

ALBERTO RODOLFO MANUEL GIOVANELLO DIAZ

Este exemplar corresponde à versão final Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos
Orientador

Pesquisa avaliativa em Saúde Mental:

a regulação da "porta"

nos Centros de Atenção Psicossocial.

CAMPINAS

2009

ALBERTO RODOLFO MANUEL GIOVANELLO DIAZ

**Pesquisa avaliativa em Saúde Mental:
a regulação da “porta”
nos Centros de Atenção Psicossocial.**

Dissertação de Mestrado
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Universidade Estadual de Campinas.

ORIENTADOR: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

CAMPINAS

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

D543p Diaz, Alberto Rodolfo Manuel Giovanello
Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da “porta” nos
Centros de Atenção Psicossocial / Alberto Rodolfo Manuel
Giovanello Diaz. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Rosana Teresa Onocko Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação. 2. Saúde Mental. 3. Triagem. 4. Políticas
públicas. 5. Saúde - Planejamento. I. Onocko Campos, Rosana
Teresa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Evaluative research in Mental Health: the regulation of the
“door” in Psychosocial Care Centers**

Keywords: • Evaluation
• Mental health
• Triage
• Public policies
• Health planning

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Rosana Teresa Onocko Campos
Prof. Dr. Ana Cristina Figueiredo
Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

Data da defesa: 13-02-2009

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Rosana Teresa Onocko Campos

Membros:


Profª. Drª Rosana Teresa Onocko Campos


Profª. Drª Ana Cristina Costa Figueiredo


Profª. Drª Juarez Pereira Furtado

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 13/02/09

*À minha mãe,
por ter me dito sempre a verdade.
Ao meu irmão,
pelos caminhos partilhados e os por partilhar.
Ao meu pai,
que junto com uns trinta mil a mais,
me ensinaram que um mundo melhor é possível,
e necessário.*

Agradecimentos

Não é tarefa fácil lembrar todas as pessoas às quais tenho alguma coisa para agradecer em função do aportado nesse percurso que, obviamente, não começa nem termina com esse mestrado. E o fato de mudar tanta coisa de repente na minha vida por causa desse mestrado, aporta um tempero especial. Mudar... de país, de língua, de casa, de comidas, de cheiros e de jeitos, de imagens... novo trabalho, novos amigos, novos costumes, enfim, muita coisa que sem dúvida – e felizmente – envolveu muitos.

Agradeço à minha mãe e ao meu irmão, pelo indispensável apoio e incentivo incondicional para cada uma das minhas “viagens”, uma vez que esse mestrado é só a mais recente. À minha mãe, que nunca desistiu de me incentivar na minha formação e que me ensinou a querer me superar sempre. Ao meu irmão, porque além de ser meu irmão é meu amigo, meu confidente, meu parceiro, meu companheiro e, principalmente, meu maior crítico.

Agradeço aos meus companheiros e amigos da faculdade e do Santiago Pampillón. Pelos sonhos, realidades e lutas partilhadas, e porque me ensinaram que, cada um de nós, sozinho, não vale nada.

À Maria Susana Vallejos, com quem consegui cercar e diminuir meu “buraco”, por ter me ajudado a aparecer.

Também agradeço aos meus ex-companheiros de trabalho. À Marité Colovini, primeiro professora e depois parceira de trabalho, de quem recebi as primeiras ferramentas teórico-práticas sobre um “saber fazer” com as psicoses e os psicóticos. Aos “carcereiros”, pelas trocas e crescimento conjunto. Aos companheiros da Direção Provincial de Saúde Mental, por terem me apoiado e contribuído muito nesta empreitada.

Ao Alípio e à Rita que me abriram as portas da sua casa e da sua vida – e continuam fazendo-o – como se fosse mais um da família. Sem vocês por perto nesses primeiros passos em Campinas, tudo teria sido mais difícil. Ao Alípio, por sua múltipla função, ele é: corretor de português, cúmplice, confidente, conselheiro, camarada, amigo e pai.

Agradeço a todo o pessoal do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: estudantes, professores e funcionários, pelo apoio e acolhida. À Sonia, à Regina, à Vera e à Camila pela boa predisposição na hora que os nossos trabalhos se complementam. Especialmente à Maisa, pela ajuda constante, pelas lembranças das nossas obrigações, pela amabilidade e, principalmente, pela paciência.

Agradeço a toda a equipe de pesquisa “Saúde Coletiva, Saúde Mental: interfaces”, com os quais hoje vivencio quanto é bom ser parte de um coletivo que, mesmo heterogêneo, pensa, faz e produz conjuntamente. À Ivana, por corrigir e ajudar a melhorar o meu

português. À Ana Luíza, à Lílian, à Mariana, e ao Thiago, pela acolhida próxima, pelo apoio, pelas trocas, caronas, conversas, conselhos, cervejas, mas principalmente pela amizade e pelas risadas que demos e damos. À Lílian, também pela produtiva interlocução e pelas valiosas sugestões advindas da sua leitura cuidadosa e crítica dos meus rascunhos escritos em “portunhol”.

À Cris, pelo apoio e pelas trocas nos primeiros momentos da escrita.

Às turmas de 2007 e 2008 dos Programas de Aprimoramento Profissional em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde e de Saúde Mental em Saúde Coletiva, por tudo o que me ensinaram.

À Marília, pela amizade, pelas trocas e pelos desabaços nos momentos de não produção, isso tudo entre “mates” e “drinks” e na hora que for necessário.

À Maria, com quem aprendi que sentir e encontrar-se não tem limite e que, construir “bolhas” não só é possível, como saudável e prazeroso.

Aos trabalhadores e usuários dos serviços que me acolheram abrindo suas portas para serem parte do campo da minha pesquisa, meu agradecimento.

À Ana Cristina e ao Juarez, membros das bancas de qualificação e da defesa, pelas valiosas orientações e aportes feitos a esse trabalho.

Ao Gastão, pela sua instigante produção e pela sua generosidade para compartilha-la, pelas questões aportadas a esse trabalho, pela acolhida e portas abertas desde o primeiro dia.

Finalmente, à Rosana, orientadora de muitas coisas além dessa dissertação. Pelas inúmeras portas abertas – dentro e fora da academia – e possibilidades concedidas, pelas “seguradas” e exigências nos momentos precisos, por me ensinar a pesquisar, pela sua generosidade e abertura para compartilhar, para fazer junto, por ajudar-me a crescer e a formar-me; pela confiança e apoio, pelo carinho, por estar sempre. A ela, meu respeito, admiração e agradecimento.

Aquilo que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu.

Johann Wolfgang Goethe

La discreta resignación de muchos discursos se asemeja más a la tolerancia senil de la decadencia que a la madurez crítica [...]. Si la asunción de una herencia implica trabajar para ganársela, no es tarea menor separar de ella lo inservible, lo que hace obstáculo a su despliegue pleno, sabiendo que quienes nos hicieron el legado intentaron darnos lo mejor, pero no pudieron dejar de concebir lo mejor en términos de la época que les tocó vivir y de la historia que los marcó. En la necesaria combinación entre la filiación –que siempre se establece sobre la base del amor- y la capacidad crítica –que no implica destrucción sino desconstrucción- reside el futuro de toda herencia.

Silvia Bleichmar

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados serviços estratégicos na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vêm aumentando significativamente nos últimos anos. Diferentes modelos de organização e gestão, diversos arranjos e dispositivos institucionais, como também diferentes modelos de atenção estão sendo implementados.

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.

Com uma metodologia qualitativa, baseada na hermenêutica gadameriana, objetivamos avaliar os diversos aspectos inerentes aos dispositivos de acesso/triagem na rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos da cidade de Campinas/SP: analisando e avaliando as modalidades de regulação da “porta” – acesso/triagem – dos CAPS, sua diversidade e efeitos potenciais e analisamos a articulação do CAPS no seu território. O nosso campo foi constituído por CAPS de adultos da cidade de Campinas-SP.

Caracterizamos a especificidade dos CAPS no que diz respeito à atenção de pessoas em grave sofrimento mental, como também as características que isto adquire no acesso à instituição e à importância desse primeiro atendimento como possibilidade – ou não – de posterior tratamento.

ABSTRACT

The Centers for Psychosocial Care (CAPS), considered strategic services in the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform, have increased significantly in recent years. Different models of organization and management, several institutional arrangements and devices, as well as different models of care are being implemented.

We believe that the reception device to CAPS may be an important analysis of the functioning of the entire service, the model of care provided, as the liaison with other services and resources in the area.

With a qualitative methodology, based on Gadamer's hermeneutics, we evaluate the various aspects of access/triage network of Centers for Psychosocial Care (CAPS) for adults in the city of Campinas/SP: analyzing and evaluating the arrangements for regulation of "door"- access/triage - the CAPS, its diversity and potential effects and analyze the articulation of the CAPS in its territory. Our camp consisted of CAPS for adults of Campinas-SP.

Characterize the specificity of CAPS with regard to the attention of people in severe mental suffer, but also the characteristics that buys access to the institution and the importance of this first visit as a possibility - or not - for further treatment.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ix
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvi
SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	3
1. A REALIDADE: MUITO ALÉM DO EVIDENTE	5
1.1. Perguntando caminhamos	5
1.2. As vestimentas da autoridade: do preconceito à liberdade crítica.	12
1.3. O estado oculto da saúde: hermenêutica e psicanálise.	17
2. A TRIAGEM	22
2.1. Triagem em geral.	22
2.2. Histórico do termo.	23
2.3. Triagem em saúde: o caso da atenção básica.	25
2.4. Saúde Coletiva, Saúde Mental: um diálogo possível... e necessário.	41
2.5. Acolhendo triando ou triando o que acolher?	45
3. CLÍNICA, SUJEITO E SINGULARIDADE	50
3.1. A entrada à Mental.	57
3.2. Sobre o diagnóstico.	62
3.3. Poder ofertar.	65
4. OBJETIVOS	69
4.1. Objetivo geral	69
4.2. Objetivos específicos	69
5. METODOLOGIA	70
5.1. Paradigma constructivista e pesquisa qualitativa.	70
5.2. Objeto.	71
5.3. Campo.	72
5.4. Pesquisa avaliativa.	73
5.5. Técnica de coleta de dados.	76
5.5.1.1. Observação participante	76

5.6. Tratamento e interpretação dos dados.	82
6. HISTÓRIAS QUE COMEÇAM A SER NARRADAS.	86
6.1. Sobre o levantamento dos dados.	86
6.2. Características gerais da rede de saúde de Campinas.	86
6.3. As nossas narrativas do que foi dito.	88
6.3.1.1. Porta de Entrada / Triagem.	88
6.3.1.2. Clínica VS. Reabilitação VS. Atenção à crise?	94
6.3.1.3. Rede/Território.	98
6.4. Narrativas do observado	103
6.4.1. CAPS X	103
6.4.2. CAPS Y	108
7. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	123
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	135
9. ANEXOS	145
9.1. Anexo I – Roteiro observação	145
9.2. Anexo II – Grade narrativas.	147

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa qualitativa e avaliativa, apresentada para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Essa pesquisa forma parte de uma pesquisa maior¹, encerrada recentemente, tendo como campo de pesquisa os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de adultos da cidade de Campinas-SP. Pretendemos avaliar os aspectos inerentes aos dispositivos de acesso/triagem, analisando e avaliando as modalidades de regulação da “porta” – acesso/ triagem – dos CAPS, sua diversidade e efeitos potenciais, entendendo que o modo de lidar com a porta terá íntima relação tanto com a organização do serviço, quanto com o tipo de atendimento recebido por quem é atendido.

No primeiro capítulo, nos introduziremos na abordagem da hermenêutica gadameriana, entendendo-a como a arte de poder conhecer o que acontece aos outros e a força empregada para escutá-lo. Sendo assim, a hermenêutica nos termos de Hans-Georg Gadamer (1997) é uma disciplina que vai além de cumprir um papel de auxiliar, de ferramenta metodológica, ela penetra até as raízes mais íntimas da filosofia, que não só é pensamento lógico e investigação metódica, senão que sempre responde a uma lógica da linguagem.

No segundo capítulo, começamos nos perguntando sobre o termo triagem, o seu uso corriqueiro e a sua origem histórica para, logo depois, começar um levantamento do “estado da arte” com relação a esse primeiro encontro entre um sujeito que requer algum tipo serviço em saúde e o trabalhador de saúde que o recebe. Assim, analisamos primeiro, teorizações e

¹ “Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental.” Edital MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde - n. 07/2005 – Esta pesquisa foi aprovada e financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa, CNPq. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/pesquisa_avaliativa.php>

experiências relativas à atenção básica da saúde para logo, no momento seguinte, fazer uma aproximação entre as tradições da Saúde Coletiva brasileira e a Saúde Mental. Destacando a importância da clínica em ambas as correntes e introduzindo a função dos CAPS no marco do Sistema Único de Saúde (SUS), analisamos algumas experiências de acesso/triagem em saúde mental.

O terceiro capítulo apresenta, brevemente, os conceitos fundamentais da teoria psicanalítica das psicoses desde a perspectiva do seu criador: Sigmund Freud. Damos ênfase à necessidade de uma escuta clínica como condição de possibilidade para atingir o que tem de mais singular: o padecimento psíquico de determinado sujeito, tentando mostrar as potencialidades da teoria psicanalítica para aportar na abordagem desses padeceres, estabelecendo diálogo com diversos autores que, a partir de um referencial teórico psicanalítico, abordam a temática da triagem/acesso aos serviços públicos de saúde mental.

O quarto e o quinto capítulo apresentam objetivos e metodologia da pesquisa, respectivamente. Definimos claramente a perspectiva qualitativa da pesquisa, como também o nosso referencial teórico para pesquisas avaliativas.

Já no sexto capítulo, apresentamos parte dos resultados da pesquisa maior que correspondem somente ao nosso objeto de pesquisa e foram extraídos por nós dos dados levantados pela pesquisa maior, servindo-nos de base para a apresentação dos resultados de nosso levantamento de campo mediante a observação participante.

Encerrando, no sétimo capítulo, apresentaremos uma discussão dos resultados e conclusões.

1. A REALIDADE: MUITO ALÉM DO EVIDENTE

A VERDADE

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os dois meios perfis não coincidiam.
Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.

Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
As duas eram totalmente belas.
Mas carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

1.1 Perguntando caminhamos.

Há muitos anos, houve um rei que se preocupava, obsessivamente, pelo seu vestuário. Um dia, ouviu dois picaretas dizendo-lhe que eles podiam elaborar o tecido mais bonito e delicado que pudesse jamais imaginar. Essa roupa, acrescentaram, tinha a especial capacidade de ser invisível para qualquer estúpido ou incapaz para o seu cargo. Obviamente, o rei encomenda um desses tecidos, e os picaretas pedem um monte de materiais muito custosos para tal tecido.

O rei, nervoso pelo fato de duvidarem se ele próprio seria capaz de ver a roupa ou não, enviou duas pessoas de sua confiança a observá-la. Mesmo sem terem visto roupa alguma, ninguém admitiu ser incapaz de vê-la e começaram a elogiar a mesma. A cidade toda falava nisso e esperava ansiosa conhecer a nova roupa do rei, além, é claro, de que todos queriam comprovar quão estúpido era o seu vizinho.

Os enganadores fizeram de conta que ajudavam o rei a vestir a inexistente roupa, e ele saiu a desfilar com ela sem admitir que fosse suficientemente estúpido para não vê-la. Toda a cidade assistia ao espetáculo e louvava enfaticamente a vestimenta do rei, com medo de que os vizinhos percebessem que não podia vê-la, até que uma criança disse:

“Mas ele está pelado!”

Todo mundo começou a cochichar tal frase, até que a multidão toda gritou que o rei estava pelado. O rei escutou e soube que tinham razão, mas alçou a testa e continuou o desfile até acabar.

O conto lido quando criança deixava a seguinte moral da história: só porque todo mundo acredite que algo é verdade, não significa que o seja².

Hoje, com mais um pouco de juventude acumulada, podemos dizer que existem aqueles que ficaram contentes, acreditando que a moral da história nos ensina que o acesso à evidência é uma coisa bem simples, capaz de ser capturada por uma criança – uma mente pura e sem preconceito nenhum –, uma verdade que esteve sempre ali, só quem não quiser vê-la não consegue acessá-la. Ainda assim, várias perguntas emergem. Seria bom ter sabido o que aconteceu com os falsos alfaiates que enganaram a sua alteza? Sem falar no que aconteceu com o rei, logo que ficasse ao descoberto a fantasia de uma investidura que o seu corpo carecia? Mas...

² “A roupa nova do rei” é um conto escrito por Hans Christian Andersen e publicado em 1837.

Qual a primeira evidência? O fato de o rei estar pelado? Ou a estupidez dos que, submissos, afirmavam que a roupa era belíssima? Também interessante é pensarmos qual a necessidade histórica de afirmar a materialidade de uma roupa inexistente e, ao mesmo tempo, presente?

Perguntando, caminhamos? É, perguntando, caminhamos. Perguntar, perguntar-se, é duvidar, e duvidar é pensar. O pensamento é crítico ou não é pensamento, vira mera afirmação do evidente, triste repetição do já dito. Um pensamento crítico é aquele que entende que os seus enunciados não são últimos nem verdadeiros e que estão sempre expostos a serem revisados e reformulados, dependendo das perguntas que a prática coloque. Com isto, não queremos dizer que os interrogantes surjam da prática, mas dos limites que tem a teoria para dar conta da realidade; a realidade, contudo, nem produz idéias nem enigmas; podemos estar sempre em face da mesma realidade e não formular sequer uma pergunta, como vemos em muitas das mais valorizadas publicações.

Essa pergunta, essa dúvida, é a condição de possibilidade para acessar a algum grau de compreensão da coisa. Quer dizer, para compreender algo, ela tem que estar incluída nos parâmetros do que para nós é compreensível. O limite para compreender está nas ferramentas com as quais pretendemos nos aproximar do não compreendido.

Como entendemos, compreendemos e interpretamos a realidade e os que nos rodeiam será um assunto que atravessará nosso texto do começo ao fim. Isto tem sido das principais tarefas da hermenêutica. Para Minayo,

[...] ela se introduz no tempo presente [...] para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido (1993, p. 218-27).

Foucault (1987) considera que Freud, Marx e Nietzsche quebraram a racionalidade hermenêutica tradicional e abriram a interpretação como tarefa infinita. Entendendo que a tarefa é para martelos³ (Onocko Campos, 2003 b), tentaremos produzir um texto que, longe de dar respostas acabadas, pretende martelar e quebrar preconceitos (os nossos, claro, mas também os que se exponham a ele), aproximamo-nos da recomposição das perguntas que nos situam.

Para Hans-Georg Gadamer (1996), um dos clássicos⁴ da hermenêutica, ela é o “arte de interpretar”, “tiene que ver con lo incomprendible y con la comprensión de lo que hay de desconcertante en la economía mental y espiritual del hombre [...] Ella interviene en todos aquellos terrenos en que no basta con la simple aplicación de reglas” (p. 178-9). Acatando a sua proposta de hermenêutica crítica, trabalharemos alguns dos principais conceitos que ele desenvolveu: “história efetual”, tradição, preconceitos e autoridade.

Compreender um texto sempre implica num projetar, outorgando sentido ao que lemos a partir de nossas expectativas. Elaborar esses projetos é elaborar antecipações, que serão corretas e adequadas às coisas, se forem confirmadas “nas coisas”. É essa a tarefa da hermenêutica: restabelecer o entendimento alterado ou inexistente.

Aqui não existe outra “objetividade” que a confirmação que uma opinião prévia obtém através de sua elaboração. Pois o que caracteriza a arbitrariedade das opiniões prévias inadequadas, senão que no processo de sua execução acabam se aniquilando? [...] Em geral tem-se de dizer que é somente a experiência do choque com um texto – seja porque ela não oferece nenhum sentido, seja porque seu sentido não concorda com nossas expectativas – o que

³ “[...] quando Marx faz sua interpretação do fetiche da mercadoria, ele a contrapõe à interpretação anterior, à análise da economia clássica. Para Foucault, assim como para Nietzsche, a tarefa é para martelos: há o que quebrar” (Onocko Campos, 2003, p. 34.)

⁴ “[...] é clássico o que se mantém em face à crítica histórica” (Gadamer, 1997, p. 431)

nos faz parar e perceber um possível ser-diverso do uso da linguagem.

(Gadamer, 1997, p. 403)

É essa possibilidade do ser-diverso que faz o compreender um ato sempre produtivo, sendo importante ressaltar que “*quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente*” (Gadamer, 1997, p. 444).

Claro, para que esse compreender-se seja possível, é necessário chocarmos, suspender nossos preconceitos, abrindo uma produtiva distância-tempo, uma pergunta, pois, visto logicamente, é essa a estrutura que possibilita a interrupção dos próprios preconceitos, a suspensão da sua validade. Eis aqui o miolo da questão: “distinguir os *verdadeiros* preconceitos, sob os quais *compreendemos*, dos *falsos* preconceitos que produzem os *mal-entendidos*. Nesse sentido, uma consciência formada hermeneuticamente terá de incluir também a consciência histórica” (Gadamer, 1997, p. 447). Tornando conscientes os próprios preconceitos que determinam a compreensão, o que se destaca é a tradição com todo o seu direito a ser-diverso, à diferença.

Um pensamento verdadeiramente histórico tem de pensar ao mesmo tempo a sua própria historicidade. [...] O verdadeiro objeto histórico não é um objeto, mas é a unidade de um e de outro, uma relação na qual permanece tanto a realidade da história como a realidade do compreender histórico⁵. Uma hermenêutica adequada à coisa em questão deve mostrar na própria compreensão a realidade da história. [...] entender é, essencialmente, um processo de história efetual (Gadamer, 1997, p. 448).

⁵ O autor adverte-nos aqui sobre a permanente ameaça de nos “apropriarmos do diverso na compreensão e, com isso, ignorar a sua diversidade”. Nós vemos isso como exercício comum daqueles que pretendem fazer do ecletismo teórico uma virtude.

Gadamer relaciona o sentido da tradição com a sua teoria hermenêutica, que herdou de Schleiermacher, Dilthey e Heidegger. O nosso conhecimento e a nossa vida são finitos: estão arraigados no tempo, e a verdade não se mostra facilmente. Quando interpretamos a história, o nosso horizonte de compreensão encontra e funde-se com outro horizonte de vida⁶, que pertence ao acontecimento-palavra do passado: e, nesse encontro, tem lugar a compreensão, sempre finita e parcial, da verdade. É uma verdade manifestada no tempo, mas não infinita.

Dissemos que, para Gadamer, no ato hermenêutico cumpre um papel importante a *Wirkungsgeschichte* (“história efetual”), essa diversidade de acontecimentos que unem o passado com a nossa atualidade. Eis aqui onde entra a importância da tradição, pois é o fio condutor e o elemento que nos traz, quando é bem interpretado, uma cintilação de verdade. Infelizmente para alguns, teremos de dizer que a verdade não se manifesta na pesquisa e exploração científico-técnica da natureza, mas no encontro com o que a história tem nos entregado de sentido. Sim, é uma ilusão confiar o sentido da verdade somente à razão, como é um grande engano imaginar um uso puro da razão, ou seja, completamente livre de preconceitos.

Gadamer se apóia na crítica romântica ao *Aufklärung* (esclarecimento), pois o romantismo defendeu essa forma de autoridade chamada tradição.

A realidade dos costumes, por exemplo, é e continua sendo, em âmbitos bem vastos, algo válido a partir da herança histórica e da tradição. Os costumes são adotados livremente, mas não criados por livre inspiração nem sua validade nela se fundamenta. É isso, precisamente o que denominamos tradição: o fundamento de sua validade. [...] à margem dos fundamentos da razão, a tradição conserva algum direito e determina amplamente as nossas instituições e comportamentos (Gadamer, 1997, p. 421)

⁶ Gadamer (1997) diz que a compreensão é sempre o processo de fusão destes horizontes que se consideram independentes entre si.

A tradição revela-se, então, não como algo antagônico à razão, senão como um “mundo” portador de significado, com a condição que seja adequadamente interpretado (Gadamer, 1997). O uso crítico da razão – ou, como dissemos, o pensamento crítico – alimenta-se da tradição para conduzir luz ao caminho presente. Uma razão em oposição à tradição leva à falsa e estéril auto-suficiência, empobrecendo significativamente nossa visão da vida. “O que pode dar sentido a nossa busca no passado, a essa volta às tradições, é sempre o presente e os interesses: quais problemas, o que conseguimos levantar de incompreensível em forma de pergunta na situação dada” (Onocko Campos, 2003 b, p. 38).

Vemos, assim, como é falsa a dicotomia e suposta a oposição entre tradição e razão. A tradição, segundo Gadamer, seria uma instância complementar, que tentaria recompor a tendência de uma racionalidade por demais abstrata, totalmente afastada de qualquer referência à singularidade, à linguagem, à vida como processo histórico social. Essa prática – tão proclamada pelos mentores do “fim da história” –, isto é, pretender filosofar, fazer ciência ou produzir conhecimentos, sem levar em conta o fio condutor que nos une à história das idéias e à vida em cultura, é, pelo menos, sem sentido.

Definimos a tradição, falamos dos preconceitos, mas ainda queremos ressaltar que, para Gadamer, “[...] ‘preconceito’ (*Vorurteil*) quer dizer um juízo (*Urteil*) que se forma antes da prova definitiva de todos os momentos determinantes segundo a coisa” (Gadamer, 1997, p. 407). O autor adverte que a negatividade comumente atribuída ao termo em prejuízo, assim como no francês com *préjugés*, também no espanhol com *prejuicio*, é secundária. Tentando resgatar a validade positiva do termo, entende que “preconceito” não é, de modo algum, falso juízo, pois está em seu conceito (ser pré-conceito) que ele possa ser positivo ou negativo.

Agora, para poder traçar uma justificativa de que os preconceitos podem ser produtivos, teremos que falar do conceito de autoridade. A oposição entre a fé na autoridade e o uso da

própria razão também concerne à moral da história do conto da roupa do rei, na medida em que a validade da afirmação da existência material da invisível roupa é, de fato, fonte de preconceitos. Mas também não podemos negar que não seja fonte de verdade, aumentando o desconhecimento e difamação generalizada contra a autoridade, reforçando, assim, uma atitude que pretende apagar a tradição e, com ela, a história das idéias, convertendo, desse modo, o conceito de autoridade no contrário de razão e liberdade, quer dizer, no conceito de obediência cega, significado conhecido “a partir do uso lingüístico da crítica às modernas ditaduras”⁷ (Gadamer, 1997).

A autoridade é um atributo das pessoas não fundamentado como ato de subordinação e/ ou resignação da razão, mas como ato de reconhecimento e de conhecimento: reconhecemos no outro certa primazia do seu juízo sobre o nosso. Desse modo, a autoridade não se outorga, mas adquire-se e repousa sobre a ação da própria razão e, tornando-se consciente de seus próprios limites, atribui a outro uma perspectiva mais acertada. Este sentido de autoridade nos diz Gadamer (1997), não tem a ver com a obediência cega.

Resumindo, as ciências do espírito, segundo Gadamer, estão permanentemente sendo interpeladas pela própria tradição, pois só através da interpelação de nossos objetos de investigação – como dos conteúdos da tradição – é que eles adquirem significação, destacando-se, mas ao mesmo tempo tornando visível aquilo do que se destacam. “[...] determinar de novo o significado do investigado continua sendo a única realização autêntica da tarefa histórica” (Gadamer, 1997, p. 424).

1.2 As vestimentas da autoridade: do preconceito à liberdade crítica.

⁷ Após a última ditadura na Argentina, “obediência devida” foi o nome que deram à Lei que dizia que todos os oficiais e os seus subordinados, incluindo funcionários comuns das Forças Armadas, da Polícia, do Serviço Penitenciário e outros organismos de segurança, não poderiam ser condenados pelos crimes cometidos por causa deles terem atuado sob ordem dos seus superiores.

Abordar a regulação da porta de entrada em serviços de saúde cujo traço comum é cuidar do ser-diverso, analisar as tradições que trataram e tratam o assunto; fazer dos preconceitos em torno à loucura perguntas capazes de instaurar uma distância-tempo no qual o diferente tenha garantido o seu direito a advir; descobrir e incorporar as diversas autoridades excluídas pelos preconceitos; enfim, compreender – de modo diferente – que não é outra coisa que concretizar (Gadamer, 1997), materializar – sem que por isso seja evidente aos olhos – a consciência histórica, são algumas das questões nas que desejamos mergulhar na presente pesquisa.

No tópico anterior, nada falamos do valor positivo do termo autoridade, geralmente com conotações negativas relacionadas ao termo autoritário. O fato de que autoridade seja a principal fonte de preconceitos tem a ver com o princípio fundamental do *Aufklärung*, que claramente formulou Kant: tenha coragem de te servir de teu próprio entendimento (Gadamer, 1997). Em épocas em que a consciência histórica reclamava atentar com estas palavras contra a autoridade das igrejas e monarquias, isto serviu para a emancipação política da burguesia. Mas como disse Gadamer (1996), “[...] a burguesia já alcançou a maioria de idade; mas não assim as crianças. De modo que, em pedagogia, a ressonância positiva pode ter-se mantido” (p. 134), pois falar em uma palavra autorizada, por exemplo, no terreno educativo, confere valor positivo ao termo de autoridade. E o nosso continho do rei ainda serve para isso.

Gadamer (1996) teve que utilizar o termo *autorizado* para poder explicar o conceito de autoridade, assinalando que só pode qualificar-se como autorizado aquele que não necessita apelar pela sua própria autoridade. Qualquer um que pretenda adquirir autoridade por meio de medidas, afirmações ou ações, o que de fato procura é o poder e está destinado a exercer um

poder autoritário. Qualquer semelhança com a realidade de nossas instituições é pura coincidência.

No segundo capítulo de nosso trabalho, revisaremos, no campo das tradições da Saúde Coletiva Brasileira, aquelas que trataram da triagem⁸ nos serviços de atenção básica à saúde; veremos como podemos analisar o funcionamento de todo o serviço e da rede à qual ele pertence a partir desse primeiro contato usuário-trabalhador; e percorreremos experiências de transformações radicais – verdadeiras mudanças paradigmáticas – na organização dos serviços originadas a partir da Reforma Sanitária no Brasil, e implantadas a partir da negativa avaliação do dispositivo de acesso/triagem, comprovando, assim, a indissolubilidade do planejamento, da gestão e do modelo de atenção oferecido.

E em tudo isso tem algo fundamental ante o qual debruçaremos-nos: a autoridade do médico e da equipe de saúde; ou, melhor dizendo, ao processo pelo qual o médico deixa de ser a única autoridade. Gadamer (1996) considera que, com a figura do médico, não se dá o mesmo mecanismo com relação à autoridade. Esta última, mais do que adquirida, é exigida. É o paciente quem espera, mais do que isso, quem reclama do médico essa autoridade.

Mas não é tanto a autoridade que costumamos observar nas consultas de muitos de nossos médicos, em que as relações e o abuso de poder, muitas vezes, ficam sim evidentes e predomina a indicação de procedimentos, a expectativa que fundamenta esse reclamo. Outra expectativa se põe em jogo: só um conhecimento superior e um saber fazer baseado nele podem ajudar ao paciente (Gadamer, 1996).

Pouco depois do começo de século passado, associava-se a autoridade do médico à do professor, muitos médicos eram chamados de professores, daí a necessidade de esse

⁸ Se bem que é um assunto que depois abordaremos, queremos destacar que, sempre que falamos em triagem, sem aclarar, logo damos um sentido específico ao termo, estaremos fazendo referência ao primeiro contacto entre uma pessoa que procura um serviço em saúde e um funcionário que recebe esse pedido.

conhecimento superior. Mesmo que algum amante do pós-modernismo relativista arrepie, existe uma subordinação à superioridade (Gadamer, 1996). Ainda que necessário para o seu aprofundamento, não precisamos recorrer à psicanálise para explicar a autoridade do pai com relação ao filho. Abordaremos mais para frente as terríveis conseqüências, para a constituição do psiquismo da criança, quando isto não acontece. Lembrando agora, a exemplo de um caso com implicações não tão terríveis, o pai do pequeno Hans⁹ (Freud, 1909/1999), quando, incapaz de adquirir a autoridade à qual o filho (e Freud) o convocava, Hans pede para escrever para o professor (Freud), quem só de falar que já sabia que ia vir um Hans que ia amar à sua mãe e odiar ao pai, tinha adquirido a autoridade necessária.

Constantemente – e não em última instância – devemos apoiar-nos em algo ou em alguém que mereça nossa confiança. Toda nossa vida comunicativa se baseia nisto. Uma verdadeira autoridade é aquela à qual lhe é atribuído um conhecimento ou capacidade superior, e é o que desejamos de nossos mestres e médicos. Mas se de acumulação de conhecimento se trata, a ciência tem muito a nos dizer, pois ela, segundo Gadamer (1996), constitui o fundamento da autoridade.

Ahora bien, el método y la metodología son, de hecho, elementos característicos de la ciencia. Sin embargo, su implementación tiene un trasfondo humano: la autodisciplina, que hace prevalecer el método por encima de todas las inclinaciones, los presupuestos, los prejuicios y los intereses que inducen a la tentación de aceptar como verdadero lo que más nos cuadra (Gadamer, 1996, p. 138).

Mas ante a autoridade da ciência, o mesmo Gadamer (1996) nos adverte sobre a necessidade de tomar consciência da exigência humana que se impõe a todas as pessoas que

⁹ Um dos casos clínicos da psicanálise mais conhecidos, relatados por Sigmund Freud.

compartilham dessa autoridade: a exigência da autodisciplina e da autocrítica, uma exigência ética.

Há algum tempo, Silvia Bleichmar¹⁰ disse que, muito além da ética da psicanálise, o conceito de ética deveria ser explicitado nos termos mais básicos que um filósofo como Levinás propõe: a ética é o reconhecimento da existência do semelhante, e é aquilo que vem a irromper no nosso isolamento tirando-nos do egoísmo ao qual ficamos cominados. No sentido de que a ética implica inevitavelmente a inclusão de um terceiro, que reconheço entanto diferente de mim, um outro, semelhante porém não igual. A ética é uma característica dos coletivos humanos, mas um coletivo não é necessariamente a humanidade toda. Vai dizer de nossa posição subjetiva frente àquele que sofre.

É isso. Essa exigência ética é o respeito ao outro. Novamente Gadamer (1996) vai nos trazer luz sobre essa exigência imposta ao nosso voraz narcisismo, o que implica no domínio dele, em prol do respeito ao semelhante. O reconhecimento do outro implica reconhecer a sua liberdade, mas isto exige uma liberdade de parte de si mesmo: a de nos auto-limitar. A liberdade supõe possuir capacidade crítica, e esta implica, ora a aceitação de uma autoridade superior – condição *sine qua non* – ora o fato de nós mesmos sermos reconhecidos, ao mesmo tempo, como uma autoridade superior. Assim, liberdade crítica não se opõe a autoridade, mas estão intimamente relacionadas. Liberdade crítica significa liberdade para a crítica e, sem dúvida, a mais difícil é a autocrítica. Ela serve de base não só a essa característica humana de reconhecer os próprios limites, mas também à autêntica autoridade. E a expressão mais direta da autocrítica reside em ser capaz de perguntar, pois isso implica em um não saber, uma ignorância e, na

¹⁰ Psicanalista argentina.

medida em que é dirigida a outro, implica, também, na aceitação de uma possível superioridade dos conhecimentos desse outro (Gadamer 1996).

Trata-se do necessário equilíbrio entre a autoridade que representa e a liberdade crítica que o trabalhador da saúde deve conservar. É isso o que, com outras palavras, veremos acontecer quando falamos da clínica ampliada (Campos, 2003) e a relação usuário-trabalhador (Onocko Campos, 2005). Ou, quando voltamos a falar da distância-tempo nas urgências em saúde mental, quando falamos na necessidade de instaurar uma pergunta ali onde há puro ato, onde, a partir do reconhecimento do outro, podemos abrir um espaço em que um sujeito possa advir. Enfim, trata-se da autoridade clínica que é necessária construir, co-produzir, entre usuário, familiares, trabalhador, serviço, território... o próprio caso que vai dando as coordenadas possíveis de explorar.

1.3 O estado oculto da saúde: hermenêutica e psicanálise.

Repassemos até aqui, de modo bem resumido, o que achamos central dos desenvolvimentos da hermenêutica gadameriana para, logo depois, articulá-los com os da psicanálise freudiana.

Chegamos ao mundo com este já em andamento, e esse mundo requer determinado ordenamento para conhecê-lo. Isto principalmente implica que não o conhecemos através da experiência, senão que o conhecimento se dá como resultado de uma complexa relação entre o vivido e os discursos prévios e posteriores que lhe dão significado e o articulam. É impossível o conhecimento do mundo sem a presença de um discurso, sem uma tradição, anterior a nós, cuja função é garantir e organizar a percepção. Queremos dizer, é o discurso do outro humano que possibilita o nosso intercâmbio com o mundo, e esse intercâmbio implica determinados modos de valorizar e organizar a percepção desse mundo; também é o que possibilita formarmos nossa

identidade – um ego –, que não é outra coisa que estabelecer diferenças entre nós e os outros. Uma diferença, é claro, que vai muito além da estética e do corpo real, mas que radica justamente nas tradições que nos constituem.

E essas tradições, esses discursos que nos constituem, ao estabelecer determinadas ordens e valores, no mesmo movimento instituem os campos possíveis de aceitação ou rechaço e, assim, entre outras coisas, os preconceitos: “Os pobres são delinquentes e os loucos são perigosos.” Achamos aqui, nos modos com que cada cultura ordena o que é aceitável ou não, o que obedece à razão ou à desrazão, o a priori kantiano de valer-nos de nosso próprio entendimento.

Bleichmar (2007) nos diz que:

Hay una antecendencia a la experiencia, entonces, que se instala definiendo la diversidad por medio del discurso, y que posibilita la existencia, tanto vital como representacional. Esta antecendencia de la experiencia es tan arbitraria como necesaria, porque se establece sobre un conocimiento de la realidad que la encubre y ordena al mismo tiempo, realidad que sería inaprensible sin su captura, o que quedaría reducida a la inmediatez de la experiencia individual (p. 43).

Como vimos com Gadamer, essas tradições também transmitem os preconceitos, e observamos, muitas vezes, como o valor negativo do preconceito acaba se tornando o traço dominante do objeto sobre o qual recai o preconceito: se achamos que os loucos são perigosos que alteram a sociedade, ganhados pela desrazão, é claro que será necessário isolá-los e trancafiá-los. Daí que do preconceito advenha teoria, é só questão de tempo, e aqui o risco, também advertido por Gadamer, do preconceito virar dogmatismo. Essa obediência cega à autoridade é capaz de justificar com pretendida coerência o incoerente, de obstinar-se em defender conceitos inaceitáveis, degradando a teoria.

Novamente, chegamos ao ponto da necessidade de suspender os preconceitos, de transformá-los em pergunta, de ativar o nosso pensamento crítico. A liberdade crítica da qual falou Gadamer, que consiste em endereçar os enunciados à rede que os determina e sobre a base da confrontação com a experiência que os faz explodir, pôr em dúvida a verdade, perguntar, abrir uma distância-tempo.

Queremos destacar uma questão. Estamos produzindo, sim, uma aproximação da hermenêutica à psicanálise, mas, neste ponto, é necessário estabelecer os limites da mesma. O descobrimento do inconsciente por parte de Freud veio mudar não só a visão dos mecanismos mentais, mas também a análise de muitas disciplinas, marcando uma verdadeira ruptura epistemológica.

As conseqüências disso, Gadamer parece não considerá-las. Onocko Campos resume bem essa diferença, que não é separação:

Portanto seria importante neste ponto fazer uma distinção (não sendo uma separação) entre psicanálise e hermenêutica. Para a hermenêutica, lidamos conscientemente o tempo todo com um conjunto de valores de cujo significado não nos damos conta imediatamente, mas ao qual poderíamos aceder por meio da reflexão sistematizada. Para a psicanálise, porém, estaríamos fadados a desconhecer para sempre uma porção de nós mesmos. O nosso inconsciente irrompe quando menos o esperamos no meio de nossa ação mais racional. Não se trata, portanto, de uma polaridade consciente/inconsciente que se corresponderia com outra racional/irracional, mas de assumirmos o ser humano como um ser que nunca será absolutamente dono de si, um ser “barrado” que não pode tudo, e nunca terá a certeza de conhecer apuradamente o rumo do seu desejo (Onocko Campos, 2005, p. 576-7).

Quer dizer que a psicanálise põe em dúvida o pressuposto de que podemos conhecer totalmente os nossos preconceitos e explicitá-los; alguns sim, é claro, mas, para a psicanálise, aqueles que são essenciais, que nos estruturam, não serão conhecidos senão a partir de complexo trabalho que dificilmente poderemos fazer sozinhos. Questão fundamental, como já viemos vendo, para poder ampliar as tradições à hora de enfrentarmos a loucura.

Bleichmar (2007) associa preconceito à *Verleugnung* freudiana. Renegação, desmentida ou recusa da realidade são os termos utilizados para nos referir a esse “mecanismo de defesa pelo qual o sujeito se recusa a reconhecer a realidade de uma percepção negativa” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 656). Vários são os exemplos que vemos na obra freudiana com relação a isto, principalmente quando restitui a *Verleugnung* ao reconhecimento da diferença sexual por parte da criança. Freud (1923/1999) aproximou o termo ao processo da psicose em contraste com o recalque, característico da neurose. Se o neurótico se submete e recalca as exigências do Isso, o psicótico nega a realidade externa para construir a sua própria realidade alucinatória. Alguns anos mais tarde (Freud, 1927/1999), definiu a renegação como um mecanismo perverso pelo qual o sujeito faz com que coexistam duas realidades contraditórias: a recusa e o reconhecimento da ausência do pênis na mulher. Por causa disso é que Freud coloca que a clivagem do eu, a coexistência dessas duas realidades, caracteriza o fetichismo, a psicose e a perversão.

Mas também podemos pensar a *Verleugnung* como mecanismo necessário para a constituição do psiquismo, desde que seja necessária certa cisão do ego que permita conservar a crença e o juízo da realidade ao mesmo tempo. Pois, de outro modo, seria difícil distinguir ficção e realidade quando vemos um filme ou lemos um livro. Assim como vimos com Gadamer os valores positivos e negativos que os preconceitos têm, com Bleichmar o podemos relacionar quando diz que a crença (os preconceitos) não é simplesmente um mecanismo para ocultar a

realidade, senão, na maioria dos casos, verdade dada para o manejo da mesma. Mas verdade pronta a ser destituída, menos pela elaboração de novas respostas que pelo avanço de novas perguntas (Bleichmar, 2007).

Pero volviendo al plano de la creencia, en el caso del prejuicio, lo que le da el carácter patológico es su inamovilidad, su imposibilidad de destitución mediante pruebas de realidad teóricas o empíricas, y el orden de certeza con el cual el sujeto sostiene lo indefendible o incluso lo que entra en contradicción con otros principios que rigen su vida (Bleichmar, 2007, p. 44).

A psicanálise é testemunha do avanço da civilização sobre a barbárie, restaura a idéia de que o homem é livre pela sua palavra e que o seu destino não está limitado a seu ser biológico; e deveria ter um lugar importante junto às demais ciências para lutar contra as pretensões anacrônicas de reduzir o pensamento a um neurônio ou confundir o desejo com uma secreção química (Roudinesco, 2002).

Daqui partimos, essas são as nossas tradições, delas qualquer um poderá destacar os preconceitos; mas elas hoje são as nossas armas, com as quais confrontamos a realidade, dispostos a sermos interpelados e a elaborar novas perguntas que continuem guiando o nosso caminho em prol de aliviar o sofrimento humano.

Como pode a Psicanálise, se entendermos que tem que contribuir a aliviar o sofrimento singular e, ao mesmo tempo, elucidar as causas que o produzem, ajudando-nos assim a encontrar não só respostas, senão fundamentalmente perguntas que orientem nossas reflexões?

Novas perguntas que resgatem o mais importante de nossas tradições, mas que, principalmente, apontem os desafios ao qual nos expõem as limitações de nossa teoria e de nossa época.

2. A TRIAGEM

Moça linda bem tratada

Moça linda bem tratada,
Três séculos de família,
Burra como uma porta:
Um amor.

Grã-fino do despudor,
Esporte, ignorância e sexo,
Burro como uma porta:
Um coió.

Mulher gordaça, filó,
De ouro por todos os poros
Burra como uma porta:
Paciência...

Plutocrata sem consciência,
Nada porta, terremoto
Que a porta de pobre arromba:
Uma bomba.

Mário de Andrade

2.1 Triagem em geral.

O que significa?

O dicionário Aurélio diz que Triagem vem do termo francês *triage*, que é um substantivo feminino e que significa: seleção, escolha; separação. Aprofundando um pouco na pesquisa, achamos que o verbo *trier* (em francês) significa escolher, apartar, separar com cuidado, mas também escolher entre certo número de pessoas ou de coisas as que correspondem a um dado critério (de qualidade ou outro) e separá-las das demais. Ao ato de fazer a triagem, chama-se triar.

Triagens existem por todo canto, e diversos são os métodos e as ações que envolvem dito ato. Em termos gerais, poderíamos dizer que é uma espécie de avaliação que vai determinar o que virá a acontecer. Desde que nascemos, somos submetidos a diferentes tipos de triagens que, ainda

que não sejam nomeadas desse jeito, são avaliações cujo resultado vai falar em torno a possuir – ou não – algum atributo ou qualidade. Assim passamos por triagens neonatais, na escola, no clube, nas aulas de idioma, no trabalho, na universidade, em nossas famílias a vida toda!! E assim por diante, até momentos antes de morrer.

Deste modo, poderíamos dizer que triagem é o ato, processo ou situação na qual, em geral, alguém (não vamos tratar das triagens em animais) ou alguma situação é analisada e avaliada para determinar, a partir de critérios pré-estabelecidos, se está habilitado ou não para ser beneficiário – ou vítima – de algum/a fato/coisa.

Mas, geralmente, quando chega o paciente nos centros de saúde, prontos-socorros, ambulatórios, hospitais etc., e ele é encaminhado para um/a atendente que, a partir do que diz o paciente (se vai fazer um exame, se é uma consulta, que tipo de consulta e especialidade médica, se é a primeira vez que vai àquela unidade etc.), procede a uma seleção e determina para que setor ele deve se dirigir. Também é comum tal procedimento nos transplantes de órgãos, em que, a partir do critério de gravidade, quer dizer, o paciente que tiver o quadro clínico mais grave deve ter prioridade no recebimento do órgão.

A isto, chama-se, corriqueiramente, de **triagem**.

2.2 Histórico do termo.

A história do termo triagem, como já dissemos, vem da França, onde era utilizado para nomear o ato de escolher qual paciente seria atendido em primeiro lugar, especialmente em situações de emergência; significava a maneira de escalonar os procedimentos cirúrgicos realizados por médicos militares nas frentes de batalha.

Em períodos de guerra e/ou catástrofe onde a quantidade de pessoas necessitadas de atendimento médico cresce rapidamente, utiliza-se muito de modo a impor ordem numa situação traumática em função de torná-la manejável, mas principalmente para estabelecer prioridades na utilização dos escassos recursos disponíveis.

Indo nas fontes militares, o manual *Emergency war surgery* (U.S. 2004) do Departamento de Defesa dos Estados Unidos de América diz:

Triage is the dynamic process of sorting casualties to identify the priority of treatment and evacuation of the wounded, given the limitations of the current situation, the mission, and available resources (time, equipment, supplies, personnel, and evacuation capabilities).

O manual *Emergency war surgery* diz que o objetivo principal da chamada “*combat medicine*” é o retorno do maior número possível de soldados a combate. Quer dizer, o critério não é o de gravidade, no qual quem está mais grave tem prioridade no atendimento, senão o de *salvabilidade*: os pacientes que mais necessitam de cuidados são algumas vezes deixados de lado para atenderem-se, mais rapidamente, outros em melhor estado, que apresentam melhor prognóstico. Isto objetiva o rápido retorno destes pacientes às suas atividades militares. Cientes de que “a decisão de rejeitar (ou reter) o cuidado de um soldado ferido que em outra situação menos catastrófica poderia ser salvo, é difícil para qualquer cirurgião ou médico” (U.S. 2004) e, se bem declaram que situações e decisões desse tipo são infreqüentes, entendem que é essa a essência de triagem militar de emergência cirúrgica.

Para finalizar essa breve introdução sobre o histórico do termo *triagem*, queremos destacar o caráter decisivo dessa escolha, dessa separação que implica a triagem. E essa escolha é determinada por uma tensão ética, por um ideal de como fazer que, por sua vez, responde a determinados objetivos. Essa tensão ética, veremos durante todo o nosso percurso, também

determinará a nossa triagem. Tensão ética caracterizada por responder a determinados mandatos: dos superiores hierarquicamente, sociais, morais, políticos, econômicos, etc. A final, o direito universal à atenção e cuidado integral em saúde, o que implica? Porta aberta é sem porta? O título de nossa pesquisa implica um posicionamento: há porta e é regulada. Que regulação é essa? Será que nossa porta também abre de diferentes maneiras dependendo quem chega, como cantava Vinicius? Será que também fecha-se ante quem denuncia que ela é “burra”? Mostraremos no nosso percurso como essa regulação vai-se dando.

Também, mesmo sem ser uma questão na que aprofundaremos nessa pesquisa, é de substancial importância colocar que são muitos os condicionantes, decisões, escolhas, enfim triagens já feitas, que modelam e materializam esse encontro: o mandato social sobre a loucura e sobre os serviços e instituições em geral (não só de saúde), o mandato das autoridades em saúde, o mandato da equipe do serviço sobre esse atendimento (aberto, fechado, pouco ou muito tempo, etc.) os investimentos em formação permanente dos trabalhadores, as possibilidades de supervisionar a prática, os salários dos mesmos, são algumas das triagens e escolhas já feitas que, seguramente, determinam muitas características desse primeiro encontro.

2.3 Triagem em saúde: o caso da Atenção Básica.

Diversos são os modos com que se costuma nomear esse processo, foi isso o que pudemos constatar na pesquisa bibliográfica feita por nós para a produção deste trabalho. Foram, sim, achadas referências a diferentes triagens feitas em serviços de saúde, em que a qualidade a ser avaliada é medida, quantificada e padronizada, sendo um valor o critério determinante, porém poucas, e com diferentes olhares, são as referências achadas com o termo triagem que estejam relacionadas à atenção básica, saúde mental ou psiquiatria.

Nessa tentativa de levantar o “estado da arte”, ampliamos o nosso escopo de pesquisa, passando, deste modo, por diferentes vozes e nomes para designar esse momento em que alguém chega num serviço de saúde procurando quem sabe o quê. Acesso, ingresso, recepção e, principalmente, acolhimento são os termos que mais se aproximam.

Os livros, artigos e teses aos que aqui traremos têm a particularidade de estarem inscritos nos processos implantados pelos movimentos chamados de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica, seja na Atenção Básica ou nos serviços substitutivos à lógica manicomial. O caminho a percorrer estará marcado pelos encontros, pelas portas... pelos encontros nas portas. Encontrar-nos-emos, e dialogaremos, claro, com autores/experiências de mudanças de modelos assistenciais, baseados na necessidade de desenvolver uma clínica ampliada, que inclua a doença, o sujeito e seu contexto. Uma clínica que consiga abordar e pensar intervenções nos aspectos biológicos, subjetivos e sociais. Intervir no sofrimento que o usuário apresenta, mas também antecipar outras necessidades de saúde (Campos, 2003). Esse será o nosso desafio, fazer dialogar, caminhar juntas, mas, principalmente, fazer trabalhar. É isso, pôr a trabalhar, juntas, a Saúde Coletiva e a Saúde Mental.

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou, e ainda implica, no desafio de construir um modelo de atenção que consiga responder – garantindo acesso universal, integralidade, equidade – às necessidades de saúde da população. Foi fundamental a reformulação das práticas de saúde e dos processos de trabalho que historicamente constituíram o modelo médico hegemônico. Assim, pretendemos demonstrar que as possibilidades de efetivação dessas novas práticas, podemos localizá-las desde o primeiro encontro entre trabalhador de saúde – usuário e que o encontro entre as necessidades de saúde (ou outras) trazidas pelos usuários e o

que a instituição de saúde tem a oferecer poderá revelar tanto potencialidades, quanto impasses e desafios a superar para aprofundar as mudanças no modelo assistencial.

Essa preocupação foi o que levou Gastão Wagner de Sousa Campos (1994) a ampliar as noções de Vínculo de Acolhida e a Responsabilizar a Equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual. Pioneiro nesses desenvolvimentos, Campos nos propõe avaliar o “coeficiente de acolhida” na dupla perspectiva do acesso dos pacientes ao atendimento e da Plasticidade do Modelo de Atenção.

Em outras palavras, conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais (Campos, 1994).

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP em 2001, entre outras, definiu ao acolhimento como um dos projetos prioritários, no contexto de reconstrução do Sistema Único de Saúde no município. Com uma proposta revolucionária para a época, o Projeto Paidéia de Saúde da Família (Campos 2003) centrou-se em estimular e promover reflexões e ações de humanização dos serviços de saúde, avançando depois na perspectiva de transformar a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, seguindo as diretrizes do SUS, atuando de forma transversal em toda a rede de serviços. Segundo essa proposta, o acolhimento passa a ser considerado, fundamentalmente, como uma estratégia para promover mudanças no processo de trabalho (Campos, 2003).

A partir da compreensão de que as mudanças propostas têm a ver com uma mudança na cultura nos modos de produzir saúde, Campos propõe receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles.

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários (Campos, 2003, p. 163).¹¹

Todavia, em uma clara combinação de tática e estratégia, quer dizer, entre o “uso das forças nos encontros” e o “uso dos encontros para alcançar o objetivo”, Campos (2000) criou o Método da Roda, propondo subverter radicalmente a cultura hegemônica de administração de serviços, não só de saúde. Abrindo a porta para que método, organização e planejamento sejam, novamente, os pilares para transformar a realidade a partir da instituição de uma nova sociabilidade, disputando sentido, por um lado, com a lógica hegemônica, e, por outro, com a moda – auto-declarada radical – da resignação pós-moderna. Essa concepção ampliada deveria orientar a gestão de todo o SUS, também no sentido de garantir Acesso, qualificando a recepção nos Centros de Saúde.

Ainda segundo Campos, a recepção nas UBS deveria ser um procedimento técnico/clínico e não burocrático/ administrativo, com acesso durante todo o horário de funcionamento do serviço. O critério de gravidade determinará a urgência no atendimento. Serão tarefas do Acolhimento em relação ao Acesso: avaliar o risco e necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; em caso de necessidade de encaminhar o profissional/equipe, deve responsabilizar-se pelo sucesso do encaminhamento; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde, entre outras. O Acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências (Imprevistos). Ninguém deve ser agendado

¹¹ É importante ressaltar a estreita concordância entre o uso que se faz desse termo em saúde com a sua definição no dicionário. O Aurélio diz que Acolher é: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a.

sem avaliação de risco. O respeito à privacidade será de substancial importância para o sucesso do acolhimento. Por último, estabelece que “poderão trabalhar no Acolhimento, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc., contando sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira a solicitar-se a imediata avaliação conjunta do caso” (Campos, 2003, p. 164).

Algumas experiências publicadas nos ajudam a aprofundar alguns questionamentos. Franco et al. (1999), em relato de experiência na Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG, e Panizzi e Franco (2004), em relato de experiência na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC, apontam a centralidade do acolhimento como “dispositivo organizador dos processos de produção de trabalho em saúde”.

Nessas experiências, o acolhimento, entendendo-o como diretriz operacional do modelo, surgiu para dar resposta ao elevado número de consultas que eram utilizadas pelos usuários por motivos que não demandavam a intervenção do saber médico. Isto, claro, gerava certa insatisfação nos médicos, que consideravam estar ocupando seu tempo e saber em problemas que a própria equipe poderia resolver (Franco et al., 1999, Panizzi e Franco, 2004).

Os objetivos eram vários, alguns deles: que a consulta deixe de ser um procedimento centrado na figura do médico, aproveitando o potencial assistencial dos demais profissionais; que a recepção deixe de funcionar como a instância que decide aceitar, ou não, alguém no serviço a partir de critérios burocráticos que impediam o acesso ao serviço como ficha de consulta, horários, encaminhamentos etc. (Panizzi e Franco, 2004).

Um serviço *usuário-centrado*, baseado em princípios de universalidade, atendimento em equipe multiprofissional de acolhimento, visando que a figura do médico deixe de ser o eixo central, levando em conta os dizeres do usuário, comprometendo-se, assim, com a resolução do

problema recepcionado. Eles definem o acolhimento como “um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários” (p. 2). Isto objetiva qualificar a relação entre trabalhador e usuário do serviço, que deveria dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Os autores observaram “um aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores não-médicos, que passaram a atuar na assistência; esse elevado rendimento profissional determinou, por conseqüência, maior oferta e aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde” (Franco et al., 1999).

Para Silva Jr. e Mascarenhas (2004), o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Diversos trabalhos (Franco et al., 1999; Campos, 2003; Panizzi e Franco, 2004) estabelecem uma íntima conexão entre os modos como os pacientes são recebidos, o acolhimento, e os modos de organização e funcionamento do serviço, destacando que só se a gestão for participativa e baseada em princípios democráticos e de interação, os trabalhadores poderão participar das decisões relativas à gestão do serviço e apropriar-se, assim, das diretrizes propostas.

Na experiência em Betim-MG, no caso da UBS Rosa Capuche, a equipe de acolhimento estava integrada por uma enfermeira, a assistente social, uma técnica e uma auxiliar de enfermagem. Deste modo, o trabalho dos profissionais não-médicos mudou substancialmente, indo muito além de suas tarefas habituais. A enfermeira, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelos auxiliares de enfermagem.

É importante registrar que, além de utilizar todo seu arsenal técnico, a enfermeira, com a reorganização do processo de trabalho, vê-se dotada de maior autonomia na função que exerce. Essa autonomia deve ser entendida

dialeticamente como a condição que o profissional tem de decidir sobre seu trabalho, como o exercício pleno do 'saber-fazer' no momento do procedimento assistencial (Franco et al., 1999, p. 8).

O auxiliar de enfermagem, além de fazer curativos, injeções, vacina, distribuição de medicamentos, também vai estar incluído no acolhimento, escutando os problemas do usuário, estabelecendo uma nova relação com o médico – não mais de simples apoio – circunscrita ao exercício multiprofissional.

Reforça-se, portanto, o sentido de equipe e, isto acontecendo, recupera-se na população usuária o sentido de confiança de que todos os componentes daquela unidade sanitária estão ali para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas (Freitas Silveira, 2004, p. 75).

A assistente social participa do acolhimento e coordena os grupos programáticos, programas que, segundo os autores, “são fatores importantes na garantia do sucesso do acolhimento. Isto porque resolvem grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção à saúde” (Franco et al., 1999, p. 8).

Sem dúvida, muita coisa tinha mudado, mas isso não foi sem dificuldades. Embora a enfermagem se envolvesse na prescrição de vários exames e medicamentos, aumentando em grande medida a resolubilidade na assistência, favorecendo enormemente o fluxo dos usuários, qualificando sua prática, resignificando sua função na agora equipe multiprofissional, crescendo seu rendimento em 600 %, fazendo com que diminuíssem, e muito, as filas de espera, os autores (Franco et al. 1999) problematizam os alcances dessa mudança, pois não foi acompanhada pelos médicos, ressaltando isso como limite do acolhimento, somado a que o agendamento de consultas médicas permaneceu como uma questão crítica no serviço, assim como a conciliação do trabalho da assistência dentro da Unidade de Saúde com o trabalho externo.

Franco et al. (1999) e Panizzi e Franco (2004) colocam como desafio acabar com a organização parcelar do trabalho e a superespecialização, saindo da velha lógica agenda/consulta, pois supostamente o trabalho fracionado fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico, fazendo com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desse modo, no momento de pensar como ir em direção a uma lógica de responsabilização de uma equipe multiprofissional, apelam ao que Gastão Wagner de Sousa Campos chama de 'A Obra': “[...] em relação ao trabalho clínico, não haveria como valorizar-se 'A Obra' sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de Vínculo entre profissional e paciente” (Campos, 1997, p. 235), considerando vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo (Franco et al. 1999). Uma pergunta, à qual voltaremos, fica nos rondando: esse trabalho clínico inclui algum saber especializado? Essa especificidade da clínica é transmissível/adquirível facilmente por qualquer um?

Problemas relacionados ao acesso foram referidos pelos usuários do Centro de Saúde (Ramos e Lima, 2003; Lima et al., 2007) como os principais fatores dificultadores da assistência, sendo os relativos ao acesso funcional os mais citados: o tempo de espera prolongado até o atendimento foi bastante referido pelos usuários. Porém alguns usuários, talvez naturalizando a situação, consideraram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se torna um fator pouco relevante.

Apesar de acesso e acolhimento serem elementos de assistência interdependentes, se faz importante estabelecer as suas diferenças para melhor analisar como vêm sendo acolhidos os usuários nos serviços investigados. O acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário (Lima et al., 2007, p. 15).

As autoras concluem que acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde e que a conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento, mas principalmente este último, determina, por parte do usuário, sua satisfação e a escolha do serviço, possibilitando a criação de um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso (Ramos e Lima, 2003; Lima et al., 2007).

Em outro estudo, Schimith e Lima (2004) concluem que “a relação entre a organização do processo de trabalho da equipe e a falta de acesso da população ao atendimento clínico foi um achado importante”, sendo que a realidade expressa pelos usuários “é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso” (p. 1492).

Relacionados a essas colocações, encontramos os achados de Camelo et al. (2000) em estudo em Unidades Básicas de Riberão Preto-SP. As autoras encontraram diversas posturas e maneiras diferentes de se comunicar com o usuário, que conformam posturas polares de acolhida e não acolhida, numa mesma Unidade de Saúde. Se bem destacam que é positiva essa diversidade, na realidade atribuem-na a uma ausência de projeto das Unidades que oriente essa tarefa dos profissionais de acolher. “Um fator presente nas observações de campo foi que houve acolhimento ao cliente quando o tempo despendido no atendimento foi igual ou superior a cinco minutos” (Camelo et al., 2000, p. 36).

Considerando isso, Schimith e Lima (2004) afirmam que não é suficiente aumentar o número de equipes de saúde sem abrir espaço para novas formas de organização no processo de trabalho.

O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo¹² de competência de cada profissional, com o

¹² Para Campos (1997), no trabalho em saúde, “a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos em um

objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe (Schimith e Lima, 2004, p. 1492).

Não muito longe do já dito por Campos, Ricardo Teixeira (2003) entende o acolhimento como modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. Desde uma perspectiva mais comunicacional, o autor propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo e que ele considera como “uma espécie de mola mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde” (p. 99). Sua idéia do acolhimento-diálogo estaria ocupando todos os lugares e tendo o papel de receber e interligar uma conversa a outra, comunicando os diferentes espaços de conversa, e se daria em qualquer encontro trabalhador-usuário, possibilitando que os trabalhadores logrem acolher novas possíveis demandas, ofertando, se necessário, outros espaços ou conversas para os usuários.

Desse modo, entendemos, conforme Campos (1994, 2003), Teixeira (2003) e Takemoto e Silva (2007)¹³, que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas componente transversal a toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em uma série de ofertas que incluem a rede assistencial toda, rede que não acaba – ou não deveria acabar – o seu limite na área da saúde.

saber e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

¹³ Analisaremos detalhadamente o artigo de Takemoto & Silva (2007), porque eles dialogam com os autores por nós citados e porque entendemos que nos dá clareza para pensar: os processos de transformação dos modelos de atendimento nos serviços, principalmente na Atenção Básica, a partir da implantação do acolhimento como estratégia para promover mudanças no processo de trabalho (Campos, 2003); o novo rol da enfermagem nesse processo; a análise dos diversos modos de concebê-lo e praticá-lo a partir de entrevistas; e por tratar-se da experiência de dito processo no SUS-Campinas.

Takemoto e Silva (2007) apontam que esse modo de compreender o acolhimento aproxima-se do que Silva Jr. e Mascarenhas (2004) denominam de Camelo et. al (2000) vão nos dizer que esta está estruturada enquanto “relação de ajuda” e que procedimentos rotineiros devem ser constantemente reavaliados e desenvolvidos a partir da avaliação da pertinência em cada situação específica. Também colocam que a qualidade no atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrando compreensão e ajudando a descobrir alternativas para o problema motivo da consulta.

(...) o acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das Unidades de Saúde, ao mesmo tempo, em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano. Quer dizer, a relação de ajuda permeia todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva (Camelo et. al., 2000, p. 36).

Como vimos, vários autores conceituaram acolhimento e contribuem, em alguma medida, para sua operacionalização e estudo. Assim, junto com Takemoto e Silva (2007), identificamos dois modos, diferentes, porém não excludentes, em que o acolhimento é entendido. Por um lado, como postura, como atitude permanente ante o usuário e suas necessidades, constante e transversal a todos os contatos inter-subjetivos que ocorrem no serviço. Por outro, como procedimento, como dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho em saúde, tendo como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço.

As autoras identificaram essas modalidades, pesquisando cinco Centros de Saúde de Campinas-SP e percebendo que só um deles entende o acolhimento como postura de todo o serviço, e os quatro restantes, como dispositivo. Começaremos analisando, seguindo o artigo

citado, esses quatro Centros de Saúde cujos modos de receber os usuários são similares. O acolhimento aparecia como um atendimento prestado pelo auxiliar de enfermagem para avaliar a queixa do usuário e decidir “se ele vai passar no médico naquele dia ou não”, ou seja, se a demanda que ele traz requer um encaixe nas “vagas de acolhimento” na agenda diária dos médicos ou se é possível agendar uma consulta médica de rotina (Takemoto e Silva, 2007).

Também vimos que Franco et al. (1999) colocam que o acolhimento deveria ampliar a resolubilidade dos profissionais não-médicos, com ênfase na enfermagem, visando ampliar as ofertas, deslocando do centro a figura do médico. Mas não foi o que observaram na sua experiência Takemoto e Silva (2007), em que a enfermagem ficou, de fato, como única responsável pelo acolhimento, escutando as demandas espontâneas dos usuários, quer dizer, atendendo a demanda que não cabia diretamente na agenda médica, triando a necessidade de acessar – ou não – à consulta com o médico. As autoras concordam com Franco et al. (1999), quanto ao fato de que os auxiliares de enfermagem não pudessem fazer nada sozinhos, sem avaliação do médico, o que sem dúvida restringiu a possibilidade de atuação deles, mas destacam que “o acolhimento aparece como uma outra atividade de apoio ao trabalho médico, que facilita esse trabalho, organiza, e que acaba por reproduzir a lógica hegemônica, ao invés de superá-la” (Takemoto e Silva, 2007).

Apesar disso, as autoras não negam a mudança qualitativa que teve a enfermagem a partir da implantação do acolhimento, resignificando o seu rol na equipe: fazer atendimentos, ouvir, ajudar e relacionar-se diretamente com os usuários etc. passaram a ser suas tarefas principais, sentindo-se assim mais satisfeitos com sua atividade e mais valorizados tanto pela equipe quanto pelos usuários. Mas é interessante que, entre o pessoal da enfermagem entrevistado por Takemoto e Silva (2007), essa opinião não foi unânime. Efetivamente, alguns expressaram uma clara

insatisfação com o trabalho reorganizado para incorporar o acolhimento, justamente, por causa da sobrecarga de trabalho¹⁴.

Poderíamos dizer que é uma sobrecarga dupla: quantidade real de demanda de atendimentos que aumenta conforme aumenta a oferta do serviço, mas também há um crescimento qualitativo que vem por conta da especificidade que essa proposta do acolhimento oferta. Oferecer o escutar não é sem conseqüências. Observamos isso quando as autoras, fazendo referência a uma fala de uma coordenadora, dizem:

No seu entender, a equipe considera o trabalho no acolhimento muito complexo e, quando questionada sobre a razão dessa percepção da equipe, afirmou que essa complexidade relaciona-se à exigência do trabalho em equipe, para a resolução dos problemas identificados pelo acolhimento; à necessidade de comprometimento do trabalhador com o usuário, por causa da escuta da demanda trazida por ele; e ao sofrimento decorrente da responsabilidade por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas e as necessidades dos usuários (Takemoto e Silva, 2007, p. 336).

Pensando nas dificuldades relatadas por Franco et al. (1999) com relação à *equipe multiprofissional* encarregada do dispositivo de acolhimento, longe de querer instalar uma controvérsia com relação a que seria *multiprofissional* (pois estava integrada por uma enfermeira, a assistente social, uma técnica e uma auxiliar de enfermagem), gostaríamos de continuar refletindo em torno das possíveis implicâncias de haver um espaço específico e uma equipe específica¹⁵ para o acolhimento. Corremos o risco de que o acolhimento deixe de ser uma atitude

¹⁴ Lembramos que, na experiência relatada por Franco et al. (1999), o chamado “rendimento” do setor cresceu 600 %.

¹⁵ Achamos também que caberia a pergunta com relação a se essa equipe é de uma profissão específica, pois, historicamente, essa recepção qualificada que se deu em chamar de acolhimento foi atribuição e responsabilidade da enfermagem, em particular dos auxiliares.

transversal, do serviço, diante do usuário e passe a ser apenas mais um procedimento; “perdendo o potencial de dispositivo de gestão para a reorganização do processo de trabalho, numa perspectiva crítica e comprometida com as necessidades da população” (Takemoto e Silva, 2007).

Kirschbaum e Paula (2001) pesquisaram o campo de atuação do enfermeiro em serviços de saúde mental e analisaram suas relações de trabalho com outros membros das equipes multiprofissionais. As autoras destacam que as características assumidas pelo trabalho de enfermagem nas equipes de saúde mental adquirem diferentes contornos, não só pelo tipo de atividades e de atribuições assumidas pelos enfermeiros, como também pela posição que eles ocupam no conjunto do processo de trabalho da equipe, seja ela multidisciplinar ou interdisciplinar nos dois diferentes equipamentos por elas analisados (uma unidade de internação em hospital geral e um Hospital-Dia), os quais, por sua vez, expressaram distintos modelos de intervenção. E advertem:

O não reconhecimento destas condições relacionadas a sua inserção e posição na equipe, decorrentes da articulação entre o seu trabalho, o modelo de intervenção e o modelo assistencial em que ele está inserido pode levar o enfermeiro a se empenhar num ativismo acrítico e desenvolver práticas pouco fundamentadas teoricamente, o que não contribui para melhorar nem a assistência de enfermagem, nem a assistência em saúde mental (Kirschbaum e Paula, 2001, p. 81).

E aqui, a definição de quais meios técnicos um dado trabalhador possui, ou não, na sua prática, será fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto para interferir no grau de resistência e tolerância com que o sujeito em questão conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento (Onocko Campos, 2005). Assim, a capacidade de

resolubilidade do dispositivo de acolhimento estaria diretamente relacionada a esses meios técnicos com que conte o trabalhador e, da forma como vimos que o acolhimento acontece nos serviços, a pergunta sobre os alcances da capacidade técnica do auxiliar de enfermagem para, sozinho, dar respostas fica no ar.

Claro que não se trata de qualquer ataque corporativo, pois as capacidades técnicas de quem está no dispositivo de acolhimento (seja quem for) são apenas um elo da complexa cadeia de fatores que têm que se complementar para esse acolhimento dar certo, no qual a falta de capacitação específica para o acolhimento, a falta de um cardápio mais amplo de opções para encaminhamento das demandas identificadas e o restrito apoio e participação da equipe multiprofissional são só alguns desses fatores (Takemoto e Silva, 2007). Voltaremos mais tarde sobre o assunto quando abordarmos as implicações dessa escuta na recepção e, a partir disso, analisaremos se essa escuta implica – ou não – em algo a mais que “emprestar a orelha”.

Então, segundo Takemoto e Silva (2007):

Temos, em um momento anterior, uma auxiliar de enfermagem que está na recepção de uma unidade básica atendendo um usuário que vem ao serviço trazendo um problema de saúde que espera que seja resolvido. E essa auxiliar responde que não há consulta e que ele deve voltar em outro dia. Pela implantação do acolhimento, temos uma auxiliar de enfermagem que atende esse mesmo usuário, em um dado lugar, senta-se frente a frente e pergunta qual é o problema, ouve, anota no prontuário e vai atrás do enfermeiro ou do médico para avaliar. (Takemoto e Silva, 2007, p. 336).

Concordamos com as autoras quando opinam que, embora essa segunda auxiliar não esteja acolhendo de fato no sentido de atender, responder, personalizar e orientar (Silva Jr. e Mascarenhas 2004), o que faz é apenas uma recepção qualificada, ainda distante do

estabelecimento ideal de vínculo e responsabilidade (Campos 2000), “o trabalho desenvolvido por ela e pela equipe de saúde é maior, talvez inclusive melhor” (Takemoto e Silva, 2007, p. 336).

Até aqui, dissemos ao começo, falamos dos quatro Centros de Saúde em que o acolhimento é o dispositivo de porta de entrada. Agora vejamos rapidamente como entendiam o acolhimento como postura, como atitude geral da equipe no Centro de Saúde restante. O acolhimento não é um novo procedimento oferecido à população, senão uma forma de receber e atender os usuários, em qualquer momento e lugar de interação. Assim, um indicador disso é que se fala em acolher na sala de vacina, na recepção, na visita domiciliária, na consulta de enfermagem, na dispensação de medicamentos. Isto implica a escuta das demandas, a investigação de riscos e das necessidades de saúde e o comprometimento com a resolução das mesmas (Takemoto e Silva, 2007). É interessante ressaltar que, a partir das falas, as autoras identificam que o acolhimento assim praticado possibilita e tem como objetivo dar respostas às necessidades dos usuários que não sejam da clínica orgânica, abrindo espaço para o efetivo estabelecimento do vínculo e a co-responsabilização, em uma clara ampliação da clínica.

As autoras identificaram que, nos cinco Centros de Saúde pesquisados, é comum atender usuários que procuram o serviço para falar de seus problemas – e ser ouvidos, claro – que não necessariamente dizem respeito à saúde orgânica. Mas o que diferenciaria este último serviço dos outros quatro é que o atendimento dessa necessidade específica se encontraria mais estruturada, a partir de uma escuta diferenciada, na qual a equipe não entende que a simples escuta é a resposta necessária, podendo iniciar a partir dela um trabalho de acompanhamento. Essa equipe é formada por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e uma

médica clínica geral e conta com o apoio matricial de uma psicóloga de um centro de saúde próximo.

Mas... também isso não é assim tão simples nem fácil:

Pela fala da enfermeira do centro de saúde, a idéia inicial era de que toda a equipe fizesse esse tipo de acompanhamento dos usuários que necessitassem. No entanto, a constituição do núcleo acabou por criar uma cultura de encaminhamento para aqueles que estão mais envolvidos com esse trabalho ou que são considerados mais disponíveis e capacitados, e por isso mesmo o integram (Takemoto e Silva, 2007, p. 338).

Até aqui, desejamos fazer algumas considerações.

Em primeiro lugar, como vimos, quando alguém (ou alguns) fica encarregado de alguma tarefa, neste caso, de estabelecer o vínculo de acolhida, a tendência geral é a desresponsabilização do resto do serviço por aquilo que já tem responsável, e a sobrecarga de trabalho para esses responsáveis. Assim, entendemos com Takemoto e Silva (2007) que o acolhimento pode ser mesmo um novo “procedimento” de recepção, sem ter conseguido desencadear novas posturas em todo o serviço nem configurar-se como um dispositivo de análise e gestão.

Em segundo lugar, podemos entender o acolhimento como uma postura geral, componente transversal a toda atividade assistencial. Postura na qual, por um lado, o vínculo não ocorreria com apenas um único trabalhador, mas com a equipe do serviço; e, por outro, permitiria estabelecer um contrato de cuidados, direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde, a partir de uma visão mais ampla de saúde que signifique a construção e co-responsabilização por determinado projeto terapêutico (Campos, 1994).

2.4 Saúde Coletiva, Saúde Mental:

um diálogo possível... e necessário.

No tópico anterior, vimos como, no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o debate em torno das necessárias mudanças atingia desde a organização e gestão dos serviços, até os modelos de atenção e as características para um bom relacionamento entre trabalhador de saúde e usuário.

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marca um progresso indiscutível da política do SUS.

A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental” (...) Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (Brasil, 2004, p. 79).

Um dos principais arranjos inovadores para facilitar a articulação é o apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica. Esse apoio constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Segundo o “Relatório de Gestão 2003-2006” da Coordenação Geral de Saúde Mental, o Ministério da Saúde estimulou ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão,

formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Entendendo que o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica é fundamental, a implantação, expansão e qualificação, por meio de uma efetiva formação continuada tanto das equipes de saúde mental como das da atenção básica, “deverá ser uma das principais prioridades se queremos dar conta de fato da integralidade do sujeito” (Brasil, 2007, p. 24).

Por um lado, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou de ter 25,5% em 2001 a 46,2% (Brasil, 2007) de cobertura da população brasileira até 2007. Por outro lado, correlativo ao fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, os CAPS passaram de 500 em 2003 a 1011 em 2006 fazendo com que, o orçamento destinado à rede substitutiva de atenção à saúde mental também cresça significativamente.

Claro que não estamos querendo dizer que a tarefa acaba com a abertura de mais e novos serviços, pois para que essa atenção psicossocial seja viável, é preciso que exista reciprocidade entre a mudança do modelo de atenção e o modo em que são gerados os processos de trabalho nos Serviços. Para melhor entender a complexidade de dito processo, é importante apagar a aparente distância entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica ou entre Saúde Coletiva e Saúde Mental. Não pensar a transformação do sistema de atenção à saúde mental em articulação com a implantação do SUS constitui um erro na análise das complexas implicações de ambas as Reformas. Um sistema com objetivos de acessibilidade, universalidade e equidade, integrado por dispositivos territoriais, abertos e comunitários, com atendimento humanizado, é o guarda-chuva embaixo do qual Saúde Coletiva e Saúde Mental se abraçam e caminham juntas. Seus princípios reitores são os mesmos.

A missão do CAPS no SUS.

Os CAPS são os dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, destinados para atenção e tratamento de pessoas que, por encontrar-se em grave e/ou persistente sofrimento psíquico, vêm-se impossibilitados de realizar seus projetos de vida de forma autônoma. Os CAPS visam (entre outras):

- a) promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- b) dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- c) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- d) coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território (Brasil, 2004).

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único encarregado de toda a atenção em saúde mental, que implica numa complexa rede de cuidados, em que estão incluídos: a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (Brasil, 2004).

Quem quiser ser atendido num CAPS pode procurar o serviço mais próximo ou ser encaminhado por algum outro serviço de saúde. O documento publicado pelo Ministério de Saúde “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” diz que a pessoa que chega:

(...) deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais

abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço (Brasil, 2004, p. 15).

Aqui nos deparamos, novamente, com o nosso assunto de interesse, o primeiro encontro entre o trabalhador do CAPS e a pessoa que solicita atenção. Embora o documento citado (Brasil, 2004) fale em triagem quando há referência ao CAPS-ad (destinado a usuários de álcool e outras drogas), para o qual é necessário um médico para fazer triagem das intercorrências clínicas, encontramos de novo que o conceito que caracteriza esse primeiro encontro é o de acolhimento.

Diversos são os autores (Tenório, 2000; Coimbra, 2003; Wetzel, 2005; Onocko Campos, 2005; Oliveira, 2007) que colocam que a mudança no modelo de recepção dos pacientes em sofrimento psíquico foi muito além de tentar solucionar o problema das largas filas de espera, constituindo-se o acolhimento como um organizador do trabalho dentro do serviço. Quer dizer, o debate sobre a função da recepção como nó transformador do modelo de atenção do serviço, também na saúde mental, tem exigido mudanças significativas.

2.5 Acolhendo triando ou triando o que acolher?

Repassemos agora alguns relatos do que acontece na prática. Infelizmente, temos que fazer a ressalva de que não foi fácil achar relatos do que acontece, quais as características do relacionamento estabelecido, qual o percurso desde que uma pessoa chega ao CAPS em procura de atendimento e, como veremos nos próximos relatos, pouca coisa achamos que tenha diretamente a ver com uma especificidade possível de atribuir a esse traço de saúde mental.

Vejamos dois exemplos da Saúde Mental na atenção básica. Figueiredo (2006) pesquisa o Apoio Matricial em Saúde Mental na rede do SUS de Campinas-SP e descreve o fluxo do acolhimento, mostrando a inserção de ações de saúde mental na atenção básica:

(...) o paciente chega ao Centro de Saúde (demanda espontânea ou encaminhamento de outros equipamentos) e é recebido no acolhimento, depois poderá ser atendido pela sua Equipe de Referência, acionando o Apoio Matricial se necessário. Os profissionais irão discutir o caso e será construído um Projeto Terapêutico, a partir do qual se definirão as ações a serem feitas com o paciente, podendo envolver a Equipe de Referência, os profissionais de saúde mental, os recursos existentes no território, a escola, os serviços de referência em saúde mental. Eventualmente, quando se identifica uma urgência já no acolhimento, o paciente poderá ser atendido diretamente pela saúde mental, porém o caso deverá ser discutido posteriormente (Figueiredo, 2006, p. 63).

Em outra experiência, Campos e Soares (2003), em artigo sobre os processos de produção de serviços de saúde mental, descrevem o percurso que o usuário faz num Centro de Saúde. A unidade atende a demanda espontânea da sua região de abrangência, cuja recepção o usuário passa por uma triagem (é esse o termo utilizado), é encaminhado para a equipe técnica (psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e enfermagem) e é encaminhado para a consulta médica e tratamento ou para outro serviço.

Figueiredo (2006), Coimbra (2003) e Wetzel (2005) apontam que, a partir das reformulações dos modelos assistenciais em saúde em geral, e de saúde mental em particular, o acolhimento veio a substituir a tradicional triagem. O acolhimento, enquanto modelo, viria a ser a porta de entrada comum para todas as demandas em saúde, inclusive as de saúde mental nos

serviços de Atenção Básica, abolindo, assim, a triagem como porta de entrada (Figueiredo MD, 2006; Coimbra, 2003).

Coimbra (2003) salienta que o acolhimento, ao propiciar perceber a pessoa em sofrimento como portador de uma subjetividade, com carências, necessidades e sofrimentos, também é uma possibilidade de combinar autonomia e responsabilização dos sujeitos envolvidos (Campos, 1994, 2003), visando à participação de quem demanda atenção no processo de escolha do tratamento.

Na experiência relatada por Coimbra (2003), a dinâmica do acolhimento num CAPS da cidade de Pelotas-RS era a seguinte: a pessoa, morador/a da área adscrita ao CAPS, chega ao serviço e é atendido pelo profissional responsável pelo acolhimento; esse profissional avalia se esta pessoa necessita ser acompanhada pelo serviço e, dependendo do resultado, ela é encaminhada para uma avaliação psiquiátrica, psicológica ou para qualquer outra intervenção terapêutica oferecida pelo serviço. A autora, logo ao apresentar os diferentes horários do dia em que se prestava acolhimento no CAPS, comentando um manual de acolhimento lançado pela prefeitura para capacitação dos trabalhadores, opina ser necessário acrescentar em dito manual que o acolhimento tem de ser individual e que os profissionais deveriam estar todo o tempo disponíveis para realizar acolhimento e não umas poucas horas por dia (Coimbra, 2003). Questão nada banal: o CAPS é porta aberta ou abre as portas só algumas horas por dia? O CAPS que não é porta aberta que tipo de CAPS é?

Lembrando as noções práticas de acolhimento por nós identificadas anteriormente, seja como dispositivo/procedimento em si, seja como postura generalizada de toda a equipe, no relato desenvolvido por Figueiredo (2006), pudemos observar que acolhimento diz sobre o primeiro encontro entre trabalhador e usuário. Mas também parece ser uma postura transversal ao serviço

enquanto as possibilidades de ofertas são bastante amplas (indo além do serviço) e incluindo certa plasticidade do serviço (Campos, 1994) para acionar diversas instâncias, dependendo do grau de complexidade do caso abordado.

Já nas experiências relatadas por Coimbra (2003) e Campos e Soares (2003), podemos observar que o acolhimento é um procedimento realizado por um profissional responsável, que tria a necessidade de uma avaliação mais profunda por parte da equipe. Pois só a partir do responsável do acolhimento triar essa necessidade virão a avaliação psiquiátrica, psicológica ou qualquer outra.

Até aqui, expomos uma série de pontos de encontro entre a saúde coletiva e a saúde mental, e consideramos que elas pertencem a uma mesma visão de mundo. No marco das diretrizes gerais de universalidade, integralidade e equidade, podemos observar que a doença já não teria uma causa única e estritamente orgânica, mas seria determinada por diversos fatores que o tradicional saber médico-biológico não pressupunha, de modo que há uma ruptura com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico centrado no saber médico; o entendimento do processo saúde-doença foi ampliado, sendo considerado processo histórico-social, incorporando, desse modo, diversos condicionantes e determinantes de dito processo; a organização do trabalho é por equipes multiprofissionais. Isto, mudar a concepção de saúde-doença, teve seus correlatos na reorganização das redes e serviços de saúde, na conformação e organização das equipes dentro desses serviços e no modelo assistencial oferecido aos usuários, humanizando o atendimento.

Nas palavras de Aranha e Silva e Fonseca (2005):

Na saúde mental, na perspectiva da saúde coletiva, construir a transformação de conteúdo e prática implica admitir que o fluxo de produção desse conteúdo e dessa prática está subordinado à visão de mundo que considera também o fluxo de transformação da própria realidade (p. 447).

É claro, essas mudanças eram perfeitamente compatíveis – muitas delas compartilhadas – com as reivindicações vindas do Movimento de Reforma Psiquiátrica e imprimiram a sua marca, que adquire especificidades particulares no campo da saúde mental. Temos visto, em particular, algumas características desses novos equipamentos encarregados de articular a rede de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial, como também as tarefas ali desenvolvidas.

(...) no campo psicossocial, que pressupõe ação integrada da equipe, o agente de saúde mental de formação superior ou média não compete, compõe; não rivaliza, solidariza; não controla, acolhe; não promove submissão, mas a cooperação; não se submete ou estabelece hierarquia, mas reflexão e colaboração na geração de produto de saúde, porque crê que o usuário de serviço de saúde mental, tal qual a população em geral, tem necessidade produzida e imposta pelo próprio desenvolvimento das forças produtivas como: necessidade de ganhar dinheiro, viver dignamente, ter acesso a bens de consumo, ter uma vida afetiva e amorosa estável e tratamento no seu sentido mais estrito, clínico (Aranha e Silva e Fonseca, 2005, p. 448).

Desse modo, conforme Onocko Campos e Furtado (2006), os novos aspectos institucionais decorrentes da reforma psiquiátrica em geral, e da emergência dos CAPS em particular, colocam em especial evidência as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica, e estes três domínios podem ser abordados desde o momento mesmo do primeiro encontro entre trabalhador e usuário do serviço.

3. CLÍNICA, SUJEITO E SINGULARIDADE

(...) uma reforma psiquiátrica que não se deixe embalar pelo sonho ingênuo de “resolver” o problema da loucura reformando a sociedade não pode prescindir da clínica. É por meio desta que dispomos de um vocabulário, de um modo de descrever e de escutar a loucura e o louco capazes de trazer à tona a questão do sujeito e da singularidade.

Benilton Bezerra jr.

Temos visto que uma das características principais na implementação das diretrizes do acolhimento nos serviços de saúde, principalmente os da atenção básica com o Programa Saúde da Família, é a ampliação da clínica (Campos, 2003). Uma clínica que já não mais só olha para a doença, mas escuta um sujeito com uma história, com sentimentos e desejos e que alguma coisa tem a dizer respeito do seu sofrimento. Um sujeito com o qual é necessário estabelecer um vínculo de acolhida (Campos, 1994), não só porque, talvez, encontre-se com algum padecimento, mas porque as características desse vínculo vão dizer das potencialidades para lidar de forma compartilhada (equipe de saúde e usuário) com esse padecimento, visando fazê-lo desaparecer. Essa equação escuta/vínculo de acolhida/plano de ação compartilhado, reveste a mesma importância, talvez aprofundada, quando falarmos em sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica – do mesmo modo que a Reforma Sanitária – visa substituir o modelo hospitalocêntrico, mas aquele hospital pensado e construído pela psiquiatria pineliana. Modelo tradicional, criado no século XVII – mas ainda praticado –, aquele que entende que a loucura e os delírios são erros da razão, desvios do que seria “normal”. Esses desvios só poderiam ser corrigidos isolando a pessoa da sociedade para seu estudo e tratamento, tratamento

este baseado principalmente em fármacos e centrado na figura do médico. O manicômio vai ser o lugar para tratar a loucura.

Na concepção da psiquiatria tradicional, não há sujeito, mas objeto; não há clínica ampliada, mas restrita à psicofármacos; não há singularidade, mas pura desrazão; não há nada a ser escutado, mas tudo a ser contido (Corbisier, 1992).

Em início do século passado, muito antes da Reforma Psiquiátrica, os desenvolvimentos de Sigmund Freud, criador da Psicanálise, vieram a falar outra coisa. Freud transforma totalmente essa noção de loucura, priorizando a escuta do sofrimento, achando o delírio, por um lado, produto de uma errância, mas, por outro, tentativa de restabelecimento. Embora a estrutura principal do arcabouço teórico das psicoses já estivesse conceituada em seus escritos anteriores, foi a partir do livro do presidente Schreber que Freud aprofunda a psicose.

Trata-se da irrupção no psiquismo de uma idéia que não pode ser aceita tal qual ela é, um montante de energia que entra no psiquismo e precisa ser descarregado, uma representação inconciliável que desata o conflito¹⁶. É uma entrada invasiva de libido que ultrapassa as possibilidades de resposta do sujeito. Tudo o que aconteça, a partir desse momento, será em função de poder resolver esse conflito. Será preciso achar um modo de ligar essa energia, e é aí que a psicose constitui uma tentativa de ligação.

Assim, segundo Freud, na paranóia, o recalçamento consistiria num desligamento da libido, parcial ou geral. A representação que foi rejeitada internamente retorna desde o exterior de modo persecutório, quer dizer que a libido anteriormente ligada aos objetos volta-se para o eu, sendo esta volta para o eu a característica principal da paranóia. No entanto, na esquizofrenia, a volta da libido para o eu também seria o mecanismo constitutivo, mas esse retorno se faz até a fase pré-

¹⁶ Lembremos que, no caso Schreber, tratava-se da idéia de que “deveria ser bom ser uma mulher submetendo-se ao coito” (Freud, 1911/1999).

narcísica, e esse retorno seria sob a forma da alucinação e não do delírio como na paranóia (Nasio, 2001).

Tentativa, muitas vezes falida, de restabelecimento de um modo menos sofrido de estar no mundo.

Com referência à gênese dos delírios, inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. Se essa precondição de um conflito com o mundo externo não nos é muito mais observável do que atualmente acontece, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução. (Freud, 1923/1999).

É possível ver essa idéia, a de reconstrução, em vários momentos da obra de Freud, estendendo-a aos sintomas de outras psicoses e explicado inúmeras vezes a partir do trabalho do sonho (Freud, 1911 a, b/1999, 1914/1999, 1916/1999).

Freud subverte a velha noção pineliana de loucura. Diz que o delírio é uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica. Sendo assim, não há o que ser corrigido. Há o que ser escutado. Não o que ser abolido. Há o que ser recuperado. Há o que ser construído (Corbisier, 1992).

É isso o que nos traz Freud com a Psicanálise. Um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios nesses processos e uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (Freud, 1922/1999). Nisso radica a cientificidade da psicanálise: “uma

definição do objeto, e um modo de apreendê-lo no seu processamento mesmo, como ‘coisa em si’ a ser capturada na rede conceitual” (Bleichmar, 1992). Um corpo teórico para pensar o psiquismo e a subjetividade, ferramentas conceituais e instrumentos de análise que nos permitem entender e resgatar os modos singulares com que os humanos experimentam, sofrem e desfrutam da vida.

É com Freud que o psicótico começa a ser escutado. É com Freud que se passa da paralisante e muda entidade nosográfica *psicose* à polissemia dos dizeres do psicótico. Benilton Bezerra Jr. (1992) adverte sobre os riscos de inverter o eixo da investigação e o sentido da clínica se entendermos que o problema é a entidade *psicose*, que ela fala através dos psicóticos, sendo os psicóticos meros efeitos. Dar lugar à voz do psicótico, escutar o delírio, foi a condição de possibilidade para a inteligibilidade da psicose, restituindo “ao discurso do louco a positividade que havia sido apagada pela psiquiatria” (Bezerra Jr., 1992, p. 32).

Mas o que escutar? Ou melhor, primeiro, o que é falar? Falar é nomear, dar nome. Nomear é relacionar, é ligar desde mim para fora, é tecer proximidade, é fazer contrato, compartilhar pensamentos. É o que precisamos para nos relacionar, para con-viver, fazer laço. É fazer cultura, isso que nos ensinou Freud.

E isto tem a ver com a idéia de verdade em psicanálise, verdade que se opõe ao saber positivo. Pois um dos seus principais achados é o fato de descobrir que não somos totalmente donos de nossa própria consciência, que existe uma parte de nós da qual pouco conhecemos; que sentimos os efeitos quando isso opera, sendo os atos falhos e os sonhos alguns deles. Um saber do qual nada sabemos, mas necessitamos decifrar, pois ele, nas intermitências em que se mostra, revela traços de nossa verdade histórica. Desse modo, como antes falamos do caráter reconstrutor do delírio, agora podemos fazer referência – com Freud, claro – ao papel de construtor do analista.

Freud nos ensina que a verdade necessita de um trabalho clínico, de deciframento do inconsciente que se manifesta pelos atos, pelas palavras, pelos silêncios, ajudado pela escuta especial do analista, formado para ouvir o que não se diz, o que não deve ser dito, o que só aparece velado, disfarçado. Assim, temos um desejo inconsciente que pretende ser satisfeito, os critérios e/ou os parâmetros do aceitável na realidade não são compatíveis com esses conteúdos, porém, via recalque, vão procurar outra roupagem para poder acessar a consciência. Nas neuroses, às vezes, mesmo que sempre de maneira parcial, isto é logrado. Mas, na psicose, o conflito é bem maior:

As representações delirantes que chegam à consciência através de uma formação de compromisso (os sintomas do retorno do recalcado) fazem exigências à atividade de pensamento do ego, até que possam ser aceitas sem contradição. Visto que elas próprias não são influenciáveis, o ego precisa adaptar-se a elas; e assim, o que aqui corresponde aos sintomas da defesa secundária na neurose obsessiva é uma formação delirante combinatória — delírios interpretativos que terminam por uma alteração do ego (Freud, 1896).

Desenvolver a teoria psicanalítica não é o objetivo deste trabalho, mas queríamos sim, colocar alguns eixos básicos do pensamento psicanalítico freudiano no intuito de entender a obra de Freud como ponto de partida e não de chegada; ponto de partida para produzir algo diferente, mas ao mesmo tempo, eixos que continuam vigentes e sem eles é impossível pensar psicanaliticamente: o conceito de aparelho psíquico clivado em conflito, o conceito de recalque ou defesa, o conceito de sexualidade. Mas podemos seguir pensando o Édipo, o super eu e o narcisismo como formulado por Freud há um século? Como podemos, sem jogar fora enunciados sem critério, reordenar a teoria em função de reposicionar certos enunciados?

Resumindo:

- *A psicanálise não é fenomenológica.* Entendendo a psicose como polissêmica, a condição de inteligibilidade do fenômeno psicótico radica, principalmente, em dar lugar à voz do psicótico. Embora utilize entidades nosográficas, a psicanálise concentra-se na escuta do sujeito.

- *A verdade não é o evidente.* Não é o que se vê do sintoma. Sempre se revela disfarçada. Acessar a verdade implica num trabalho clínico, de deciframento do inconsciente. A primeira demanda, quase sempre, é demanda de outra coisa, porém nem sempre é possível, nem necessário, tentar satisfazer a demanda com rapidez. Aqui verdade tem a ver com algo da verdade histórica do sujeito. Claro que, na psicose, as expectativas são menores, nestes casos mais graves, tratar-se-ia de gerar um espaço no qual estejam dadas as condições para que possa emergir algo da posição subjetiva, seja verbalizada, desenhada ou sob qualquer forma de expressão simbólica.

- *O delírio é uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica,* é um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. Manifestações do processo patogênico recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução.

Há uma idéia que, embora até agora não tenhamos feito referência a ela de forma específica, é transversal a todos estes desenvolvimentos e transversal à teoria freudiana. Não queremos deixar de destacá-la, pois suas implicâncias são de fundamental importância:

O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. É verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse

indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud, 1921/1999).

É assim que Freud começa Psicologia de Grupos e análise do Ego e, junto com ele, queremos deixar claro o nosso posicionamento com relação à suposta dicotomia entre individual e social, que é correlativa de outra falsa dicotomia entre causas clínicas ou sociais de determinados padecimentos, como se fossem compartimentos estanques. Para fortalecer a idéia, a próxima citação, ainda que fala sobre o sintoma na paranóia, também achamos que é suficientemente clara para compreendermos que não há questão social que não tenha a ver com a clínica, e vice-versa:

Os delírios de estar sendo vigiado apresentam esse poder numa forma regressiva, revelando assim sua gênese e a razão por que o paciente fica revoltado contra ele, pois o que induziu o indivíduo a formar um ideal do ego, em nome do qual sua consciência atua como vigia, surgiu da influência crítica de seus pais (transmitida a ele por intermédio da voz), aos quais vieram juntar-se, à medida que o tempo passou, aqueles que o educaram e lhe ensinaram, a inumerável e indefinível coorte de todas as outras pessoas de seu ambiente — seus semelhantes — e a opinião pública (Freud, 1914/1999).

E, a partir disso, podemos dizer, junto com Bezerra Jr. (1992), que o desafio que a psicose nos coloca “só pode encontrar uma resposta adequada através da clínica, através do labor terapêutico com os psicóticos (p. 33)”. O autor menciona ainda que essa clínica, independente da corrente teórica que aborde ela, tem que considerar duas idéias fundamentais. Em primeiro lugar,

além de não ser uma aplicação de procedimentos baseada em regras, a “clínica na psicanálise é uma maneira de organizar a escuta para que esta seja capaz de desviar do evidente, do óbvio aparente, da literalidade para permitir a surpresa, o paradoxo e o insólito (p. 33)”. Em segundo lugar, se entendermos a clínica como uma maneira de escutar e um modo de agir em função dessa escuta, serão diferentes espaços os que permitirão que isso possa acontecer, não é questão de *setting*. Como a loucura não acontece quarenta minutos algumas vezes à semana, serão importantes “dispositivos que ofereçam a maior liberdade possível à escuta (p. 34)”; que gerem as possibilidades de diversos tipos de expressão não necessariamente verbal; e o estabelecimento de um vínculo de acolhida que dê lugar e possa acompanhar a experiência do paciente, gerando as condições de possibilidade para que o novo possa acontecer, reconhecendo ali um sujeito.

3.1 A entrada à Mental.

Cientes da importância de continuar interrogando nosso campo e da qualificação permanente de nossas técnicas (Onocko Campos, 2005), entendemos ser necessário um trabalho de agenciamento das práticas que estão acontecendo nesses novos serviços e/ou dispositivos, em prol de podermos avaliar e gerar consensos, possibilitando, então, identificar indicadores do que seria “boa prática”, um “bom funcionamento de X dispositivo”; como também, claro, da identificação e construção coletiva dos problemas a serem superados em favor de aliviar os padecimentos a que nos confrontam, diariamente, a dor e o sofrimento.

Ao analisarmos as triagens tradicionais e padronizadas da medicina, observamos que o sofrimento psíquico é uma das principais características das triagens em saúde mental, pois se trata, não só, mas fundamentalmente, da avaliação da dimensão subjetiva de um sujeito. Dimensão que, na maioria dos casos que chegam aos CAPS, acha-se fragilizada quando não

arrasada. Nenhum teste nem tabela poderão fazer o trabalho por nós, produzindo-se, inevitavelmente desde o início, um encontro de subjetividades que, queiramos ou não, terá efeitos clínicos e políticos. Como podemos perceber, nas novas práticas que se desenvolvem, a presença de valores e atitudes da velha prática moral normalizadora?

A triagem, os critérios para a admissão de pacientes em instituições psiquiátricas, sempre foi um assunto bastante debatido. Falamos em Pinel e o nascimento da Psiquiatria científica com o surgimento do manicômio como lugar necessário para isolar e tratar a loucura. É também a partir desse momento que podemos dizer que nasce a triagem psiquiátrica ou em saúde mental. Assim, é o nascimento também da clínica psiquiátrica, nasce a condição de possibilidade de começar a nomear e diferenciar os diversos fenômenos da doença mental, desde que foi necessário estabelecer critérios para começar a triar, a escolher entre mendigos, pobres, ladrões etc., os loucos.

Claudia Corbisier (1992), nos primórdios da Reforma, em pleno auge da discussão sobre a proposta de lei Paulo Delgado, advertia-nos do falso dilema internar ou não internar, pois a proposta tinha a ver com a extinção progressiva dos manicômios e não das internações. Apontando, ao mesmo tempo, que a lógica manicomial de relacionamento não se encontra só dentro das paredes do Hospital Psiquiátrico.

O grande desafio para todos nós é como lidar com a loucura. Podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, “internar” o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatórios ou consultórios e “interná-las” em relações autoritárias onde os terapeutas/analistas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios. Tudo depende da posição tomada diante do fenômeno da loucura (Corbisier, 1992, p. 10).

Antes da Reforma Psiquiátrica, falar em admitir alguém num hospital psiquiátrico implicava estabelecer os critérios de internação de alguém, e isto nunca foi tarefa fácil. Algumas vezes, escutamos nos serviços que se diz: “*Tivemos que internar porque delirava muito*”. E nós nos perguntamos: “*É suficiente um sintoma para justificar uma internação?*”. A autora acha que não e estabelece a possibilidade de saber isso a partir de uma escuta qualificada. Uma escuta que pretenda dar lugar à singularidade da história desse sujeito que sofre, sem dúvida, é uma condição simples que define uma lógica não manicomial de lidar com a loucura (Corbisier, 1992).

Sob essas premissas, baseadas no entendimento de que o delírio é uma tentativa de “cura”¹⁷, Corbisier relata a experiência da implementação de um novo sistema de recepção do Hospital Philippe Pinel no Rio de Janeiro. Com um esquema de atendimento por equipe multiprofissional, que atende a usuários que chegam à Emergência, preferencialmente em grupo. Um dos principais objetivos era “subverter a ordem estabelecida de que emergência psiquiátrica é sinônimo de pronto (rápido) atendimento” (Corbisier, 1992, p. 11).

Muitas vezes, acontece que os tempos que mais exigem pensar não dão tempo, às vezes, a pensar. E se bem não é possível entendê-lo todo em um momento – às vezes nem sequer uma parte do todo, descartada a ilusão de que esse todo seja possível –, também não pareceria possível compreender alguma coisa quando se está capturado no mesmo ritmo que geram a confusão e o sofrimento.

Corbisier ressalta a utilidade de diferenciar entre emergência e urgência. Colocando que o que emerge pode não ser urgente, e o que é urgente pode não emergir.

¹⁷ Utilizamos as aspas no sentido de estarmos cientes do debate com relação à possibilidade – ou não – de cura, em geral, como também com relação às psicoses e, em particular, ao conceito de “cura psicanalítica”, assunto interessante a ser debatido, mas que não é o objeto desta pesquisa. Mesmo assim, só queremos ressaltar, principalmente para os que entendem que a psicanálise tem alguma coisa a acrescentar nos CAPS, que é tarefa nossa desconstruir aquelas posições soberbas, que proclamam “não há cura psicanalítica”, equiparando o desejo de alívio do sofrimento com o *furor curandis*.

No cenário do pronto-socorro psiquiátrico, onde as pessoas procuram respostas imediatas, encontram equipes que perguntam, que têm urgência em não responder rapidamente, que *mediam* as crises com perguntas que, muitas vezes, diluem a urgência de uma resposta-tampão, transformando-as em pedido de ajuda, em formulação de perguntas. A cena atuada de uma crise de agitação é uma urgência. De quê? De quem? A resposta usual a essa cena é outra cena atuada: é preciso sedar com remédios, conter com a força física ou com faixas apropriadas bem resistentes. (...) Nessa cena, onde a ação responde à ação, não há lugar para a palavra que poderia dar um sentido à cena, transformando-a em algo passível de ser *escutado* e *acolhido*, em vez de ser *visto* e *contido* (Corbisier, 1992, p. 12).

Duas questões para destacar nas colocações de Corbisier (1992). Por um lado, o que Furtado (2008) vem chamando de “onipresença do manicômio”, e a necessidade de criarmos novas categorias, que fujam da tradicional dicotomia “manicomial/anti-manicomial”, para analisar os nossos serviços substitutivos. Em 1992 o debate estava centrado no fechamento dos manicômios e no fim da lógica manicomial de atendimento. Furtado (2008) pergunta “*hoje, o que seria capsial?*”. Se antes se falava em “pacientes institucionalizados” ou “cronificados”, hoje que seriam os chamados “moradores” dos CAPS?

Por outro lado, Corbisier (1992) aponta muito bem uma questão que é muito atual, e é a função de desvio na clínica da psicose a partir de uma escuta qualificada.

Encontramos também referências a esse manejo do tempo e essa função de “desvio” da clínica em Figueiredo (1997) quando nos diz que “o que interessa destacar em todos esses exemplos é a importância de ganhar tempo (...). É preciso decantar essas demandas” (p. 50) para, por um lado, esvaziá-las, desfazendo equívocos; e, por outro, gerando as condições para que algo

novo possa acontecer, “uma outra maneira de dizer” (Figueiredo, 1997, p. 51). Uma maneira de criar tempo para pensar também, por que não?

Ou ainda, em Tenório (2000), quando lemos sobre uma escuta que dê “ao paciente a chance de um tempo de suspensão, e esse tempo e essa escuta podem operar algum deslizamento na fala do sujeito” (p. 86).

Corbisier (1992) conclui que, na maioria dos casos, o atendimento em grupo tem-se mostrado benéfico e provocador de efeitos terapêuticos para os usuários. Compartilhar com outros as vozes que cada um ouve diminui o sentimento de estranheza com relação ao padecimento sofrido, “o efeito de maior familiarização com os sintomas produtivos aponta para a possibilidade de maior integração egoica” (p. 14), diminuindo o medo e favorecendo a possibilidade de iniciar tratamento; também o fato dos grupos serem heterogêneos permitiu certa diminuição da estigmatização dos psicóticos pelos não psicóticos e pelos próprios familiares (Corbisier, 1992).

Tenório (2000) também relata uma experiência de transformação da porta de entrada do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Uma longa fila de espera pelo primeiro atendimento e uma concepção medicalizante da doença mental como dos cuidados de que ela precisa eram os principais argumentos para avaliar que a antiga triagem era clinicamente insatisfatória.

O autor também ressalta que o manicômio não existe só nas estruturas, mas na concepção de clínica aplicada na assistência. Pois a face clínica do “modelo hospitalocêntrico” pode ver-se “num serviço medicalizado e medicalizante, indutor da farmacodependência e da cronificação” (Tenório, 2000, p. 81), seja ele CAPS, Hospital-dia, ambulatório ou enfermaria. Porém a

mudança na recepção requeria uma transformação dos pressupostos que embasavam a assistência e não somente uma mudança no funcionamento institucional.

A tentativa é de fazer da recepção, por um lado, um atendimento ágil, sem listas de espera; e, por outro, um atendimento de qualidade, “instituinto uma escuta que fosse além de uma avaliação diagnóstica apressada e de uma indicação apriorística de conduta” (Tenório, 2000, p. 81), enfatizando a idéia de que a recepção – a diferença de clássica triagem – alude à dimensão terapêutica e de acolhimento, visando *desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa*.

(...) “desmedicalizar” e “subjetivar” se conjugam numa idéia: a de que, diante de uma demanda que venha sob a forma de um pedido de resposta ou solução imediata, (...) deve-se procurar responder a isso de modo a convidar o sujeito a dirigir sua atenção para sua implicação naquilo de que se queixa, convidá-lo a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete. Aposta-se que uma suspensão dessa ordem poderá colocar o sujeito na via de um trabalho que promova, em algum momento, uma mudança na sua relação com aquilo de que sofre (Tenório, 2000, p. 84).

Da mesma forma que Corbisier (1992, 2000), Tenório (2000) e Figueiredo (1997, 2000), Schmidt e Figueiredo (2007) também entendem com Freud que o sintoma tem um sentido relacionado à história particular do sujeito, como também que há uma brecha entre o pedido e a resposta, que merece ser respeitada. O respeito a essa brecha é o que vai fazer grande diferença; em vez do diagnóstico apressado, um tempo de suspensão que não é abstinência analítica, mas espera ativa, possibilitando um diagnóstico mais abrangente.

3.2 Sobre o diagnóstico.

Em primeiro lugar, entendemos que é importante, uma primeira aproximação diagnóstica que tente responder à pergunta: neurose ou psicose? Estabelecer essa grande divisória vai ser fundamental para a orientação das intervenções e do possível tratamento, dando certa luz sobre os limites necessários – como seus alcances – para tais intervenções. Até porque a maioria dos pacientes que chegam ao CAPS não se encontra em crise é necessário possuir ferramentas que permitam ir construindo um diagnóstico, mesmo sem manifestação de fenômenos característicos das psicoses: alucinações, delírios, etc. Como identificar uma estruturação psicótica fora da crise? Infelizmente, por várias questões, não corresponde aqui aprofundar nessa pergunta, mas abordamos em geral a diferença entre psicose e neurose, e características da clínica psicanalítica no começo deste terceiro capítulo.

Na instância de recepção, a triagem, geralmente, tinha a ver com o ato de estabelecer o diagnóstico psicopatológico do paciente, a partir dos sintomas e/ou sinais e a correlativa resposta, em geral, a um tratamento medicalizante. Alguns autores (Tenório, 2000; Schmidt e Figueiredo, 2007) falam em “diagnóstico de situação”, incluindo uma série de variáveis que são levadas em conta a partir da escuta daquele que sofre.

O leque de variáveis é – ou deveria ser – bem mais amplo que medicalizar e internar, incluindo desde os recursos terapêuticos disponíveis da equipe de saúde, da família e do território até variáveis clínicas mais específicas, como co-morbidade, risco de suicídio, possibilidades de auto ou hetero-agressão, bem como de suportar esse “tempo de suspensão”, necessidade – ou não – de medicação e também, é claro, de internação (Tenório, 2000).

Desse modo, Tenório et al. (2000) ressaltam esse aspecto quando nos dizem que recepção não é triagem, colocando que, tradicionalmente, triagem tem a ver com o interesse da instituição de filtrar quem pode e quem não pode ser atendido. Assim, convocando-nos a pensar na

dimensão terapêutica do ato de triar, os autores propõem que “a expressão *recepção* faz incluir na necessidade de triar a necessidade de ‘receber’, com a dimensão do acolhimento que isso implica.”

Ou, no dizer de Oury:

(...) poder decifrar naquilo que se apresenta o que é importante acolher, e de qual maneira acolhê-lo. A função de acolhimento é a base de todo trabalho de agenciamento. (...) Não se trata, certamente, de se contentar com uma resposta “tecnocrática” tal como função de acolhimento = hóspede de acolhimento! O acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido. Esse processo pode-se fazer progressivamente, por patamares, e às vezes não é senão ao fim de muitos meses que ele se torna eficaz para tal ou tal sujeito (...) à deriva (Oury, 1991, p. 5).

Concordamos plenamente com o sentido outorgado por Oury ao termo acolhimento, entendendo necessário destacar que longe está essa concepção de um mero ato de “emprestar orelhas”, ou dar uma palmadinha nas costas à saída.

Nesse momento do primeiro atendimento – também chamado de acolhimento –, de realizar o diagnóstico de situação, ante a exigência de uma ação imediata, esse intervalo de tempo para a resposta diz respeito à possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, tentando chegar à compreensão desse processo, “adquirindo poder de conduzi-lo através dos profissionais” (Schmidt e Figueiredo, 2007, p. 131).

Queremos ser explícitos em ressaltar que essa prioridade dada ao diagnóstico de situação não é em detrimento da importância do diagnóstico psicopatológico, entendendo que o primeiro inclui o segundo (Schmidt e Figueiredo, 2007). Mas conhecemos, por um lado, a dificuldade de

estabelecer com certeza um diagnóstico do quadro nosográfico em um primeiro encontro; por outro, a não necessidade de estabelecê-lo com pressa, desde que só o fato de estabelecê-lo em si, pouco nos dirá dos recursos e potencialidades que o paciente e seu entorno possuem, variáveis indispensáveis à hora de planejar a estratégia de cuidados necessária.

3.3 Poder ofertar

Mostramos que, com o surgimento dos CAPS, as possibilidades de oferecer uma série de cuidados intensivos sem que isso implique internação são muito maiores. Também dissemos que são alvo de grandes debates nos CAPS esses critérios: de ingresso e de internação.

Se entendermos a triagem como a instância/procedimento na qual se decide – interdisciplinariamente – a partir da escuta e avaliação da demanda, o que será ofertado para esse sujeito em particular. Esse *o que será ofertado* pretende fugir da esquemática dicotomia e tradicional função da triagem: entra ou não entra, aceitamos ou encaminhamos. Sempre temos que receber e acolher com as características já apontadas, afinal são posturas, modos de estar que deveriam ser constantes em qualquer serviço de saúde, e não um procedimento em si. Assim, receber não é necessariamente triar; como acolher não é necessariamente escutar, e vice-versa, escutar não é necessariamente acolher.

Podemos voltar a pensar naquela acepção de *trriage* achada em um dicionário francês, que nos aproxima da idéia de triagem como lugar de passagem. *Triage* também é aquela estação ferroviária especializada, onde os vagões de mercadorias isolados do seu ramal inicial são escolhidos para ser incorporados em novos comboios de mercadorias em outros ramais. Neste sentido, não se trata de aceitar ou não, mas do que oferecer, pois a “função CAPS” vai muito além do prédio do CAPS.

Uma “função CAPS” diz respeito ao atendimento e ao tratamento realizado no CAPS, mas também outra fala em ser o articulador (não confundir com responsável do funcionamento) da rede de atenção à saúde mental no território.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. (Brasil, 2004, p. 12).

Desse modo, os recursos com os quais o CAPS conta para oferecer dependem, em parte, da qualidade da articulação dessa rede no território, que tem o CAPS como serviço estratégico, mas que inclui diversos recursos e dispositivos (Tenório et al., 2000). Os recursos singulares de formação e experiência dos trabalhadores das equipes de saúde que fazem a triagem, a série de dispositivos ofertados no CAPS, mas também unidades psiquiátricas em hospital geral e nos hospitais escola, equipes de saúde mental nos centros de saúde e unidades de saúde como um todo, programa de residências terapêuticas, oficinas de geração de renda, o sistema de Emergências e de controle das vagas para internações etc., também são parte da rede.

Usar das ofertas como suporte. Às vezes, as ofertas operam como uma condição que mediará a transferência (algo parecido com a concepção de alguns psicanalistas de sujeito ao qual é suposto um saber).

As ofertas são também parte do manejo (handling), vinculado às técnicas. Assim, nesse sentido, haveria uma certa competência técnica para escolher o que ofertar (Onocko Campos, 2003a, p. 131).

Novamente nos encontramos, melhor dizendo, novamente destacamos – pois encontramos isso em todo o nosso percurso – como se inter-relacionam organização do serviço, gestão e clínica. Fica evidente, mas não por isto desnecessário, colocá-lo claramente.

Por um lado, o modo de organizar e gerenciar o serviço vai determinar, entre outras, as possibilidades de acesso da população a eles. No dizer de Onocko Campos (2005), “a gestão como produtora de passagens, para dar cabida a tanta intensidade como há no trabalho em saúde na rede pública” (p. 579). Por outro, o modo da atenção recebida é o que vai determinar a possibilidade de que exista, ou não, um tratamento. Pois, como vimos, o diagnóstico de situação é o que vai permitir a construção conjunta, entre equipe de saúde, usuário e familiares, de um projeto terapêutico singular.

Então, triagem é o processo que começa com a chegada de um novo paciente ao serviço – que vem a procurar alguma resposta ao que acontece com ele – e acaba com alguma decisão sobre o destino desse paciente. Ato técnico/clínico, a triagem é uma espécie de funil onde entram em jogo: as demandas e os recursos (individuais e sociais) de quem chega, os recursos de/dos que recebem, os recursos do serviço, os recursos da rede toda e os da comunidade¹⁸.

Quem recebe, com a dimensão de acolhimento acima detalhada, tem que estar na posição de quem nada sabe sobre quem está na sua frente, posição que nada tem a ver com a ignorância. Isto é, tem que escutar, mas saber escutar; perguntar-se e saber perguntar. Perguntas elementares,

¹⁸ Isto, depois de levar em conta, como falado no começo, os condicionantes, decisões, escolhas, enfim triagens já feitas, que modelam e materializam esse encontro: o mandato social sobre a loucura e sobre os serviços e instituições em geral (não só de saúde), o mandato das autoridades em saúde, o mandato da equipe de saúde sobre esse atendimento (aberto, fechado, pouco ou muito tempo, etc.) os investimentos em formação permanente dos trabalhadores, as possibilidades de supervisionar a prática, os salários dos mesmos, são algumas delas.

mas substanciais que cumprem, principalmente, duas funções: por um lado, incluir os assuntos fundamentais que permitam orientar a entrevista ou as entrevistas de triagem e, por outro lado, ser capazes de viabilizar a emergência de novos interrogantes como de algum traço do sofrimento de quem é ali escutado. Incluindo nestas duas funções a tarefa de se aproximar de um diagnóstico de situação para, desse modo, saber o que ofertar.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar os aspectos inerentes aos dispositivos de acesso/triagem na rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos da cidade de Campinas-SP.

4.2 Objetivos Específicos

1. Analisar e avaliar as modalidades de regulação da “porta” – acesso/triagem – dos CAPS, sua diversidade e efeitos potenciais;
2. Analisar a relação entre a regulação da porta do CAPS e o seu território.
3. Analisar e avaliar como é feita a triagem;

5. METODOLOGIA

“Al escuchar un juicio sabemos más acerca de la persona que lo hace que de la cosa en si misma”

Friedrich Nietzsche.

5.1 Paradigma construtivista e pesquisa qualitativa.

A prática da pesquisa é uma das mais importantes na produção do conhecimento, e os diversos tipos de abordagem da realidade a ser pesquisada implicam em conseqüências teóricas e práticas. O positivismo, partindo do princípio de que os fatos falam por si só e que são apenas dados quantificáveis, tem dado clara mostra de suas limitações para dar conta da complexidade da realidade. Neste sentido, qualquer pesquisa que pretenda dar conta de uma análise mais profunda da realidade não pode ficar sujeita apenas ao referencial quantitativo.

A respeito desta problemática, a abordagem dialética entende a realidade como um todo complexo, em que a qualidade é uma propriedade inerente ao objeto de investigação, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, buscando, assim, apagar as dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interior/exterior (Minayo, 2004). É assim que, em caso de considerá-la necessária, é possível a integração de ambos os referenciais, sendo um deles o que cumpre o papel subsidiário do outro.

Neste sentido, a nossa metodologia de pesquisa será qualitativa, entendendo esta:

[...] como aquella capaz de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherente a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo éstas últimas tomadas tanto en su origen como en cuanto en su

transformación, como construcciones humanas significativas (Minayo, 2004, p. 10).

O paradigma no qual pretendemos nos situar, definido como construtivismo, aponta as limitações do paradigma científico moderno para dar conta da realidade. Põe diretamente em questão A Verdade da Ciência e, ao mesmo tempo, torna parcial qualquer tipo de conhecimento produzido por ela. A verdade é construída a partir de consensos, e a epistemologia, neste paradigma, é subjetivista, considerando a interação e a reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade; e a metodologia neste paradigma é hermenêutica, envolvendo contínua e dialeticamente interação, análise, críticas e novas análises (Onocko Campos e Furtado, 2006).

Neste sentido, o construtivismo encontra-se bem longe do ideal de neutralidade sustentado por alguns argumentos positivistas. Ao contrário, a aposta é em um compromisso com a realidade do nosso tempo.

5.2 Objeto

A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil implicou, entre outras coisas, num novo modo de conceber a loucura e de lidar com ela. Assim, não só se reorganizou o sistema de saúde mental com a implementação de mais e novos serviços – dos quais os CAPS são os mais importantes e articuladores dos demais – como também se implementaram neles dispositivos de atenção e arranjos institucionais que subverteram a lógica tradicional da atenção a pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, valemo-nos do conceito de destaque de objeto (Gadamer, 1997), no sentido de que não o amputa das condições nas quais se produz, pois aquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo *do qual* se destaca. Desse modo, é o presente e suas questões não compreendidas,

elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. O pesquisador, então, volta sua atenção para o passado e as tradições, sendo, na fusão desses dois horizontes (passado-presente), que o objeto de estudo se destaca (Onocko Campos e Furtado, 2006).

Qual a importância da triagem no CAPS? Quais as implicações de ser um serviço de “porta aberta”? Como estão se organizando e funcionando as equipes dos CAPS para dar conta da porta? Que consensos são possíveis identificar nas equipes interdisciplinares? E quais diferenças são produtivas – ou não – nessas equipes? Quais os dilemas ou entraves existentes na relação dos CAPS com os outros serviços da rede SUS?

A regulação do acesso, a partir da abordagem da cotidianidade do funcionamento do trinômio acesso/triagem/acolhimento dos CAPS, será o nosso objeto de pesquisa.

5.3 Campo

O nosso campo será em Centros de Assistência Psicossocial de adultos da cidade de Campinas, sendo importante destacar a característica dessa cidade com relação ao sistema de saúde mental a rede de seis CAPS III para adultos (funcionamento 24 horas e com leitos para internação), dois CAPS ad e um CAPSi.

A complexidade do sistema de saúde mental levou a cidade a ser referência nacional para o processo de reforma psiquiátrica, como atesta o recebimento do prêmio David Capistrano das Experiências Exitosas em Saúde Mental no SUS, conferido ao município durante a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2002.

Em pesquisa qualitativa em geral, o problema não é tanto a quantidade de dados possíveis de obter – sem dúvida muitos –, mas como os analisamos e definimos quais os mais relevantes.

Nesse sentido, Tanaka e Melo (2001) consideram que o importante é a representatividade desses dados e enfatizam:

A rigor, não existe necessidade de definir uma amostra, porque o que importa é o significado de uma informação para a situação avaliada e não a quantidade de informantes que repetem essa mesma informação ou o número de vezes em que ela aparece (Tanaka e Melo, 2001).

Com fins de delimitar o nosso campo da pesquisa, faz-se necessário lembrar, de novo, que essa pesquisa é subprojeto de uma pesquisa maior – já finalizada – e que os resultados por ela obtidos constituem o solo da nossa pesquisa. Na pesquisa maior, o fato de trabalhar com a totalidade (seis) de CAPS para adultos de Campinas, e com diversos grupos de interesse (usuários, familiares, trabalhadores e gestores), permitiu abordar diversos assuntos dos CAPS e da rede de atenção à saúde mental da cidade, gerando valiosas informações e dados que nortearam a presente pesquisa. A partir de uma primeira análise desses dados, pudemos identificar múltiplos dados e eixos relevantes para o nosso objeto e – articulando isso com os nossos objetivos – fizemos a escolha de nosso campo e da técnica de coleta de dados.

Optamos por constituir uma amostra intencional de dois CAPS, identificados como representantes de dois modos diferentes de entender, regular e lidar com o acesso de novos usuários.

5.4 Pesquisa avaliativa.

Em 1916, foi publicada a obra de Henry Fayol, *General and Industrial Management*, propondo os princípios básicos da administração: planejar, realizar e avaliar, posteriormente incorporados ao âmbito educativo. A partir daqui, é incorporada a avaliação (principalmente na área educativa) como controle de tempos e movimentos, em que a avaliação começa a ser

compreendida como controle de resultados. A quantificação é garantia de objetividade e rigor (Furtado, 2006).

Também contribuiu para fundamentar a avaliação de uma ótica positivista quantitativa, o surgimento dos testes psicológicos e sua aplicação ao Exército estadunidense, na Segunda Guerra Mundial.

[...] na essência, o que está por trás da grande variedade de propostas de avaliação existentes é a concepção que se tem do que seja a realidade (a chamada “ontologia”); a forma como concebemos as relações entre sujeito e objeto, os limites e a natureza do processo de conhecimento (a “epistemologia”); e finalmente a forma como encaramos as condutas ou regras a serem seguidas para compreender ou analisar um dado objeto (a “metodologia”) (Furtado, 2006, p. 9)

Segundo Guba e Lincoln (1989), o campo da avaliação vem se sofisticando desde o seu surgimento, sendo que seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações:

1º geração (1900-1930): Caracterizada pela mensuração, atrelada à avaliação do desempenho de escolares. Os termos “avaliação” e “mensuração” tornaram-se intercambiáveis. Nesta fase, o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários etc.

2º geração (fins da década de 1950): Caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade identificada nos EUA de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares; trata-se de identificar e descrever o processo e como a

atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente de medir resultados, como na geração anterior.

3º geração (fins da década de 1950 até fins da década 1980): Caracteriza-se pelo julgamento. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos. (Furtado, 2001, p. 167)

Guba e Lincoln (1989) criticam os pontos-de-vista das três gerações nos seguintes aspectos:

- tendência à supremacia do ponto-de-vista gerencial nos processos avaliativos;
- incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;
- hegemonia do paradigma positivista: desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença numa verdade única e absoluta, caracterização como “não científico”, enfim, tudo que fuja ao que foi anteriormente citado e desresponsabilização moral e ética do avaliador (já que a ciência seria livre de valores).

Baseando-se nessas críticas e nessa concepção de avaliação, os autores propõem o que eles chamam de Quarta Geração de Avaliadores, que foca na avaliação como processo participativo e inclusivo, visando à detecção e consideração das percepções, valores e questões dos grupos de interesse envolvidos com um dado programa. Esta com especial interesse na inserção do maior número de atores no processo, sejam usuários, familiares, gestores e outros que possam ser indicados pelos participantes iniciais, e todos comprometidos com a utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo (Guba e Lincoln, 1989; Stake, 2003; Furtado, 2001).

Desde essa perspectiva, e com a técnica de Grupos Focais, foi desenvolvida a pesquisa maior. Com esses dados, a partir da identificação de problemas, controvérsias e possíveis

soluções referidas ao nosso objeto, várias vezes abordado nos grupos focais, tentaremos nos aprofundar na pesquisa de diversas características, impossíveis de serem captadas pelos grupos focais a partir da fala dos participantes, envolvidas nas diferentes formas de regular o acesso aos CAPS.

Como avaliar o que acontece no primeiro atendimento? Quer dizer, o que acontece dentro das quatro paredes onde este se realiza? Como é o trato, o que é dito, de que forma?

Entendemos que os dados já levantados pela pesquisa anterior servem o suficiente para a construção da base de informações necessária para abordar o campo no intuito de podermos nos aproximar do que acontece no cotidiano do serviço e, especificamente, no primeiro atendimento.

5.5 Técnica de coleta de dados

5.5.1 Observação participante

O trabalho de campo é a etapa na pesquisa que nos vai permitir aprofundar as informações e conhecimentos sobre o nosso objeto de estudo. Diferentes tipos de entrevistas, revisão de material bibliográfico, grupos focais, observação, entre outros, são diversos instrumentos utilizados pelos pesquisadores para obter e construir dados. Em pesquisas avaliativas, essa etapa da pesquisa é de fundamental importância, pois permite a produção de dados primários e também captar outros materiais que sirvam de parâmetro para a dimensão e sentido das diferentes atividades (Minayo, 2004; Deslandes, 2005).

Minayo (2007) define a observação participante como:

(...) um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível,

participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim, como é modificado pessoalmente (p. 70).

A observação participante é uma das técnicas mais utilizadas em pesquisas qualitativas, principalmente por antropólogos e sociólogos. Malinowski encarregou-se de sistematizar e padronizar o método que recebeu o nome de etnográfico. Ele critica fundamentalmente as modalidades de pesquisa social que apreendem só um nível da realidade por meio de *surveys*, quer dizer, longe do lugar onde a vida acontece, colocando que é necessário inserir-se no cotidiano, na cultura do grupo estudado (Minayo, 2004; Deslandes, 2005).

Malinowski (1984), em uma de suas obras publicada em 1922, considera que, para o bom desenvolvimento de uma pesquisa etnográfica, o pesquisador tem que lograr um contato íntimo com a comunidade objeto de estudo. Para produzir um conhecimento em profundidade sobre determinada cultura ou realidade social, é importante se submergir no seu cotidiano, procurando uma relação de intersubjetividade, seja por meio da linguagem, seja por meio da participação em suas atividades (Deslandes, 2005).

De que modo a presença do observador interfere no comportamento do grupo objeto de estudo? Esta pergunta tem gerado largos debates entre os que utilizam essa técnica. Embora alguns autores consideram que a observação seria mais objetiva se os pesquisadores só registrassem ações e fatos, a maioria dos que a utilizam trabalha com pesquisa qualitativa e concorda com o fato de que o pesquisador modifica e é modificado pelo contexto de observação, sendo isto uma condição *sine qua non* das atividades desta natureza. A presença do observador

pode gerar posturas ou atuações, talvez mais ainda em se tratando de uma pesquisa avaliativa. O tempo prolongado de permanência seria o recurso aconselhado para diminuir esses efeitos (Deslandes, 2005).

A observação participante permite estabelecer relações de proximidade com a comunidade e seus membros; possibilita uma imersão no cotidiano do grupo; favorece a redução da reatividade à presença do pesquisador; subsidia a comparação entre as práticas dos membros com seus discursos sobre certos processos e situações; além de brindar conhecimento das lógicas “internas” dos grupos em questão (Haguette, 1990; Deslandes, 2005).

Há uma série de fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados *in loco*, na situação concreta em que acontecem. Malinowski (1975) vai chamar esses fenômenos de *imponderáveis da vida real*. Assim, poderemos incluir coisas como a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo, o tom das conversas e da vida social ao redor do espaço objeto de pesquisa, as amizades, simpatias e antipatias entre as pessoas, a maneira com que as vaidades e ambições pessoais refletem nas reações dos indivíduos (Minayo, 2007).

Para esse exercício investigativo, é de fundamental importância a atitude do pesquisador. Uma atitude crítica para o encontro com a realidade e o objeto a pesquisar, um pensamento crítico posicionado sempre como resultado da articulação entre os conhecimentos teóricos e as informações que a realidade apresenta (Minayo, 2007).

Um pensamento que possa ir demonstrando a forma com que avança, isto é, um pensamento que, de maneira alguma, limite-se a expor conclusões, senão que vá mostrando a maneira com a qual vá produzindo os conhecimentos que quer desenvolver. Um pensamento crítico seria aquele que não dá por suposto que os enunciados que sustém são últimos e

verdadeiros, senão que estão constantemente perante a possibilidade de serem revisados de acordo com os interrogantes que a prática coloca. Isto não quer dizer que os interrogantes surjam da prática. Isto quer dizer, como vimos no começo desse trabalho, que os interrogantes surgem dos limites que tem a teoria para dar conta da realidade.

Dar conta da complexidade da realidade é o que obriga constantemente à recomposição conceitual e a procurar certa economia explicativa, a complexidade é precisamente o que dá sentido de um conceito. Isto é, dar conta da complexidade é poder ampliar o horizonte da compreensão e, por conseguinte, da transformação do fenômeno a abordar. Neste sentido, muitas vezes nos encontramos com novos conceitos que, longe de avançar neste sentido, obturam-no. Não há razão nenhuma para produzir relevantes conceitos senão porque se pretende ampliar a possibilidade de compreensão e transformação da realidade.

Assim, segundo Minayo (2004), para Malinowski, o material da observação participante seria: em primeiro lugar, o conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades do grupo social pesquisado; em segundo lugar, as formas como essas regras são cumpridas ou transgredidas. Em terceiro lugar, os sentimentos de amizade, antipatia ou simpatia envolvidos no grupo.

Embora concordemos com o fato de que o recurso da longa permanência – *in loco* – observando diminuiria os efeitos não desejados da presença do pesquisador, também entendemos que o viés desses efeitos pode ser relativizado à luz de nossos objetivos nesta etapa da pesquisa. Queremos observar como é feito, como é aplicado um saber-fazer e, mesmo sabendo que ante a nossa presença possa haver certo esforço em fazer o que acham que nós achamos que é bom, entendemos que, em se tratando de um serviço de saúde e de profissionais da saúde que – em certo sentido – escolheram trabalhar ali, tentam fazer o melhor. Ainda que isto pareça, e talvez o

seja, uma crença ingênua, a especificidade do que queremos levantar e o que opinamos ser uma “boa prática” constituem práticas/posturas que não são facilmente reproduzíveis se não incorporadas como um modo de ser e estar no serviço. Contudo esse suposto esforço para nos “agradar”, se existisse, teria suas limitações desde que não nos foram solicitadas especificações tão pontuais sobre o que pretendemos observar desse momento em particular do primeiro atendimento.

Os dados já levantados a partir das falas nos grupos focais são vastos, mas insuficientes em alguns aspectos, pois, por exemplo, entendemos que nessas falas não foi possível atingir o que e de que forma acontece o primeiro atendimento entre quem demanda atenção e quem atende. Desse modo, como já desenvolvido, achamos de fundamental importância para o decorrer ou não de um possível tratamento no serviço, bem como para o possível sucesso do mesmo, o que e de que modo acontece o encontro das pessoas. E isso só poderemos captar, estando ali quando isso acontece, possibilidade que nos dá a observação participante.

Essa característica da observação participante é de fundamental importância para obter uma visão mais abrangente da realidade, sendo, neste caso, complementar dos grupos focais já feitos, possibilitando confrontar os ditos com o que acontece no dia-a-dia. Implica um posicionamento, uma escolha por parte do pesquisador e uma atitude crítica em torno do objeto de estudo. Pois do que se trata? Conforme o paradigma construtivista, da construção dos dados empíricos. Isto é, os dados da realidade social não estão prontos para serem coletados conforme o paradigma positivista, adquirindo, assim, importância as premissas e as categorias com as quais o pesquisador opera nessa realidade que, articuladas com as representações, valores, crenças e opiniões dos pesquisados, será a base para a construção dos dados empíricos.

Em nossa pesquisa, o interesse é observar o funcionamento da porta de entrada nos CAPS. Independe do nome como definam esse momento: triagem, acolhimento, recepção etc. Queremos observar o que acontece quando alguém chega, pela primeira vez, ao CAPS, solicitando atenção.

Quem o recebe? É uma pessoa ou várias? Quais suas profissões? Em que lugar físico isso acontece? Quais as características do relacionamento estabelecido? Prestam o atendimento na hora ou marcam uma consulta? É possível identificar um referencial teórico da clínica praticada? Há uma escuta? Do quê? De que tipo? O PTI é definido nessa primeira avaliação? É definido no primeiro encontro? Ou depois de vários? Dos pacientes recebidos pela primeira vez, qual a relação estimativa entre demanda espontânea e encaminhamentos de outras unidades de saúde? O CAPS tem parceria com recursos no território? Quais são da área saúde? Quais são de outras áreas?

Essas, entre outras, são as questões que nos convocam a partir para a análise dos dados levantados na Pesquisa Avaliativa da rede de CAPS de Campinas, das quais construímos o roteiro para essa etapa da pesquisa.

Esse trabalho feito por nós, junto ao levantamento do *estado da arte* anteriormente feito, consideramo-lo de fundamental importância pelo que aponta Malinowski:

O bom treinamento teórico e a familiaridade com os mais recentes resultados científicos não são equivalentes a estar carregado de idéias preconcebidas. Se um indivíduo inicia uma pesquisa com a determinação de provar certas hipóteses, se não é capaz de mudar constantemente seus pontos de vista e de rejeitá-los sem relutância, sob a pressão da evidência, é desnecessário dizer que o seu trabalho será inútil (Malinowski, 1984, p. 45)

O papel que assumiremos no campo será aquele chamado de *Observador como participante*. Segundo a tipologia de Gold apud Minayo (2004), esses papéis assumidos pelo pesquisador, em sua função de observador participante, podem ser divididos em quatro:

a) *participante total*, no qual o pesquisador se coloca por inteiro no cotidiano, na vida do grupo/instituição que se quer pesquisar;

b) *participante-como-observador*, no qual o pesquisador deixa claro para si mesmo como para o grupo que sua relação de membro objetiva o trabalho de campo;

c) *observador-como-participante*, donde o pesquisador utiliza a observação como estratégia complementar à entrevista;

d) *observador-total*, no qual o pesquisador se esquece da sua condição de pesquisador, mas atua como um agente externo, fora da cena de interação direta com os informantes.

O nosso papel se aproxima mais ao de *observador-como-participante*, o qual caracteriza as pesquisas cuja fase de observação é relativamente curta e, principalmente, focalizada. Mas, no nosso caso, terá a diferença de que a observação participante será a estratégia complementar dos grupos focais e não como subsídio às entrevistas como levantado na bibliografia consultada.

Também nos aproximaremos do que Clifford Geertz (1989) chamou de estilo hermenêutico na observação participante, destacando como característica a inclusão de múltiplas vozes, a oposição ao objetivismo, o questionamento da verdade da ciência e o modo tradicional da etnografia. Assim ele propõe construir textos e propõe, ainda, a leitura das sociedades como textos ou como análogas a estes, considerando que todos os elementos da cultura analisada devem ser entendidos, portanto, à luz desta textualidade (Canesqui, 2008).

5.7 Tratamento e interpretação dos dados.

Os dados – tanto os do interesse do pesquisador como os colocados pelos trabalhadores e gestores – serão considerados a partir de uma abordagem que permita conjugar análise e interpretação com a construção de novas alternativas, tarefa para a qual propomos a utilização da hermenêutica crítica utilizada por Ricoeur (1997), por sua vez, inspirada na hermenêutica gadameriana (Gadamer, 1997).

Para Ricoeur (1994), as narrativas não são mais do que “histórias não - ainda narradas”, mas que, se podem ser contadas, é por que já estão inseridas no mundo pelo agir social, estão simbolicamente mediatizadas, e “se é simbólico é porque está na cultura, portanto, compartilha de uma articulação com o público: uma inter-ação” (Onocko Campos e Furtado, 2008).

A preocupação de Ricoeur (1994) toma como base a discussão sobre a natureza do tempo em Santo Agostinho, o qual diz que este tem uma natureza psicológica e só pode ser definido e medido a partir da interioridade da alma do homem. Ele se pergunta: se o passado já foi, o futuro ainda não é, e o presente não tem nenhuma duração, então, como captá-lo?

Sendo assim, se a narrativa expressa a inserção na cultura, e a experiência do tempo é subjetiva, para Ricoeur (1994), a narrativa é uma forma privilegiada de representação do tempo, representação que não tem a ver com a ordenação de eventos ou com um caráter linear, cronológico dos mesmos. Para o autor, uma vez que o mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal, o tempo torna-se, então, tempo humano, na medida em que está articulado de modo narrativo.

A partir do estudo da Poética de Aristóteles, Ricoeur (1997) centra seus estudos em torno de dois conceitos fundamentais: Mimese e Muthus. Para Aristóteles, mimese era imitação da ação. Ricoeur (1997) vai aproximar mimese e muthus, que coincidem como imitação de ações e

também como composição dos atos, chamando narrativa ao que Aristóteles chamava de *muthos*, isto é, o agenciamento dos fatos: a concepção de mundo no texto.

Do que escutamos dos grupos focais, quanto tem a ver com a experiência o relato por eles construído? E na narrativa por nós construída e na nossa interpretação sobre ela?

Esse processo mimético, de construção, análise e interpretação de textos, Ricoeur (1997) o divide em três etapas: *mimese*¹, *mimese*² e *mimese*³. A *mimese*¹ denominaria aquela “compreensão prévia do que é a ação humana”, o agenciamento dos fatos (o quê, o objeto), as ações – que possuem fins e motivos, pois agir é sempre um agir com, uma inter-ação (Onocko Campo e Furtado, 2008). Por *mimese*² o autor entende que é a *mimese* textual e literária, a que surge com a ficção. É a *mimese* criativa, caracterizada pelo processo pelo qual a experiência vira texto. Por último, a *mimese*³ indica a interseção do texto e o mundo do leitor. “A narrativa tem seu sentido pleno quando é restituída ao tempo do agir. Esse momento caracteriza a aplicação” (Onocko Campo e Furtado, 2008). Desse modo, é com essas três operações que “uma obra eleva-se do fundo opaco do viver, do agir e do sofrer, para ser dada, por um ator, a um leitor que a recebe e assim muda seu agir” (Ricoeur, 1997, p. 86), dando forma ao círculo hermenêutico.

A narrativa abre-se à interpretação ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção. Articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana. (Onocko Campos e Furtado, 2008)

Compreender a cotidianidade não é o mesmo que compreender cientificamente, longe estaremos, portanto, de nos aproximar do nosso objeto se desprovidos de qualquer ferramenta e

conhecimento. Porém a diferença entre esses dois tipos de compreensão radica em nossa escolha metodológica para acessar a dita compreensão, valendo-nos para isso dos estágios da mimese colocados por Ricoeur, “de forma a levar em conta as construções daqueles que participam da compreensão científica – ou seja, o indivíduo em estudo, o autor dos textos a seu respeito e o leitor” (Flick, 2007, p. 53), fazendo emergir um sentido para essas histórias, histórias ainda não narradas.

6. Histórias que começam a ser narradas.

Cuidado

A porta cerrada
não abras.
Pode ser que encontres
o que não buscavas
nem esperavas.

Na escuridão
pode ser que esbarres
no casal em pé
tentando se amar
apressadamente.

Pode ser que a vela
que trazes na mão
te revele, trêmula,
tua escrava nova,
teu dono-marido.

Descuidosa, a porta
apenas cerrada
pode te contar
conto que não queres
saber.

Carlos Drummond de Andrade

6.1 Sobre o levantamento dos dados.

Ouvimos as gravações dos grupos focais de trabalhadores, de gerentes e do Colegiado de Gestão. Lemos todas as suas transcrições e as suas correspondentes narrativas construídas pelas pesquisadoras a partir desse material. Logo, nós construímos uma narrativa, priorizando as falas exclusivamente relativas à chegada dos pacientes nos CAPS, às questões clínicas envolvidas nesse momento e às redes de articulações do CAPS no território. A partir dessa narrativa,

construímos um roteiro para ir a campo. a fim de fazer observação, roteiro que nos serviu de guia, mas se manteve flexível e totalmente aberto às questões que surgiram e que foram consideradas relevantes.

Mas, antes de chegar a essa nossa narrativa, entendemos necessário introduzir minimamente características gerais da rede de saúde de Campinas.

6.2 Características gerais da rede de saúde de Campinas.

Campinas é considerada um município de grande porte, está entre os 13 brasileiros em que a população ultrapassa um milhão de habitantes, está entre os 11 municípios mais ricos do país, destinando para a saúde 22% do orçamento (IBGE, 2005).

Seu sistema de saúde conta com cinco Distritos Sanitários (Norte, Noroeste, Sul, Sudoeste e Leste), responsáveis pelo planejamento e gestão da saúde de regiões com cerca de 200.000 habitantes, envolvendo, cada um deles, atenção básica, atenção especializada, pronto-atendimento e vigilância sanitária de sua área de abrangência. A rede de Atenção Básica de Campinas conta com 49 Unidades Básicas de Saúde e 13 Módulos de Saúde da Família¹⁹. Há profissionais de saúde mental sediados em 27 destas Unidades²⁰.

Apesar da implantação de CAPS em Campinas ter começado no início da década de 1990, foi apenas a partir de 2001 que estes equipamentos aumentaram em número e conformaram-se como CAPS III, ou seja, como unidades de funcionamento 24h, com a possibilidade de acompanhar os usuários em leitos de internação próprios, integrados ao funcionamento geral do serviço. Campinas possui um Hospital Psiquiátrico, e não possui serviços ambulatoriais. Isso lhe

¹⁹ Os Módulos de Saúde da Família foram criados para ampliar a cobertura das Unidades Básicas de Saúde em locais afastados e de difícil acesso às Unidades Básicas da área de abrangência.

²⁰ Esses números podem apresentar certa mobilidade, considerando a dinâmica dos serviços e a necessidade de eventuais adaptações na composição das equipes.

confere características específicas, pois é condição ainda rara dentre as grandes cidades brasileiras.

Metade dos 6 CAPS III existentes hoje na cidade estão sob gestão da entidade filantrópica chamada Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a outra metade, pela Prefeitura.

Há, ainda, outros equipamentos que compõem a rede de saúde mental em Campinas, dois CAPS AD (álcool e drogas), com retaguarda de cinco leitos-noite cada; um CAPS infantil; um CAPS AD/adolescente; três enfermarias em hospital geral, sendo uma delas específica para internações breves de dependentes químicos; o atendimento psiquiátrico pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU com psiquiatra); dois pronto-socorros psiquiátricos; o SADA (Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem); o Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT); e ainda uma unidade de moradores e uma unidade de internação psiquiátrica remanescentes (Campinas, 2007).

Há cinco centros de convivência com diversas oficinas de geração de renda, criados para estimular a ampliação das redes sociais e promover a inclusão social, sendo utilizados como dispositivo terapêutico para a atenção em saúde mental e também são abertos à comunidade em geral.

Esperamos que esta breve contextualização ajude à compreensão do material que apresentaremos agora e que, como dissemos, foi extraído da informação produzida pelos grupos focais. Os mesmos foram realizados durante o ano de 2006.

Apresentamos, brevemente, uma série de dados quantitativos levantados também pela pesquisa maior, a partir de um questionário, que servem de subsídio para termos uma melhor compreensão do contexto. Os dados pertencem ao período entre julho e setembro de 2006 e foram providenciados pelos próprios trabalhadores participantes da pesquisa.

Como dissemos, fizemos uma escolha de uma amostra intencional constituída por dois CAPS (chamaremos de X e Y). Eles se encontram, geograficamente, em pontos bem distantes entre si. Um deles, X, encontra-se no limite da cidade, num bairro bem afastado do centro, e o outro, Y, fica mais ou menos próximo do centro da cidade. No mês de setembro de 2006, o CAPS X tinha 322 pacientes, sendo o com maior quantidade de usuários da cidade; Y, por sua vez, tinha 239 pacientes no mesmo mês, constituindo o CAPS com menos pacientes.

A relação entre usuários inseridos e altas outorgadas, no período que vai de julho a setembro do mesmo ano, refere que X inseriu 16 usuários novos no serviço e deu alta para 7; e a relação em Y foi de 28 e 20, sendo que, em outros serviços, a relação foi inversa.

Também foi levantada informação com relação ao uso do leito noite nos CAPS. Esses dados abarcam o período de janeiro a setembro de 2006 e refere que o CAPS X (naquele momento, ainda CAPS II) foi um dos que menos utilizou esse recurso e, quando o usou, fazia-o nos leitos de outro CAPS; enquanto Y foi um dos CAPS que mais o utilizou no mesmo período, inclusive utilizando outros leitos fora do CAPS.

6.3 As nossas narrativas do que foi dito.

6.3.1 Porta de Entrada / Triagem.

“É o CAPS que trabalha muito nesse sentido de querer dar conta de tudo. E têm outros CAPS que a gente observa, estou citando porque em alguns se observa isso, que são ambulatorios, né, quando está em crise interna, triagem só com hora marcada (...)”

(Trabalhador do CAPS Y)

“(...) tem uma urgência de que a gente dê conta da demanda de psicóticos em crise da cidade que eu acho que isso que é complicado de lidar no CAPS, que é essa coisa de urgência, de você ter que atender na hora, (...)”

(Trabalhador do CAPS X)

Em algumas falas, é fácil perceber que se chama de acolhimento a essa instância de atenção da demanda espontânea, seja de usuários do CAPS ou de sujeitos que chegam nele pela primeira vez, porém a especificidade, o traço da saúde mental, faz com que seja uma preocupação transversal ao serviço o bom atendimento e o estabelecimento de um vínculo de confiança.

Foi unânime nas vozes dos participantes da pesquisa que, na maioria das vezes, esse acolher sujeitos em claro sofrimento psíquico requer especial atenção às características do encontro entre trabalhador e usuário, aumentando as dificuldades quando os pacientes não são conhecidos, senão chegando por meio de urgências.

Assim, uma das grandes controvérsias, principalmente entre os trabalhadores, é o fato dos CAPS²¹ serem serviços de porta aberta. Todos expressaram diversos conflitos – e seus conseqüentes desdobramentos.

Do que o CAPS tem que dar conta? Do que realmente o CAPS dá conta? Qual é o papel do CAPS? Ele consegue ser substitutivo? O equipamento dá conta de todo tipo de sofrimento mental? Foram perguntas que se repetiram.

²¹ No momento dos grupos focais, dos seis CAPS avaliados, um era de tipo II e os outros cinco, de tipo III, com funcionamento 24 horas e com leitos para internação. Hoje os seis são CAPS III.

A excessiva demanda e a conseqüente necessidade, ou não, de atenção para todos provocaram intensos debates. Podemos falar em uma grande e primeira divisão de opiniões com relação a isso: por um lado, os CAPS que são de porta aberta e atendem a demanda na hora e, por outro, aqueles CAPS que resistem a essa diretriz do SUS²² e que marcam triagem para os primeiros atendimentos.

Falamos da complexidade deste emaranhado e temos a dizer que a resolução e os desdobramentos dessas duas formas de regular a porta de entrada terão repercussões em todos os âmbitos, pois o modo de lidar com a porta terá íntima relação tanto com a organização do serviço, quanto com o tipo de atendimento recebido pelo usuário. Assim, um importante debate tem a ver com uma espécie de divisão/diferença entre clínica, atenção à crise e reabilitação como diferentes enfoques do processo de organização do trabalho no CAPS, debate cujas conseqüências também veremos no âmbito de clínica.

Conforme a fala dos integrantes do Colegiado de Saúde Mental, parece que alguns CAPS se esquecem das diretrizes e princípios do SUS, principalmente o da integralidade e da porta aberta, apontando que, na medida em que o CAPS é integrado com a rede circunvizinha, ele tem capacidade de trocar mais casos com a sua unidade básica, ele tem um diálogo e uma disposição melhor para receber os casos, e assim o fluxo ocorre. Também colocaram as dificuldades de ficar próximo do território quando um CAPS está numa região de 150.000 habitantes, ao mesmo tempo em que questionaram duramente o fato de alguns CAPS não aceitarem novos pacientes em crise.

Dar conta da urgência em saúde mental não é tarefa fácil, concordaram todos. Mas, como a demanda é alta, alguns trabalhadores consideram que, se a “filosofia de trabalho” no CAPS é a

²² Vários falaram que era necessário reavaliar essa diretriz.

reabilitação, ser porta aberta seria contraditório. E apontam os riscos do CAPS virar um Pronto-Socorro, pois essa demanda excessiva atropelaria a rotina de trabalho já planejada, impossibilitando o investimento na reabilitação, deslocando-o para o atendimento na crise.

As pressões recebidas para atender à excessiva demanda foram atribuídas por alguns ao funcionamento da rede de saúde²³ em geral, no sentido de certa exigência de atender a maior quantidade no menor tempo possível; destacando que é necessário levar em conta a especificidade da atenção necessária a pessoas em grave sofrimento psíquico, atenção e cuidado que, na maioria das vezes, não podem ser dispensado em vinte minutos.

Outra das questões mencionadas por vários dos trabalhadores, como decorrentes do modelo de porta aberta, foram as dificuldades no atendimento quando um paciente que não é do CAPS chega em crise, e a equipe avalia que precisa de ficar no leito-noite. Vários mencionaram sentimentos de tensão, insegurança e de necessidade de maior atenção para com o novo paciente, pois são uma incógnita as possíveis atitudes que ele possa ter.

Assim sendo, alguns questionaram as dificuldades que hoje encontram na sua prática, comparando-a a como era antigamente, com a existência dos ambulatórios, pois acham melhor trabalhar na reabilitação com os pacientes psicóticos já estabilizados, que era como chegavam quando encaminhados pelo ambulatório.

Em outros, a excessiva demanda expressa também uma complicação no trabalho, principalmente quando põe em tensão princípios reitores da Reforma Psiquiátrica, instâncias cuja realidade se afasta dos ideais. Isto acontece quando, segundo expressam alguns trabalhadores, ante a excessiva demanda e a impossibilidade de dar resposta na hora, muitas vezes a resposta acaba sendo a internação.

²³ Abordaremos o funcionamento em rede mais para frente.

Todos os que expressaram essas dificuldades no dia-a-dia de trabalho, relativas ao fato do CAPS ser porta aberta, identificam nisso razões de desgaste e sofrimento, acrescentados nos dias de semana à noite e nos finais de semana, quando só fica o pessoal da enfermagem.

Também foi unânime, tanto entre os que atendem na hora como entre os que marcam triagem, que, ante a excessiva demanda, uma das necessidades é ampliar os recursos humanos e criar mais CAPS.

Já os CAPS que tentam dar conta da demanda que surge na hora também expressam dificuldades decorrentes dessa decisão do modelo de serviço. A principal armadilha de difícil saída parece uma espécie de imperativo categórico: *ter* que dar conta de *tudo*. Daí, principalmente nos casos de pacientes mais comprometidos subjetivamente, que as possibilidades de dar conta de tudo ficam longe da estrita responsabilidade do profissional ou equipe de referência, os sentimentos de fracasso e frustração afloram. Um trabalhador falou que “*o coração é grande, mas muitas vezes nos falta pé*”.

Essas dificuldades são também geradoras de intensos padecimentos para os trabalhadores. Parar um pouco e pensar, com tempo e espaço adequados, a importância das reuniões de equipe, passagens de plantão e supervisão foram identificados como espaços que ajudam a diminuir esse desgaste.

Parte dos reclamos relacionados à alta demanda e ao fato de funcionar porta aberta é que a demanda que chega ao CAPS, encaminhada por outros serviços e que não são casos para CAPS. Alguns trabalhadores se questionaram sobre a continuidade – ou não – de atender a todos, mesmo que não seja caso para CAPS, sob risco de acabar virando um Pronto-Socorro Psiquiátrico. Eis aqui outro assunto a partir do qual surgiram, sem serem aprofundadas, divergências várias entre os trabalhadores: o perfil de usuário do CAPS.

Outros parecem não sentir essa necessidade, essa pressão de ter que dar conta rapidamente da demanda, e argumentam lidar de outro jeito com isso, entendendo que, enquanto o sujeito começa a circular pela instituição, vai estabelecendo diferentes contatos e vínculos. E é a partir desse processo de estabelecimento dos vínculos que será possível identificarem uma demanda. É a partir do contato com as pessoas que o sujeito vai começar a dizer, e aí a equipe vai escutando as vozes para, depois, começar a propor. Segundo essa opinião, a satisfação da demanda não tem que ser rápida na triagem, mas um processo.

6.3.2 Clínica VS. Reabilitação VS. Atenção à crise?

Pra você conseguir construir PTI é isso: é acompanhar a entrada dele e bem de perto e deixar que flua dali. Não o inverso disso. (...) a clínica é essa: é a gente poder construir o projeto do..., do usuário junto com ele, né, observando as pistas que ele vai dando, podendo escutar, né? Quando 'cê não pode fazer isso, você entrega um PTI fechado, acho que isso não é a nossa clínica, (...)

Trabalhador CAPS Y

(...) o trabalho da reabilitação é sair com o sujeito no território onde ele mora, o território em que ele costumava tá inserido e tal, isso sim é reabilitação!

Trabalhador CAPS Y

Dissemos que um importante debate teve a ver com uma espécie de divisão/diferença entre clínica, atenção à crise e reabilitação como diferentes enfoques do processo de organização do trabalho no CAPS. Alguns trabalhadores expressaram pôr em prática as duas lógicas de trabalho no dia-a-dia de seus serviços, estabelecendo, porém, uma clara divisão em torno da especificidade de cada trabalho. Sendo que, por um lado, o acolhimento à crise teria mais a ver com o atendimento que se dá dentro do CAPS, de forma individual e feita por um profissional responsável por essa tarefa. Por outro lado, a reabilitação teria mais a ver com o trabalho desenvolvido fora do CAPS, com tarefas como ajudar o paciente a comprar o passe e ensiná-lo a pegar o ônibus, ajudando o paciente a pagar uma conta na loja, entre outras.

É também desde essa perspectiva que se entende que o momento do primeiro contato da pessoa com o serviço é o começo de um processo, no qual é necessário acompanhar essa entrada bem de perto e deixar que flua a demanda para, a partir dessa escuta, construir não só um vínculo, mas, por exemplo, o Projeto Terapêutico Individual.

Para alguns, a elaboração do PTI vai muito de encontro com a demanda do usuário, o que ele está precisando nesse momento e a relação com o próprio usuário, com a equipe de referência e, em última instância, também se discute isso na mini-equipe.

A clínica seria uma clínica flexível, do caso a caso, na qual até questões aparentemente banais são o principal objetivo desse projeto em particular, para esse sujeito, nesse momento. Nesse sentido, estão convencidos de que, quando a prioridade é a porta aberta e a urgência, a atenção na hora de toda a demanda, não é possível realizar essa escuta nesse processo e é

provável que seja entregue para o paciente um PTI fechado, sem embasamento clínico no caso. Que nem bombeiro, só fica apagando o fogo.

Não muito diferente é a opinião dos CAPS, que reconhecem a impossibilidade de realizar as tarefas nessas duas vertentes, optando por uma delas. Cientes da importância desse trabalho de reabilitação com inserção na sociedade, reconhecem a dificuldade para fazê-lo. Pois a demanda da urgência é tanta, que só conseguem cuidar do que o paciente apresenta no momento em que ele está em crise em primeira instância, depois vêm questões da moradia, a família e, assim, ficam sem tempo nem pernas para conseguir fazer a reabilitação.

O trabalho chamado de reabilitação, a maioria concorda que é um trabalho difícil, que requer tempo e paciência, que se faz principalmente fora do CAPS, no território, nos espaços que a pessoa costuma habitar, em articulação com outros atores comunitários.

Consideramos necessário destacar que essa grande divisão entre o trabalho de reabilitação e o de atendimento à crise também se expressa no nível das categorias profissionais. Isto é, em geral, é o pessoal da enfermagem quem faz o trabalho de reabilitação no território fora do CAPS. Indicador disto é a fala dos integrantes do Colegiado de Saúde Mental. Eles expressam que um dos problemas fundamentais dos CAPS é uma diferença muito grande que existe entre dois tipos de profissionais: aqueles com formação mais técnica, como o técnico de enfermagem, e aqueles com formação universitária, como o psicólogo ou o terapeuta ocupacional. Isso costuma aparecer na fala dos próprios profissionais das equipes quando eles dizem que sentem necessidade de “aproximar mais as duas equipes”, ou na dificuldade em reconhecer e pedir ajuda do olhar de outros núcleos, apontada pelos trabalhadores. Pensar que isso não tem conseqüências diretas no tratamento recebido pelos usuários seria, no melhor dos casos, ingênuo.

Houve também, por parte de alguns trabalhadores, uma clara advertência para com os riscos da excessiva tutela, seja com objetivos de como *construir um projeto de vida para os pacientes, seja transformando tudo em clínica*.

Uma dificuldade marcada por todos os trabalhadores, na hora de pensar a articulação com o trabalho nos Centro de Saúde, diz respeito aos encaminhamentos recebidos. Muitos deles não são considerados pacientes para CAPS, e são vários os exemplos em que umas lágrimas ou qualquer antecedente “psi” é suficiente para ser enviado para o CAPS. Resgatam alguns a importância do Apoio Matricial²⁴, enquanto outros colocam as complicações para fazê-lo.

Outra questão referente à articulação desse trabalho dentro e fora do CAPS pode apontar o que foi falado das dificuldades do relacionamento entre núcleo e campo de saberes e práticas (Campos, 1997). Atribuídas, por um lado, aos diferentes tipos e graus de formação das equipes – dando ênfase ao sofrimento do pessoal da enfermagem ante diversas situações em que têm que lidar sozinhos com os usuários – como também por certo desconhecimento da especificidade do núcleo do colega da equipe.

Com relação ao perfil do usuário do CAPS, o assunto não foi debatido em profundidade, mas foi apontada por alguns a necessidade de rediscutir se os neuróticos graves têm que ir para o CAPS.

Foi significativo que alguns, ante a dificuldade de falar em critérios de inserção de usuários no CAPS, critérios de triagem, pensaram nas dificuldades de quais vêm sendo algumas causas

²⁴ Tomamos o apoio matricial como conceituado por Campos (1999). O Apoio Matricial da saúde mental é um arranjo institucional, seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. Uma oferta do núcleo profissional ‘psi’ ao campo dos profissionais de saúde, na construção de um novo saber, um saber que se pretende interdisciplinar, superando, assim, a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. Pretende romper com o sistema das guias de referência e contra-referência, que produzem encaminhamentos consecutivos e que se traduzem, usualmente, em des-responsabilização e alienação dos profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde (Figueiredo MD, 2006).

das altas demandas que estão acontecendo: alta por abandono ou por que *o paciente não aderiu?* Evidenciando, segundo as suas falas, as dificuldades para articular uma alta com outros setores que não o CAPS ou mesmo a saúde. Poderíamos apontar, também, certa evidência da dificuldade de manter longitudinalmente no tempo o tratamento.

No tópico anterior sobre Triagem/Porta de Entrada, apontamos não só questões trazidas por alguns trabalhadores sobre entender o ingresso de um novo usuário como um processo e se, a partir dos vínculos desenvolvidos, seria possível identificar a demanda, as implicações que isso poderia ter enquanto modelo, enquanto forma de lidar com a demanda e de regular a porta, mas também o fato de os aspectos clínicos que ele envolveria precisarem de aprofundamento.

6.3.3 Rede/Território.

“A gente vai ficando gorducho e pensa em fechar a porta de entrada, que nem regime, né?... fechar a boca. Mas talvez se trate de criar as condições para os pacientes saírem, e terem confiança de que podem voltar, de que tem algum outro projeto-espaco para se inserir. Tem de virar o funil, gente! Construir as parcerias com os centros de saúde através do matriciamento.”

(Narrativas gerentes 1º rodada)

“Mas a portaria eu acho que fala o CAPS é o articulador da rede, né, do serviço de Saúde Mental, só que você não tem essa legitimidade na

*rede pra articular tanto assim! E não tem nem com quem articular
tanto!”*

(Trabalhador do CAPS Z)

Falando em rede/território, sem dúvida uma das maiores controvérsias é dada pelo mandato ministerial para o CAPS como centro ordenador da rede de saúde mental no seu território. Vários concordaram com a necessidade de rever esse mandato, acham-no excessivo e principalmente pesado, além de ser estabelecido há bastante tempo com outra situação e pouca experiência de trabalho em CAPS.

Que lugar o CAPS ocupa na rede? Se o seu lugar é central, regula o fluxo de pacientes, de acolhimentos e de encaminhamentos? Tem algum papel de urgência/emergência nisso ou não?

Sempre, ante os reclamos da excessiva demanda por causa dos CAPS serem de porta aberta e as dificuldades de dar conta da mesma, foram resgatadas a importância e a necessidade de terem boas parcerias no território, na comunidade, com suas diferentes instituições, ali nos lugares onde as pessoas que frequentam o CAPS moram. Residências terapêuticas, centros de convivência, oficinas de geração de renda, centros culturais, mas também Assistência Social, habitação, transporte, entre outros, foram nomeados.

Mas, nesse sentido do trabalho em rede, uma das necessidades mais escutadas foi ter uma boa articulação com as Unidades Básicas de Saúde, seja via Apoio Matricial, seja por trabalho em parceria com as mini-equipes de Saúde Mental dessas Unidades. Alguns indicaram que muitas instituições, mesmo da área saúde, não conhecem efetivamente a função do CAPS, fato que foi confirmado pelas entrevistas a coordenadores e Agentes Comunitários de Saúde de Centros de Saúde em pesquisa que está sendo desenvolvida.

Também a excessiva demanda das equipes nos Centros de Saúde é uma dificuldade para o bom rumo dessa articulação, situação que piora quando o Centro de Saúde não tem nem psiquiatra nem equipe de Saúde Mental, chegando direto ao CAPS, como foi dito, absolutamente toda a demanda que pareça da ordem da saúde mental. Situações essas que, se identificadas desde o Centro de Saúde, com antecedência, não chegariam já em emergência no CAPS, acabando por institucionalizar uma pessoa cuja vida poderia ter tido outro destino.

Com relação ao mandato ministerial dos CAPS serem o centro da rede, as opiniões em geral (trabalhadores, gerentes e integrantes do Colegiado de Saúde Mental de Campinas) dividem-se em três setores: os que propõem mudar a portaria com base no percurso realizado em todos esses anos e a impossibilidade de cumprir essa função; os que acham contraditória a portaria, pois entendem que a sua responsabilidade é grande com relação ao pouco grau de autonomia para decidir muitas questões; e, por último, os que entendem que o mandato é *articular* – e não ser o responsável do funcionamento – a rede dos serviços de Saúde Mental, mas que, por um lado, carecem de legitimidade para isso e, por outro, não acham muito o que ou com quem articular. Segundo eles, conseguem articular alguma coisa mais pelas relações interpessoais que pela rede mesmo.

Interrogados os trabalhadores sobre possíveis propostas a serem pensadas em função da necessidade de mudar tal situação, a criação de novos dispositivos foi a mais ouvida. Novos dispositivos que seriam, por um lado, mais CAPS de menor complexidade, CAPS I e II. Mas, por outro lado, outros opinaram que, levando em conta que é impossível pedir para os Centros de Saúde que dêem conta de parte da demanda que chega aos CAPS, seria uma ajuda a existência de ambulatórios de Saúde Mental.

Já os gerentes, enfáticos na necessidade de mudar a portaria, debateram a retaguarda necessária para dar apoio ao CAPS. Alguns entendem que os CAPS não são hospitais pequenos ou substitutivos no sentido de “no mesmo lugar e função” e acordaram que não deveria ser visto como outro equipamento único, que não devesse ocupar um lugar central, no sentido de não se fazer cargo da encomenda de “excluir, tirar de circulação” a loucura, senão fazer o trajeto inverso. A divergência é onde enviar, que retaguarda o CAPS precisa ter: um serviço exclusivo para atenção à crise ou atender como os hospitais gerais?

Integrantes do Colegiado de Saúde Mental, porém, foram unânimes em entender o CAPS como substitutivo ou pelo menos conceitualmente substitutivo. Achrom que ele não é substitutivo à internação, pois essa deve acontecer em hospital geral e vai continuar existindo. O CAPS é substitutivo ao hospital psiquiátrico. Mas, para tanto, opinam que ele faz mais do que substituir, é um articulador. Ele não é um local, mas é uma proposta. Se ele vira um local fechado, acaba a criatividade, a articulação e o poder de negociação com os demais pontos da rede. O que faz dele substitutivo, capaz de trabalhar a crise, quanto à reabilitação, é esse trabalho em rede, essa intersecção, as parcerias. Ele sai do modelo manicomial porque trata a pessoa como sujeito e, nesse sentido, também é cuidador de si e não mero objeto de cuidado. Pensam e esperam o CAPS como substitutivo, mas reconhecem que hoje não é isso ainda o que se tem, consideram que ainda se está no processo de aprimoramento para chegar ao que eles desejam, enfatizando que é preciso ampliar a rede de cuidado para que o CAPS seja de fato substitutivo.

Os gerentes reconhecem na estratégia do PSF uma forma eficaz de fazer rede e de intervir no território, exercendo, assim, a função social de serviços de saúde pública, enfatizando o sucesso do apoio matricial quando praticado com regularidade e sistematicidade necessária para estabelecer um vínculo de confiança entre as equipes.

Integrantes do Colegiado de Saúde Mental opinaram que muitos profissionais têm dificuldades para lidar com as questões demandadas de um trabalho no CAPS, como se inserir na rede, reabilitar, trabalhar a alta dos pacientes, enfatizando a necessidade de reforçar o trabalho em rede. Opinaram que é um grande problema os CAPS ficarem distantes do território, pois eles acabam produzindo um efeito contrário ao que se propuseram. Também percebem que, de modo geral, vários profissionais não têm um olhar para o território e acabam achando que o CAPS pode dar conta de todo o recado, que pode “ilhar” os pacientes inclusive, fechando-se para dentro do serviço com a loucura. Chegaram a falar em discriminação entre saúde mental e saúde coletiva, apontando isso como um dos desafios a se superar pela Reforma Psiquiátrica.

6.4 Narrativas do observado

A observação participante foi realizada em dois CAPS da rede de Campinas, durante o mês de outubro de 2008, sendo que fizemos a observação por uma semana em cada CAPS, assistindo a chegada de pacientes de segunda-feira à sexta-feira, das 8,30 horas às 17 horas.

O principal objetivo da observação era compreender melhor a dinâmica do funcionamento da porta de entrada no CAPS e um dos pontos importantes era saber especificamente o que acontece dentro das quatro paredes onde é realizado o primeiro atendimento. Nesse sentido, havia especial interesse em assistir a triagens.

6.4.1 CAPS X

O primeiro CAPS visitado para ficar uma semana inteira fazendo observação foi o CAPS X. Ele fica nos limites mesmo de Campinas, num bairro residencial, de casas simples e humildes. Com relação à porta de entrada, funciona uma grade de revezamento dos funcionários que ficam de plantão: quem está de plantão é o encarregado tanto de fazer a triagem como de dar conta de algumas dos diversos pedidos da cotidianidade dos usuários; geralmente, no plantão, fica um técnico de enfermagem, o que não diz respeito à impossibilidade de algum outro técnico poder acompanhar a triagem se estiver disponível para dita tarefa ou para ficar no espaço chamado de convivência. Quando chega um usuário novo, este é atendido na hora.

A equipe do CAPS, que conta com 300 usuários aproximadamente, divide-se em mini-equipes. O CAPS mudou há pouco o esquema de assinação de usuários para as mini-equipes. Até alguns meses atrás, o usuário inserido no serviço após a triagem ia ser referenciado pela mini-equipe à qual pertencia o funcionário que fez a triagem. Agora o esquema organizativo é territorial: são 4 mini-equipes que matriciam os 5 Centros de Saúde pertencentes à área de

abrangência do CAPS. Uma das mini-equipes dá conta de dois CS, pelo fato de serem os dois com menos demanda, e às restantes mini-equipes (três) repartem-se os três CS restantes. Agora a assinação dos usuários às mini-equipes independe de quem faz a triagem, mas depende da região de moradia do usuário, passando a ser referenciado – se inserido no serviço – pela mini-equipe que matricia o CS mais próximo da casa do usuário.

Desse modo, se quem faz a triagem não pertence à mini-equipe de referência da mini região onde o usuário mora e se o usuário for inserido no serviço, o caso é “passado” à mini-equipe daquela região, podendo isto acontecer na reunião de passagem de plantão ou quem fez a triagem vai à reunião de mini-equipe a que corresponde e passa o caso.

São escassos os usuários que chegam ao CAPS por demanda espontânea. A maioria deles chega encaminhada por algum outro serviço de saúde, em geral CS. Em conversa com a coordenadora, ela disse que, nos últimos meses, têm-se diminuído as triagens, que, conforme o livro no qual as triagens são assentadas, variam entre 15 e 25 por mês. Também me foi dito que é possível que se passe uma semana inteira sem ter triagens.

Uma das possíveis causas da diminuição da quantidade de triagens feitas, segundo a coordenadora, pode dever-se ao fato de haver a incorporação de mais alguns técnicos no serviço e o trabalho de matriciamento nos CS por parte de todas as mini-equipes. Estes fazem não só com que a necessidade do encaminhamento seja mais bem identificada, senão com que aumente o potencial de acolhida das equipes de Saúde Mental dos CS. Também ajuda o fato de todos os CS terem equipes de Saúde Mental.

Já no primeiro dia disseram-me que ia ter uma triagem. A enfermeira que fazia a triagem me mostra os papéis do encaminhamento, feitos por um órgão de saúde da prefeitura, pois a pessoa encaminhada é funcionária da prefeitura, da FUMEC. O encaminhamento feito nessa

mesma segunda-feira, assinado por um médico, indicava o medicamento a que estava submetida e o estado de D, o qual dizia que sofria de estados de grande tristeza e choro, que estava fazendo psicoterapia em um CS e que D tinha tentado se suicidar no dia anterior. A folha do encaminhamento também pedia para que fosse preenchida a folha anexada, tratava-se de um formulário supostamente para justificar ou não a necessidade da continuidade do afastamento de D do trabalho.

Triagem 1.

Feita por uma enfermeira (E) e um psiquiatra (P).

D., 45 anos, casada, divorciada do primeiro marido, mora com outro homem atualmente, quem a acompanhou ao CAPS. Um casal de filhos, o menino de 16 mora com eles, a filha de 19 é casada e mora em outra casa. Foi encaminhada por um médico de um órgão de saúde da prefeitura encarregado de outorgar os afastamentos aos funcionários.

Havia 4 anos que estava afastada do trabalho. O encaminhamento indicava a medicação que D estava tomando, também dizia que D estava fazendo psicoterapia no CS próximo à sua casa, que apresentava episódios de muita tristeza e choro, e que teve três tentativas de suicídio, a última realizada no dia anterior à triagem.

A entrevista levou uma meia hora e foi interrompida por duas vezes. P começou a fazer as perguntas mais de rotina, pedindo-lhe idade, dados familiares, como foi que chegou ao CS onde mora. O CS que o encaminhamento dizia que ela freqüentava não é um da área de cobertura do CAPS, porém P começou a perguntar mais coisas para D, no intuito de saber com certeza se D morava na área de cobertura correspondente a este CAPS. Enquanto começava essa conversa, a enfermeira saiu para conferir bem isto. D argumentava que ela achava que era sim dessa área,

pois tinha uma vizinha que sabia que ia ao CAPS. P perguntou qual o motivo pelo qual o médico a enviara para o CAPS.

“Há bastante tempo que estou mal, muito triste, estava sem vontade de continuar vivendo e ontem fiz besteira, eu sei que fiz besteira (...) tomei 40 pílulas, em vezes, mas só consegui dormir; acordava, ia e pegava mais...” Não foi perguntado que pílulas ela tomou.

Enquanto D contava isso tudo, ela começa a se angustiar e a chorar. Quando estava chorando ainda mais, a enfermeira volta a entrar na sala, interrompe a fala de D e volta-se ao assunto do endereço de D, informando que efetivamente a senhora D não era da área de cobertura do CAPS. Depois disso, P pede para D continuar falando.

D disse que há quatro anos ela passa mal, sente muita tristeza e vontade de chorar sem ter motivo. Voltou a se emocionar bastante ao contar que a irmã dela tinha falecido, a irmã era quem mais a acompanhava. D relata que, quando começou a ficar mal, há quatro anos, ficou aproximadamente cinco meses trancada no seu quarto, sem deixar ninguém entrar, nem sequer os filhos. Também deixou de falar uma semana, só se comunicava por escrito. Contou que foi numa loja trocar um artefato comprado na semana anterior, comunicando-se com a atendente por escrito.

D falou mais alguns minutos, mas a entrevista já foi diferente a partir do fato de se saber que D não era da área de cobertura do CAPS, não se tocando mais em temas sensíveis.

O cotidiano.

Sempre existe algum funcionário – em geral mais de um –, universitário ou não, que fica na “convivência”. Esta é o lugar que utilizam em comum os usuários, os espaços compartilhados por onde circulam. Há bastante movimento tanto de usuários, como de funcionários, o ritmo em que

as coisas acontecem é muito rápido, praticamente não há momento para se conversar tranqüilo com algum trabalhador. Não foi assim com os usuários, com quem conversei bastante.

O portão de entrada, tem sempre um guarda que o abre e fecha-o, tendo um cadeado, que às vezes é posto em uso. Na supervisão da equipe, foi falado pela coordenadora um pouco sobre isso, com relação a tentar utilizar menos o cadeado. Fora o portão de entrada e o banheiro para funcionários, nenhuma outra porta está com chave, incluídas as dependências administrativas.

Fiquei bastante tempo na parte da entrada do CAPS, por ser um dos espaços mais amplos e, principalmente, dos mais utilizados pelos usuários. A movimentação de entrada e saída de pessoas é grande, o guarda sabe direitinho quem pode entrar e sair. Também entram e saem funcionários na perua, que praticamente não pára de andar o dia todo: leva e traz usuário, também sai bastante para fazer visitas domiciliares, leva medicação às casas de pacientes e leva e traz funcionários que fazem Apoio Matricial nos Centros de Saúde da área de cobertura. Saber e ver todas as vezes que a perua entra e sai, e o que vai fazer, pode ser tido como certo indicador da presença do CAPS no seu território.

Participei quase todos os dias da reunião de passagem de plantão, realizada às treze horas, em que estão presentes quase todos os funcionários que se encontra em serviço, incluindo a coordenadora. Essa reunião consiste principalmente em passar um informe da situação do cotidiano e das novidades acontecidas desde a reunião anterior e um informe individualizado de cada um dos usuários que se encontram no leito. A maioria das vezes, mesmo sendo uma instância em que os funcionários que entram para trabalhar no período da tarde já sabem mais ou menos com o que se vão deparar no CAPS, também quando necessário, é usada como um momento de discussão e seguimento coletivo dos casos mais complexos.

6.4.2 CAPS Y.

Meses atrás, nas minhas primeiras visitas, a equipe atravessava um processo de rediscussão e reorganização da porta de entrada, a forma como a equipe se organizava para lidar com as triagens estava mudando. As triagens neste CAPS, em geral, são marcadas. Quando não é possível marcar por ser uma urgência, o atendimento é feito na hora.

Meses antes, a organização do serviço para a porta de entrada era assim: duas pessoas, em geral, técnicos universitários, eram encarregadas tanto do Acolhimento da Demanda do Dia (ADD) como das triagens. Todas as mini-equipes do CAPS se revezavam para cumprir essa função, sendo que cada mini-equipe matriciava um Centro de Saúde (CS) da área de abrangência do CAPS. Assim, as triagens são marcadas em função do local de moradia do usuário: dependendo de qual CS fica mais próximo da sua casa, o fato terá a ver com qual mini-equipe será a encarregada de fazer a triagem, que é marcada no dia e hora que a dupla dessa mini-equipe é encarregada da tarefa.

No momento de ficar uma semana o esquema era o seguinte: foram descoladas as funções do Acolhimento da Demanda do Dia (ADD) e de Triagem. Assim, existe o responsável pelo ADD e um horário por período destinado a fazer triagem, com o seu respectivo responsável, sendo que os períodos são distribuídos entre as quatro mini-equipes, distribuindo assim as marcações para triagem, dependendo do CS que referencia a área onde o usuário mora em função da mini equipe que matricia aquele CS.

Triagem 2

Triador: Enf. S.

Paciente: M.

Marcou, a partir de ligação telefônica, feita na semana anterior, demanda espontânea. O responsável pela triagem pertence à equipe de referência que matricula o Centro de Saúde mais próximo à casa de M., ela mora num bairro bem próximo do CAPS.

A triagem foi marcada às 14 horas e começou às 14:30, num consultório próximo à entrada principal do CAPS. O consultório tem uma escrivaninha, um armário, quadros aparentemente pintados por pacientes e possui as condições de privacidade necessárias para a entrevista.

Entram duas pessoas: “sou a mãe, ela pediu pra acompanhá-la porque ela não está bem”. A primeira impressão é que não parecem mãe e filha, as duas parecem ter entre 40 e 50 anos, com certos traços parecidos, a grande diferença entre ambas é a postura. A mãe, de posição do corpo erguida, cara séria e gestos bem rígidos, sem pronunciar palavra, olhava para todos os lados, mas era evidente que não olhava para a filha. Filha de corpo encolhido, gestos tristes na cara, juntar a fala com a imagem dela sem dúvida mostra uma pessoa visivelmente angustiada.

Da fala de M.:

41 anos, solteira, mora com a mãe e uma sobrinha (pelo menos). Nasceu no estado de Paraná, morou vários anos em Mato Grosso, há alguns anos mora em Campinas-SP. Disse que seu problema é a depressão, há 8 meses está afastada do trabalho no Call-Center de importante companhia de telefonia celular, no qual começou a trabalhar há dez meses. O trabalho anterior, em outro Call-Center, tinha mandado-a embora por, durante o período de avaliação, ter-se ausentado algumas vezes do trabalho por causa da depressão. Perguntada sobre isso, falou que a próxima perícia será em julho, mas que estava pensando em pedir uma prorrogação do afastamento.

Perguntada por sua infância, M. relata que foi boa, que não gostou na juventude de morar em Mato Grosso, pois lá não tinha nenhuma possibilidade de progresso. “Quando era criança, não

me afetou como veio me afetar depois a preferência do meu pai por minha irmã mais velha.” Isto coloca com firmeza.

Toma medicação psiquiátrica, com receita de psiquiatra particular, que não atende pelo plano de saúde dela. Ela vinha tomando fluoxetina dada por esse psiquiatra, mas, como não estava fazendo efeito e a depressão piorou, por meio de ligação telefônica, o mesmo mudou a medicação, passando a Clonazepam (Rivotril) e outro que não lembra (provavelmente Clorpromazina)²⁵.

Diz que não namora e, olhando para a mãe, conta que a família acha que o último namorado dela teve bastante a ver com a sua depressão. Ela conta que ele era muito depressivo e que ela segurava muito a “barra”, acabando ela mesma com depressão e encerrando o relacionamento.

Perguntada sobre o que ela acha que é essa depressão, ela fala para o enfermeiro que este tocou no ponto e começa a chorar e falar. A mãe, ao lado dela, dá para perceber que está se incomodando e, mediante movimentos um tanto bruscos, tenta olhar acima, no sentido exatamente oposto ao da filha e querendo dissimular as lágrimas que começavam a cair. M. olha para ela e diz: “ela tá chorando”. O enfermeiro convida a mãe para sair da sala, coisa que ela aceita e ficamos sozinhos com M..

Ela disse que uma das piores coisas e que deve ser a causa da depressão que ela tem é que nunca vai poder cumprir o sonho de ter um filho. A partir disso, fala que não tem o trabalho que ela quer, que não tem profissão, que não pode estudar, que nunca vai poder trabalhar no que ela gosta, que é informática, que não tem teto próprio, que com 41 anos é tudo mais difícil. Disse que realizou quatro abortos espontâneos e que só pensa em se suicidar, coisa que confirmou ter

²⁵ O enfermeiro, em conversa a sós no final, falou que “a medicação não bate”.

tentado em três oportunidades, todas as vezes com medicamentos. Há alguns meses, estive internada por dez dias no Cândido Ferreira, saindo por própria motivação, assinando sua mãe a responsabilidade.

O enfermeiro combinou que ligaria para ela no dia seguinte à tarde, para marcar consulta com o médico do CAPS, a fim de reavaliar a medicação. Perguntou para mim se eu queria perguntar alguma coisa, falei que não, e acabou a entrevista. Esta levou aproximadamente 40 minutos e foi interrompida umas três vezes por um paciente que procurava o enfermeiro.

O trato e a atitude do enfermeiro foram bem acolhedoras, tentando acalmar, cada vez que necessário, a paciente, com frases do tipo: “não se preocupe, a gente está aqui pra ajudar você a lidar com isso”. Deixando-a falar tranquilamente e prestando atenção no que ela falava.

Conversa final com o enfermeiro. Pergunta-me o que achei. A primeira coisa que falei, em tom de brincadeira, era que era necessário ter Cleenex nessa sala, M. tinha chorado bastante e secava as lágrimas com a mão; logo fiquei um pouco arrependido de ter comentado isso, achei que poderia não ter “caído bem”. Ele explicou que ia falar com o médico, que seguramente para a semana próxima marcaria a consulta com ele. Ele acha que não é um caso tão grave, mas que é para ter cuidado pelos antecedentes “psi” e pelas tentativas de suicídio. Ele ligaria para o Cândido Ferreira para pedir a pasta da internação de M., e discutiríamos o caso na mini-equipe, colocando que era possível que acabaria não sendo um caso de CAPS, mas que depois trocariam a paciente na UBS do bairro dela. “A gente matricia esse Centro de Saúde, fazemos uma reunião ao mês, vamos lá, discutimos casos e trocamos pacientes.”

Ensina-me como é o formulário que ele estava preenchendo e aponta que o preenchimento disso não implica necessariamente na aceitação e cadastro do paciente no CAPS. Mas que serve para depois cobrar o procedimento feito (triagem) do SUS.

Também falou que tinha perguntado pela próxima perícia laboral porque teve casos em que alguns querem só obter um atestado para poder se afastar do trabalho, mas que ele achava que não era esse o caso de M.

Triagem 3.

Triador: psiquiatra e residente em psiquiatria.

Paciente: N

No momento do começo, a residente foi procurar a ordem de encaminhamento e a entrevista começou com a psiquiatra se apresentando, apresentando-me e apresentando a residente. Pouco depois, com a entrevista já começada, entra na sala a residente e interrompe a fala de N. para se apresentar, e a psiquiatra fala para ela que já tinha sido apresentada.

N., 45 anos, chegou ao CAPS com o seu marido. Veio de Salvador/BA com a família toda à idade de seis anos, sendo a mais velha dentre cinco irmãos. Mãe de três filhos, dois homens e uma mulher, só um deles morava com ela, sendo que, recentemente, o outro tinha se divorciado e estava morando também com ela. N. fala devagar e baixo, dá para perceber que está medicada. O primeiro fato que ela disse é que está com problemas de memória, que às vezes esquece as coisas que acontecem recentemente: “...por exemplo, você me disse seu nome e pouco tempo depois eu esqueço”. Funcionária metalúrgica na seção de embalagem de uma grande empresa, começou há uns dez anos a padecer dores intensas no braço, chegando inclusive a não poder movê-lo. Há oito anos afastada desse emprego, N. disse que as dores nunca pararam e que vários dos tratamentos realizados só lograram piorar a situação. Sendo que fez até uma cirurgia no braço, ainda sofre das dores, às vezes intensas. N. também se queixa de que vários dos tratamentos feitos e das

mudanças de médicos deveram-se à falta de eficácia dos mesmos: “nenhum dos tratamentos dava certo, sempre fui muito mal tratada pelo diferentes médicos”.

Enquanto fala isso tudo, a partir da pergunta “o que anda acontecendo, dona N.?”, N. também começa a falar da sua tristeza. Tristeza por sentir que “nada posso fazer, não posso trabalhar, as pessoas acham que estou de férias, e essa dor no braço que não pára”. N. falou bastante da tristeza que a acometeu a doença (câncer) que o pai tinha contraído, ficando ele bem grave, mas que agora ele já tinha melhorado. Falava muito bem do pai e de quanto ela o queria, chegando a dizer “...meu pai... além de Deus, é meu pai”.

Problemas em casa com o filho (22 anos), que mora com eles também, pioravam o estado de tristeza e nervosismo, pois discussões eram freqüentes como freqüentes eram as ocasiões em que ele a chamava de louca por causa de questões domésticas (exemplo: deixar coisas bagunçadas). N. sustém que a filha saiu da casa por não agüentá-la mais. Assim, relata que são freqüentes os momentos em que ela fica mal, nervosa, brava, nos que ela começa a gritar, jogando e quebrando coisas contra o chão. Consultada com relação a se ouvia vozes, ela manifesta que ouve sim, mas que não é sempre, nem o tempo todo.

- E o que a senhora ouve?

- Que me chamam, só isso.

- Como assim?

(silêncio dela)

(marido) – Tipo assim, às vezes, ela vira e pergunta: ‘vocês estão me chamando?’

Ante as perguntas sobre se as vozes davam ordens ou não ou se falavam alguma outra coisa, as respostas foram negativas. Não foi perguntado se era possível reconhecer de quem eram as vozes.

N. conta que a sua mãe faleceu quando ela tinha onze anos, fazendo logo silêncio. Nesse momento, o marido acrescenta que a mãe de N. padecia de “problemas psiquiátricos”. Consultado por que tipo de problemas, só falou que era muito nervosa e que fazia coisas fora do normal, como esquecer-se de colocar a roupa, sair nua na rua. N. não falou nada sobre isso, mas dava para perceber que ela dava crédito ao que era falado pelo marido.

Não foi perguntada a causa da morte da mãe, nem foi marcado (para ela, nem depois entre as entrevistadoras) o lapso cometido num momento por N., que disse que o pai estava morto.

O encaminhamento feito pelo médico do plano de saúde que N. possui, por ser funcionária (agora afastada) de uma empresa, indicava que N. sofria de ideação suicida, delírios de auto-referência, tentativa de suicídio, mudanças repentinas no humor, momentos de muita tristeza e choro, sugerindo que o CAPS poderia ser um bom lugar para ajudar N. Indicava como hipótese diagnóstica transtorno bipolar e epilepsia, sendo que esta última constava com um sinal de interrogação entre parênteses. Também trouxeram uma pasta e amostraram todos os estudos e indicações medicamentosas que tinham sido feitas para N. Esses materiais foram bastante usados, que comandaram, inclusive, várias das perguntas feitas para N., principalmente as relativas aos sintomas a ela atribuídos. As perguntas eram bem diretas, objetivavam confirmar – ou não – o que os outros médicos tinham diagnosticado, e muitas vezes utilizavam os mesmos termos. Por exemplo:

“A senhora ouve vozes? As vozes falam para a senhora se machucar? Dão algum tipo de ordem? Tem mudanças abruptas no humor? Tipo ter vontade de pegar um monte de grana e sair e gastar tudo? Tipo estar super alegre e excitada e logo super triste?”

Só essas últimas perguntas relativas às mudanças no humor parecem ter algo a ver com N., ainda que pela fala dela não fora possível deduzir uma total certeza, pois as respostas não

pareciam muito seguras, N. não parecia responder bem convencida de que aquilo era o que acontecia com ela. Questão que foi levantada pelas profissionais enquanto conversavam a sós depois da entrevista.

Também deu para perceber que o marido de N. tentava falar o menos possível e não interromper a fala dela, por momentos tendo uma atitude de quem está prestes a falar e logo ficando quieto. Só intervinha quando os vácuos na memória de N. eram evidenciados pelas interrupções da sua fala. Na maioria das vezes que o marido intervinha, ela não concordava com o que ele falava, fazendo com que ele só esboçasse um leve sorriso e ficasse quieto.

O marido também contou que N. tem problemas na visão, que muitas vezes ela se choca com as coisas ou cai e se machuca por não poder enxergar direito. Que tentaram resolver essa questão, mas que não foi possível porque N. não conseguia fazer um exame no qual tem de fixar a vista num ponto, o que fez com que o oftalmologista sugerisse pedir, para o médico que lhe controla a medicação, que diminuísse a mesma, a fim de poder fazer aquele exame.

Finalizando a entrevista, a psiquiatra começa a descrever as características do CAPS, dizendo para N. que o CAPS não era para o tipo de problemática que ela tinha, mas que iam entrar em contato com o CS mais perto da casa dela, para poder fazer um seguimento mais próximo e logo voltariam a entrar em contato com ela. Também foi oferecido para ela participar de um espaço de oficinas, fora do CAPS, onde ela possa fazer atividades conforme as suas possibilidades de movimentação do braço.

O encontro levou aproximadamente 55 minutos. As duas profissionais faziam as perguntas, às vezes se interrompiam. Duas grandes linhas comandaram as perguntas, por um lado, a planilha que tem que ser preenchida em cada triagem funciona ao modo de um roteiro, por outro lado, a

tentativa de confirmar ou desestimar todo o leque de sintomas descrito pelos atestados médicos apresentados, incluindo o encaminhamento.

Minutos depois de acabado o atendimento, entrei na sala da equipe e estavam as duas profissionais que fizeram a entrevista conversando sobre o caso. A primeira coisa que ouvi que comentavam era o difícil desse tipo de atendimento, sendo que N. muitas coisas não lembrava e as coisas consideradas importantes que ela não lembrava e o marido tentava complementar, muitas vezes, eram negadas por N. O outro assunto bastante comentado entre elas foi a medicação. Ambas concordaram que N. estava muito medicada e que várias das suas queixas podiam se dever à medicação que, além de excessiva, na opinião das psiquiatras, estava mal indicada, pois tinha combinações não recomendadas. Também ambas concordaram que N. não era uma usuária com perfil para o CAPS, mas que necessitava de atendimento, considerando que é um caso complicado:

- Desses casos que estão entre o CS e o CAPS. Quer dizer, que um atendimento quinzenal ou mensal é muito pouco, e uma instituição como o CAPS já é muito.

Triagem 4.

Usuária: K.

Triador: Ps. L.

K, 27 anos, casada, 2 filhas (3 e 11 anos, de matrimônio anterior), é irmã de um usuário do CAPS. Não foi possível ver o encaminhamento ainda. Diz estar mal por ser uma pessoa que tem “muitos nervos”. Que tentou se suicidar 3 vezes (tomando remédio, auto-agredindo-se com cortes no braço, jogando-se embaixo de caminhão): “Mas não deram certo”. Disse que era uma voz dentro dela que falava para fazer aquilo.

“Meu irmão está aqui, meu pai está internado, a filha de onze já está dando trabalho na escola, pediram para eu sair da casa que alugo, e fui demitida do emprego há pouco... sinto que tudo veio acima meu.”

K foi encaminhada pelo Centro de Saúde que ela frequenta há uns anos por diversas questões da sua saúde, e quem fez o encaminhamento foi a médica do CS por causa da última tentativa de suicídio de K, há uns 8 meses aproximadamente. K disse não ir antes no CAPS por cuidar de seu trabalho. Demitida havia pouco do último emprego (passadora numa empresa), “por causa dos meus problemas, me falaram para solucionar eles primeiro”, K disse estar decidida a querer melhorar e pede ajuda para isso.

“Me dá nervosos por qualquer coisa, gosto das coisas muito certinhas, talvez demais, e me dá nervosos por qualquer coisa e começo a gritar e jogar tudo, também fico assim ó (mostrando a mão tremendo)”.

K se queixa do mau atendimento dos médicos no CS, principalmente por causa deles serem muitas vezes trocados, e assim “nenhum conhece teu caso, e você tem que contar todo cada vez. O último médico, nunca tinha visto ele, fui para que faça a nova receita do remédio para dormir, ele não perguntou nada, nem me olhou, e fez a receita”. “Antes tomava fluoxetina, mas dava-me tremedeira e a doutora mudou para outro”. Mas K deixou claro que não toma o remédio como indicado pelo médico, senão ao critério dela. Isto é: se acha que pode ficar nervosa, toma um, quando acha que está um pouquinho nervosa; e dois quando está muito nervosa.

K também toma duas pílulas preparadas (homeopáticas) para emagrecer, uma das quais, entre outras coisas, tem fluoxetina. K destacou o esforço econômico que foi pra ela ir nesse médico, pois, entre remédio e consulta, gastou uns cem reais.

K disse que teve a primeira filha porque ela quis tê-la, principalmente para poder fugir da casa dela, onde não passava bem, era “a única mulher entre 4 homens” (pai mais três irmãos), também a mãe morava com eles. Ela disse que apanhava de todos na casa, “qualquer coisa eu era a culpável, minha mãe já passava muitos nervosos e batia em mim. Eu tô ficando como ela, passo muitos nervosos, minha filha de 11 já está dando trabalho na escola por causa dos problemas em casa, e a de três, já está tendo nervosos também, quando têm gritos ou brigas, ela começa a chorar e não pára”.

Separada do primeiro marido porque “ele não se interessava por mim, não queria trabalhar, só queria jogar bola e beber com amigos, chegou a bater em mim e me obrigava a ter sexo”. Depois voltou a namorar, mas acabou por causa dos problemas que gerava a família dele, que não aprovava o relacionamento, “por ser pobre e ele rico, e por ser mãe solteira”. Depois deste relacionamento, K ficou muito triste durante muito tempo, “chorava o tempo todo, quase que fiquei alcoólatra e fumava muito mesmo”, e tentou se suicidar pela primeira vez. Até que conheceu o atual marido, com quem casou e teve uma filha (3), passou momentos difíceis neste relacionamento, chegaram a se separar por alguns meses e decidiram ir à Igreja para melhorar seu relacionamento e para afastar-se do álcool e do fumo. “Felizmente, meu marido é calmo e ele me ajuda quando me dá nervoso”.

O encontro levou aproximadamente 45 minutos. As informações acima expostas foram obtidas a partir de algumas perguntas da psicóloga. K falava articuladamente e sem nenhum tipo de problema; o primeiro combinado que a psicóloga fez com ela, depois de explicar o funcionamento no organismo, foi de tomar o remédio para dormir, seguindo as indicações do médico. O segundo combinado foi que K voltasse no dia seguinte de manhã, para uma entrevista com a psiquiatra para avaliar a medicação; a psicóloga disse que ia procurar se tinham vale para o

ônibus logo após K falar da impossibilidade de ir por não ter dinheiro. Também propôs pra ela a possibilidade de freqüentar o CAPS para fazer atendimento com a pessoa que atende familiares de usuários do CAPS.

A psicóloga também insistiu na necessidade de K voltar a consultar o médico das pílulas para emagrecer e falar com ele sobre os sintomas (tremedeira) e composição dos remédios.

O trato foi amável e acolhedor. Terminada a entrevista, conversamos 2 minutos com a psicóloga a sós. Ela falou sobre a terapeuta que trabalha com as famílias de usuários, e que acharia bom K freqüentá-la. Também destacou a demora de oito meses, após o encaminhamento, para ir ao CAPS como possível resistência de K a voltar no dia seguinte, fazendo referência à possibilidade de conseguir para K um vale do ônibus para ela voltar. Também fez referências às “vozes de mando”, destacando a dificuldade para caracterizá-las dessa forma a partir da fala de K.

No penúltimo dia, quinta-feira, uma das psicólogas me conta que, na reunião da equipe que eles tiveram no dia anterior, tinham combinado de me convidar para a próxima reunião de equipe, para eu fazer uma devolutiva do observado e que esta também pudesse servir como um momento para eu poder tirar as dúvidas que tivesse. Falei que poderia ir e colocar algumas questões, mas que principalmente seria para tirar dúvidas, pois não teria ainda analisado todo o material para fazer já uma devolutiva.

Perguntas realizadas

Existe algum critério com relação a quem faz triagem ou faz quem quer fazer?

A primeira coisa que foi falada foi: “não, todo mundo faz”. Perguntei se todas as pessoas de todas as mini-equipes fazem triagem. Em duas das mini-equipes, todos fazem. Falaram, porém, de uma médica que não está na grade para fazer triagem, mas que, muitas vezes, é solicitado para

ela acompanhar triagens, mas, fora isso, parecia não haver demasiado critério, quer dizer, todos a faziam. Até que alguém disse que os auxiliares de enfermagem não faziam triagem, que às vezes eles pediam para participar e o faziam, mas nunca sozinhos.

O que acontece com relação à triagem nos finais de semana?

Nos finais de semana, não são feitas triagens, nem são atendidos, no serviço, pacientes novos, “até porque o pessoal que fica nos finais de semana é um recurso escasso para poder dar conta dessa demanda”. Se, no final de semana, entra em crise um usuário que já recebe atendimento no CAPS, ele é recebido.

Foi dito e percebi que a triagem é mais um processo do que um primeiro e único momento. Assim sendo, se o usuário vai ser inserido no serviço, o que define o fim desse processo de triagem e o passo a... onde?

Geralmente, depende do usuário e de quem faz a triagem. O caso desde o primeiro momento é discutido nas reuniões de mini-equipe e, aos poucos, é que vai se estabelecendo um vínculo, diferentes questões são ofertadas, fazendo com que também aos poucos seja feita a inserção no serviço. Para alguns, parece que o critério teria mais a ver com a adesão ou não ao tratamento ofertado.

Se o usuário for inserido no serviço, quem fez a triagem vira a sua referência?

Não necessariamente, mas, em geral, é o que acontece. Quer dizer, é o que em geral acontece nas mini-equipes que trabalham com a figura “profissional de referência”, no entanto, em outra mini-equipe, trabalham com a idéia de “equipe de referência”, ou seja, a referência são todos, se bem, é claro, que alguns vão ter certa relação mais próxima.

Vocês têm distribuído o seu território, em função das mini-equipes que referenciam os centros de saúde dessas micro-regiões: como se dá o Apoio Matricial?

Todas as mini-equipes matriciam CS. São matriciados os CS mais próximos, pois esse CAPS também é referência de dois CS que se encontram mais longe da sua área e que estão analisando como melhorar o vínculo e fazer um trabalho de matriciamento. Dos CS que são matriciados, todos possuem equipe de saúde mental (TO, PS e Psiquiatra) e o matriciamento é feito com essas equipes de saúde mental.

Alguns fazem reuniões bimestrais. “A cada dois meses, a equipe de SM do CS vem aqui e a gente discute os casos”. Outros fazem essa reunião para discutir casos mensalmente com a equipe de saúde mental do CS, mas semanalmente a psiquiatra do CS participa das reuniões de mini-equipe do CAPS. Estas duas opções existem como esquema “formal”, sendo que foi relatado que, toda vez que são necessárias, múltiplas ligações são feitas entre ambos os serviços.

Também foi manifestado que tem vezes que o Apoio Matricial funciona como porta de entrada ao CAPS. Isto é, quando um caso do CS vem sendo seguido em reuniões de apoio matricial, se o quadro piora e o usuário precisa dos cuidados do CAPS, o usuário é inserido sem triagem, e a sua referência vai ser a equipe que já conhece dele. Outro exemplo disso é quando um usuário que deixou de ser acompanhado pelo CAPS e passou a ser acompanhado no CS, nesse caso, se o quadro dele se agravar, também é inserido novamente no CAPS sem passar por triagem.

Poderiam enumerar alguns critérios de inserção dos usuários no CAPS? E quem decide em última instância a inserção ou não?

Depois de responderem que é uma pergunta complexa e ampla, e logo que pedi para falarem resumidamente o que acham ser os principais critérios, disseram que isso tem muito a ver com a escuta e a oferta que o CAPS tem a fazer a partir dessa escuta. Levando muito em conta, por um lado, se o usuário pode se beneficiar, pode melhorar com o tipo de atendimento oferecido

pelo CAPS e, por outro, também depende do grau de complexidade do caso. A decisão de inserir ou não depende principalmente deste último fator: a complexidade do caso. Algumas vezes, é mais claro não ser um caso para inserir no CAPS e quem faz a triagem tem autonomia para poder decidir isso, mas, se o caso for complexo, é discutido nas reuniões de mini-equipe.

7. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A porta

Eu sou feita de madeira.
Madeira, matéria morta.
Mas não há coisa no mundo
mais viva do que uma porta.

Eu abro devagarinho,
pra passar o menininho.
Eu abro bem com cuidado,
pra passar o namorado.
Eu abro bem prazenteira,
pra passar a cozinheira.
Eu abro de supetão,
pra passar o capitão.

Eu fecho a frente da casa,
fecho a frente do quartel.
Fecho tudo no mundo,
só vivo aberta no céu!

Vinícius de Moraes

Considerações gerais

Até que enfim... chegamos. Não sabemos muito bem aonde, menos ainda aonde chegarão estas histórias narradas nem o que será feito delas, no caso de serem dignas de atenção. Importa-nos, é claro, que o trânsito por essas histórias não tenha sido burro... como uma porta. Mais do que isso, é sim o nosso desejo que o trânsito por elas tenha sido uma espécie de passagem... uma porta. O Aurélio diz que porta é, entre outras coisas, o ponto por onde se passa para atingir outro mais distante; maneira de sair de uma dificuldade; solução, recurso, saída. Basta-nos com que, chegados até aqui, tenhamos atingido um ponto mais distante, mais profundo, daquele do qual

começamos. E ficaremos felizes se esta nossa porta não é nada porta, nada burra, porém, alguma coisa porta... tomara que seja alguma solução, algum recurso ou alguma saída.

Nossa porta é bem viva e dissemos que, antes de chegar nela, esta está marcada e determinada por uma série de condicionantes, decisões, escolhas, separações, triagens que, se bem não aprofundamos nelas porque não era o nosso objeto, entendemos necessário não perdê-las de vista para não cair na ingenuidade de pensar que, nesse singular encontro, tudo irá depender de quem esteja ali atendendo. De fato, no último ano, ambos os CAPS pesquisados atravessaram processos coletivos de discussão que os levaram a reorganizar o modo de dar conta da chegada dos novos usuários ao serviço.

Desse modo, algumas dessas triagens – que estão fora de nosso poder de decisão – também marcaram a materialização de nossa pesquisa. É importante destacar que, na nossa estadia de uma semana em cada CAPS, no CAPS X conseguimos assistir uma triagem e que foi, como observamos, truncada. No entanto, no CAPS Y, conseguimos assistir quatro triagens, porém também é para destacar que, em nenhum dos casos, o/a usuário/a foi inserido/a no serviço.

Com relação ao fato de não ter observado mais triagens no CAPS X, esboçaremos algumas tentativas de hipótese. Se levarmos em conta o que foi dito pela coordenadora do CAPS, como por alguns dos seus trabalhadores, eles referem haver uma diminuição paulatina – nos últimos meses – da quantidade de triagens como resultado da incorporação de mais profissionais ao serviço e a conseqüente decisão de reforçar o Apoio Matricial nos Centros de Saúde da sua área de abrangência.

Isto faz com que, por um lado, melhorem as características do encaminhamento para o CAPS e, por outro, aumente o potencial de acolhida das equipes de Saúde Mental dos CS. Indo atrás de alguma resposta para isto, pesquisamos no SAMU as saídas de emergência psiquiátrica

naquela semana, naquela região. Achamos que houve cinco saídas, das quais duas pertencem ao mesmo usuário, do CAPS X, que foi atendido à noite na sua casa por uma “piora clínica” e, no dia seguinte de manhã, foi levado para o CAPS; outras duas chamadas eram relativas a usuários do CAPS X que foram levados para o mesmo; e uma última chamada relativa a um usuário com seqüelas de AVC levado para o Pronto Atendimento de um hospital geral. Ainda achamos importante acrescentar que, tendo observado que a média de triagens nesse CAPS nos últimos meses rondava os vinte atendimentos, é difícil, porém não impossível, que tenhamos observado uma semana “atípica”, pois temos conhecimento que, nas semanas seguintes à nossa observação, houve várias triagens.

Já com relação ao fato de que as triagens – no CAPS Y – foram de usuários não inseridos no serviço, a leitura mais rápida – e fácil – pode fazer-nos pensar que só foi uma questão do acaso. A diversidade de origem de cada um dos quatro usuários encaminhados (demanda espontânea, médico do plano de saúde, dois encaminhamentos de CS da área abrangência do CAPS) pode falar bem do CAPS como referência na atenção à saúde mental. Também torna mais complexo o nosso entendimento, desde que possa nos dizer a respeito do não conhecimento – por parte dos profissionais que os encaminharam – das especificidades do CAPS como serviço, da dificuldade deles e seus serviços de lidar com usuários em sofrimento psíquico, como também da relação do CAPS com o CS nesses dois casos encaminhados.

A escolha da observação participante como técnica de coleta de dados, e a dos dois CAPS para desenvolvê-la, como dissemos, foi baseada nos resultados da pesquisa maior. Cada um deles expressou estratégias diferentes para lidar com a porta e a sua regulação, e isso foi o que quisemos aprofundar em nossa pesquisa a partir do que acontece *in loco*. Não para saber A

verdade, não para comparar, mas para aprofundar a pesquisa e a análise destes dois modos de organizar e estabelecer critérios para o ingresso de usuários ao serviço.

Por outro lado, muitas vezes é alvo de debate a quantidade de tempo destinada para fazer observação, sendo importante a corrente de pensamento que estabelece uma correlação entre a quantidade de tempo que se observa e a qualidade do observado. Entendemos que, dependendo do tipo de pesquisa, do objeto de estudo e dos objetivos, aquela “premissa” da observação participante pode ser relativizada, sem perdermos rigorosidade na metodologia, nem qualidade nos dados levantados em campo. Isto é, numa pesquisa etnográfica cujos objetivos tenham a ver com o fato de pesquisar um grupo de pessoas, sua cotidianidade e seus costumes, seguramente o fator tempo influirá no aprofundamento desses objetivos. Entendemos que, em se tratando de pesquisas em serviços de saúde, particularmente as relacionadas a instâncias que incluam o encontro usuário-trabalhador de saúde, a possibilidade da presença do pesquisador distorcer o que ali acontece vê-se diminuída, principalmente porque achamos que certa especificidade do que queremos levantar é parte integrante de práticas/posturas que não são facilmente reproduzíveis se não incorporadas como um modo de ser e estar no serviço.

Tecendo entre vários

Um dos aspectos importantes a ressaltar são as relações achadas entre os modos de regular o ingresso ao serviço e os diversos recursos disponíveis para além do próprio CAPS, reforçando o já colocado no sentido de que todos os recursos são postos em jogo no processo de triagem. Assim sendo, tanto recursos da própria rede de saúde – centros de saúde, hospitais gerais, serviços de emergências (SAMU) etc. – como também recursos que poderíamos chamar da rede de atenção psicossocial, tais como centros de convivência, casas de oficinas, oficinas de geração

de renda, residências terapêuticas etc., foi observado que eram levados em conta como opções importantes a ofertar em caso de serem necessários, se bem que com algumas nuances entre os dois serviços.

Ambos os CAPS observados expressaram fazer Apoio Matricial nos Centros de Saúde da sua área de abrangência, referindo ao fato de que isto traz uma repercussão direta na chegada dos usuários ao CAPS. Também explicitamos os diferentes modos em que é desenvolvida essa tarefa, sem com isto termos uma visão aprofundada das diversas conseqüências de um e outro modo de fazê-la, fato que precisaria de outra pesquisa. Ainda feita essa ressalva, é para destacar que, em um dos serviços (CAPS X) pesquisados, o Apoio Matricial é feito semanalmente; no entanto, no outro serviço (CAPS Y) – dependendo da mini-equipe –, este é feito uma vez por mês, com participação da psiquiatra do CS nas reuniões semanais da mini-equipe, e outra mini-equipe faz Apoio a cada dois meses em reunião no CAPS com a equipe de saúde mental do CS. Essa diferença de frequência não é irrelevante. Como crair parceiras e compartilhar, de fato, a clínica com encontros mensais ou bimensais? Isso evidencia a heterogeneidade na implantação do arranjo apoio matricial na cidade de Campinas.

A movimentação de pessoas nos CAPS é constante. Usuários, familiares, trabalhadores de todo tipo, provedores etc. entram e saem permanentemente dos CAPS. Parecidas à porta de Vinicius, as portas dos CAPS podem abrir devagarzinho como podem fechar de supetão, dependendo de quem chega nela. É claro que não abrem sozinhas, com controle remoto ou com cadeado, ambas as portas dos CAPS pesquisados têm encarregado para abrir e fechar.

No CAPS X, ficamos bastante tempo num dos espaços onde ficam vários usuários, bem próximo à porta de entrada. Desse modo, ver e saber o que ia fazer o veículo de transporte que o CAPS possui também possibilitou entender mais um pouco sobre a relação com o território e a

rede estabelecida. Praticamente o dia todo este entra e sai, leva e traz usuários de casa para o CAPS e do CAPS para diversas atividades fora do CAPS, leva e traz trabalhadores do CAPS que vão atender usuários em casa, visitar usuários para seguimento, levar remédio para os que não podem lá chegar, ir a diferentes CS etc. Um registro sistematizado destas “viagens” poderia ser levado em conta como um indicador da articulação do CAPS com a rede.

Temos o mesmo esquema organizado nas duas equipes dos CAPS – divisão em mini-equipes em função dos CS da área de abrangência – porém é diferente como se organizam para dar conta das triagens, pois um CAPS recebe na hora e no outro é preciso marcar. Em um deles (Caps X), a triagem é geralmente feita pelo enfermeiro de plantão; no outro é feita geralmente em duplas por profissionais universitários. Em um destes CAPS (Caps Y), quem faz a triagem pode não pertencer à mini-equipe que matricula o CS mais próximo da moradia do usuário; entretanto, no outro, sempre quem tria forma parte da mini-equipe que será referência do usuário se este for inserido no serviço. Também parece ser diferente a organização das atividades e tarefas das diversas equipes dentro e fora do CAPS. Um CAPS mais aberto que o outro? Ou um mais fechado? Um CAPS que regula muito a sua porta? Ou um CAPS sem porta? Dois projetos de CAPS? De Reforma Psiquiátrica? Ou o mesmo projeto de Reforma Psiquiátrica priorizando algum aspecto sobre outro?

Entendemos que se trata de duas correntes, duas tradições de trabalho em saúde mental, que coexistem desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica e que, longe de serem incompatíveis ou contraditórias, deveriam ser complementares e subsidiárias entre si, e achamos que ali se encontra uma das maiores complexidades da proposta da Reforma Psiquiátrica que se instaura nessa fronteira, nesse limite entre o individual e o coletivo. Claro que a escassez de recursos, materiais e humanos, nos serviços e nas redes de atenção psicossocial, torna ainda mais difícil a tarefa,

fazendo com que, às vezes, apareça uma espécie de hierarquização entre ambas as vertentes, produzindo uma priorização de uma sobre a outra. Isto, no melhor dos casos. Pois o que vimos é que geralmente ambas as tradições são entendidas e colocadas como incompatíveis, até em disputa.

Falamos em tradição no primeiro capítulo e agora nos perguntamos: até onde a tradição interessa? Até onde é fonte criativa e potencialmente geradora de novas práticas e saberes? Quando a tradição começa a obturar? Entendemos que a tradição obtura quando é apresentada como sem falhas, quando não se permite ser questionada, quando tem só certezas, quando mais se afasta da realidade, quando gera mais preconceito do que perguntas. E observamos isto, no nosso campo da saúde mental e no processo de Reforma Psiquiátrica, por exemplo, quando vemos que se repetem discursos ao modo de imperativos categóricos, em torno do que é manicomial ou anti-manicomial. Imperativos categóricos, enunciados ideologizados, vazios e improdutivos que dizem mais a respeito do que não se deve ser, que ordenam mais do que propõem. Mesmo que importantes e necessários em processos históricos passados, entendemos que hoje – com trinta anos de Reforma – é importante e necessário colocarmos o desafio de construir consensos em torno a novas categorias de análise, para assim poder construir novas narrativas, novas perguntas que nos permitam continuar transitando nesse maravilhoso e árduo caminho. Esse, pretendemos que seja um dos objetivos alcançados com a presente pesquisa.

Nesse sentido, se bem entendemos que o nosso percurso foi delineando esse caminho, desejamos explicitar o nosso posicionamento com relação à oposição entre atenção à crise e reabilitação. Decorrente dessas tradições, achamos fictícia tal oposição, desde que não há – como já mostramos – essa divisão entre o individual e o coletivo, entre o intra-psíquico e o social. A crise não implica – entre outras coisas – numa tentativa pela reconstrução – muitas vezes falida –

de uma realidade que permita um modo de ser e estar no mundo menos sofrido? Como podemos pensar em reabilitação sem o resgate da singularidade, sem a clínica?

Encerrando esse assunto, a partir das falas dos próprios trabalhadores, foi colocado que, ante a excessiva demanda de atenção, não é possível desenvolver ambas as vertentes desse trabalho, tendo que optar por uma delas. Com relação a isso, somente queremos lembrar que, pelo menos no tempo em que nós ficamos nos dois serviços (uma semana em cada), num deles assistimos uma triagem e no outro, três. Sem analisar, nem confundir a demanda de entrada com a carga de trabalho do cotidiano, e mesmo levando em conta a possibilidade de terem sido semanas atípicas quanto às triagens solicitadas, entendemos que é possível relativizar e recolocar a questão do excessivo – ou não – da demanda.

A questão do primeiro atendimento

Com a observação participante, pretendemos atingir a questão do primeiro atendimento. O que acontece com as pessoas que trabalham ali? Assistimos a e relatamos algumas triagens, tentando trazer à tona questões que poucas vezes são faladas, o que acontece quando se fecha a porta da sala onde vai ser feita a triagem? Todas as triagens assistidas têm características similares quanto ao atendimento: foram feitas por profissionais universitários, às vezes em duplas, outras, sozinhos; tiveram uma duração média de 45 a 50 minutos, o que permitiu desenvolver tranquilamente a entrevista e, principalmente, a fala dos entrevistados; o trato sempre foi amável e gentil; e, cada vez que necessário, eram colocadas expressões no intuito de acalmar e tranquilizar o paciente.

Dá para perceber uma leve diferença entre as triagens, que podemos atribuir, por um lado, ao núcleo disciplinar de quem comandou as entrevistas e, por outro, ao estilo que cada

profissional vai construindo no seu percurso. Desse modo, ainda se tivéssemos assistido triagens feitas somente por psiquiatras ou psicólogos, com certeza estas também iriam ser diferentes. Dito isto, desejamos deixar em claro que o que aqui obtivemos como resultado da pesquisa em modo algum pretendemos generalizar, no sentido de atribuir a algum serviço um estilo ou forma de fazer e conduzir as triagens.

Até aqui foram desenvolvidas as questões comuns, similares, do que observamos. Questões importantes, imprescindíveis, solo necessário para qualquer entrevista do tipo.: Que tipo de escuta é essa? É uma escuta que, como dissemos, dá ao usuário a chance de um tempo de suspensão, e esse tempo e essa escuta podem operar algum deslizamento na fala do sujeito? Entendemos que sim, que as condições estiveram dadas para que isso possa acontecer, porém entendemos que não foi suficiente. Pois, para operar algo desse deslizamento, alguma coisa tem que ser dita e/ou feita por parte de quem escuta para que algo disso possa ser agenciado por quem fala. Nada estranho, nem extremadamente complexo. Não estamos dizendo que seja fácil, mas simples. Desde esse ponto de vista, o evidente é o que não aconteceu, o que não foi dito e/ou escutado.

Vejamos. No caso de Maria (triagem 2), quem fez a triagem não perguntou nem aprofundou nada do que a paciente colocou como maiores problemas: a preferência do pai pela irmã e não ter tido um filho. Não interpôs nenhuma questão ante à quantidade de coisas que a entrevistada dizia que não podia fazer, enquanto, ao mesmo tempo, colocava coisas que gostava de fazer (informática). Que se propôs para ela? Voltar para um psiquiatra avaliar a medicação.

Neusa (triagem 3) não foi perguntada sobre a causa da morte da mãe (que supostamente tinha antecedentes psiquiátricos) quando ela tinha onze anos, nem questionada com referencia à relação com o pai (segundo a própria Neusa, geradora de muito sofrimento). O que comandou a

entrevista foi, por um lado, certo interesse por confirmar – ou refutar – que Neusa padecia a bateria de sintomas que tinham diagnosticado médicos anteriores e sem aprofundar em torno da experiência subjetiva de Neusa com relação aos sintomas que referia sim ter e, por outro lado, o preenchimento da planilha de triagem. Para ela foi dito que o CAPS não era a instituição adequada para os cuidados de que ela precisava, e que ligariam para o CS para continuar o tratamento dela lá.

Keila (triagem 4) não foi consultada sobre o fato de ter uma filha como desculpa para fugir de casa onde apanhava de todos ou o que era para ela “ter tudo certinho” quando supostamente nada do que contava que aconteceu com ela parecia ser desse jeito, e ela estava ficando igual à mãe, e as suas filhas, iguais a ela. Não foi aprofundado o fato de ter sofrido a última tentativa de suicídio e dos oito meses esperados até ir ao CAPS. Propuseram para ela voltar para o médico homeopata privado (cuja consulta era custosa para o bolso de Keila) para rever a medicação, e também teve que voltar para o psiquiatra para avaliar a medicação que davam para ela no CS.

Entendemos que essas questões não são privativas de alguma profissão ou disciplina em particular, senão que são – pelo menos algumas delas – questões que dizem respeito a ter uma escuta afinada para perceber o traço da singularidade na fala, nos dizeres dos entrevistados. O traço singular em que seja possível procurar o elo entre o sintoma e o sentido relacionado à história particular do sujeito.

Dissemos no começo que há uma brecha entre o pedido e a resposta, que merece ser respeitada e que o respeito a essa brecha é o que vai fazer grande diferença; em vez do diagnóstico apressado, um tempo de suspensão que não é abstinência analítica, mas espera ativa, distância-tempo produtiva, possibilitando um diagnóstico mais abrangente. Nos casos vistos, parece ser respeitada a brecha, porém, em alguns casos, não há resposta alguma. Achamos

necessário considerar o fato de que aqueles que demandam atenção e são triados no CAPS saiam da mesma forma como entraram, que nada tenha mudado com relação ao que ali os levou, indicando uma espécie de desistência na dimensão de intervenção que todo encontro carrega. E não falamos de saírem com uma resposta/ solução ou se dando conta de que não possuem problema algum, mas diferentes do que entraram: com uma pergunta, uma dúvida, alguma claridade, algo que tenha mexido com eles e com o que ali os levou.

Sem aprofundar o assunto, consideramos importante discutir o caráter clínico de tais atendimentos, ou que faz com que seja clínico ou não um atendimento. Se entendermos que um atendimento clínico tem a ver com um tipo de intervenção, que se dá a partir de determinada escuta, intervenção que não necessariamente é uma interpretação, muito menos nenhum processo teórico complexo para o qual uns poucos estariam capacitados, mas que pode ter o efeito de mudar a posição do sujeito. Pode não ter efeito imediato, mas *a posteriori*, que o próximo encontro possa trazer à tona questões antes tamponadas.

É verdade que, muitas vezes, o fato de gerar uma situação caracterizada por um tempo e espaço que propicia poder falar e ser escutado com relação a algum tipo de sofrimento é, em si, facilitador para que apareçam questões diretamente relacionadas com aquele sofrimento. E, assim, podem ser trazidas à flor da pele – e da palavra – angústias, lembranças traumáticas, experiências vividas de grande sofrimento, por nomear algumas, com todo o afeto que isso traz. Claro que isto não pode ser desvalorizado, alguma coisa tem que ser feito com isso.

Em algumas das triagens narradas, fica evidente que o recado não foi assumido por quem ali estava recebendo-o. E, insistimos, não estamos falando de dar soluções mágicas e rápidas, senão de ocupar o lugar para o qual se está duplamente convocado: pelo serviço e pelos usuários que a ele assistem.

Falamos no começo da autoridade, a do médico e a da equipe de saúde, ou, melhor dizendo, ao processo pelo qual o médico deixa de ser a única autoridade. E vimos como, com a figura do trabalhador de saúde (já descentrada da figura do médico e/ou do psiquiatra em nosso caso), não se dá o mesmo mecanismo com relação à autoridade, desde que esta última, mais do que adquirida, é exigida. Sendo quem assiste ao serviço quem espera, quem reclama de quem ali o atende, essa autoridade.

Estamos propondo sustentar ali, nesse primeiro encontro – aliás, *desde* esse primeiro encontro – uma autoridade clínica. Autoridade clínica que, como já dito, longe está do autoritarismo, da autoridade do poder, da autoridade da lei. Uma autoridade que, ao mesmo tempo em que sustente e resgate a singularidade desse encontro, quer dizer, a autoridade da instituição, a de quem ali está atendendo e a autoridade do usuário sobre a sua própria verdade, constrói um novo tipo de autoridade. Uma autoridade clínica que é singular e, ao mesmo tempo, que tem que ser compartilhada, que implica co-responsabilização entre usuário, familiares, trabalhador, serviço, comunidade, território... o próprio caso que vai dando as coordenadas possíveis de explorar, o caso que faz a rede. Uma autoridade clínica que se constrói, que é co-produzida. Os múltiplos condicionantes que determinam o peso da encomenda de lidar com a porta/triagem sobre o trabalhador fazem com que, nessa instância, estes não se autorizem a intervir. Porém, essa autoridade clínica quando é construída e co-produzida com os demais colegas da equipe, a partir do aprofundamento no conhecimento do caso, habilita sim a que cada trabalhador se autorize a intervir.

Em definitiva, falamos de uma autoridade clínica que é uma autorização para intervir e, sobretudo, para suportar os efeitos dessa intervenção.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latinoam Enfermagem, 2005; 13(3):441-9.
2. Bezerra Jr. B. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: Bezerra Jr. e Amarante (orgs.), Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro:Relume-Dumará; 1992, p. 31-7.
3. Bleichmar S. De la creencia al prejuicio. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.; 2007. Vol. XVIII:42-45.
4. Bleichmar S. Es la teoría una paquetería? [on-line] 1992 [acesso em 24 mar 2008]. Disponível em: <http://www.silviableichmar.com/framesilvia.htm>
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Portaria GM 1174/05 - Critérios para repasse dos incentivos - 2005-2006, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, 2004, p. 84.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 2a. ed. revista e atualizada, 2002 b.
8. BRASIL. Ministério da Saúde: Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002 a.
9. BRASIL. Portaria 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992.
10. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. Rev Latinoam Enfermagem 2000; 8:30-7.

11. Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Conheça a Secretaria de Saúde de Campinas [on line] 2007 [acesso em 26 fev 2008]. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude.
12. Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Saúde Mental. [on line] 2001 [acesso em 26 fev 2008]. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude.
13. Campos CMS & Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2003, 8(2):621-628.
14. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 1997, 13(1):141-144.
15. Campos GWS. A Reforma da Reforma: Repensando a saúde, São Paulo:Hucitec;1997a, 2a ed., p. 220.
16. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecilio, LCO (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 29-87.
17. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco, 1999, v.4, n.2: p.393-403.
18. Campos GWS. Gestión en salud, en defensa de la vida. Tradução de Asia Testa. Buenos Aires: Lugar Ed., 2001, p. 253.
19. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo:Editora Hucitec; 2003, p. 185.
20. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal. In: Agir em Saúde. Um Desafio para o Público (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), São Paulo: Editora Hucitec; 1997b, p. 229-66.

21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000, p. 236.
22. Canesqui AM. Anotações de aula sobre Método etnográfico. Campinas, 16/09/2008.
23. Coimbra VCC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial [Dissertação-Mestrado]. Riberão Preto, (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
24. Corbisier C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. Em Bezerra Jr. e Amarante (orgs.), *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro:Relume-Dumará; 1992, p. 9-16.
25. Corbisier C. RIPP: quando escutar é preciso. In: *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2000, n° 17, Vol. VI, p. 59-69.
26. Deslandes SF. Trabajo de campo: construcción de informaciones cualitativas y cuantitativas. In: Minayo MSC, Gonçalves de Assis S, Ramos de Souza E (orgs.). *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de programas sociales*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.
27. EUA. *Emergency War Surgery handbook* [on line]. 2004 [acesso em 20 mar 2008]. Disponível em <http://www.usaisr.amedd.army.mil>
28. Figueiredo AC. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência, In: *Cadernos IPUB*: n ° 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n ° 17, Vol. VI; 2000, p. 124-30.
29. Figueiredo AC. Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997, p. 184
30. Figueiredo MD. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP) [Dissertação - Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

31. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Trad. Sandra Netz. Porto Alegre: Bookman Companhia Ed., 2007, p. 312.
32. Foucault M. *Theatrum Philosophicum*. Tradução de Jorge Barreto. São Paulo: Editora Princípio; 1987, p. 81.
33. Franco TB, Bueno WS, Mehry EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro Apr./June 1999, 15(2):345-353.
34. Freitas Silveira PA. O acolher Chapecó. In: Franco TB, Peres MA, Foschiera MM, Panizzi M. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo : Hucitec; Chapecó, SC : Prefeitura Municipal; 2004. p. 71-8.
35. Freud S. A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade) [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1923).
36. Freud S. Análise de uma fobia num menino de cinco anos [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1909).
37. Freud S. Dois verbetes de enciclopédia [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1922).
38. Freud S. Fetichismo [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1927).
39. Freud S. Neurose e Psicose [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1924 [1923]).

40. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1911a).
41. Freud S. O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1911b).
42. Freud S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1896).
43. Freud S. Psicologia de grupo e análise do ego [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1921).
44. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1914).
45. Freud S. Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos [*Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM*]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1916).
46. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:165-82.
47. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: *Tratado de Saúde Coletiva*, Campos et al Orgs. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 15-39.
48. Furtado JP. Qualificação de mestrado. Campinas, 4 jul 2008.
49. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Tradução de Nélide Machain. Barcelona: Gedisa Editorial, 1996, p. 190.

50. Gadamer HG. Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes, 1997, p. 731.
51. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
52. Goldim, JR. Triagem [on line] Sem data de publicação [acesso em 20 mar 2008] Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm>.
53. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface - Comunic., Saúde, Educ., mar/ago 2005, v.9, n.17, p.287-301.
54. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades [on line] 2005 [acesso em 08 mar 2008] Disponível em: www.ibge.com.br.
55. Kirschbaum DIR, Paula FKC. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. Rev Latino-am Enfermagem, 2001, 9(5):77-82.
56. Lima MADS, Ramos DD, Borba Rosa R, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul Enferm, 2007; 20(1):12-7.
57. Loureau R. A análise institucional. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Editora Vozes, 1995, p. 294.
58. Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Editora Abril, 1984, p. 424.
59. Malinowski B. Uma teoria científica da cultura. Rio de Janeiro : Zahar Editora; 1975, p. 206.
60. Minayo MCS. El desafío del conocimiento. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, p. 228.

61. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Editoras Hucitec - Abrasco; 1993, p. 269.
62. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS (org.), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 26 ed. Rio de Janeiro. Vozes Editora, 2007, p. 9-29.
63. Nasio JD. Um psicanalista no divã. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2003, p. 150.
64. Oliveira R. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: Couto MCV e Martinez RG. Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ; 2007, p. 27-50.
65. Onocko Campos RT e Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006, 22(5):1053-1062.
66. Onocko Campos RT e Furtado JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em Saúde. In: Onocko Campos et al. (orgs.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 321-34.
67. Onocko Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec; 2003 a, p. 122-49.
68. Onocko Campos RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debate 2001; 25:98-111.

69. Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*; 2005, 10(3): 573-83.
70. Onocko Campos RT. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Editora Hucitec; 2003 b, p. 166.
71. Oury J. Itinerários de formação. *Revue Pratique* ; 1991, p. 42-50.
72. Panizzi M, Franco TB. A implantação do Acolher Chapecó. Reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TB, Peres MA, Foschiera MM, Panizzi M. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal; 2004. p. 79-110.
73. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2003; 19(1): 27-34.
74. RICOEUR P. Tempo e narrativa. Tomo I. Tradução Constança Marcondes, 1997, p. 327.
75. Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 874.
76. Roudinesco E. Por qué el psicoanálisis? Traducción Virginia Gallo. Buenos Aires : Paidós, 2002, p. 132.
77. Schimidt MB, Figueiredo AC. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento – uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: Couto MCV e Martinez RG. *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ; 2007, p. 125-151.

78. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1487-94.
79. Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.
80. Stake RE. A natureza da avaliação educacional. In: J. Sander (org.) *Introdução à avaliação de programas sociais*. Coletânea de textos traduzidos pelo Instituto Fonte, 2003.
81. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, fev, 2007, 23(2):331-340.
82. Tanaka OY e Melo C. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.
83. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003, p. 49-61.
84. Tenório F et al. Apresentação: A importância da estratégia dos dispositivos de recepção. In: *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000, n° 1, Vol. VI, p. 7-14.
85. Tenório F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. In: *Cadernos IPUB*: n° 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2000, n° 17, Vol. VI p. 79-91.
86. Von Clausewitz, K. *De la guerra*. Buenos Aires, Editora Agebe; 2005, p.302.

87. Wetzel C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [Tese-Doutorado]. Ribeirão Preto (SP), Universidade de São Paulo, 2005.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO I

Roteiro observação

Eixo Triagem/Porta de Entrada

1. Que acontece quando uma pessoa chega ao CAPS procurando atenção?
2. Quem o recebe? É uma pessoa ou várias? Quais suas profissões?
3. São encarregados dessa tarefa?
4. Em que lugar físico isso acontece?
5. Prestam o atendimento na hora ou marcam uma consulta?
6. São atendidos todos os que o requerem?
7. Quais as características do relacionamento?
8. Como funciona isso nos fins-de-semana?
9. No atendimento dessa demanda, qual o objetivo prioritário?
10. É resolvido o destino do paciente num só atendimento?
11. Quais os critérios para uma pessoa ser cadastrada como usuário do CAPS?
12. Quais as possíveis opções de destino de uma pessoa que solicita o serviço?

Eixo Clínica

1. É possível identificar um referencial teórico da clínica praticada?
2. Qual a orientação/objetivo dessa primeira avaliação do paciente? (identificar se é para CAPS ou não, estabelecer diagnóstico, identificar a demanda da pessoa etc.)
3. O PTI é definido nessa primeira avaliação? É definido no primeiro encontro? Ou depois de vários?
4. É construído e pactuado juntamente com o usuário?
5. Em geral, as pessoas atendidas são depois aceitas como pacientes de CAPS? Ou muita demanda é considerada que não é para CAPS?
6. Se fossem mais de uma as pessoas encarregadas dessa primeira avaliação, a participação deles nas decisões é simétrica? Ou tem alguém que se destaca?

7. Os critérios para alguém ser aceito como usuário do CAPS dizem respeito a questões que possam ser consideradas da ordem clínica?
8. São levados em conta recursos da pessoa na hora de tomar as decisões? Familiares, de formação etc.)
9. São levados em conta recursos da comunidade e do território na hora de decidir o tratamento a seguir pelo paciente?
10. A equipe ou o profissional que recebe a pessoa, em caso de ser aceita como paciente do CAPS, acaba sendo a equipe/profissional de referência?

Eixo Território/Rede

1. Dos pacientes recebidos por primeira vez, qual a relação estimativa entre demanda espontânea e encaminhamentos de outras unidades de saúde?
2. O CAPS tem vínculo freqüente com a Unidade Básica do seu território?
3. O CAPS faz Apoio matricial?
4. O CAPS tem pareceria com recursos no território? Quais da área saúde? Quais de outras áreas?
5. O CAPS desenvolve tarefas no território?
6. Quais os profissionais encarregados dessas tarefas?

9.2 ANEXO II

Grade narrativas.

	Alguns pensam que...	Outros que...	Todos pensam que...
Porta aberta	<p>O CAPS tem que ser porta aberta e atender na hora. A excessiva demanda e a necessidade de dar resposta na hora geram que, muitas vezes, a resposta seja a internação.</p> <p>Querem dar conta de tudo, às vezes, quando não conseguem, sentem frustração.</p>	<p>Não dá para ser porta aberta, marcam triagem. Corre-se risco de virar Pronto-Socorro. Atender a maior quantidade no menor tempo possível é contraditório com o CAPS.</p> <p>A satisfação da demanda é um processo, nem sempre precisa de resposta na hora. É necessário que o sujeito estabeleça relações para poder escutar sua demanda.</p>	<p>Acolher sujeitos em sofrimento psíquico depende diretamente do tipo de relação trab-usu. O trabalho de urgência é sempre difícil.</p> <p>Principalmente quando o paciente não é conhecido pela equipe e tem que ficar no leito. É necessário ampliar os recursos humanos e criar mais CAPS.</p> <p>Todas essas dificuldades geram sofrimento em todos.</p>
Reabilitação Atensão à crise	<p>Prioriza-se o trabalho de reabilitação, mas a atenção da demanda na hora faz com que a atenção a pacientes fique restrita aos momentos de crise, não conseguindo chegar ao trabalho de reabilitação.</p>	<p>A partir do momento em que se acompanha de perto a entrada do paciente é que começa a fluir a demanda, e a partir dessa escuta que sai o Projeto Terapêutico. Clínica flexível, incompatível com a atenção da demanda na hora.</p>	<p>O acolhimento é o que se dá no CAPS, pelo profissional responsável. A reabilitação seria o trabalho que se faz fora do CAPS com o paciente.</p> <p>Muitos encaminhamentos das UBS não são casos para CAPS.</p>

		Em função dos recursos disponíveis, embora se priorize o trabalho dentro do CAPS, nem sempre se consegue fazer reabilitação.	Nem todos praticam Apoio Matricial.
Rede Território	Os poucos que concordam com a portaria pensam que é necessário melhorar as parcerias no território com instituições dentro e fora de área da saúde. Ao ser uma proposta, mais do que um serviço, substitutiva, se o CAPS se torna um local fechado, acaba a criatividade, a articulação e o poder de negociação com os demais pontos da rede, que é o que faz dele substitutivo, capaz de trabalhar tanto a crise, quanto a reabilitação.	Dos que não concordam com a portaria, alguns colocaram a necessidade de CAPS I e II; outros, ante a impossibilidade de encomendar parte da tarefa às UBS por sua própria demanda, colocam como necessária a criação de ambulatórios de SM.	A grande maioria acha que a portaria que ordena o CAPS ser o articulador de rede de saúde mental deve ser rediscutida.