observou-se que é frequente os usuários buscarem diretamente ao CAPS ou serem encaminhados pelas Unidades de Pronto-Atendimento e Centro de Especialidades, sem seguir a lógica de que o usuário teria que passar pelo o serviço da Atenção Básica, para que seu caso também fosse de conhecimento dos profissionais que atuam no território. No entanto, esta lógica nem sempre acontece, o que fere a lógica da integralidade na assistência e hierarquização. Tal ocorrência pode ser constatada especialmente na fala do T 14:

“É só a pessoa chorar em qualquer serviço de saúde, inclusive no posto de saúde do seu território, que ela é encaminhada direto para o CAPS III [...]. Ninguém escuta o usuário, nem sabe o que desencadeou o choro [...]”. (T 15).

A integralidade só pode ser garantida pela forma como as conexões são estabelecidas e as alternativas utilizadas para sua melhor implementação. O que de fato está preconizado é uma troca de informações, um contato entre profissionais com vistas a qualificar o cuidado ao usuário, seja ele realizado por um formulário, contato telefônico ou contato direto entre os profissionais e equipes de matriciamento (PAES et al, 2013).

Segundo Figueiredo e Onocko-Campos (2009), o matriciamento se configura como um suporte técnico especializado, que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, com vistas a ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas.

O matriciamento corre a partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), assim sendo, os profissionais de Saúde Mental, podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple as várias dimensões da vida dos sujeitos.

Nessa perspectiva pode-se constatar que o matriciamento organiza o fluxo de assistência, na medida em que possibilita a resolutividade e qualifica a demanda.

Contudo, o apoio matricial ainda é incipiente no município estudado, assim como a Estratégia da Saúde da Família. Há a existência somente de uma equipe do Núcleo de Apoio a

Saúde da Família (NASF), que realiza apoio matricial a nove equipes da Estratégia de Saúde da Família, o que corresponde a aproximadamente 53% do total de cobertura da Atenção Básica. As demais unidades da rede básica, USF e UBS, recebem a visita a cada dois meses das equipes dos serviços de saúde mental para este fim.

Avalia-se que esse “arranjo” não é suficiente para estabelecer fluxos de linha de cuidado e em muitos dos locais onde existe o apoio matricial, os próprios profissionais encaminham para o CAPS, sem que sejam cumpridos os critérios de especificidade do serviço, ferindo a lógica do modelo preconizado pela portaria citada. Lembra-se que a porta de entrada nesses serviços pretende-se que seja sempre iniciada por um acolhimento.

Após tais reflexões descritas, avalia-se que as discussões realizadas na oficina com os profissionais do CAPS III contribuíram para uma rica reflexão sobre questões intrínsecas à organização e funcionamento do CAPS III, bem como da Rede de Saúde e da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro-SP.

Contudo, destaca-se que a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental exige a implicação dos gestores públicos nessa luta, não podendo ser entendida como uma responsabilidade apenas dos trabalhadores.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), enquanto um dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental de Rio Claro – SP. Outros objetivos específicos foram descrever o fluxo parcial da Rede de Saúde Mental no município de Rio Claro - SP, com base nas demandas direcionadas ao acolhimento do CAPS III e seus encaminhamentos posteriores; identificar as principais dificuldades que os profissionais desse serviço encontram no cotidiano das ações de cuidar e reabilitar; e ainda pesquisar sobre os principais desafios e potencialidades no atual processo de qualificação da Rede de Saúde Mental, a nível municipal e região. Assim sendo, utilizou-se as demandas de três anos atendidas no acolhimento do CAPS III e os encaminhamentos após o acolhimento, como material para as reflexões empreendidas no decorrer desse estudo.

Para tanto foi realizada pesquisa participativa com abordagem quanti-qualitativa de modo a serem alcançados os objetivos. A primeira etapa tratou da caracterização da demanda atendida no acolhimento do CAPS III, por meio de informações, tais como, gênero, faixa etária, origem dos encaminhamentos e encaminhamentos após o acolhimento.

Os resultados permitiram verificar que o número de acolhimentos registrados pelos profissionais não aponta necessariamente uma sobrecarga de trabalho à equipe. A subnotificação dos acolhimentos configurou em um obstáculo à condução desta pesquisa. Retoma-se que uma das queixas da equipe se refere à demasiada demanda atendida no acolhimento do serviço. Nesse sentido, questiona-se em qual medida essa “queixa” sustenta uma discussão com a rede e com os gestores. Questões relativas ao não registro dos acolhimentos estiveram relacionadas a falta de tempo dos profissionais para realizar os registros, a dificuldades no empenho/compreensão para a relevância dos registros, mas sobretudo a dificuldades importantes com relação aos insumos e recursos básicos para o desenvolvimento do trabalho: insuficiência de salas, computadores, entre outros.

Com relação aos demais dados ofertados pelos documentos institucionais, verificou-se que o serviço não possuía sistematização sobre informações mais fidedignas e tão relevantes, como a proporção de usuários encaminhados pelas redes ao acolhimento, ou encaminhados ao Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental; sobre os serviços que mais encaminham para o CAPS III e quais os serviços mais contatados por este após o acolhimento, entre outros. Entende-se que a sistematização e publicização desses dados favorecem a elaboração de reflexões por parte dos profissionais e dos gestores, na construção de entendimentos mais complexos sobre a qualidade da atenção e a demanda que acessa o CAPS III. Ainda ofereceu

dados para uma melhor compreensão sobre as situações de vida dos usuários com sofrimento psíquico e suas famílias em contextos mais amplos, corroborando assim, com discussões sobre os desafios, potências e urgências da Atenção Psicossocial em Rio Claro e no Brasil.

Nesse aspecto, esse estudo mostrou-se um analisador importante para apontar o que é um dos problemas do SUS, mas especialmente um problema da Saúde Mental, que é a dificuldade de objetivar questões pragmáticas, como registrar procedimentos, construir indicadores ou realizar notificações. Tal problema pode ocorrer por dificuldades de se debruçar mais fundamentalmente sobre as questões subjetivas da clínica, mas também por necessidade de se desenvolver indicadores mais apropriados ao processo subjetivo de terapia, desenvolvido nos serviços de saúde mental, assim como da necessidade de se criar condições reais de trabalho, para que se possam notificar as ações realizadas pelos profissionais. Nesse contexto, pode-se inferir que as subnotificações apontadas nesse estudo, não foram realizadas necessariamente por falta de comprometimento do profissional, mas sim por falta de condições de trabalho adequadas para tal, o que corresponsabiliza os gestores com a produção dos resultados nos serviços.

Os resultados permitiram, ainda, identificar que seguida da demanda espontânea, que é uma das mais expressivas formas de acesso ao CAPS III, os Serviços de Urgência e Emergência, especialidades e Atenção Básica são os principais setores/serviços que encaminham sujeitos em sofrimento psíquico ao acolhimento do CAPS III. O ambulatório psiquiátrico e o plantão médico do próprio CAPS, por outro lado, são os mais acionados pela equipe após o acolhimento.

Ainda que se verificasse que a Atenção Básica foi uma das fontes encaminhadoras, ela é um dos serviços mais citado pelo CAPS III, como um dos desafios da rede de saúde do município, decorrente da dificuldade de essa acolher no território as pessoas em sofrimento psíquico e criar um campo de cuidado em Saúde Mental para estas. Sobre os benefícios do acolhimento do CAPS III destacaram-se o acesso rápido ao serviço, o acolhimento na perspectiva do atendimento humanizado e da produção de saúde, revelando que o acolhimento enquanto diretriz na humanização da atenção apresentou pontos positivos para as pessoas que procuram pelo serviço. Já os principais desafios e dificuldades sinalizam, para rigidez de determinados serviços (aos quais se inclui o CAPS III) em trabalhar na perspectiva de rede, os obstáculos para execução das pactuações realizadas, o modelo de atenção médico centrado corrente no município e em específico na Rede de Saúde Mental.

Acerca dos sujeitos em sofrimento psíquico que acessam o acolhimento do CAPS III, constatou-se números significativos desses com queixas “leves a moderadas”, entre as principais queixas para a procura pelo serviço destacaram-se sofrimentos relacionados a questões sociais, conflitos familiares e condições de vulnerabilidade. Por outro lado, observou-se que o inexpressivo cuidado em rede facilita o acesso e a permanência dos sujeitos na Rede de Saúde Mental.

Assinala-se sobre a incipiente articulação com a Rede de Saúde e os demais setores. Entende-se que esta situação se sustenta inclusive enquanto um dos resultados relevantes em relação a composição de suas redes, as dificuldades de acesso aos serviços devem constituir tema de urgente discussão e reflexão.

Já a segunda etapa – Oficina de Problematização – de abordagem qualitativa, desenvolvida junto aos profissionais do CAPS III buscou identificar as principais dificuldades que estes encontram no cotidiano das ações do cuidar e reabilitar.

Os resultados apresentados permitiram dimensionar sobre a concepção de acolhimento por parte da equipe, revelando que a maioria dos profissionais entende o acolhimento não apenas como a realização de uma entrevista inicial, mas, sobretudo, como um espaço potente de escuta e de produção de saúde. Nesse sentido, observou-se a existência de outras perspectivas em que o conceito de acolhimento não se restringe à noção tradicional de triagem.

Em relação aos desafios e potências desse dispositivo, revelaram que ainda que com importantes dificuldades e limitações o acolhimento do CAPS III se apresenta resolutivo para muitas pessoas evidenciando o impacto da escuta atenta e qualificada para o desenvolvimento de estratégias mais inclusivas na rede de cuidados, em especial no componente da Atenção Básica. Assim, avaliou-se que o acolhimento figurou como importante eixo de análise, revelando-se uma ferramenta importante para analisar os processos de trabalho do CAPS em estudo e o funcionamento da rede que ele integra.

Foram também destaque nesse estudo e que figuraram como importantes eixos de análises, que a ausência de uma rede de serviços articulada e o modo da organização do processo de trabalho do CAPS III são questões relevantes para a tessitura de um trabalho em rede, que os serviços e redes que não “olham” para essas questões experimentam dificuldades relevantes na condução da integralidade da atenção como prerrogativa. Nesta direção, a existência de serviços que ainda atuam em lógicas ambulatoriais ou mesmo manicomiais, como os Ambulatórios e Hospital Psiquiátrico do município, fragilizam as condições de estabelecimento

da atenção psicossocial, em que se inclui o trabalho em rede como realidade de cuidado para todos os sujeitos.

Os resultados e discussões provenientes do estudo permitiram evidenciar questões relevantes, ainda que limitadas, acerca do funcionamento da Rede de Saúde Mental do município, bem como do atual Modelo de Atenção em Saúde Mental do CAPS III. Nesse sentido, entende-se como oportuna a contribuição do estudo, que permitiu inclusive perceber que, na medida em que se debruçou sobre uma situação de proximidade e problematização junto aos profissionais para pensar a demanda direcionada ao serviço, contribuições importantes foram propostas por meio da ampliação do conhecimento da realidade.

A descrição mais geral do CAPS III em relação ao trabalho com a rede, em que se destacaram a procura espontânea pelo serviço e o encaminhamento desse para o ambulatório, contribuíram para evidenciar que coexistem modelos e abordagens concorrentes na rede de saúde de Rio Claro, como por exemplo, os ambulatórios de saúde mental, que limitam acesso a Atenção Básica e a constituição de um trabalho emrede.

Com relação aos sujeitos em sofrimento psíquico, coloca-se o desafio urgente de se criarem estratégias e ações que sustentem e ampliem seus cuidados para além da Rede de Saúde Mental. O montante de pessoas em sofrimento psíquico, que tiveram o acompanhamento restrito à Rede de Saúde Mental foi um dos dados relevantes desse processo de investigação ora apresentado. A identificação do sofrimento psíquico como indicação para acompanhamento nos serviços de Saúde Mental, bem como a presença de percepções sobre padrões de comportamento desviantes e a agressividade seguem como principais atributos para o reconhecimento das pessoas que supostamente apresentam problemas de Saúde Mental.

Por outro lado, também é necessário refletir acerca dos dados apontados pela pesquisa, uma vez que ao analisar a somatória dos atendimentos do CAPS III, do extinto Ambulatório de Saúde Mental, do Serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental constatou-se que esses dados revelaram um modelo de atenção médico-centrado e um modo de funcionamento muito limitado aos muros do CAPS e do então ambulatório. Tal diagnóstico avalia-se ser preocupante, visto que o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica preconiza justamente a descentralização da atenção em Saúde Mental. Observou-se ao longo das reflexões que um dos “nós críticos” dessa rede refere-se ao sistema de referência e contra referência que se apresenta frágil, com problemas e entraves entre os serviços.

Sobre esse tema, verificou-se a importância da Rede de Saúde Mental se aproximar dos demais serviços/setores para debater sobre o (des) conhecimento, medo e dificuldades desses

para reconhecer o cuidado em Saúde Mental na integralidade da atenção. Evidenciou-se que apesar de haver políticas públicas e diretrizes, há insuficiência no município de ações que dialoguem em relação a estas condições.

Avalia-se que o estudo contribuiu ao ter proporcionado junto à Oficina de Problematização, a oportunidade de que os profissionais do CAPS III pudessem “falar sobre”, instigou para um novo olhar em relação às suas práxis, como também possibilitou a qualificação e valorização do saber, (em algumas ações) menos atravessado pelo saber médico, que se produz no serviço. Tal espaço compartilhado de comunicação e problematização das ações de cuidado trouxeram ganhos para os trabalhadores e espera-se que venha trazer para os usuários e ainda possa se tornar uma referência para o desafio do trabalho em rede.

No entanto, o que se evidencia é que o trabalho em rede ainda se constitui em um horizonte para a rede de saúde e intersetorial do município. Como apontado nesse trabalho, nenhum dos dispositivos ou pontos de cuidado funciona fechado em si mesmo e esses aumentam sua potência quando se articulam em rede. Nesse aspecto, o estudo também mostra o avanço do município na perspectiva de instituir uma rede integrada de serviços, sob o prisma da regionalização da RAPS; contudo, verifica-se uma diversidade de serviços implantados, em termos de proposição de arranjos e articulação com a Atenção Básica, que ainda são insuficientes. Esse cenário vai ao encontro do que aponta Macedo (2017), que revela dados preocupantes sobre o processo de expansão, regionalização e interiorização da RAPS que muitas vezes não considera os obstáculos técnicos para que isso se operacionalize.

Nesse contexto, observa-se que a RAPS de Rio Claro, pouco avançou na discussão sobre o fluxo, no que tange à regulação do fluxo do cuidado ao usuário na rede; dificuldade esta que caminha com a Saúde Mental, desde a implantação do SUS.

Assim, entende-se que para que se assuma de fato o cuidado em rede, enquanto experiência concreta são necessários investimento e entendimento de seu caráter processual, bem como a inclusão das famílias e comunidades nesse processo. Somente assim o trabalho em rede poderá se efetivar enquanto estratégia para a integralidade do cuidado.

Importante salientar que esse estudo visava ofertar uma contribuição aos gestores do município de Rio Claro – SP, no que concerne a reordenação do fluxo assistencial em Saúde Mental e que, portanto, sua aplicabilidade, ou seja, a quinta etapa da Oficina de Problematização, não foi contemplada no desenvolvimento dessa pesquisa, devido ao recorte do estudo. Porém, entende-se que é necessário compartilhar as análises conclusivas com

gestores das outras instâncias institucionais e declara-se que a mestranda se comprometeu em enviar esse estudo para a gerente da Rede de Saúde Mental de Rio Claro-SP.

Recomenda-se para futuros estudos a possibilidade de aprofundamento dos achados nesse trabalho, bem como a inserção de outros atores da rede, representantes da Atenção Básica, além dos serviços da rede intersetorial, dentre eles, os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializada na Assistência Social (CREAS) e o Centro Dia do Idoso, como importantes parceiros para o diálogo e um cuidado mais integral e em modalidades mais horizontais.

Por fim, destaca-se que esse estudo se mostrou um potente dispositivo analítico da organização do processo de trabalho, da linha de cuidado e da gestão do CAPS III. E ao mesmo tempo retirou cegueiras institucionais e fundamentou a gestora/mestranda para qualificar o serviço e responder às falas dos profissionais, estimulando-os a saírem do discurso do dano.

A mestranda levará como proposta realizar duas oficinas, uma de escuta junto a equipe, na perspectiva de cuidar do cuidador, visto que a duração maior da Oficina de Problematização demonstrou uma carência de escuta da gestão junto aos profissionais do serviço. Propõe-se também disparar outra oficina para refletir a linha de cuidado realizada pelo CAPSIII.

9. REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C. (Org.)

Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.133-136.

ALVES, C.F.O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. In: **neurobiologia**, n. 72, Recife, 2009. p. 85-96

ALVES, D.S.N.; SILVA, P.R.F.D.; COSTA, N.D.R. **Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**, 22 anos após a declaração de Caracas. *Medwave*, v.12, n.10,2012.

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Revista Saúde em Debate**, n.45, 1994. p.43-6

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ªed. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,1996.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In. AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.45-66

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: Fiocruz,2003.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTHPAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção à saúde. Rio de Janeiro: **Physis**, v. 22, n. 4, 2012. p. 1333-1356.

BARBOSA, N.J. **NAPS: um novo modelo de atenção em saúde mental no município de Rio Claro.** 1999. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - UFSCAR, São Carlos, 1999.

BASAGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes: para uma análise crítica do modelo italiano. In: DELGADO. (Org.). (Trad.) **A loucura na sala de jantar.** São Paulo, 1991. p. 26-51

BERNARDES, A.G. Território e acesso: questões sobre as políticas de saúde brasileiras. **Av. Psicol. Latinoam,** Bogotá, v.35,n.2,May/Aug.2017.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 25 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.p.15-21

BORILLE, D.C. et al. **A aplica o do método do arco da problematiza o na coleta de dados em pesquisa de enfermagem:** relato de experiência. **Texto Contexto Enferm,** v.21, n.1, 2012. p.209-16

BRANDÃO, C.R. **Pesquisa Participante.** São Paulo:Ed. Brasiliense, 1982.

BRASIL. **Constitui o da República Federal do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei n é 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a prote o e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

_____. Portaria 336 de 20 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Aten o Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. **Diário Oficial da União,** se o1.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humaniza o –HUMANIZASUS.** Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS, 2010.

_____. **Decreto 3088 de 23 de dezembro de 2011 (republicada)**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Governo Federal. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. SGTES, 2013.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Manual de estrutura física de Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para a elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G.W. Saúde pública e saúde coletiva: campo de núcleo de saberes e práticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, 2000. p. 219-30.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde**. Campinas: Unicamp, 2011. p. 69

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 507-15, abr./jun. 2000.

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

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3,1997. p. 469-78

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.;MATTOS,R.A.(Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.p.117-130

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**,v. 20, n. 4, São Paulo, Oct./Dec. 2011.

FERRER, A.L.; CAMPOS, R.O.; O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Campinas, SP: um estudo hermenêutico- narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 9 – 22, ago 2009.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Cienc. Saúde Colet.**, v.14, n.1, 2009. p. 129-38

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2007, 551 p.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Produção imaginária da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p.183-95.

FRANCO, T.B.; As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 459-474.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **IBGE. Cidades– Rio Claro**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354390>. Acesso em 30 de agosto de 2016.

LOPES, M. J. M.; SILVA, J.L.A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 683-688, 2004.

MACEDO, J.P. et al. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Mineira Enferm**, v.7, n.1, p. 61-6, 2003.

MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Ver. salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402-13, jun 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med. Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP,2009.

MERHY, E.E. **O Ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.

MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun 2010.

NICÁCIO, M.F.S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 16-22, 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>>. Acesso em 22 de setembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – Nova concepção, nova esperança**. Suíça: World Health Report, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C: OPAS, 2007. 32 p.

PAES, L.G. et al. **Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores.** Trab. Educ. saúde, v. 11, n. 2, p. 395-409, ago 2013.

PAIDÉIA, 2001. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.** Maio 2002. Disponível <<http://www.campinas.sp.gov.br>>. Acesso em outubro, 2017.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 12, 2011, p. 4579-89.

RIO CLARO. Secretaria/Fundação Municipal de Saúde. **Documento de Apresentação do Programa de Saúde Mental do Município de Rio Claro.** Arquivo do CAPS III, Rio Claro, SP, 2013.

_____. Secretaria/Fundação Municipal de Saúde. **PlanoMunicipaldeSaúde.** Fundação: Secretaria Municipal de Saúde: Rio Claro, 2014.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F.F. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cad Bras Saúde Mental**, v. 6, n. 13, 2014, p. 61-74.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault: a Reforma Psiquiátrica e os desafios contemporâneos. In: **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.2, 2010, p.382-387.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C.M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-56, Jan/Mar 2013.

SCARCELLI, I.R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1982.** Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/pt-br.php>>.
Acesso em: 25.abr.2017.

SCARCELLI, I.R. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão no campo da saúde mental.** Tese (Doutorado). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2002.

SCARCELLI, I.R., ALENCAR, S.L.S. Saúde Mental e Saúde Coletiva: intersectorialidade e participação em debate. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v, 1, n 1, jan/abr. 2009.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996, p. 29-47.

SCHUTEL, T. A. A. et al. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 2, 2015, p. 85-93

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, 2011, p. 640-655.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, C.R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2013, p. 393-413.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; GAMA, C.P. Saúde Mental em Rede: Estudo de revisão narrativa sobre os mecanismos de integração assistencial no SUS. **Revista Internacional de Ciências da Saúde**, v. 3, 2015, p. 1-6.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev Saude Publica**. 2017, 51:19.

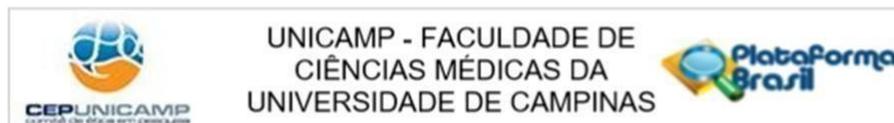
TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suplemento 2, 2004, p. 190-198. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>> Acesso: 21/11/2017.

VIEGAS, A. C. et al. Pesquisa participante de base freiriana na enfermagem: possibilidade do exercício de cidadania das pessoas. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, 2016, p. 92-100.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P, CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

10. ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Análise do Modelo Assistencial de Saúde Mental de Rio Claro-SP: Atores sociais repensando os fluxos institucionais"

Pesquisador: CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62795916.3.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.976.062

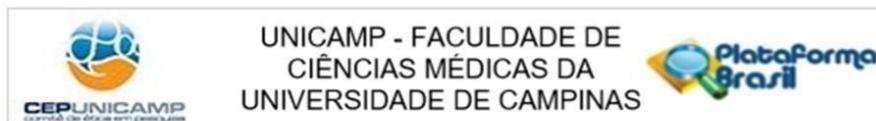
Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo analisar a demanda do CAPS III do município de Rio Claro-SP, a partir da perspectiva do acolhimento, para discutir e repensar o fluxo institucional. Buscar-se-á refletir sobre os desafios para a implementação de uma rede de Atenção à Saúde, qualificada, inter-setorial e intermunicipal. Nessa pesquisa se pretende utilizar Metodologia Qualitativa, social, descritiva e também a estratégia metodológica de análise documental, para breve construção histórica da implantação dos equipamentos de Saúde Mental. Como resultado espera-se que a partir da sistematização da demanda e dos fluxos oferecer subsídios para que os atores sociais e autoridades municipais possam vir a reordenar os fluxos institucionais e intersetoriais, no monitoramento de Políticas Públicas.

Objetivo da Pesquisa:

Nessa pesquisa se pretende utilizar Metodologia Qualitativa, social, descritiva e também a estratégia metodológica de análise documental, para breve construção histórica da implantação dos equipamentos de Saúde Mental.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.976.062

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nenhum

Benefícios:

Como resultado espera-se que a partir da sistematização da demanda e dos fluxos oferecer subsídios para que os atores sociais e autoridades municipais possam vir a reordenar os fluxos institucionais e intersetoriais, no monitoramento de Políticas Públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dissertação de mestrado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta resposta, folha de rosto, autorização para coleta de dados, informações básicas, projeto original, TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas.

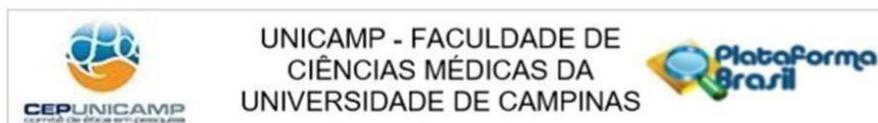
Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.976.062

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

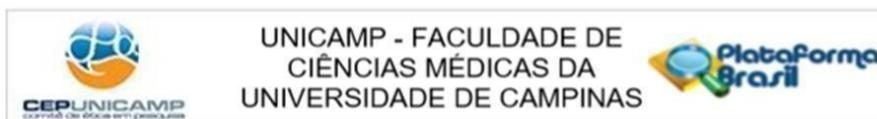
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_828215.pdf	16/03/2017 18:19:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Minhatese032017.pdf	16/03/2017 18:18:36	CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO.pdf	16/03/2017 18:14:42	CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA	Aceito
Cronograma	ReadequacaodoCronograma.pdf	16/03/2017 18:11:40	CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_CEP.pdf	16/03/2017 18:09:42	CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.976.062

Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoparacoletadedados.pdf	16/03/2017 18:07:55	CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA	Aceito
Folha de Rosto	image20161122074201.pdf	05/12/2016 22:46:13	CRISTIANE APARECIDA DE GODOY GAVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 22 de Março de 2017

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
 (Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS****Faculdade de Ciências Médicas****Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Política e
Gestão em Saúde****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: "ANÁLISE DA DEMANDA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III: DISPOSITIVO PARA PENSAR O FLUXO DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE RIO CLARO - SP".

Nome dos responsáveis: Cristiane Aparecida de Godoy Gava, Psicóloga, Profissional do Programa de Saúde Mental de Rio Claro, Mestranda no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Política e Gestão em Saúde – UNICAMP, sob orientação da Profa. Dra. Josely Rimoli.

Número do CAAE: 62795916.3.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos 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 houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

O presente estudo tem como objetivos analisar a demanda do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, enquanto dispositivo para pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental do município de Rio Claro – SP. Propõe-se para tanto, investigar a demanda recebida no acolhimento do CAPS III e seus encaminhamentos, para assim pensar o fluxo da Rede de Saúde Mental de Rio Claro – SP.

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de uma oficina para problematizar as dificuldades e os desafios postos à implementação e qualificação da rede de assistência à saúde no município. A oficina será realizada pela Profa. Dra., Josely Rimoli, nas dependências do CAPS III, em horário de serviço dos profissionais, e terá a duração prevista de duas horas. Para tanto, solicitamos sua autorização para a oficina ser gravada, com a utilização de celular.

Sobre os riscos de participação nesta pesquisa, apontamos que existe a possibilidade de você sentir prejudicado por dispor de seu tempo para participar e também incomodado por falar de alguns assuntos, o que poderá ser dito imediatamente à pesquisadora. Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos ainda que a sua recusa não implicará em danos ao seu trabalho no serviço a que está vinculado, e tampouco em qualquer outro tipo de prejuízo.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre os tipos de sofrimento psíquicos direcionados ao CAPS III, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa oferecer subsídios para o reordenamento dos fluxos institucionais e intersetoriais no monitoramento de Políticas Públicas de Saúde Mental no município de Rio Claro, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e 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.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Entretanto, você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

As gravações serão armazenadas no próprio CAPS III do município de Rio Claro, pelo período de 05anos.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Cristiane Aparecida de Godoy Gava, na Avenida 15 J P n. 155– Casa21 E, Jardim Esmeralda, Rio Claro – SP, telefone (19) 99615- 0408, e-mail: cristianegava@yahoo.com.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30minhs às 11h30minhs e das 13h00minhs às 17h00minhs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521- 8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética empesquisas.

Após ter recebido esclarecimentos 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 (a) participante)

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. Asseguro, 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.

(Assinatura da pesquisadora)

DATA:_____/_____/