

EMMANUELA MENDES AMORIM

**(INTER)RELAÇÕES ENTRE SAÚDE DA FAMÍLIA E CAPS:
A perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de
transtorno mental em Campinas-SP**

CAMPINAS

Unicamp

2008

EMMANUELA MENDES AMORIM

**(INTER)RELAÇÕES ENTRE SAÚDE DA FAMÍLIA E CAPS:
A perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de
transtorno mental em Campinas-SP**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva,
área de concentração Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Solange L'Abbate

CAMPINAS

Unicamp

2008

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

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

Am68i	<p>Amorim, Emmanuella Mendes (Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas - SP / Emmanuella Mendes Amorim. Campinas, SP: [s.n.], 2008.</p> <p>Orientador: Solange L'Abbate Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Saúde mental. 2. Atenção básica. I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

Título em inglês: Interrelationship between the strategy of the family health and the Center of Attention Psychosocial – CAPS care in a subject with mental disorders in Campinas – SP

Keywords: • Mental health
• Basic health

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Profa. Dra. Solange L'Abbate

Profa. Dra. Cristina Amélia Luzio

Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correa

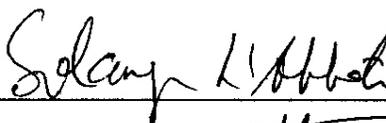
Data da defesa: 26 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

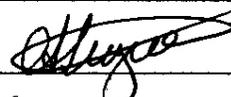
Orientador: Prof.^(a) Dr.^(a). Solange L'Abbate

Membros:

Profa. Dra. Solange L'Abbate



Profa. Dra. Cristina Amélia Luzio



Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correia



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

Data: 26/02/08

Dedico esse trabalho ao
Félix, minha *Felicidade!*,
que esteve ao meu lado nos
diferentes momentos desse exercício mirabolante de
crescer/escrever devaneios/sonhos/realidades de um
mundo que permita a circulação de
diferentes formas de subjetiv(ações)

AGRADECIMENTOS

Para os trabalhadores e usuários do CAPSIII Esperança e dos Serviços de Residências Terapêuticas ligadas ao Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira, do CAPSIII Novo Tempo e do Centro de Saúde DICIII, que me acolheram com todo cuidado, carinho e responsabilidade, em especial Telma Palmieri, Ana Paula, Eduardo Bueno e Rosana Garcia.

Para “mainha”, pelo apoio dado à minha formação, porque dela nasceu o amor pelo ensino. Meu muito obrigada pelo esforço em oferecer aos filhos todas as oportunidades para o nosso desenvolvimento: uma grande mãe e guerreira.

Para meu pai (*in memoriam*), que certamente é uma das pessoas que me levou a trilhar os passos da psicologia, pelo seu jeito fora do normal de conduzir a vida.

Para meu irmão Leandro, sempre me apoiando em meus caminhos e que agora traz consigo Renata e Ceci. Ah, como eu amo Ceci, pequenina flor que desabrocha a cada dia, exalando tanta beleza e alegria que supera qualquer distância.

Para minha querida Tia Lúcia, sempre me apoiando em todos os momentos de minha vida. É só fechar os olhos que consigo vê-la ao meu lado.

Para minha “voinha”, Theresinha, e “voinho” Arlindo, pessoas tão maravilhosas que nem consigo expressar em palavras o quanto são a minha felicidade!

Aos meus tios e tias, que são a extensão de minha família e do meu lar. Tia Conceição, Tio Álvaro, Marília e Hugo, Prazeres, Marcos, Deda, Mano; Carlota, Alda, Janaina, Lucas, Célia Pinto.

Para a família que Félix trouxe consigo: Seu Félix, que tem mil e uma habilidades, Amanda (essa não teria um nome melhor para representá-la!), Anita (sempre desbravadora de si mesma e de seu contexto), Socorro, que é uma guerreira.

Para Dra Solange L'Abbate, que tive o imenso prazer conhecer e de compartilhar essa aventura de minha formação enquanto pessoa-profissional. Meu muitíssimo obrigada pela confiança, carinho e dedicação.

Para o professor Dr Carlos Roberto Silveira Corrêa (carinhosamente chamado de Calucho), que muito me ajudou com as estratégias (ou malabarismos) metodológicas.

Para os professores Dra Rosana Onocko Campos, que ofereceu sugestões pertinentes na qualificação dessa pesquisa e me acolheu em seu grupo de pesquisa sobre avaliação dos CAPS de Campinas.

Para a professora Dra Cristina Amélia Luzio, tão comprometida com a construção de um cuidado integral aos portadores de transtornos mentais. Sem dúvida, suas produções da sua tese e de suas observações ajudaram a iluminar essa produção.

Meu muito obrigada a Nayara Lúcia, Cristina Restitutti, Anna Casagrande, cujas conversas foram muito valiosas por serem esclarecedoras sobre o SUS Campinas.

Para Bernadete (*in memoriam*), pelas nossas conversas sobre formas de cuidados não-medicalizantes, não-capitalistas. Obrigada Berna, pois embora tenham sido breves encontros, foram marcantes!

Para os amigos do Grupo de Pesquisa sobre Avaliação dos CAPS de Campinas, coordenado pela Profa Dra Rosana Onocko-Campos, em especial a Ana Luiza, Daniela, Mariana, que me trouxeram tantos esclarecimentos sobre o funcionamento dos CAPS em Campinas.

Para Lilian, tão especial em sua delicadeza e desejo de construção de uma clínica voltada para o cuidado de uma subjetividade que ultrapassa o viés metapsicológico, mas se propõe ao encontro entre pessoas.

Para as queridas Juliana Pacheco e Paulinha Furlan, que sempre me aconchegavam a alma pela amizade logo construída em meus primeiros passos campineiros e durante essa formação. Grandes amigas-irmãs.

Para o amigo Sérgio Vizzaccaro, tão sagaz, cáustico e realista em seus comentários, que sempre me conduziam aos risos.

Dedico essa produção também para os amigos Anderson Martins, pessoa amável e amante dos estudos; Mirela Pessatti, que me fez ver a arquitetura com outros olhos; Ricardo Pena sincero, profissional, amante da vida e de pensamento “certeiro-ligeiro”; Gustavo Nunes e Bruno Mariani, médicos atentos para linguagens de um corpo

atravessado pelo político. Esses, juntos com o professor Sérgio, formam um grupo potente na construção de espaços para produção de novas formas de subjetivação.

Para Núncio Sól (amigo leal, sagaz e realmente iluminado!) e Luciane Pezzato, que compartilharam boas discussões sobre Análise Institucional, sob o olhar pedagógico da grande Solange.

Para Adriana Coser, quem primeiro me falou do Paidéia com brilho nos olhos. Obrigada pelas conversas esclarecedoras sobre o SUS-Campinas, minha linda!

Para Naiza, com quem troquei muitas conversas sobre a formação e a saudade de estar longe da família.

Para a querida Cristiane Spadacio, com quem construí percepções sobre a formação. Com ela naveguei na “Sub-Comissão de Pós-graduação em Saúde Coletiva”, onde visualizei e refleti o quanto é complexo garantir um espaço de formação de pós-graduação no país, nos estados e na Unicamp.

Para os alunos do segundo ano de Medicina, em especial o *grupo 6*, e aos professores do Módulo *Saúde e Sociedade*, que me ajudaram a consolidar o desejo em atuar em docência em uma universidade pública de qualidade.

Para os amigos queridos Nádson, Lâmia, Delba, Eduardo, Cristina, Caliane, Cristiano, Elmer, pelas farras e apoio nos diferentes momentos desse período de formação.

Para os amigos Flávia, Luciana, Adriano e Larissa, sempre acolhedores e dispostos em festejar a vida.

Meu muito obrigada à equipe da Secretaria da Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial a querida Maisa, sempre competente, cuidadosa e dedicada ao tratar dos assuntos dos alunos e professores do departamento.

A meus queridos amigos da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que me deram o maior apoio para que eu chegasse até a Unicamp. Meu muito obrigada para Renata, Líbia, Cláudia, Ana Cláudia, Alessandro, Margarida Cristiana, Andréa, Shirley.

Para os amigos da Associação Pernambucana dos Residentes em Saúde Coletiva-APRESC e CORES, espaços primordiais para meu crescimento no movimento em defesa de um SUS nosso de cada dia. Meu muito obrigada a Liu, Leandro, Jarbas, Aldenize, Aristides, João, Arichele, Fabi, Lívia, Amanda e todos aqueles que circularam(circulam) e compuseram(compõem) esse grupo-sujeito.

Para os queridos professores André e Carlos, do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz; Lavínia e Izabel, da Fafire; Moab e Itamar, da UPE; Lucinda, Rosinha e Alina, queridas professoras da minha graduação, que me ensinaram os primeiros passos rumo à pesquisa científica.

Para os profissionais do CAPSII Livrement e CAPSII Espaço Azul, palcos de minhas primeiras inquietações sobre o “novo” cuidado a portadores de transtornos mentais graves.

Para os trabalhadores do Distrito Sanitário III, da Secretaria de Saúde de Recife, que me mostraram como poderia ser tecida ou esgarçada uma rede em saúde. Como foi produtivo subir e descer ladeiras dos morros de Casa Amarela com os trabalhadores na construção de assistências a moradores de uma periferia recifense. Ações muitas vezes caracterizadas pelo caos da roda-viva que são os serviços de saúde, mas que guarda a potência produtiva e transformadora de agir em defesa da vida.

Para a CAPES, pelo apoio através da concessão de bolsa de estudo, fomentada pelos impostos pagos pelos cidadãos brasileiros. Porém, é importante registrar o mal-estar provocado pelo corte do apoio “auxílio-tese” oferecido aos bolsistas para gastos com os serviços relativos à pesquisa. Assim, a supressão dessa ajuda de custo de pesquisa no meio do processo causou indignação por ter ocorrido no meio de projetos em andamento, sem debates ou esclarecimentos prévios com a comunidade acadêmica. Como gerir essa perda sem prejudicar a gerência da pesquisa, conduzida prioritariamente pelo aluno-pesquisador, que se mantém com essa bolsa de estudo? Espera-se que as pessoas e instituições que se dedicam à produção de conhecimento tenham melhores condições de trabalho para que contribuam ainda mais com o desenvolvimento de sujeitos coletivos.

	Pág.
RESUMO	xxxiii
ABSTRACT	xxxvii
APRESENTAÇÃO	41
AS INTER-RELAÇÕES ENTRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REFORMA SANITÁRIA	53
Campinas e sua história de encontros e desencontros nas políticas de saúde e da saúde mental.....	62
A atualidade da Rede de Saúde Mental de Campinas-SP.....	71
Problematizando a inter-relação entre CAPS e USF.....	74
OBJETIVOS	77
Objetivo geral.....	79
Objetivos específicos.....	79
REFERENCIAIS TEÓRICOS	81
Campo e Núcleo: Apoio Matricial e Equipes de Referência.....	85
Micropolítica do trabalho vivo em ato: alguns conceitos-ferramentas.....	91
Instituições e produção de subjetividades: repercussões no cotidiano de trabalhadores cuidadores de portadores de transtornos mentais.....	95
Contribuições da Análise Institucional.....	97
Instituições e sofrimento.....	101
Problematização.....	106
METODOLOGIA	113

Abordagem quantitativa/qualitativa.....	115
Área de estudo.....	116
Estratégia metodológica para escolha das unidades participantes.....	117
Análise dos Dados da pesquisa de Campo.....	124
NO MEIO DO CAMINHO HAVIA UM ANALISADOR: A SUBNOTIFICAÇÃO DA PRODUÇÃO COMO UM ANALISADOR.....	127
Organização dos CAPS: características gerais.....	130
Dados de Estrutura.....	134
Dados de Produção.....	140
Frustrações metodológicas que conduzem ao analisador “boicotes a registro de produção oficial” dos CAPS.....	145
AS INSTITUIÇÕES E SUAS FORMAS DE INTER-RELAÇÕES.....	161
Particularidades dos serviços participantes dessa pesquisa.....	163
Saúde da Família e CAPS no cuidado a portadores de transtornos mentais.....	182
Inter-relações entre Saúde da Família e CAPS: um emaranhado em articul(ação)?.....	201
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	209
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	217
ANEXOS.....	225

ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIH	Autorizações das Internações Hospitalares
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo
APRESC	Associação Pernambucana de Residentes em Saúde Coletiva
AT	Acompanhantes Terapêuticos ,
CEBs	Comunidades Eclesias de Base
CEVI	Centro de Vivência Infantil)
CID	Código Internacional das Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CORES	Coletivo de Integralidade em Saúde
CRAISA	Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente
CRIAD	Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição
CS DICIII	Centro de Saúde DICIII
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DSIII	Distrito Sanitário III
GTPSI	Grupo de Trabalho e Psicoterapia e Sociologia Institucional
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Serviços de Saúde
LEMC	Laboratório de Medicina para a Comunidade da Unicamp
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
NADEQ	Núcleo de Dependências Químicas

Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
ONGs	Organizações Não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
SADA	Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 Matriz 2X2 com o número de profissionais e produção dos CAPSIII.....	121
Tabela 2 Pagamento de serviços de CAPS em relação aos demais serviços de Alta Complexidade, Campinas, 2004 a 2006.....	134
Tabela 3 Total de profissionais de CAPSIII, em Campinas-SP, agosto a dezembro, 2005.....	135
Tabela 4 Distribuição de profissionais nos CAPSsIII, Campinas-SP, jan – jul, 2006.....	136
Tabela 5 Número de profissionais com o terceiro grau dos CAPS III, janeiro a julho, 2006.....	138
Tabela 6 Número de profissionais com segundo grau dos CAPS III, janeiro a julho, 2006.....	139
Tabela 7 Unidade de procedimentos realizados em 2004.....	141
Tabela 8 Unidade de procedimentos realizados em 2005.....	142
Tabela 9 Unidade de procedimentos realizados em 2006.....	143
Tabela 10 Residências Terapêuticas supervisionada por CAPSIII de Campinas-SP, 2007.....	144
Tabela 11 Número de profissionais por Equipes de Referência para a estratégia de Saúde da Família no CS DICIII, em 2007.....	167
Tabela 12 Número de profissionais com terceiro grau no CS DICIII, em 2007.....	168
Tabela 13 Número de profissionais com nível médio no CS DICIII, em 2007....	168
Tabela 14 Instalações físicas para assistência do CS DICIII, em 2007.....	169

	Pág.
Figura 1 Mapa dos Distritos de Saúde de Campinas-SP.....	73
Figura 2 Característica da estruturação dos CAPS e USF, contextualizando a interrogação sobre a forma de inter-relação entre esses estabelecimentos para o cuidado integral a portadores de transtornos mentais.....	112
Figura 3 Sistema de Informações TABNET da Secretaria de Saúde de Campinas-SP.....	133
Figura 4 Características das formas de relações estabelecidas pelos CAPSIII Novo Tempo e Esperança com os serviços de atenção básica de suas regiões.....	203
Figura 5 Inter-relações entre estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no cuidado integral a portadores de transtornos mentais em Campinas-SP.....	207

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Representação espacial expressando a distância entre os CAPS, considerando-se o número de profissionais e a produção dos CAPSIII.....	121
Gráfico 2 Gráfico do total de profissionais de CAPSIII em Campinas-SP, agosto a dezembro, 2005.....	135
Gráfico 3 Gráfico da distribuição dos profissionais dos CAPSIII, Campinas-SP, janeiro a julho, 2006.....	137
Gráfico 4 Gráfico de dispersão com profissionais de Terceiro Grau dos CAPS III, Campinas-SP, janeiro a julho, 2006.....	138
Gráfico 5 Gráfico de dispersão considerando profissionais com segundo grau dos CAPS III, de Campinas, janeiro a julho, 2006.....	139
Gráfico 6 Gráfico Percentual de procedimento por CAPSIII em 2004.....	141
Gráfico 7 Gráfico do Percentual de procedimento por CAPSIII, em 2005.....	142
Gráfico 8 Gráfico do percentual de procedimento por CAPSIII em 2006.....	143

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Descrição das características dos CAPSs.....	59
Quadro 2 Frentes de ação no cuidado em saúde mental, em Campinas-SP.....	72
Quadro 3 Serviços Substitutivos de Saúde Mental, Campinas-SP.....	73
Quadro 4 Descrições das tecnologias da Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato.....	93
Quadro 5 Questões norteadoras para investigar como se opera a tecnologia do cuidado.....	94
Quadro 6 Descrição da documentação referentes à Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo - APAC-SAI.....	131
Quadro 7 Descrição das modalidades de atendimento dos CAPS.....	132
Quadro 8 Indicadores de Saúde Mental no CS DICIII, 2006.....	170

RESUMO

Esse trabalho buscou analisar a inter-relação entre a estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no cuidado a sujeitos com transtornos mentais em Campinas-SP. Teve como objetivos específicos: caracterizar o sistema de saúde mental de Campinas-SP, no que se refere à estrutura da rede de assistência (aspectos físicos, organizacionais e recursos humanos) e da população usuária desse serviço; identificar junto aos profissionais desses serviços os sentimentos de medo e angústia, bem como as expectativas e avaliações dos mesmos em relação ao cuidado a portadores de transtornos mentais; e compreender a inter-relação e as estratégias de ação em saúde mental criadas entre profissionais desses serviços. Para tanto, utilizaram-se as perspectivas teórico-conceituais da Análise Institucional, os conceitos de Núcleo/ Campo e arranjos de apoio matricial/equipes de referência, tecnologias de trabalho e de psicopatologia do trabalho, que orientou na análise dos dados de natureza quantitativa e qualitativa encontrados. Os dados de natureza quantitativa foram provenientes de informações sobre estrutura e produção dos CAPSIII do município, que orientaram, por sua vez, a escolha dos dois serviços participantes dessa pesquisa. Em seguida, procedeu-se à coleta de dados nas unidades participantes (2 CAPS e 1 UBS), onde se realizou observação e entrevistas com os profissionais desses serviços. Os resultados apontam que há dificuldades dos CAPS com as ferramentas de produção desses serviços. Com relação ao cuidado aos portadores de transtornos mentais, em ambos os serviços revelou-se a importância do papel da enfermagem para mediar demandas clínica e/ou psiquiátricas desses sujeitos. Contudo, é apenas por estratégias de ações interdisciplinares que se produz um cuidado integral, quais sejam reuniões de equipe, supervisão e apoio matricial. Esse último é um arranjo que, juntamente com as equipes de referência, ajudam a fazer a inter-relação entre os diferentes profissionais desses serviços que fazem esse cuidado. Percebeu-se que há muito que se avançar no cuidado a portadores de transtornos mentais, porém através de ações interdisciplinares e intersetoriais, que venham a formar uma rede de cuidado, parece ser a estratégia mais indicada para superar esse desafio.

Palavras-Chave: saúde mental, atenção básica, atenção psicossocial.

ABSTRACT

This work sought to examine the interrelationship between the strategy of the Family Health and the Center of Psychosocial Attention - CAPS in the care of subjects with mental disorders in Campinas-SP. It had as specific objectives: to characterize the system of mental health of Campinas-SP, in structure of the network of assistance (physical aspects, organizational and human resources) and in user population of this service; identify with the professionals in service the feelings of fear and anguish, as well as the expectations and evaluations of them about the care of the bearers of mental disorders, and to understand the inter-relationship and the action strategies on mental health that the professionals created between these two services. For this, the outlook is used theoretical and conceptual of Institutional Analysis, the concepts of Core / Field and arrangements to support matrix/ teams of reference, technology working and psychopathology of work, which targeted in the analysis of data and quantitative in nature qualitative found. The data were derived from nature quantitative information on structure and production of CAPSIII the council, which guided, in turn, the choice of two services participants of this research. Then proceeded with the collection of data in the participating units (2 CAPS and 1 UBS), which was held observation and interviews with professionals such services. The results indicate that there are difficulties of CAPS with the tools of production of these services. With respect to care for people with mental disorders in both services proved to be a importance of the role of nursing to mediate demands clinical or psychiatric these subjects. However, it is only by strategies for interdisciplinary activities which produces a full care, which are meetings of staff, supervision and support matrix. The latter is an arrangement which, along with the teams of reference, help make the interrelationship between the different professionals such services that make this care. Percebeu that there is much that is moving in the care bearers of mental disorders, but through interdisciplinary and intersectoral action, which will form a network of care, seems to be the most appropriate strategy to overcome this challenge.

Key-words: mental health, basic health, psychosocial attention

APRESENTAÇÃO

*Quando eu soltar a minha voz
Por favor, entenda
Que palavra por palavra
Eis aqui uma pessoa se entregando (...)*

(Sangrando - Gonzaguinha)

Nas minhas andanças para a construção de meu objeto de pesquisa, entendi que esse é forjado e é atravessado pelas implicações do pesquisador. De onde vinha esse interesse em estudar as instituições que se propõem a cuidar da “loucura”? Levantar a minha trajetória pessoal-profissional é também uma forma de compreender a busca e escolha de instrumentos que me permitam enxergar aquilo que desejo conhecer. Em outras palavras, esse trajeto foi me construindo e delineando os rumos a serem escolhidos e era importante ter consciência desse percurso que marca meu passado-presente-futuro, afetando um “eu que transita em caminhada”.

Tentando achar o fio desse emaranhado de meu trajeto que conduziu a esse objeto de pesquisa, relembro que há tempos me interessei pela “loucura”. Cada vez que lia “O alienista”, de Machado de Assis, mais a loucura me intrigava. Era como se eu e os autores que lia fôssemos capturados por esse fenômeno e suas instituições. E diante desse fenômeno, fui tecendo o enredo de minha caminhada e as escolhas teórico-metodológicas presentes nesse trabalho de pesquisa.

Tanta inquietação diante da “loucura” me levou à Graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), curso em que tive várias experiências curriculares e extracurriculares. Nos primeiros passos no universo da pesquisa científica, já no primeiro semestre do curso, fiz um trabalho, na disciplina, Introdução à Sociologia, abordando a “loucura”. Em seguida me aventurei nos questionamentos sobre o mundo do trabalho e da aposentadoria (não-trabalho?) de professores universitários. Também busquei experiências no campo da Psicologia Comunitária, quando atuei intervindo junto a pessoas que faziam parte de um Curso Pré-vestibular para estudantes de escola pública. Participei do Movimento Estudantil e da Empresa Júnior do curso, movimentos que oscilavam entre inovação-instituinte e duro-instituído, ou seja, ora se percebia momentos do nascimento do novo, ora me espantava como o que havia de mais reacionário, mesmo nesses movimentos ditos “revolucionários”.

Assim, o Movimento Empresa Júnior foi construído para suprir alguns desejos dos alunos de terem contato com a realidade da atuação profissional, mas que não queriam esperar até o último ano de faculdade para ter acesso a essa prática. Nós queríamos aprender a estruturar e atuar em projetos na área de Psicologia, com o apoio de professores-tutores. Porém, no decorrer desse processo, parecia que condução do movimento do grupo muitas vezes ficava subjugado à lógica de mercado, pois não se contratavam os serviços oferecidos. De um lado, alguns projetos não podiam ser executados porque as comunidades ou nós mesmos não tinham condições de custear nossas ações e, por outro lado, alguns membros do grupo se orientavam por uma lógica mais ligada ao mercado capitalista.

No caso do Movimento Estudantil, no Diretório Acadêmico, havia colegas que estavam tão presos a regras, que acabavam questionando as ações novas (instituintes) que se apresentavam para desburocratizar os processos internos à organização estudantil. Algumas vezes, o próprio movimento estudantil encontrava-se bastante impregnado pela concepção político-partidária, que inviabilizavam ações mais criativas, uma vez que antes dessas havia algum interesse eleitoral oculto. Em muitos momentos, pensava naquela reflexão que diz que “nada é mais reacionário que a esquerda no poder”... Será que as análises das macroestruturas dão conta de explicar todos esses fenômenos do contexto social e institucional?

Continuei a caminhada e fui estagiar em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que me parecia uma estrutura mais adequadas por se mostrar menos burocratizada no cuidado a doentes mentais - pessoas tão peculiares em suas expressões de existir, em sofrimento, em alegrias e em construção-reconstrução de suas formas de ser-estar no mundo. “*Eles passarão, eu passarinho...*”, já dizia o poeta, e “*passarinharam*” na minha formação o CAPSII Livremente e o CAPSII Espaço Azul, ambas instituições substitutivas de hospitais psiquiátricos em Recife-PE.

O contato com essa instituição me causou ainda mais inquietações, sobretudo porque a clínica para esses doentes mentais era algo desafiador e necessitava de uma abordagem terapêutica que fosse além do tradicional “divã do analista”. Ou seja, diante da psicose e neurose grave era preciso uma clínica ampliada, que questionasse a sociedade no seu modo de lidar com a “loucura”.

Todos esses questionamentos, por sua vez, não se passavam apenas na minha cabeça-coração, porém configuravam o Movimento de Reforma Psiquiátrica, preconizando um cuidado a esses doentes que deveria extrapolar os muros do hospital psiquiátrico, mas estava na inserção do mesmo no cotidiano da sociedade. Em outras palavras, colocava-se em questão a viabilidade do tal “sujeito moderno”, marcado pela racionalidade e controla(dor) de todas as reações da vida em movimento, pois tal imagem entrava em embate com um humano que se entrega a paixões e cometem atos desvairados. Assim, ao lado do impasse diante dos ideais do sujeito moderno racional, também era colocado em questão o ideal de “sanidade mental” que a sociedade buscava.

Sobre essa denúncia do esfacelamento dos ideais de sujeito moderno, nada mais contundente do que as enunciações de “*Estamira*”, filme protagonizado por uma “louca” que sobrevive às custas dos que a sociedade joga no lixo. Ocorre que essa “devairada” está mais como porta-voz de uma humanidade sustentada por valores descartáveis.

Mas voltando à minha trajetória, senti-me estimulada a buscar outros “itinerários terapêuticos” além daqueles asilares. Procurei então percorrer a tal Rede do Sistema Único de Saúde e percebi que o CAPS é apenas mais uma das instituições que compõem uma trama de serviços de saúde. Cada vez mais me questionava: Como essa rede de serviços trata essas pessoas que, por vezes, tinham surtos psiquiátricos? Como se construía o cuidado a essas pessoas? Como era instituída, de fato e de direito, essa trama de serviços para prestar assistência integral a esses doentes mentais? Diante de tantas lacunas, fui (per)cursar Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e essa formação ressoou ainda mais no meu coração-mente e nas minhas escolhas...

Nessa especialização em serviços de saúde, tive acesso a disciplinas que não conhecia, tais como Epidemiologia, Sistemas de Informações em Saúde e tantas outras, em especial Políticas de Saúde. Foi então que a “mosca da política” pousou *sobre e sob* minha cabeça conduzindo-me à Associação Pernambucana de Residentes em Saúde Coletiva (APRESC) e ao Coletivo de Integralidade em Saúde (CORES). Nesses espaços, conheci muita gente especial, trabalhadora, sonhadora, sagaz, lutadora e dedicadas às ações micropolíticas em suas diferentes versões (ou seriam subversões?!). Havia, nesses movimentos, algo comum que nos unia nos constituindo enquanto sujeito-coletivo: defender a vida, a integralidade e a pluralidade de subjetividades.

Além de participar desses movimentos “instituintes”, também procurei estudar produções que tratassem da temática subjetividade ligada às produções no campo da Saúde Coletiva. Esse conceito era problematizado no campo da Saúde Coletiva? Que subjetividade era referida em produções importantes nessa área de saber e prática? Foi então que descobri algumas produções do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, com a temática da subjetividade é entrelaçada àquela da reflexão e gestão de serviços em saúde. Então, a partir da análise hermenêutica dos livros “*Reforma da Reforma*” (Campos, 1997) e “*Um método para co-gestão de Coletivos*” (Campos, 2000) busquei refletir elementos que me ajudassem a entender o modo como o conceito subjetividade poderia ser abordado nesse campo de saber e prática (Amorim, 2006).

Durante essa formação em Saúde Coletiva estagiei no Distrito Sanitário III (DSIII), localizado em uma região de comunidades carentes e ricas habitando lado a lado, o que era a cara de Recife. Nesse cenário de contrastes, forjavam-se Movimentos Sociais e Culturais da cidade Maurícia que vai da “lama ao caos”, o que não está ligado à destruição, mas representa a efervescência da vida.

No DSIII, um grupo de residentes e eu tivemos a idéia de fazer uma sala de situação agregando os vários dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), reunindo diversos indicadores que eram processados, mas nem sempre refletidos pelos profissionais de saúde responsáveis por recolher os dados do referido sistema.

Ora, ocorre que um dado, em si, não representa nada. Para que ele faça sentido é preciso a análise de seu significado em um determinado contexto de saúde. Ou seja, para que alguns números tenham sentido é necessário agregá-los a um contexto, de modo a significá-los enquanto “indicadores de saúde”, que são “instrumentos” potenciais para a transformações de situações de saúde.

Com tantas idéias e inquietações, propusemos discutir a produção de indicadores a partir de dados gerados no SIAB do DSIII. Construimos então um projeto, apresentamos a proposta de trabalho para a gestão, que subsidiou nossas ações planejadas para atingir o desafio de entender e dar utilidade às práticas exercidas nos serviços de saúde da atenção básica. Assim, com o suporte da gestão distrital, percorremos vários serviços

para saber como as fichas desse sistema eram preenchidas, digitadas, processadas e entender o que tais informações representavam para os serviços. Com relação a esse último ponto, estava instituído no SUS que tais números representavam o financiamento do Piso da Atenção Básica, entretanto queríamos entender como os profissionais “da ponta” utilizavam aqueles dados que apontavam para o perfil dos usuários adscritos em seu território de ação.

Lembro-me do dia da apresentação desses dados na reunião distrital: Alguns profissionais falavam que aqueles números “*não representavam a realidade dos atendimentos que eles faziam!*”. Pensávamos - “Mas eles tinham preenchido aquelas informações!?”. Será que houve erro na digitação ou não foram preenchidos corretamente ou sequer foram preenchidos? Será que o preenchimento daquelas fichas era importante? Tinham algum significado para aqueles trabalhadores? Trariam benefícios para o trabalho realizado naquele contexto institucional? Ou mesmo, será que aquele instrumento era, de fato, útil para melhorar o processo de trabalho gerando mais cuidado para a população?

Refletimos então, naquela reunião distrital, que aqueles dados representavam uma importante ferramenta, uma vez que eram uma espécie de “retrato” da situação da área que eles eram responsáveis, bem como das ações efetuadas pelos profissionais daqueles serviços de saúde (eram um dado de produção daquele grupo de trabalhadores). De um lado, na discussão, alguns profissionais reclamavam que tinham que preencher muitos papéis e ainda realizar vários atendimentos, o que inviabilizava responder a todas as demandas. Por outro lado, expusemos que aqueles indicadores de produção já eram um argumento que apontava para as diversas ações que os profissionais já faziam em suas unidades de saúde. Se não há registro, como eles vão refletir sobre processo de trabalho e o produto das ações que eles fazem? Foi a partir dessa experiência que me inspirei em utilizar os sistemas de informação em Saúde para compor a metodologia dessa pesquisa, o que vai ser melhor esclarecido no decorrer desse trabalho.

Uma outra situação que me estimulou a construir essa investigação foi um episódio ocorrido com uma profissional de uma Unidade de Saúde da Família daquele mesmo distrito. Tratava-se de uma médica que estava sendo “ameaçada” por uma mulher com transtornos mentais, usuária de unidade de saúde. Soube desse caso acompanhando o trabalho de uma técnica responsável por articular as ações da saúde mental do nível central

com o distrito e de seus serviços. Ela me informou que a referida médica não conseguia lidar com a situação e pedira afastamento da unidade, por mais que se explicasse que essa moradora não estava “ameaçando”, mas “atuava” de forma “histriônica” por ter estabelecido uma relação persecutória com essa profissional. Assim, por mais que se argumentasse em torno de outras formas de intervenção, a médica se mostrava irredutível no seu desejo de sair da unidade por conta da “ameaça” sofrida.

Esse episódio, mais uma vez, indica que a “loucura” pareceu envolta no véu da periculosidade e por isso produz impasses que impedem um outro desfecho mais criativo para o caso envolvendo doentes mentais na atenção básica. Assim, questiona-se: O que fazer diante de profissionais da Saúde da Família que não sabem lidar com portadores de transtornos mentais, que também se utilizam dos serviços de Saúde da Família?

Em 2005, decidi ir para outra cidade. Queria experienciar outros lugares para mudar de perspectiva e quem sabe ampliar meu olhar para esse SUS, um sistema tão revolucionário no direito, mas que é um desafio na prática. Embalada pela expressão “*um passo a frente e não se está no mesmo lugar*” (Chico Science e Nação Zumbi), escolhi viver em Campinas-SP, caracterizada por suas inovações de Rede do SUS, tanto na atenção básica quanto na saúde mental. Nessa cidade ainda existia a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), considerada uma das melhores universidades do país. Por fim, somaram-se nesse cadinho que me (trans)forma a curiosidade em aprofundar conhecimentos de Análise Institucional e outras concepções teóricas e metodológicas sobre o fenômeno saúde-doença-intervenção. Estava posto o desafio de trilhar novos caminhos, já tendo na bagagem alguns mapas de outros tempos e lugares.

Ao entrar no mestrado, deparei-me com o desafio de dissertar usando a metodologia científica na área de saúde. Tinha em mente uma pergunta que me guiaria nessa empreitada: “Como ocorre a inter-relação entre Centro de Atenção Psicossocial e a estratégia de Saúde da Família em Campinas-SP?” Ao tentar responder essa questão, teria que organizar uma metodologia que me ajudasse a entrar em contato com os serviços da Rede de Saúde desse município. Como chegar a esse objeto? Que teorias seriam mais úteis? Deveria recorrer a qual método?

Nessa tarefa complexa de escrever um projeto de pesquisa e depois uma dissertação foram importantes as várias inserções e conversas ao longo dessa formação de mestrado. O contato com alunos, professores trabalhadores foi fundamental para estruturar desde o que seria o objeto, passando pela escolha dos referencias teóricos e metodologias, até se chegar a essa produção que ora se apresenta. Em especial, o contato com a pesquisa de avaliação de CAPS de Campinas me proporcionou os primeiros contatos com esses serviços de saúde mental. Também as reuniões de discussões sobre Análise Institucional foram extremamente elucidativas para a compreensão dessa perspectiva de estudo. E em terceiro lugar, a conversa com vários profissionais que trabalham na Rede de Campinas, que lidam com Sistema de Informação em Saúde, aqueles dos CAPSIII participantes dessa pesquisa, do serviço de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e do Centro de Saúde DICIII. Todos foram acolhedores nesse processo de aprendizagem e foram cruciais para a efetivação desse trabalho.

Mesmo assim, a realização desse trabalho foi um grande desafio, pois o mestrado tem um tempo objetivo e a ida ao campo de pesquisa com suas exigências de manejar tempo, definir conceitos, escolher o método mais adequado, desenvolver considerações sobre dados encontrados são ações que exigem um verdadeiro malabarismo. E o tempo parece escorrer das mãos... Mesmo com todas as dificuldades de se adequar ao tempo e de ir em busca de “ferramentas” teórico-metodológicas que pudessem ajudar na compreensão desse objeto melindroso (“inter-relação” de complexos serviços de saúde) foi possível construir esse trabalho que ora se apresenta. Além disso, é importante acrescentar que o mesmo não se esgota em si, mas é apenas uma “porta” para outras produções. Afinal produzir ciência é participar de uma rede de construção de conhecimento em prol da sociedade, por isso vale a ousadia. Dito isto, apresenta-se, a seguir, a estrutura dessa dissertação.

Qual a relação de serviços como CAPS e USF no cuidado a portadores de transtornos mentais? Por que Campinas? Qual a especificidade dessa cidade no cenário nacional quanto às políticas de atenção à saúde na rede de USFs e CAPS? Essas foram então as principais questões que nortearam esse trabalho e as ponderações sobre as mesmas são apresentadas na **introdução**.

Após essa contextualização, serão apresentados os **objetivos** gerais e específicos, espécie de alvos a serem alcançados.

Em seguida, serão expostos os **referenciais teóricos** que trouxeram conceitos que ajudaram a compreender o objeto pesquisado. Nesse ponto, refletiu-se quais as produções acadêmicas que poderiam ajudar desde a concepção do objeto, passando pela sua estruturação em objetivos de pesquisa e “conceitos-ferramentas” que seriam úteis, até chegar no método de coleta e análise dos dados.

Entre esses conceitos que operaram na reflexão dessa dissertação estão aqueles presentes na produção de Campos (1999, 2000, 2003), que constituem o Método da Roda ou Paidéia, trazem elementos elucidativos para o objeto desse trabalho: a dinâmica do Núcleo e Campo de um saber e a concepção sobre o matriciamento em saúde.

Em segundo lugar, para pensar processo de trabalho, as formulações sobre tecnologias leve, leve-dura, dura de Merhy (1997) também se mostraram pertinentes, uma vez que o uso ou não de certas “ferramentas” no processo de trabalho está associada à forma como o trabalhador significa sua relação com o trabalho, que pode ser alienado ou produtor de formas de subjetivação criativas frente aos desafios impostos à assistência e gestão dos serviços de saúde.

Entende-se que esses dois autores possuem suas especificidades teórico-conceituais, porém ambos apresentam um elemento em comum: apontam para a importância da subjetividade do trabalhador em saúde como “peça-chave” para a mudança do cenário alienado das instituições em saúde.

Em terceiro lugar, como o profissional de saúde é considerado um dos elementos cruciais no processo de cuidado, torna-se importante refletir que esse, em seu ofício, sente prazer e sofrimento e isso afeta as instituições em saúde, que não demonstram sentimentos, mas também são atravessadas pela subjetividade produzidas pelo convívio entre as pessoas que as compõem. Para abordar sofrimento nesses estabelecimentos, buscaram-se conceitos que tratam esse fenômeno no contexto das instituições (Käes, 1991) e o sofrimento atrelado à psicopatologia no trabalho a partir da perspectiva de Dejours (1987).

Por fim, expressa-se que todos esses elementos conceituais ocuparam a “caixa de ferramentas” para refletir a relação entre CAPS e Saúde da Família e para tanto foi útil refletir esse contexto à luz da Análise institucional. Essa foi então agregada a categorias analíticas da Reforma Psiquiátrica, ou seja a compreensão das instituições, a partir do movimento dialético construído pelo instituinte, instituído e institucionalização, ganhou reforço das categorias clássicas da relação contrato-tutela; cura-co-responsabilidade individual e coletiva.

A primeira contribuição da Análise Institucional foi a compreensão das implicações do pesquisador como sendo crucial em suas produções sejam acadêmica, seja no trabalho com grupos. Dessa forma, era importante fazer esse resgate dos percursos da pesquisadora que se propunha a empreender essa pesquisa, que ora se apresenta, pois a mesma contém elementos instituintes, em embate com elementos instituídos da dinâmica das instituições que se propôs a analisar. Ou seja, ser afetada pelo tema da “loucura”, percorrer um trajeto de formação que vai da Psicologia à Saúde Coletiva, buscar algumas “ferramentas” conceituais e não outras, também diz respeito a uma concepção de sujeito, que nesse caso é atravessado pelas instituições – a família, a “loucura”, a idéia de “cientificidade”. Esses atravessamentos também ocorrem nas organizações de saúde, pois os profissionais também estão atravessados por essa dialética institucional que afeta os processos de trabalho e produzem determinadas ações em saúde.

Em seguida será exposta a **metodologia**, que definiu as estratégias de coleta de dados, para conhecer a estrutura e a produção dos CAPSIII de Campinas-SP, a fim de selecionar aquelas unidades que iriam participar da segunda parte do estudo (observação e entrevistas). Nesse caso, optou-se por obter dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que é alimentado pelas Autorizações de Procedimento de Alto Custo (APAC), instrumento de registro de procedimentos realizados nessas instituições, que fazem um cuidado especializado. Tal ferramenta, por sua vez, acaba trazendo informações que justificam a internação, por exemplo, nela há dados sobre o paciente, o cuidador, o tipo de cuidado (de alta, média ou baixa complexidade), o que se relaciona ao projeto terapêutico do usuário (participação de atendimentos individuais, grupos, quantas vezes precisa ir ao CAPS). Como essa ferramenta já me parecia um instrumento útil para traçar o perfil da

unidade (usuários, formas de cuidado mais presente etc), resolvi utilizá-la. Mas o encontro com a realidade trouxe outras surpresas: descobri que a produção desses serviços não estava sendo registrada. Por que isso acontecia? O que isso representava? O que era elemento de escolha das instituições participantes, tornou-se um elemento de reflexão: um analisador? Esse aspecto é então o foco do Capítulo 5 desse trabalho.

O Capítulo 6 traz a reflexão sobre as organizações de saúde participantes dessa pesquisa – dois CAPS, uma Unidade de Saúde da Família, sua relação com a Rede de Saúde, os elementos que formam o contato (ou não) com essa rede, ligando (ou não) a ação de trabalhadores de CAPS e Unidades de Saúde da Família no cuidado ao portador de transtorno mental e, por último, algumas reflexões sobre o trabalho de cuidado a essas pessoas peculiares.

Dito tudo isso, espera-se que esse trabalho ajude na reflexão sobre a construção de uma inter-relação entre CAPS e estratégia de Saúde da Família na prestação de um cuidado integral a portadores de transtornos mentais, cuja principal “ferramenta” é a relação entre trabalhador em saúde e ente-em-cuidado.

Por todas essas considerações, é evidente a minha implicação de ordem afetiva, existencial e profissional (Barbier, 1985) com a temática dessa dissertação, contexto que será melhor explicado adiante, no decorrer da tecitura (trama de fios-conceitos que se cruzam desse trabalho) e tessitura (conotação de uma “cantar” que deixa transbordar as implicações que atravessam o objeto) do cuidado a portadores de transtornos mentais construído (ou não) entre trabalhadores da estratégia da Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial em Campinas-SP.

**AS INTER-RELAÇÕES ENTRE A
REFORMA PSIQUIÁTRICA E A
REFORMA SANITÁRIA**

É evidente o impacto dos problemas da saúde mental para o Brasil. Nesse sentido, observa-se uma prevalência de 3% de transtornos mentais severos e de 6% de pessoas dependentes químicos. Além do mais, essas dificuldades acarretam um investimento de 2,4% do orçamento do SUS destinados à Saúde Mental. Esses dados sugerem que os problemas relacionados à Saúde Mental são significativos para a Saúde Coletiva (Onocko-Campos e Furtado, 2006).

Nesse cenário é possível se identificar alguns avanços significativos como a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como “Lei Paulo Delgado”, que preconiza o fim dos manicômios, relocando os recursos desse tipo de serviço para aqueles substitutivos aos asilos e regulamentando a internação psiquiátrica compulsória. Também é importante lembrar da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que representou um importante espaço de encontro de diferentes sujeitos que formularam algumas prerrogativas e estratégias de ação para melhoria na assistência a essas pessoas peculiares. Um outro avanço é a Lei n.º 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”. E por último é importante destacar as Portarias 336/06 e 189/02, que atualizam a Portaria 224/92, incorporando os avanços na condução de equipamentos substitutivos – os CAPS.(Brasil, 2002, 2004a; 2004c).

Ao longo desse tempo da institucionalização dos Centros de Atenção Psicossocial no país ocorreram várias conquistas, seja pelos investimentos financeiros voltados para esses serviços, seja porque esses avanços apontam para uma *“relativização do poder (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção à saúde mental”* (Onocko-Campos e Furtado, 2006: 1054).

Pode-se identificar um paralelismo do movimento de Reforma Psiquiátrica com o Movimento de Reforma Sanitária (Onocko-Campos e Furtado, 2006; Nunes *et al*, 2007). No caso desse último, é possível verificar que, após várias lutas políticas e sociais, com a participação de diversos sujeitos sociais, foram produzidas diversas mudanças estruturais na saúde, que culminou com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação com controle social (Brasil, 1990a; 1990b). Nesse novo contexto, o adoecimento passa a ser

caracterizado por uma perspectiva complexa, que ultrapassa o determinismo da doença subjugada a agentes biológicos, mas ganha a dimensão biopsicossocial. É nesse cenário que se constrói a estratégia de Saúde da Família.

Essa mudança de perspectiva que significa a doença para além do biológico também se observa como prerrogativa da Reforma Psiquiátrica, movimento social, que se propõe a construir um modelo substitutivo em Saúde Mental no SUS, que orientou lutas com conquistas legais descritas anteriormente. Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi construído como um equipamento de saúde que vem a substituir os hospitais psiquiátricos, devendo se articular a outros serviços de modo a prestar um cuidado integral aos portadores de transtornos mentais.

A seguir pretende-se refletir sobre alguns aspectos gerais tanto do movimento de Reforma Sanitária, que instaura a Saúde da Família como equipamento norteador da assistência em saúde, e da Reforma Psiquiátrica, que tem o CAPS como importante organização que busca ultrapassar o cuidado asilar a que era submetido os portadores de transtornos mentais.

A estratégia de Saúde da Família foi lançada no início de 1994 (Zcóz e Fenili, 2003) e recebeu primeiramente a denominação de “Programa de Saúde da Família”, mas por representar uma forma de reestruturação que orienta a assistência territorializada e integral em saúde tendo como eixo prioritário de atenção a família, qualifica a “Saúde da Família” como uma “estratégia” que perpassa toda a assistência oferecida pelo SUS. Em outras palavras, a estratégia de Saúde da Família pressupõe serviços integrais, resolutivos, humanizados e descentralizados, visando promover qualidade de vida individuais e coletivas, através de ações de promoção, proteção e recuperação em saúde. Para tanto, é composto de uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em algumas unidades, conta-se com um dentista.

Na estratégia de Saúde da Família, cada equipe de Referência é levada então a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável para que possa reorganizar acompanhamentos territorializados, com ações de referência e contra-referência,

proporcionando a criação de vínculos que facilitam a resolubilidade dos problemas de saúde. Por ser a principal “porta de entrada”, intimamente relacionada com sua população adscrita, teria mais instrumentos para referenciar a outros serviços problemas de saúde que exigissem um cuidado mais especializado.

Nessa mesma época em que acontecem os avanços provocados pela Reforma Sanitária, também são estruturados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para o cuidado àqueles que sofrem de doença mental. Em outras palavras, são

serviços de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004b: 13).

Para tanto, realizam atendimento em regime de atenção diária e são responsáveis por:

1. gerenciar projetos terapêuticos, por meio de cuidado clínico eficiente e personalizado;
2. promover a inserção social do usuário através de ações intersetoriais, que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer;
3. construir estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; (d) organizar a rede de serviços em saúde mental de seu território;
4. oferecer suporte e supervisionar a atenção em saúde mental na Rede Básica de Saúde, estratégia Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
5. regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área de abrangência;
6. coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão a hospitais psiquiátricos que atuem em seu território;
7. manter atualizada a lista de pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

O quadro a seguir expõe como se organizam os Centros de Atenção Psicossocial, que contam com profissionais de nível superior com médico clínico com formação em saúde mental, psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Já os trabalhadores de nível médio, esses podem ser técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Quadro 1- Descrição das características dos CAPSs

Tipo de CAPS	Municípios atendidos	Funcionamento	Atendimento	Equipe técnica mínima	Número de usuários
CAPS I	População entre 20.000 a 70.000	Das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.	Individual; Grupos; Oficinas terapêuticas; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias;	1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior; 4 profissionais de nível médio	20 pacientes por turno, tendo como limite máximo de 30 pacientes/dia.
CAPS II	População entre 70.000 a 200.000	Das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana	Individual; Grupos; Oficinas terapêuticas; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias;	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio	30 pacientes por turno, tendo como limite máximo de 45 pacientes/dia.
CAPS III	População acima 200.000 habitantes	24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana	Individual; Grupos; Oficinas terapêuticas; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias; Acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos; A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias internados em um período de 30 dias.	2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior; 8 profissionais de nível médio Para o acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas , necessita-se de: 3 técnicos/auxiliar de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível médico da área de apoio.	40 pacientes por turno, tendo como limite máximo de 60 pacientes/dia
CAPSi	População de 200.000 habitantes	8 às 18 horas, em dois turnos, durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até 21 horas .	Individual; Grupos; Oficinas terapêuticas; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias; Desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;	1 médico psiquiatra ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio:	15 crianças ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo de 25 pacientes/dia
CAPSad	População superior a 70.000	8 às 18 horas, em dois turnos, durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até 21 horas	Individual; Grupos; Oficinas terapêuticas; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias; Atendimento de desintoxicação – dois a quatro leitos. Supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais; 6 profissionais de nível médio.	25 pacientes por turno, tendo como limite 45 pacientes/dia,

Fonte: Ministério da Saúde-Brasil, 2004.

Com base nessa mudança legal e institucional quanto aos equipamentos de saúde, observam-se que as ações em saúde mental passaram a privilegiar os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, dada a inversão dos investimentos destes em relação àqueles. Tal afirmação pode ser ilustrada pelos seguintes dados: em 1997, existiam no Brasil 176 CAPS, que recebiam 6% dos recursos do SUS, enquanto os hospitais psiquiátricos ficavam com 71 mil leitos e contabilizavam 97% desses recursos. Já em 2004, identificam-se 516 CAPS, que recebiam 20% desses recursos, em comparação com 80% destinados aos hospitais psiquiátricos, que possuíam 55 mil leitos no país (Onocko-Campos e Furtado, 2006).

Entretanto, apesar da criação do CAPS, há muito que se avançar no cuidado a portadores de transtornos mentais, uma vez que há grande preocupação para que não ocorra a “manicomialização” desses novos equipamentos, uma vez que *“a função aglutinadora e organizadora da rede local de saúde mental requerida no CAPS é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional”* (Onocko-Campos e Furtado, 2006: 1054).

Além do mais, as diversas críticas provenientes do Movimento de Reforma Psiquiátrica em relação aos CAPS destacam que se as ações de enfrentamento à “manicomialização” não forem *“guarnecidas de um corpo de categorias para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social sem que os impasses sejam suficientemente identificados e enfrentados”* (Onocko-Campos e Furtado, 2006: 1054).

Quando se expressa o modo como os CAPSs e as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser integrados, recorre-se à construção de um Modelo de Redes de Cuidado, de base territorial e atuação transversal com as demais políticas específicas, voltadas ao acolhimento, com estabelecimento de vínculos desses sujeitos peculiares. Para tanto, as equipes dos CAPSs e das Unidades de Saúde da Família lançam mão de estratégias como noção de território; atenção à saúde em rede intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, que ultrapassem as instituições fechadas, de modo a promover a construção da autonomia possível de usuários e também de seus familiares (Brasil, 2004b).

Entretanto, nas diversas interações entre cuidadores e doentes mentais, ocorrem muitos “ruídos”. Por um lado, um dos problemas que impedem esse encontro para o cuidado é que os trabalhadores de saúde ainda possuem uma formação extremamente tecnicista, o que caracteriza sua intervenção presa a elementos objetivos, ficando do discurso e a interação com o doente renegada a um segundo plano, quando não é que desconsidera completamente. Tal desencontro talvez tenha origem em diferenças sociais e subjetivas, que marcam a relação entre o profissional detentor de um saber curativo e o sujeito adoecido, categorizado como “paciente”, ou seja, inativo em seu processo de melhora.

Em segundo lugar, os próprios agentes de cuidado não interagem entre si para realizar um tratamento pautado na integralidade. Pois bem, se para aqueles que não sofrem de transtornos mentais é complicado se construir ações em conjunto entre diferentes especialidades para o combate a um determinado problema de saúde, para os “loucos” essa interação é um dos maiores desafios da rede de saúde. Isso acontece porque a entrevista ou o exame clínico nesses sujeitos requer um manejo mais cuidadoso, devendo-se investir mais tempo para se tentar criar alguma relação entre a dupla cuidador-doente. Em outras palavras, se já existem “ruídos” na relação cuidador-doente, esses acabam sendo estrondosos quando se trata de “loucos”, que estariam ainda ligados ao irracional, incontrolável e pela idéia de periculosidade (Amarante, 1995,1996).

E ainda existe um terceiro elemento nesse processo de cuidado que seria a falta de uma Rede de Cuidado articulada entre especialistas em saúde mental e profissionais da atenção básica, para que se possa construir um projeto terapêutico específico para o usuário, sendo importante não apenas o cuidado das demandas da doença psiquiátrica, mas também daqueles outros cuidados que o mesmo necessita no que se refere à prevenção, assistência e promoção de saúde.

Por último, após essa visão geral sobre o contexto da saúde mental no SUS, torna-se crucial apontar que cada local (estados e municípios) pode assumir diferentes *modelagens*¹ (Braga Campos, 2000) ou configurar *arranjos* (Campos, 1999) específicos em virtude de suas diferenças sociais e políticas.

No caso dessa pesquisa, buscar-se-á entender as especificidades de um município em particular – Campinas-SP, cuja escolha se deu por considerá-lo pioneiro na gestão de sua rede de saúde e na organização do seu sistema de saúde mental. Para abordar tal contexto, foram importantes as produções de Braga Campos (2000), Luzio (2003), Luzio e L'Abbate (2006), dentre outras expostas a seguir.

Campinas e sua história de encontros e desencontros nas políticas de saúde e da saúde mental

Na história de Campinas há um entrecruzamento entre a atenção básica e a saúde mental. Segundo Luzio (2003), na **década de 1970**, houve uma intensa migração para cidades de São Paulo, estado brasileiro onde havia grande concentração de capital. Esse intenso fluxo migratório foi acompanhado pelo surgimento das primeiras favelas, levando ao aumento da região de periferia da cidade e trazendo seus problemas de saúde-doença-intervenção. Nesse contexto, eram insuficientes os serviços de rede básica e não existiam hospitais públicos para atender essa demanda. É então que o Prefeito do MDB, Francisco Amaral, eleito em 1977, cria os Centros de Saúde Municipais, dentro da perspectiva da Medicina Comunitária (modelo preventivo-comunitário). (L'Abbate, 1990). Além desse movimento da gestão pública, também havia a ação de movimentos populares como a Associação dos amigos do Bairro, Assembléia do Povo, organizados pelas Comunidades Eclesias de Base (CEBs), e ações organizadas pelo Laboratório de Medicina para a Comunidade da Unicamp (LEMC), que contribui trazendo produções científicas que fossem aplicadas na área social e na formação dos profissionais que participavam desse

¹Braga Campos (2000) explica que “Modelagem” é um desenho que formata uma determinada experiência, ou seja, é um determinado modo de fazer saúde, em determinado local. Em outras palavras, mesmo havendo um determinado “Modelo” o qual se deve seguir, há peculiaridades na história de caracterização de serviços em saúde, que é influenciada pelo tempo histórico, em que participam diversos protagonistas singulares.

contexto político municipal. Assim, em 1978, observa-se que a Rede de Saúde campineira possuía então 16 postos de saúde e contava com um ambulatório municipal de saúde mental, com equipes formada por psicólogo, assistente social e psiquiatra (L'Abbate, 1990; Braga Campos, 2000; Luzio, 2003).

Na **década de 1980**, a área de saúde da cidade conta com um processo de integração e hierarquização tanto de nível local - Pró-Assistência I, como também de programas de reorganização provenientes do governo federal – Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982 e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) (L'Abbate, 1990). Por outro lado, também se observam diversos movimentos tentando integrar a assistência em saúde mental ao sistema de saúde, num movimento que ocorresse de forma progressiva, mas que implicava em vários embates entre várias instituições (Braga Campos, 2000; Luzio, 2003).

Em maio de 1989, ocorre **I Seminário de Saúde Mental** (Braga Campos, 2000), com a participação de profissionais de gestores municipais de Campinas, mas que apenas reafirmou o posicionamento técnico-político a ser adotado pela nova gestão eleita, que tomou posse nesse mesmo ano, e reformulou a gestão dos serviços de saúde a partir de prerrogativas pautados no “Modelo de Saúde em Defesa da Vida”. Em outras palavras, tal modelo busca fomentar uma reforma profunda das instituições de saúde objetivando

alterar o relacionamento entre agentes produtores e a população dependente de serviços de saúde, procurando criar arranjos organizacionais com novos padrões de compromisso e a nova definição de campos de competências e de responsabilidade para os profissionais de saúde (Campos, 1997: 253)

Ainda com relação a esse seminário, é importante destacar que Luzio (2003) expõe que esse fórum reafirmava algumas concepções do modelo de atenção a saúde mental instituído, que entrou em disputa com aquele instituinte que se buscava implementar. Esse embate de forças, por sua vez, gerou vários conflitos entre os diversos sujeitos que participaram desse fórum, que possivelmente tomou outros contextos políticos-institucionais na história dos serviços de saúde da cidade.

A **década de 1990** é então marcada por uma gestão da saúde influenciada por preceitos da Reforma Sanitária. A secretária de saúde o médico sanitarista e professor da Unicamp, Dr. Gastão Wagner de Souza Campos. Esse busca garantir o acesso universal da população aos serviços de saúde, compromete sua gestão com a participação popular e busca transformar os Centros de Saúde como a “porta de entrada” dos Serviços de Saúde. Assim extingue os Pronto Atendimentos ambulatoriais e os atendimentos de urgências deveriam ocorrer no Hospital Municipal.

Nesse cenário, a saúde mental, inspirada na psiquiatria democrática italiana, busca “*romper com o modelo preventivo-comunitário*” (Luzio, 2003: 91) uma vez que, ao hierarquizar as ações em saúde em níveis diferenciados (primário, secundário e terciário), acaba assumindo uma postura mecanicista, que despreza a complexidade dos jogos de poder, as concepções sociais e subjetivas que permeiam a gestão do processo saúde-doença-intervenção.

Nesse contexto, politicamente no município buscava-se privilegiar o centro de saúde como a principal instituição da assistência em saúde, estando a saúde mental aí incluída nesse contexto. Assim sendo, buscou-se extinguir os ambulatorios de saúde mental, descentralizando esse tipo de cuidado para ser realizado na rede de atenção básica. Para dar sustentação a essas reformas de embate com a ordem vigente, adotou-se a estratégia de descentralização da gestão de serviços, da supervisão, bem como do planejamento e execução das ações em saúde (Luzio, 2003).

Foram realizadas então reformas nos serviços de saúde para garantir a horizontalização dos cargos administrativos e a formação de equipes de supervisão regionais e multidisciplinares. Buscava-se a

capacitação da equipe de saúde e de saúde mental para a atuação em centros de saúde sustentado num saber clínico construído por aportes teórico-técnicos de outros campos de conhecimento, como epidemiologia, saúde pública, saúde mental propriamente dita e educação (Luzio, 2003: 93).

Apostava-se na estruturação de um saber clínico articulado com um saber-fazer gerencial e político, a partir da aproximação entre profissionais e usuários a fim de melhorar as relações entre esses e ampliar as estratégias de intervenção visando um cuidado integral à população adscrita.

Mas como todo movimento de ação, pode provocar uma reação, logo alguns profissionais de saúde, sobretudo os mais antigos, resistentes às mudanças na estruturação dos centros de saúde, negavam-se a acolher os egressos do hospital nos serviços de saúde.

Nessa época, em 1990, também houve outro evento que marca a história do SUS campineiro. Após uma crise financeira, o Sanatório Filantrópico “Dr Cândido Ferreira Ferreira”, que abrigava, na época, cerca de 131 pacientes, a maioria com mais de uma década de internação, busca ajuda financeira do município. Esse ofereceu, contudo um convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde. Tal estratégia resgataria o caráter público de uma instituição filantrópica, aumentaria a oferta e estabeleceria maior controle público em relação às internações. Estava posto então o desafio de superação do modelo asilar (Braga Campos; 2000; Luzio, 2003; Onocko e Amaral, 1997).

A reestruturação dessa organização contou com o suporte do Laboratório de Planejamento e Administração em Serviços de Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Para tanto, buscou-se elementos de Teorias de Administração, Gestão e Planejamento, Análise Institucional, através das quais pudessem ser construídas a missão desse equipamento de saúde mental, seu sistema de planejamento, a produção da capacidade de coordenação, a democratização das relações e constrição de sujeitos coletivos. Com essas ferramentas, pensou-se então em algumas frentes de atuação. Primeiramente, buscou-se revisar diagnósticos, recuperar as histórias de vida e localizar as famílias dos internos, ações baseadas no modelo de atenção psicossocial, que centra as ações terapêuticas no “usuário”, não mais “paciente” típico do modelo asilar. Além disso, modificações institucionais foram propostas de modo a garantir um sistema de gestão e de planejamento participativo, fomentadas por *equipes assistenciais*, de *apoio técnico* e *administrativos*. Esse serviço então foi reformado em suas estruturas físicas e funcionais, sendo reorganizado a partir de três unidades de produção, cada uma formada por equipes de

referência: Unidade de internação, Hospital-dia e Unidade de Reabilitação, Núcleo de Oficinas de Trabalho (Luzio, 2003; Onocko e Amaral, 1997).

Esse período foi marcado por grande efervescência e enfrentamentos diante dos vários desafios de mudanças, sendo possível identificar dois modelos de Saúde Mental – o da rede básica e o da co-gestão, cada um configurando modelos conflitantes que compunham uma “higidez” (Braga Campos, 2000). Assim, de um lado, buscou-se remodelar os serviços de atenção básica para que fossem a porta entrada do sistema de atenção à saúde, inclusive prestando cuidados à saúde mental da população, por meio de estratégias de planejamento local, com equipes protagonistas do seu processo de trabalho, com autonomia para atuar em sua área de referência, que buscasse atrelar o movimento de Reforma Sanitária ao da Reforma Psiquiátrica.

Porém, naquele momento, as mudanças da saúde mental ficaram em um segundo plano, dependendo de transformações no cenário geral da atenção em saúde do município. Também não foi possível se avançar por meio dos trabalhadores de saúde mental, que eram herdeiros de um modelo hospitalar, mas que se encontravam um novo cenário político-institucional. Esses trabalhadores, naquele momento, encontravam-se numa atmosfera de medo e estigma, estando diante do desafio de ter que produzir o novo, mas não conseguiram ultrapassar o modelo instituído (Braga Campos, 2000; Luzio, 2003).

Luzio (2003) pontua que a gestão desse período buscou estratégias com duas frentes de ação. De um lado, tentou envolver e comprometer os profissionais e usuários na implementação das mudanças propostas. Por outro lado, investiu na implementação de uma radical reforma na estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e estruturação dos processos de trabalho na saúde, em que a rede básica era tomado como o centro da rede de atenção a saúde de maneira geral.

Para tanto, provocou essas mudanças articulando-as à redefinição da missão e das estratégias de intervenção dos centros de saúde. Em segundo lugar, promoveu um mecanismo de co-gestão de uma instituição filantrópica “Cândido Ferreira”, que passou a contar com uma administração com a participação de trabalhadores de saúde e com entidades da sociedade civil, de modo a transformar o modelo psiquiátrico asilar.

Assim, nesse ano de 1991, também discutiu-se a implantação de um serviço de referência para os egressos de hospitais, mas que precisavam de cuidados intensivos. Além disso, acreditava-se que o cuidado para aqueles usuários com sintomas agudos de saúde mental deveriam ser cuidados pela rede básica. Foi então que, nesse momento, iniciou-se o processo de discussão e articulação para a implantação de CAPS em Campinas. Mas ainda não seria nessa época que essa ação se concretizaria.

Ainda em 1991, em abril, uma grave crise política resultou no afastamento no afastamento do Prefeito Jacó Bitar do Partido dos Trabalhadores e de alguns secretários que eram seus correligionários. Ainda permaneceram por algum tempo os secretários da saúde (Prof Dr Gastão Wagner de Souza Campos, FCM-Unicamp) da educação (Prof Dr Newton Bryan, FEC-Unicamp), que saíram logo em seguida. Tal cenário adiou então a estruturação dos CAPSs na cidade, causando uma quebra nos processos políticos-institucionais do município na área de saúde. Porém, apesar disso apesar disso, nesse período conseguiu-se estruturar o Centro de Convivência Infantil e o Centro de Referência ao Alcoolismo e à Drogadição (Braga Campos, 2000; Luzio, 2003).

Por fim, é importante ressaltar os avanços dessa gestão na tradição de um município que há tempos investe na atenção básica e especializada em saúde mental. Assim, de 1989 a 1992, as equipes de saúde mental nos Centros de Saúde cresceram de 7 para 19, número que deveria ser de 37 unidades de saúde até o final da gestão, bem como também foi fechado o ambulatório de saúde mental, de gestão estadual, localizado em Campinas (Braga Campos, 2000).

Em **2001**, novamente assume a secretaria de saúde o médico sanitário e professor da Unicamp Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, que procura reorganizar os serviços e ações em saúde a partir de um projeto político e de gestão denominado Método da Roda ou de Co-gestão de Coletivos ou Paidéia.

Naquele momento o município já desenvolvia o cuidado voltado para a população adulta, infantil e feminina, em saúde mental e em saúde bucal. Sua rede de serviços apoio de diagnóstico por imagem e laboratórios, bem como distribuía amplamente medicamentos para a população atendida. Entretanto, vários problemas relacionados à sua incapacidade de absorver a demanda ou atender às necessidades de saúde eram os principais desafios que ainda persistiam nesse cenário político-institucional.

Para ultrapassar tais problemas, são apresentadas as Diretrizes para a Atenção Básica em Saúde do Projeto de Saúde Paidéia (gestão de 2001 a 2004), que buscou implantar o então denominado Programa de Saúde da Família (atualmente o mesmo é tido com uma estratégia, que vai além de um programa), orientado por algumas diretrizes, quais sejam:

1. promoção e prevenção no campo de saúde e fomento para a produção de autonomia das pessoas na comunidade;
2. acolhimento e humanização no atendimento de forma a responder com responsabilidade;
3. atendimento clínico de qualidade, pautado no respeito das especificidades e diferenças;
4. co-gestão da comunidade no planejamento, na execução dos serviços, no acompanhamento e fiscalização das ações desenvolvidas.

Nesse Método de gestão a ênfase não estava no equipamento de saúde em si, mas na **equipe local de referência** às famílias adscritas em um determinado território. No que se refere ao conceito de família, essa é compreendida como um conjunto de pessoas que co-habitam em um mesmo espaço, de modo a potencializar a construção de uma rede ampla de apoio e de solidariedade entre equipes, famílias de outras organizações.

Nessa época, buscava-se uma mudança de arranjos na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde de Campinas. Sobre as estratégias de mudança das instituições de saúde, Campos (1999) considera que essas devem ser fundamentadas através de **dispositivos** ou de composições de **arranjos**. Explica então que dispositivo “*é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo Radica*” (Baremlitt, 1992 *apud* Campos, 1999: 151), correspondendo a estratégias como, por exemplo, oferta de cursos, oficinas de planejamento, discussões de problemas em grupos, que trouxessem espaços para que as pessoas produzam outras formas de produzir cuidado. Entretanto, segundo Campos (1999), tais dispositivos se caracterizam pela sua “transitoriedade”.

Nesse caso, o referido autor entende que uma tática mais potente para modificar as organizações seria através da modificação da estrutura gerencial dos serviços de saúde, através de arranjos, capazes de produzir outras culturas e formas de subjetivação diferentes daquelas tradicionais instituídas, carregadas de alienação e pautadas no corporativismo de classes profissionais. Em outras palavras, o arranjo é uma forma de estruturações de serviços de saúde que potencialmente seria mais duradouro e potente que os dispositivos.

Foram pensados então alguns arranjos de gestão que impulsionassem mudanças nos serviços de saúde, os quais teriam os Centros de Saúde como alvo do processo de reestruturação do sistema de saúde. Para tantos, os mesmos passariam a funcionar por meio de uma lógica de trabalho por atuação de **Equipes Locais de Referência**, com suas *equipes de saúde da família*, e por **Núcleos de Saúde**, que compostos pelas *equipes matriciais*. Tanto uma como a outra equipe formavam **Unidades da Produção**.

A **Unidade de Produção**, por sua vez, caracteriza-se por ter um objetivo de trabalho em comum e possui um poder gerencial próprio, ou seja, é relativamente autônoma para refletir e organizar seu processo de trabalho e os projetos terapêuticos. Tal disposição é alternativa à gestão feita mediante departamentos ou seções, estruturas características das administrações burocráticas. Nesse caso, quando Campos (2000) propõe a gestão por meio dessas unidades de produção, concebe as mesmas como um coletivo organizado, formado por diferentes profissionais e especialistas voltados para alcançar determinada meta (produto ou resultado), seguindo uma mesma direção.

As **Equipes Locais de Referência**, constituídas pelas *equipes ampliadas de saúde da família*, são responsáveis pelo atendimento básico e integral às famílias e, para tanto, utilizam-se de algumas ferramentas de gestão tais como cadastro famílias e informações sobre risco dessas famílias e de pessoas em determinado território. Tais equipes são compostas por médico da família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente de saúde, dentista e em algumas conta-se com pediatra, gineco-obstetrícia e clínicos e enfrentam em seu cotidiano de trabalho inúmeros casos, cada um com sua particularidade e complexidade. Para vencer esses desafios, buscam entender a realidade das pessoas que habitam em sua área de abrangência, de modo a produzir ações individuais e coletivas de saúde, bem como procuram construir um Projeto Terapêutico para indivíduos e grupos

referenciados pelo serviço. Porém, esse grupo de profissionais conta com o Apoio Matricial de especialistas, integrantes dos Núcleos de Saúde Coletiva, presentes nos Centros de Saúde e em outros níveis da Secretaria de Saúde.

Os **Núcleos de Saúde Coletiva**, composto por *equipes de apoio matricial*, podem ser das áreas de Saúde Coletiva, **Saúde Mental** e Reabilitação, sendo estruturadas a partir dos problemas específicos da região e do projeto de descentralização da vigilância em saúde. Existem equipes de apoio em diversos níveis do sistema de saúde, mas também há especialistas que fazem apoio no próprio Centro de Saúde, como é o caso da equipe de profissionais de saúde mental que fazem uma assistência a grupos e indivíduos da comunidade que apresentam demandas para esse tipo de trabalho especializado, bem como dão suporte para que a própria equipe de referência possa elaborar projetos terapêuticos singulares com uma intervenção cada vez mais integral.

É importante acrescentar que essas unidades de produção articulavam-se para desempenhar sua função nos territórios e são geridas por um **Colegiado Gestor**, formado por membros ou representantes das várias equipes locais, buscando racionalizar meios para alcançar determinado fim, bem como democratizar o poder, motivar e desenvolver os participantes de modo a formarem Coletivos Organizados.

Essas unidades de saúde contam com a gerência de um coordenador, mas que não é colocado em um papel de poder dentro da dinâmica do Centro de Saúde. Esse profissional segue diretrizes que definem o papel desse serviço na Rede SUS (política de Estado) e mesmo as características da gestão (política de governo), mas segue a lógica de co-gestão da unidade de saúde, ou seja, conta com fóruns colegiados na unidade para definir as principais resoluções a serem tomadas por toda a equipe multiprofissional.

Considerando-se esse contexto do Modelo Paidéia, profissionais da saúde da rede básica e os da saúde mental passaram a ter suas atividades atreladas a um serviço adscrito em um território. Caberia ao Núcleo de Saúde Mental, matriciar as equipes de saúde da família presentes nesses serviços de modo a (Luzio, 2003):

1. apoiar e acompanhar equipes locais de referência;
2. construir espaços para compartilhar e construir conhecimentos para a formação de um raciocínio generalista e multidisciplinar, o que poderia ser ocorrer através da metodologia da discussão de casos em saúde mental;
3. prestar assistência especializada na perspectiva de uma clínica ampliada exercida em todo território geográfico, histórico, biográfico e subjetivo.

No que se refere aos equipamentos da Rede de Saúde Mental, esses devem atuar de modo articulado com outras organizações de modo a prestar um cuidado integral aos usuários do SUS. Essa articulação será o tema do tópico a seguir.

A atualidade da rede de saúde mental de Campinas-SP

Como se expôs anteriormente, o Modelo Paidéia foi implementado em Campinas-SP de 2001 a 2004 e algumas das concepções desse modelo ainda orientam a gestão atual da Rede Municipal de Saúde (Figueiredo, 2006), porém não com o mesmo respaldo e governabilidade da época de sua implantação, em que vários sujeitos, implicados com a “Defesa da Vida”, empenharam-se na efetivação dessa proposta (Campos, 1999a).

No que se refere a dados atuais que contextualizam os avanços na Rede de Saúde de Campinas-SP, a população desse município passou a contar com 47 Centros de Saúde e 13 módulos de Saúde da Família, instalados em lugares afastados dos Centros de Saúde. Essa Rede de Atenção Básica conta ainda com cerca de 24 profissionais de Saúde Mental e cada equipe de saúde da família ampliada é responsável pelo cuidado de cerca de 1.400 famílias adscritas (Figueiredo, 2006).

A saúde mental é então organizada em frentes de ação que proporcionam o cuidado em saúde em Campinas-SP a partir de três Redes de Cuidados, descritas a seguir:

Quadro 2- Frentes de ação no cuidado em saúde mental, em Campinas-SP.

Frentes de cuidado	Serviços
Rede de atenção psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS de cada Distrito, ● Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias extra-hospitalares), ● Núcleo de Atenção à Crise (NAC), ● Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)
Rede de atenção à infância e adolescência	Pediatras e outros profissionais das Equipes de Referência/Saúde da Família e
	Programas
	<ul style="list-style-type: none"> ● Crescer Antes (redução de gravidez na adolescência), ● Criando Redes de Esperança (assistência às crianças e jovens usuários de drogas e em situação de rua) ● Quebrando o Silêncio (assistência às vítimas de violência doméstica e abuso)
	Equipamentos de referência
	<ul style="list-style-type: none"> ● CRAISA (Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente), ● CEVI (Centro de Vivência Infantil) – CAPSi e ● SADA (Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem);
Rede de atenção à dependência química	<ul style="list-style-type: none"> ● Preferencialmente nos serviços de referência (ambulatório) ● Leitos em hospitais gerais) ● CRIAD (Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição) ● NADEQ-24hs (Núcleo de Dependências Químicas)

Fonte: Figueiredo (2006).

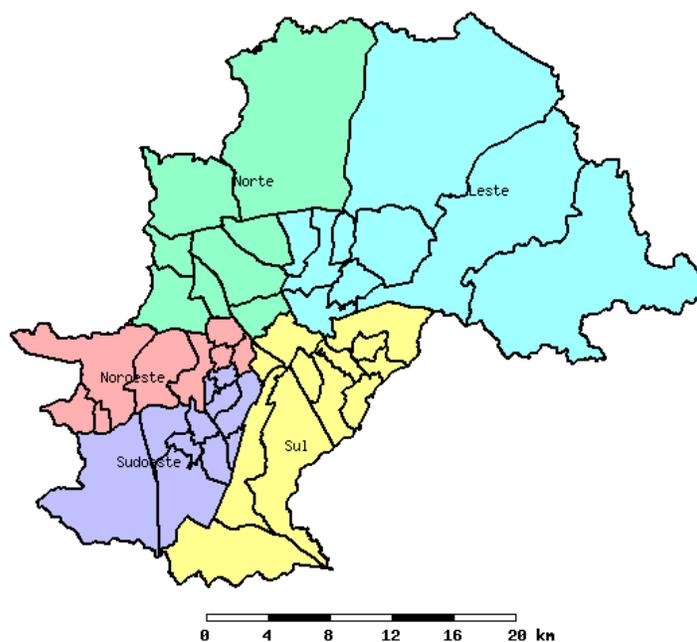
Há também o **Centro de Convivência** que é espaço ligado à saúde mental, aberto para a comunidade, que procura ser território de ampliação das redes sociais e de fortalecimento da autonomia das pessoas. O município conta com três Centros de Convivência organizados nos Distritos Leste, Noroeste e Sudoeste (Figueiredo, 2006).

Com relação aos CAPS, o quadro a seguir aponta quais os serviços que funcionam no município, relacionando-os aos territórios sob sua responsabilidade (adscrição de território) e a forma de gestão de cada um deles.

Quadro 3- Serviços Substitutivos de Saúde Mental, Campinas-SP

REGIÃO	CAPS	GERÊNCIA
Norte	<i>CAPS Estação (24 horas)</i>	Convênio Secretaria de Saúde de Campinas e Serviço de saúde Dr Cândido Ferreira
Leste	Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição CRIAD (CAPS-Ad)	Secretaria de Saúde de Campinas
	<i>CAPS Esperança (24horas)</i>	Convênio Secretaria de Saúde de Campinas e Serviço de saúde Dr Cândido Ferreira
	Centro de Vivencia Infantil (CEVI) (CAPS-i)	Secretaria de Saúde de Campinas
Noroeste	<i>CAPS Integração (24 horas)</i>	Secretaria de Saúde de Campinas
Sudoeste	<i>CAPS Novo Tempo (24 horas)</i>	Secretaria de Saúde de Campinas
	<i>CAPS David Capistrano da Costa Filho (24 horas)</i>	Secretaria de Saúde de Campina
Sul	<i>CAPS Sul (24 horas)</i>	Convênio Secretaria de Saúde de Campinas e Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira

Fonte: Dados obtidos na entrevista rastreadora e em dados da Secretaria de Saúde de Campinas-SP



Fonte: SMS Campinas, 2007.

Figura 1- Mapa dos Distritos de Saúde de Campinas-SP

Por todos esses aspectos, entende-se que um dos grandes investimentos do Método da Roda ou Paidéia está na tentativa de fomentar a construção de espaços que (trans)formem sujeitos alienados em sujeitos que participem no processo de construção coletiva dos diversos espaços no campo da saúde de modo que o processo de cuidado seja construído de forma mais desalienada e integral.

Problematizando a inter-relação entre CAPS e USF

Por fim, após refletir sobre o contexto nacional percebe-se um movimento de imbricamento entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Tal articulação, por sua vez, é muito significativa e particular no caso de Campinas-SP haja vista a trajetória dos movimentos político-institucionais que marcaram esse município ao longo de sua história. Todas essas considerações conduzem, pois, à seguinte problematização: *Como* ocorre a inter-relação entre trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial e a estratégia de Saúde da Família? Essa, por sua vez, ainda pode se desdobrar nos seguintes problemas:

1. Os CAPSs e as unidades de Saúde da Família ultrapassaram a imagem de “periculosidade” e a idéia de “custódia” vinculadas à loucura?
2. É possível construir ações voltadas para os portadores de transtornos mentais pautadas na integralidade, em que atuem conjuntamente CAPSs e as unidades de Saúde da Família? E quais aqueles que poderiam ser construídas?
3. Existe um espaço de troca entre os trabalhadores dos CAPSs e da Saúde da Família para elaborar estratégias de cuidado clínico e psiquiátrico dirigidas a esses sujeitos (projeto terapêutico singular com a interação desses serviços)?
4. Seria possível ajudarem na construção de Redes Sociais? Como esses serviços poderiam potencializar a construção dessas redes?

Todas essas perguntas, no caso desse trabalho, funcionaram como um norte, um horizonte que guiou a construção dessa investigação, apontando para os objetivos dessa pesquisa, uma espécie de alvo que se deseja atingir.

Por outro lado, os objetivos guiaram a estruturação de uma metodologia que pudessem alcançá-los. Ou seja, com os objetivos em mente, buscou-se quais seriam os referenciais teóricos que ajudariam a refletir sobre o objeto dessa pesquisa. Em seguida, era importante escolher quais técnicas se articulavam com esses referenciais teóricos. Elementos que serão expostos a seguir.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a articulação entre estratégia de Saúde da Família (SF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no cuidado a sujeitos com transtornos mentais graves em Campinas-SP.

Objetivos específicos

1. Caracterizar o sistema de atenção à Saúde Mental de Campinas-SP, no que se refere à estrutura da rede de assistência;
2. Compreender a inter-relação e as estratégias de ação em saúde mental utilizadas por profissionais das CAPSs e SF.

REFERENCIAIS TEÓRICOS

*E se eu chorar
E o sal molhar o meu sorriso
Não se espante, cante
Que o teu canto é a minha força
Pra cantar*

(Sangrando: Gonzaguinha)

Ao se escrever essa dissertação, refletiu-se também sobre o modo como a mesma foi escrita. Isso ocorreu porque o ato de escrever reúne todos os elementos que permitem o raciocínio sobre o contexto problematizado, depois transformado em objeto, que possibilita a construção de objetivos-guia a serem analisados através de uma metodologia. Em outras palavras, é como se esta fosse uma moldura colocada em torno do objeto, dando limites entre o desejo e as possibilidades, fazendo destaques de algumas teorias e conceitos que ajudassem na compreensão do fenômeno que ser estudado, fazendo os cortes no tempo e espaço e indicando as técnicas de ida a campo na ação de pesquisar.

Por outro lado, quando se vai ao campo, também a teoria e a metodologia, de forma geral vai ganhando, ou não, potencializada em sua força explicativa em relação ao objeto em foco. Ou seja, no pensamento científico, determinada teoria com seus conceitos é potente para explicar fenômenos? Quais os conceitos que significam o objeto que se deseja investigar? Tais perguntas orientaram a escolha das teorias e conceitos que fossem mais pertinentes para a construção de uma reflexão científica sobre o fenômeno investigado nesse trabalho.

Nesse sentido, compreende-se que a escolha das teorias e conceitos ajudam a elaborar análises sobre um objeto a ser pesquisado, cujo produto vai sendo exposto e modelado pela sociedade (científica e leiga). Ou seja, essa elaboração e transformação do objeto vai fazendo sentido e “ganhando vida” nessa trama de encontro entre pessoas que produzem conhecimento para o benefício dos próprios sujeitos.

No caso desse trabalho, para estudar a inter-relação entre CAPS e estratégia de Saúde da Família em Campinas-SP as elaborações teórico-conceituais de Campos (1997, 2000) e Campos e Domitti (2007) sobre conceitos de **Campo e Núcleo**, bem como aquelas

que dizem respeito a suas formulações sobre **Apoio Matricial e Equipe de Referência** ajudaram a compreender possibilidades de organização das equipes de saúde mais potentes em seu ato de cuidar das pessoas seguindo os princípios do SUS.

Uma outra contribuição importante para pensar a importância da produção de subjetividade nas organizações de saúde é a concepção de **Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato** de Merhy (1997, 2002), que tem no profissional o principal “instrumento” para a assistência, uma vez que seu olhar clínico pode gerar autonomia daqueles envolvidos nos serviços de saúde. Ou seja, mesmo que se necessite tecnologias duras (máquinas para o diagnóstico, por exemplo) ou leve-duras (saberes estruturados como psicanálise, gestão, por exemplo) para o cuidado em saúde, os profissionais dessa área precisam manejar seus conhecimentos para levantamento de diagnóstico e terapêutica que são fornecidos no encontro desse profissional com o doente e seu contexto.

Considerando-se esses aspectos, entende-se que tanto Campos (1999, 2000) e Campos e Domitti (2007), quanto Merhy (1997, 2002) guardam diferenças em suas produções, porém os mesmos também apresentam convergências. É nesses pontos de contato que se pretende tecer um nó para formar uma trama interpretativa para a inter-relação entre os serviços analisados nessa pesquisa.

Entende-se que enquanto os primeiros oferecem concepções que fundamentam um método de co-gestão de coletivos, Merhy (1997, 2002) aponta para a necessidade de se entender as tecnologias de saúde (dura, leve-dura, dura) e como se faz o cuidado, isto é, se o mesmo é um trabalho vivo, com ações baseadas em interações e conhecimentos criativos, ou se é um trabalho morto, subjugado à burocracia das organizações. Mas ambos os autores possuem um ponto em comum – o trabalhador em saúde é um elemento-chave para novas concepções para a assistência e gestão em saúde.

Sob esse ponto vista das intervenções em saúde e de seu agente como central para a produção de organizações autônomas e produtoras de subjetividade, é crucial compreender quando há o sofrimento provocado pelo trabalho em instituições de saúde. Nesse caso, as reflexões de Dejours (1987) e Käs (1991) podem ajudar a entender em que situações ocorrem o sofrimento para esses trabalhadores, que afetam por sua vez as intervenções nas organizações de saúde.

Por fim, o ponto de vista teórico-metodológico da Análise Institucional será apresentado de modo a reunir todos esses elementos para potencializar seu poder elucidativo diante do objeto dessa pesquisa.

Campo e núcleo: apoio matricial e equipes de referência

Campos (1997, 2000, 2003) entende o trabalhador como elemento-chave para as transformações do sistema de saúde, na medida em que sua implicação com o processo de saúde-doença-intervenção se dá por conta da relação de trabalho estabelecida na prestação da assistência. Em outras palavras, o mesmo (sobre)vive daquele ofício, troca sua força de trabalho para ajudar a estabelecer uma situação de saúde, o que torna seu serviço algo inestimável. Quanto vale a saúde? O que ofertar ao agente de cura?

Nesse sentido, o trabalho em saúde possui um **valor de uso**, presente no processo de cura, e também a um **valor de troca**, que justifica a “recompensa” (o salário) àqueles que se empenham nessa prestação de serviço (a ato de cuidar) cujo produto é inestimável para o mercado capitalista. Entretanto, Campos (2000) entende que o trabalho em saúde é diferente de uma produção de bens concretos, pois na prestação de serviço em saúde se busca algo que é extremamente difícil de valorizar – a vida.

Evidente que o referido autor pontua diferenças de posições nesse contexto de saúde-doença-intervenção em relação a outros contextos por causa da relação doente e trabalhador em saúde. De um lado, existem as demandas do doente e do outro há a postura de quem oferece o serviço de cuidar, cada um implicados de formas diferentes no mesmo processo. Assim, de um lado, o profissional de saúde convive com os adoecimentos e sobrevive às custas dessa prestação de trabalho e cotidianamente é bombardeado por diversas informações sobre o cenário das instituições de saúde. Por outro lado, a população em geral não tem a mesma implicação com esse cenário quanto os primeiros. Deseja cessar a dor e a situação de vulnerabilidade.

Há um exemplo recente que ilustra tais diferenças: a mortes por febre amarela anunciadas no início de 2008, em algumas regiões brasileiras. Por mais que as autoridades da saúde pública - especialistas, secretários e até o ministro da saúde - explicassem que não

havia a necessidade de se tomar a vacina contra essa moléstia, a não ser moradores ou visitantes das áreas de riscos (florestas e matas) de algumas regiões brasileiras, houve uma grande corrida a serviços de saúde de moradores de cidades ou áreas em que inexistia risco de adoecimento. Algumas dessas pessoas nem mesmo iriam para áreas de florestas e matas dos estados brasileiros identificados como regiões de risco. Porém, apesar das orientações dos profissionais, houve casos de adoecimentos provocados pela superdosagem da vacina.

Outro segundo ponto que revela esse fenômeno, é que além dessa corrida a postos de vacinação, houve quem exterminasse macacos, seres que podem estar infectados pelo vírus, por parte da população, mesmo após orientações que esses animais não seriam “os vilões” desse processo, pois o homem, incidentalmente, acabou entrando no ciclo silvestre da doença, que atinge primordialmente macacos. Esse exemplo, baseado em uma situação atual (início de 2008) ilustra as diferenças entre implicações de gestores, trabalhadores e usuários de serviços de saúde.

Refletindo sobre esse contexto do trabalho e dos serviços em saúde, Gastão Wagner de Souza Campos produziu o Método da Roda ou Paidéia ou de Co-gestão de Coletivos, que foi colocado em prática em sua gestão na Secretaria de Saúde de Campinas no início de 2001 (Campos, 2003, Moura *et al*, 2003).

Esse método então busca criar **arranjos** que possibilitem a reconstrução de um trabalho, muitas vezes burocratizado, de forma a potencializar espaços para a construção de sujeitos (grupos-sujeitos) singulares. Para tanto, adota três linhas de intervenção (Campos, 2000):

- 1- Estimular a construção de um **conceito novo de trabalho**, que deve ser pensado como atividade produtora de **valor de uso** em que a produção de autonomia dos sujeitos é crucial.
- 2- Apoiar a recomposição operacional dos postos de trabalho pela instituição de políticas sociais que multipliquem as oportunidades concretas desse tipo de trabalho novo, reconhecendo sua legitimidade e remuneração.
- 3- Entender o trabalho como um dos planos essenciais para a constituição de sujeitos, de coletivos e da sociedade.

Assim, se o sujeito se expressa no mundo através de sua obra, o trabalho não está identificado pela sua remuneração (pensamento capitalista), mas é toda e qualquer atividade humana voltada para o atendimento de necessidades sociais (Campos, 2000).

Apoiado em conceitos de Política, Psicanálise, Gestão e Planejamento, Pedagogia, Análise Institucional, o referido autor busca construir um método que favoreça a construção de um sujeito singular, a partir de processos de análise e intervenção no contexto da co-gestão de coletivos.

Além de levar em conta essas matrizes de conhecimento e inspirando-se, sobretudo na dialética hegeliana, o referido autor concebe a constituição da subjetividade através da inter-relação entre três regiões – Particular, Universal e Singular. Tal concepção de Campos (2000), ilustrada pelo esquema a seguir, também remete a influências do conceito de instituição elaborado por René Lourau (Lourau, 1975):

- **Universal** - constituída por forças com relativa transcendência em relação aos sujeitos, configurada pelos planos das necessidades sociais e o das Instituições, que formam o contexto de produção instituídas de um tempo-contexto-lugar.
- **Particular** - produzida por forças provenientes da estrutura biológica, desejos e de interesses do sujeito.
- **Singular** - sínteses entre o sujeito (Particular) e seu contexto (Universal), onde ocorrem a formação de compromisso, estabelecimentos e gestão de contratos e projetos.

Mas voltando a refletir o trabalhador como um elemento importante para construir estratégias em prol de melhorias de saúde das populações, através das transformações nas instituições de saúde, Campos (1999, 2000) discorre sobre os conceitos de *núcleos* e *campos* de saber que afetam a dinâmica dos serviços de saúde.

Existem, pois, várias disciplinas que formam diferentes profissionais da saúde. Campos (1999: 220) aponta que a “*institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e campos*”. Nesse sentido, o autor

parte de uma reflexão sobre os conceitos de *campo* e *corpus* de Bourdieu (1983, 1992, *apud* Campos, 1999) para redefiní-los.

Em linhas gerais, o referido sociólogo francês analisava que as produções científicas são construídas através de um movimento de campo e *corpus* do saber. O *campo* seria um espaço aberto, porém constantemente submetido a conflitos externos e internos provocados pela ação do *corpus*, que representa o movimento de fechamento do conhecimento em disciplinas. Ou seja, este último representa a monopolização do saber e da gestão das práticas, construídas a partir desse conhecimento especializado. Explicando melhor, o conhecimento aberto e geral formam campos de saber como a Filosofia, Política, Religião ou Ciência, os quais são submetidos a um movimento de fechamento em *corpus* de saber (disciplinas), que orientam práticas de controle desses conhecimentos (especialização) ao encargo de aparelhos estatais de controle (Campos, 1999).

Campos (1999; 2000) concorda com o conceito de campo de Bourdieu e ambos se aproximam ao discorrer que a especialização é um movimento necessário e inevitável na construção das identidades sociais - profissões e práticas especializadas. Porém, esses autores se distanciam em alguns pontos das consequências desse fechamento do campo em um saber especializado.

Primeiramente, Campos (1999, 2000) discorda que a concentração de saberes e práticas representaria um rompimento radical com o campo, como seria o movimento do *corpus*. Ao contrário, expõe que essa institucionalização de saberes poderia ocorrer de modo mais flexível.

Em segundo lugar, o autor brasileiro rejeita a compreensão de que a disciplina signifique uma concentração de poder, que leve ao fechamento dos saberes. Sob outro ponto de vista, apresenta o conceito de Núcleo, submetido às instituições de especialização de saber, mas que, por serem socialmente construídas, também podem ser marcadas pela democracia. Ou seja, a formação das disciplinas apontam para “possibilidades” do saber e estão submetidas a um movimento automático de fechamento do campo.

Em resumo, para o autor brasileiro, Núcleo e Campo seriam elementos mutantes, que se influenciam mutuamente, cujos limites entre um e outro são imprecisos. Entretanto, desses dois elementos, o Núcleo representa “*uma aglutinação de saberes e*

práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar” (Campos, 2000: 221). Ilustra tal raciocínio apontando para a imagem de uma pedra lançada a um lago - o Núcleo seria representado pelas ondas, que formam círculos concêntricos, enquanto que o Campo seria o próprio lago, tal qual um contexto que permite a existência dos movimentos do Núcleo. Seriam, pois, dois elementos intimamente relacionados, apesar de terem suas diferenças.

Esses conceitos de Campo e Núcleo se articulam com a estruturação dois arranjos criados por Campos (2000) e realizados em Campinas-SP, como em nível nacional, com o Humaniza-SUS do Ministério da Saúde, em formulações para a Saúde Mental e para a Atenção Básica/Saúde da Família (Campos e Dimitti, 2007). Ambos estão na base das concepções do Método da Roda, cujas ações em saúde são concebidas ancoradas em conhecimentos especializados, mas também que devem ser interdisciplinares, construídos a partir do diálogo entre os vários profissionais que fazem parte dos diferentes serviços de saúde. Nesse caso, a equipe de referência e o apoio matricial podem estar presentes no trabalho de equipes de Saúde da Família, hospitais, centros de referências como os de DSTs/Aids ou CAPS, entre outros serviços (Campos e Domitti, 2007).

Tentando explicar melhor, as ações em saúde podem ser construídas, de um lado, por intervenções especializadas, pautadas em conhecimentos presentes em determinado Núcleo de saber, mas também podem ser organizadas por um trabalho interdisciplinar, construído por uma equipe de referência multidisciplinar. Assim, as ações de caráter mais especializada caracteriza o **apoio matricial**, enquanto que a idéia de **equipe de referência** está respaldada nessa possibilidade de diálogo entre diferentes saberes para a estruturação de ações singulares em saúde para indivíduos, grupos e comunidades. Resumindo, tanto a equipe de referência quanto o apoio matricial são *“arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”* (Campos e Dimitti, 2007: 400).

O apoio matricial é como um elemento “coringa” que ajudaria a construir desde um diagnóstico mais preciso até a elaboração de um projeto terapêutico mais criativo e potente. Por exemplo, imaginando-se um caso de um psicótico que não está em crise e

encontra-se em sua comunidade, seria prudente o mesmo ter as portas abertas do Centro de Saúde para que a equipe de referência desse usuário o acompanhe em suas demandas psiquiátricas (questionando se ele anda tomando a medicação e convivendo bem com a família e a comunidade já é um começo). Por outro lado, deve também investigar as demandas de ordem clínica que o mesmo apresente, ou seja, a Equipe de Referência também precisa se (pre)ocupar com a saúde desse portador de transtorno mental, por exemplo, acompanhando se o mesmo mantém níveis adequados de glicemia e de pressão arterial; como anda seu exame de próstata, por exemplo. Esse cuidado clínico, além do psiquiátrico, por sua vez, também deve estar presente nas equipes dos CAPS.

Essas ações de cada um desses serviços convergem para um olhar mais complexo e integral em relação ao usuário, mas se questiona sobre a articulação entre esses serviços, uma vez que cada um sozinho não pode dar conta da complexidade de um cuidado integral, territorializado, regionalizado; para isso existe uma Rede de Serviços de Saúde e serviços de outras áreas.

Nesse limite entre um e outro, tem-se a figura do **apoiador**, que seria esse “coringa”, que busca, a partir de sua visão especializada tanto em relação a um Núcleo, como o funcionamento da trama dos diferentes equipamentos saúde e sociais que venham a beneficiar um determinado usuário. Ou seja, ele também está atento para tentar “costurar” ações com outros serviços, outros profissionais para a construção de uma ação integral. No caso da saúde mental, sabe-se que existem profissionais especialistas nessa área em várias unidades de Saúde da Família de Campinas-SP e aquelas que não possuem, recebem suporte de profissionais especialistas de outras unidades básicas.

É importante acrescentar ainda que o trabalho do apoio procura romper com a lógica de um especialista externo à organização que é chamado a intervir na resolução de um problema vivido pela equipe. Por outro lado, o apoiador atua em conjunto com a equipe de referência na estruturação de ações de superação de dificuldades vivenciadas pela equipe de referência (Campos, 2000).

O apoio é exercido por trabalhadores responsáveis por (1) subsidiar e acompanhar as equipes locais de referência; (2) compartilhar conhecimentos e contribuir com a formação de um raciocínio generalista e multidisciplinar por intermédio da discussão

de casos em Saúde Mental; e (3) caracterizar a assistência especializada na perspectiva de uma clínica ampliada, balizadas por perspectivas territoriais, históricas, biográficas e subjetivas. Nesse sentido, mais uma vez, entende-se que o trabalho de cuidar seria exercido pelo cuidador, que se relaciona às ações das equipes locais de referência. O papel de um é complementar ao do outro (Campos, 1999). Mas como vem ocorrendo esse tipo de articulação entre apoio e equipe de referência nos serviços de saúde de Campinas-SP?

Micropolítica do trabalho vivo em ato: alguns conceitos-ferramentas

Uma outra forma de olhar o processo de trabalho em saúde é a construção teórica elaborada por Merhy (1997, 2002) a respeito da **Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato**. Esse autor aproxima-se de Campos (2000) quando aposta na importância do trabalhador como elemento crucial na transformação das instituições e do cenário da saúde. Porém, enquanto Campos (2000) investe em processos de transformações de arranjos que buscam reformular a gestão das instituições de saúde, através do Método da Roda, Merhy (1997, 2002) reflete sobre as tecnologias do cuidado, que integram a micropolítica do trabalho vivo em ato. Nesse sentido, interpreta-se que existe uma complementariedade entre as formulações desses autores, pois ambos buscam mudar as instituições em saúde a partir da mudança do processo de trabalho, que ao invés de alienante, ajude na produção de sujeitos autônomos.

Percebe-se que as concepções de Merhy (1997, 2002) são influenciadas pelo materialismo histórico, sobretudo quando aposta em mudanças no contexto das instituições de saúde a partir do olhar sobre o ato de cuidar. Mas também o mesmo apóia suas concepções em reflexões de Deleuze, em parceria com Guattari, abordando os novos “modos de subjetivação” nas sociedades atuais. Assim, para esses pensadores, o Capitalismo vem se reestruturando no processo de alienação, que vai além da forma clássica pensada pelo marxismo, em que o produtor se aliena por não participar do processo de criação/produção de um objeto/produto, mas apenas reproduz atos fragmentados impostos pela produção fabril. Porém, na atualidade, a alienação vai além desse processo de criação de um bem ou produto, pois invadiu e capturou o “desejo” das pessoas.

Não se pretende aqui analisar os detalhes da perspectiva de leuziana, mas sim indicar a influência dessa construção teórica na produção do autor que reflete sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, que integra novas concepções àquelas marxistas.

Assim, para potencializar a produção de subjetividades criativas, o referido autor investe na modificação das relações da micropolítica que é o palco da produção ou reprodução (movimento alienado) do cuidado em saúde, sendo os espaços da relação entre as pessoas (trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, usuário-usuário). Para tanto, aponta-se que o alvo para as transformações do contexto de saúde-doença-intervenção deve ocorrer nessas relações micropolíticas, sobretudo através dos trabalhadores, interpretados como sujeitos “potentes” para o processo de mudança, haja vista sua implicação diferenciada nas relações que marcam o contexto saúde-doença-intervenção, que se dá por meio do trabalho em saúde.

O autor também considera que as produções no campo da saúde e educação são menos propícias a capturas por formas de alienação. Em outras palavras, nesses espaços o trabalho ganha uma dimensão mais “artesanal”, favorecendo o encontro entre as pessoas que interagem no ato de cuidar e educar. É no “entre”, na “dobra”, no encontro que se constrói a subjetividade, que não seria uma entidade existente a priori, mas algo só possível pela relação. Assim, é nesse meio de contato, onde circulam diferentes expectativas, demandas, desejos de diferentes seres e é também nesse espaço relacional que se geram os “estranhamentos”, “ruídos”, encontros e soluções. O “entre” é o palco onde ocorre o embate do ato de cuidado, lugar em que o instituinte entra em disputa com o que é instituído.

No “entre” cuidador-pessoa/em/cuidado podem existir **dois tipos de trabalho**. De um lado, haverá o **trabalho morto** quando a relação entre as pessoas é mediada por estratégias “tradicionais”, que são instituídas e que capturam o processo criativo a reproduções instituídas pela lógica do capital. Por outro lado, é possível construir e investir em uma relação em que as partes envolvidas buscam um diálogo. Nesse caso, mesmo havendo “ruídos”, que identificam diferenças entre os interlocutores, os mesmos não impedem esses sujeitos de construir uma relação do cuidado. Esse segundo cenário marca o que o autor chama de **trabalho vivo em ato**.

Nessas relações “entre” sujeitos individuais e coletivos ocorrem no trabalho em saúde é possível produzir algumas tecnologias que marcam o processo de cuidado. Nesse caso, identificam-se então **três formas de tecnologias**, que serão expostas a seguir:

Quadro 4- Descrições das tecnologias da Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato

Tecnologia	Descrição
Dura (máquinas e ferramentas)	Caracterizam os equipamentos tecnológicos presentes no cuidado tais como máquinas, normas, estruturas organizacionais etc
Leve-dura (saberes estruturados)	Representadas pelos saberes estruturados que fundamentam e operam o cuidado a exemplo da clínica médica, psicanalítica, epidemiologia etc
Leve (relação e modo de agir)	É a tecnologia empregada na relação: acolhimento, vínculo, fomentar a autonomia dos sujeitos, formas de gestão criativas que não ficam presas em parâmetros rígidos.

Fonte: Merhy (1997, 2002)

Conforme o quadro acima, todas essas tecnologias são importantes no ato de cuidar, mas a principal delas é a **tecnologia leve**, pois é na relação que se tem o início do ato de cuidar. Dessa forma, compreender como se efetiva essa tecnologia e a forma como essa se articula com as outras é importante para discernir sobre o modo como se produz o cuidado.

Por meio dessa tecnologia leve é possível construir um **trabalho vivo**, em que não há alienação que caracteriza o trabalho morto. Dessa forma, é possível “*entender a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecno-assistenciais em saúde*” (Merhy et al, 1997: 122).

Quando se analisa o tipo de tecnologia e o modo como essa se processa, não se busca julgar se os equipamentos são bons ou ruins (valor), mas qual a **razão instrumental** que está constituída nesse processo. Deve-se então

perguntar sobre que modelagem de tecnologia de trabalho vivo em ato está operando, como realiza a captura das diferentes dimensões tecnológicas, e qual o lugar que os usuários/necessidades, como intenção, ocupa na rede de relações que a constitui (Merhy *et al*, 1997: 121).

Em resumo, propõe-se interrogar o formato da “tecnologia das relações”, entendendo-a como um “*analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde, que tem a capacidade de expor as ‘falhas’ dos mundos de trabalho em saúde, como o ‘jogo’ dos sentidos e sem sentidos das práticas em saúde*” (Merhy *et al*, 1997a.: 122). Enfim, conhecer, pois, as tecnologias das relações presentes no cuidado e as intencionalidades que estão presentes nessas relações são “ferramentas” para a construção de gestão do cuidado.

Considerando-se essa perspectiva, propõe-se então que se faça a análise do uso da informação em saúde na reflexão do trabalho vivo em ato, como uma estratégia potente, que revela a “rede de formação de compromisso” daqueles envolvidos na ação do cuidado. Assim, propõe a formulação de algumas questões norteadoras, cujas respostas apontariam para alguns significados do modelo de atenção. Essas são apresentadas a seguir:

Quadro 5- Questões norteadoras para investigar como se opera a tecnologia do cuidado

Questão norteadora	Significados das respostas
Como se trabalha?	Revela qualitativamente o modo de operar diariamente a construção de um determinado modelo de atenção.
O que um determinado modo de trabalhar produz?	Indica os produtos e resultados obtidos a partir de um determinado modo de operar.
Para que se trabalha?	Aponta para os interesses que se impõem sobre a organização e configuração dos modelos de atenção. Diz respeito aos compromissos ético-políticos.

Fonte: Merhy *et al* (1997)

No caso do trabalho de cuidado a portador de transtorno mental, como agem os trabalhadores dos CAPS e USFs para processar o cuidado a essas pessoas? Que tecnologias os mesmos utilizam para produzir o cuidado? Utilizam o território e outros equipamentos de saúde? Dialogam entre si? Como constroem essa relação entre esses diferentes serviços e instituições?

Instituições e produção de subjetividades: repercussões no cotidiano de trabalhadores cuidadores de portadores de transtornos mentais

Após as reflexões anteriores, entende-se que o trabalhador em saúde tem um papel crucial na produção de cuidado integral, que pode ser alcançado pela perspectiva interdisciplinar. Entretanto, também é importante considerar que o cuidado a doentes mentais está instaurado no desafio de ultrapassar a “periculosidade” e a concepção de uma assistência “tutelar”, que marca os asilos psiquiátricos. Porém, é necessário prestar uma atenção integral à saúde dessas pessoas, que possuem demandas psiquiátricas, mas também clínicas. Então, refletiu-se que seria necessário entender como o trabalhador de CAPS e da estratégia de Saúde da Família acolhe as variadas demandas dos portadores de transtornos mentais?

Há tempos os chamados “loucos” mobilizam a humanidade, possivelmente porque representar a “des-razão”, que é rejeitada desde a formação da sociedade moderna. Esses “alienados” não fazem parte da parcela da população produtiva socialmente, que domina racionalmente os meios de produção ou mesmo seus corpos, racionalmente dominados por parâmetros “neutralizados cientificamente ou racionalmente” e são então segregados do cotidiano das cidades e levados para os asilos ou manicômios (Foucault, 1989).

Nesse contexto, é interessante refletir sobre a palavra “alienação”, que pode ser usada tanto para representar aqueles que perdem o juízo por conta de uma doença mental, mas também designa o processo pelo qual o trabalhador perde o controle sobre seu processo de criação em relação a um determinado bem ou produto (Moura, 2003).

Esse ponto de convergência leva a pensar que a relação que os profissionais possuem com o seu ofício também pode gerar sofrimentos de ordem psíquica. O que se dirá então dos “alienistas”? Como representar o ofício daqueles que cuidam dos “loucos”? Se pelo ponto de vista marxista o trabalhador das sociedades capitalistas não têm o poder sobre seu ofício, o que dirá daqueles que trabalham com a desrazão, o descontrole psíquico?

Nesse contexto talvez seja interessante seguir algumas reflexões foucaultianas que apontam que cuidado aos doentes mentais nas sociedades modernas, foram construídos estabelecimentos para esse fim – os hospitais, asilos ou manicômios psiquiátricos. Contudo, com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, questionou-se a resolutividade dessas ações terapêuticas manicomialis e foi construída a perspectiva de uma atenção psicossocial, em que a terapêutica deveria incluir o doente em convívio com as pessoas.

Os estabelecimentos de saúde mental também foram importantes para a produção do Movimento Institucionalista, uma vez que vários de seus pensadores também buscavam interpretar os fenômenos que ocorriam nesses lugares. Entretanto, é importante esclarecer que esse movimento possui várias correntes, cada um com suas especificidades: a Psicoterapia Institucional, a Pedagogia Institucional, a Psicossociologia e Análise Institucional (Lourau, 1975). Essas tinham como ponto comum uma redefinição do conceito de instituição, pois negavam a concepção durkeimiana de que as interpretava como imutáveis, portanto atreladas apenas à idéia de “instituído”, assim como considerava que os indivíduos que dela faziam parte estariam impotentes diante das estruturas institucional (Moura, 1995, 2003; Altoé, 2004). Para fins desse texto, decidiu-se explorar duas correntes desse movimento – a Psicoterapia Institucional e a Análise Institucional.

Para se ter uma idéia da importância dos serviços de Saúde Mental na própria estruturação do Movimento Institucionalista, esse teve início em um hospital psiquiátrico. Assim, durante a segunda guerra mundial, de 1940 a 1944, houve um abandono dos hospitais psiquiátricos na França, o que causou a morte de vários pacientes. Porém, nesse mesmo período, esse espaço também serviu de abrigo para várias pessoas de níveis sociais, econômicos e profissionais, caracterizando-o como um território de diversidade sócio-cultural. E é justamente no Hospital de Saint Alban, em Lozère, ao sul da França, que acolhia uma parte desses refugiados, que conviveu François Tosqueles, catalão,

anarquistas, médico do exército Republicano Espanhol, que produziu várias ações e reflexões sobre esse contexto hospitalar (Moura, 1995, 2003).

Depois de várias ações de reorganização na forma de cuidado nesse hospital, que buscava escapar da assistência medicalizante do asilo. Assim em 1960, um grupo formado por Tosquelles, Oury e Gratarri fundam o Grupo de Trabalho e Psicoterapia e Sociologia Institucional (GTPSI) que reflete que o “*hospital não pode ser pensado isoladamente uma vez que, além de estar inscrito em um campo social e em um sistema de instituições, está mergulhado em uma estrutura ecológica e demográfica*” (Moura, 1995: 40).

A Psicologia ou Psicoterapia Institucional entende que o cuidado em saúde mental deve extrapolar os limites do consultório tradicional, pressupondo que existe a dimensão política dos trabalhadores de saúde na ação e que a mesma é capaz de produzir assistência para as pessoas. Porém, Lourau, mesmo reconhecendo o avanço da Psicoterapia Institucional em relação às práticas de Psiquiatria mais tradicional, considerava que aquela estratégia carecia de um conceito mais elaborado de “instituição” (1975: 180-192).

Contribuições da análise institucional

A Análise Institucional foi criada na França, na década de 1960, e reconhece-se René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari como os três autores fundamentais para a estruturação da Análise Institucional como um campo de saber e prática que tem como objeto a “instituição”. Nesse contexto, atribui-se a invenção do termo “Análise Institucional” a Guattari, enquanto que a construção da prática socioanalítica foi fruto de produções/atuações de Lapassade, enquanto que coube a Lourau (1975) a sistematização dessa concepção teórico-metodológica (L'Abbate, 2005).

Influenciado pelas concepções sobre instituinte e instituído de Castoriadis (1982) e no modelo dialético de Hegel (1992), Lourau (1975) expressa que uma instituição é composta pelo movimento de três momentos: o *instituído* ou estabelecido, caracterizado pelo momento da *universalidade*; o *instituinte* ou acontecimento, que nega o momento instituído (anterior) e caracterizando a *particularidade*; e o momento da

institucionalização, representando a *singularidade*, reflexo da articulação dialética entre os momentos anteriores, indicando um “vir a ser” (Lourau, 1975, 1979; L'Abbate, 2005).

Nesse sentido, o Lourau (1975) diferencia o conceito de instituição àquele de estabelecimento ou organização, uma vez que estes seriam uma forma de expressão da instituição, contextualizadas através de disciplinas, estruturadas em *núcleos* de saber, que orientam, por sua vez, a formulação de regras, normas e burocracias. Assim, a partir dessa perspectiva, para compreender um fenômeno que se processa em uma organização formal ou mesmo nos grupos, é importante entender o modo como se articulam esses três momentos da instituição que orienta o “caminhar” de um determinado grupo, organização ou estabelecimento.

Uma grande contribuição da Análise Institucional é o conceito de **analizador**, que corresponde a um determinado acontecimento, ou conjunto de acontecimentos, capaz de revelar aspectos que permaneciam ocultos num grupo, organização, ou até numa sociedade (Lourau, 1976). Nesse sentido, ao revelar o que estava escondido, ao desorganizar o que estava, de alguma maneira, organizado, ao ressignificar fatos já conhecidos, mas ocultados na dinâmica institucional, é possível abrir outras possibilidades para o caminhar do grupo ou da organização.

Tal perspectiva de uso do analisador substitui então o papel do analista, especialista que intervém junto a grupos e organizações, uma vez que o analisador é um elemento produzido pelo próprio movimento do coletivo, atualizado em suas várias situações de análises. Nesse caso, o analisador é o “elemento-provocador”, que revela as contradições da trama dos três momentos da instituição e que permite o emergir das implicações institucionais (L'Abbate, 2003). E mais, o analisador é um *dispositivo* capaz de fomentar mudanças, uma vez que “*é o analisador que realiza a análise*” (Lourau, 2004: 69). Nesse sentido, vale a pena recorrer às explicações do próprio Lourau quando esclarece que

A análise institucional é atualmente a irrupção na cena política dos antigos “clientes” (aspas do autor) dos analistas. É a transformação de uma palavra terapêutica, até agora escravizada pelos analistas, em uma palavra política, liberada e liberadora, dos analisadores.

É o ataque conduzido sobre o próprio terreno onde até então se mantinha a dominação analítica. Passa-se, portanto da noção de análise à de analisador. (Lourau, 2004: 70):

Outro conceito crucial na Análise Institucional é o de **implicação**, que se refere ao envolvimento inconsciente e sempre presente das pessoas em tudo o que fazem. De acordo com Barbier (1985), a implicação tem **três dimensões**: afetivo-libidinal, a existencial e a estruturo-profissional, isto é, todos somos impulsionados por nossas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, o que atravessa as nossas escolhas pelas organizações que escolhemos participar, bem como aquelas que orientam nosso caminho teórico-metodológico. Esclarece-se ainda que a *“implicação é um nó de relações; não é 'boa' (uso voluntarista) nem 'má' uso jurídico-policial”* (Lourau, 2004: 190), ou seja, a implicação correspondem aos vários atravessamentos dos diferentes elementos que compõem a instituição – instituídos, instituintes e em institucionalização, forjados nas diversas mutações das produções humanas, em sua dimensão universal, particular e singular.

Outro elemento importante nessa corrente teórico-prática é o **dispositivo grupal**, que se refere a elementos capazes de gerar mobilizações dos sujeitos particulares e coletivos. Nesse sentido, determinados discursos, organizações, leis, enunciados morais repercutem produzindo alterações no funcionamento de um determinado grupo ou organização, gerando efeitos como submissão, harmonização, ansiedade, dependência, emancipação, entre outros (Benevides de Barros, 2004). Entender quais são esses elementos que mobilizam os agrupamentos também é uma forma de compreender os fenômenos institucionais que afetam os grupos e organizações.

A **transversalidade** é um conceito construído por Guattari (1987), que também é um conceito utilizado pela Análise Institucional para a compreensão da dinâmica institucional. Diz respeito aos diferentes vínculos que os sujeitos sociais constroem nas práticas institucionais e se relacionam às dimensões formais e informais que ocorrem nos agrupamentos humanos. Explicando melhor, no movimento dos grupos há elementos que expressam a *verticalidade*, que mediam as relações e se expressam no modo como se organizam o organograma de uma empresa, que orienta a relação entre chefes e

subordinados (dimensão formal da instituição). Por outro lado, também existe a *horizontalidade* expressa pela dimensão informal dos agrupamentos, expressando um movimento “*em que as coisas e as pessoas ajeitam-se como podem na situação em que se encontram*” (Guattari, 1987: 96). Quando os sujeitos se subjugam a essas dimensões vertical ou horizontal, tem-se **grupos assujeitados**, mas quando se produz um movimento desalienado/criativo de **grupos-sujeito**, correlacionando-se esses dois eixos, tem-se a dimensão da transversalidade. Explicando melhor com as próprias palavras de Guattari

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ele tende a se realizar quando a comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito (1987: 96)

Dessa forma, quanto maior o coeficiente de transversalidade de um grupo, tem-se um grupo-sujeito potente e criativo para driblar as adversidades, superando a postura de assujeitamento presa às dimensões verticais ou horizontais das instituições. Para esse movimento de mudança o desejo é fundamental, por operar nas transformações das dimensões micropolíticas, produzindo saídas criativas.

Um instrumento importante para identificar os fenômenos que ocorrem na dinâmica institucional é o **Diário Institucional**. Essa “ferramenta” é utilizada para o registro das impressões do pesquisador diante de seu objeto de pesquisa devem ser registradas de modo a descrever fatos, vivências, sentimentos surgidos durante o processo de pesquisa (Hess, 1988).

Considerando tais pressupostos da Análise Institucional, é possível identificar, na Saúde Mental, movimentos instituídos, que são representados pelas instituições psiquiátricas tradicionais, presentes nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, existe o contraponto para essa concepção sobre a “loucura”, representada pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, que busca modificar esse contexto de hospitalização da doença mental, colocando-a “entre parênteses”.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica resultou na construção dos CAPSs e outras ações de inclusão voltadas para esses sujeitos peculiares, cujo cuidado ganha outra dimensão terapêutica em que o convívio com a sociedade é o principal elemento

terapêutico. Assim, ao vivenciarem outros espaços “extra-muro asilar”, como o lar, em contato com sua família nuclear e ampliada; interagindo com a cidade, a escola, o trabalho e todas as outras instituições de saúde, esse tem mais possibilidades de construir outras formas de saída para seu sofrimento.

Instituições e sofrimento

As instituições são também produtoras e palco para o sofrimento dos sujeitos. Sob esse ponto de vista Kães (1991) discorre sobre o sofrimento e a angústia no contexto institucional, que produziria diferentes planos para o sofrimento. Assim, em primeiro lugar, há o sofrimento fundante do próprio sujeito, gerado pela luta do par pulsão de morte-pulsão de morte, movimento inconsciente e determinante psíquico das ações do sujeito (concepção de que o homem sofre porque renuncia ao desejo desenfreado para conviver em sociedade). Por outro lado, também se admite o sofrimento inerente ao próprio fato institucional, que exige algumas renúncias do homem em relação ao desejo desenfreado (concepção carregada pela perspectiva psicanalista, que acredita que o homem sofre porque precisa abrir mão de seu desejo desenfreado para “poder” conviver em sociedade).

Dito isto, entende-se que, sob esse ponto de vista, o sofrimento é inerente ao ser humano e às suas instituições, mas o modo como se vivencia esse “drama humano” pode detonar patologias, quando a angústia passa a ser incontrolável, a ponto de paralisar os sujeitos singulares e coletivos.

Entende-se, porém que a instituição por si não sofre, mas as pessoas que a compõem sofrem em seus atravessamentos institucionais, ou seja, “*é a instituição em nós, o que em nós é a instituição, que se encontra sofrendo*” (Kães, 1991: 51). Ou seja, sofre-se pelo fato institucional que requer renúncias do desejo, pois o convívio em sociedade exigem contratos, pactos, comunidade e acordos, que podem ser inconscientes ou não, tudo para participar do contexto institucional estabelecido na ordem do social.

Nesse sentido, o referido autor fala de um sofrimento “inextricável” por não se compreender a causa, objeto, o sentido e a própria razão do sofrimento, o que estaria relacionada ao que Bleger chama de “sociabilidade sincrética”, uma imobilização das partes não diferenciadas do psiquismo (Kães, 1991).

Em terceiro lugar, há o sofrimento relacionado a uma determinada instituição, gerado por uma estrutura social particular e inconsciente (a instituição escola ou família, por exemplo, guardam diferenças no modo de produção do sofrimento). E, em quarto lugar, a própria configuração psíquica do sujeito singular também produz modos de sofrer, ou seja, cada pessoa sofre de um modo único, afinal as pessoas não são iguais em seus dramas.

Nesse sentido, quando um sujeito faz parte de uma instituição e é atravessado pela mesma, ele pode ter sua angústia existencial aplacada porque tal instituição oferece uma determinada “ilusão de poder”. Sofre-se então quando há a “perda da ilusão”, da “promessa institucional” para preencher a “angústia existencial”. Explicando melhor, quando se produz uma instituição nova, a mesma traz consigo a ilusão de ser inovadora, conquistadora, poderosa, levando os sujeitos singulares a se identificarem com as mesmas e desejarem dela fazer parte, mesmo que, para isso, tenham que renunciar o desejo de onipotência narcísica. É essa ilusão que *“sustenta o risco e os sacrifícios aceitos para poder participar dessa nova instituição”* (Käes, 1991: 53) e quando há o fracasso desse movimento, que ocorre porque nenhuma instituição é capaz de tamponar a falta, a instituição é atacada ou os sujeitos que dela fazem parte entram em conflito.

Nesse caso, quando o instituinte é paralisado, há sofrimento. Para ilustrar esse contexto, Käes (1991) toma, por exemplo, o contexto de um hospital-dia em que se observou o “fracasso institucional”. Nesse contexto, foi possível se observar vários modos sintomáticos se lidar com essa paralisia do instituinte (o novo): recorreu-se ao uso autoritário da medicação; provocaram-se discussões de contexto ideológico que toma partido a favor de uma determinada escola psicanalítica, mas sem gerar a reflexão para a ação; geram-se somatizações ligadas ao afastamento de trabalhadores, “em saídas dramáticas”.

Käes (1991) entende que a função da instituição é de proteger os sujeitos contra a angústia ligada a uma mudança que traz uma transformação decisiva na estrutura e na organização de um sistema. Nessas situações, a mudança

(...) se faz acompanhar de estados de angústia, de fantasias de aniquilamento, de sofrimento e de ameaças em relação a si, em relação aos conjuntos de vínculos intersubjetivos e das representações ordenadas que garantem a continuidade e a estabilidade narcísica dos sistemas (Käes, 1991: 57).

Nesse caso, interpreta-se que, de acordo com esse autor, o sofrimento é produzido na própria vivência institucional. E o deparar-se com o novo, produz angústia e sofrimento pela incerteza dos rumos institucionais. Dessa forma, seria menos sofrido permanecer no mesmo contexto instituído. Mas como a vida e o humano são mutantes, vez por outra surge um contexto novo, trazendo consigo o instituinte. Nesse contexto, o sofrimento vai sendo forjado.

Esse autor também destaca as peculiaridades dos sofrimentos nos estabelecimentos que cuidam de pessoas com transtornos mentais, haja vista que *“tratar a loucura, lidar com ela, é uma maneira de se defender da sua própria loucura, mas todos sabem também que não se pode ser auxiliar de tratamento sem se apoiar sobre suas próprias partes reconhecidas doentes”* (Käes, 1991: 58).

Para que as instituições permaneçam, é necessário unir defesas individuais e institucionais. Quando há falha dessa estratégia, os membros que fazem parte daquela determinada instituição têm um aumento de angústia por não estarem respaldados por esse “nó defensivo” e acabam entrando em contato com intenso sofrimento, que chega ao nível catastrófico e de aniquilamento.

Nesse sentido, Käes (1990) aposta no trabalho psicanalítico, que consiste em auxiliar a identificação desses espaços comuns que formam esse nó sujeitos e agrupamentos, facilitando o reconhecimento dos níveis de organização para cada sujeito implicado em um determinado contexto institucional, bem como aqueles níveis ligados ao próprio conjunto organizacional. Em segundo lugar, pretende também facilitar o reconhecimento da existência dessa interação, em que se faz presente os movimentos do inconsciente do sujeito singular e *“aquela parte do psiquismo de cada um que é empenhada e trabalhada no espaço intersubjetivo”* (Käes, 1991: 58). Nesse sentido, é preciso então

deixar falar e ouvir o sofrimento e o mal, seja qual for sua procedência e a sua razão de ser: a condição primordial é permitir que a sua representação aflore - pela palavra e pelo jogo. Então é possível confrontá-la com as formações míticas e rituais de que as instituições se dotam necessariamente para se defender contra o sofrimento e para representar a causa e o tratamento desse sofrimento, ou mesmo para evitar de ter essa representação. Trata-se de criar um dispositivo de trabalho e de jogo que restabeleça, numa área transicional comum, a coexistência das conjunções e disfunções, da continuidade e das rupturas, dos ajustamentos regulares e das irrupções criadoras, de um espaço suficientemente subjetivizado e relativamente operatório (Käes, 1991: 58).

Esse ponto de vista do sofrimento dos sujeitos atravessados e ao, mesmo tempo, produtores de instituições, também pode ser complementado pelas contribuições de Dejours (1987). Ambos tomam como um dos parâmetros para sua análise os fenômenos inconscientes atravessados pelos contextos institucionais, que produzem sofrimento. Porém se diferenciam uma vez que Dejours (1987) considera a estruturação de sociedades capitalistas, que produzem formas de trabalho alienantes, provocadoras de sofrimento pelo aniquilamento da criatividade do sujeito, amordaçada nas sociedades atuais em nome da produção em série e do lucro.

Nesse sentido, pensando nesse universo que trata da saúde do trabalhador, Dejours (1987), em seu livro *“A loucura do trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho”*, constrói algumas reflexões sobre os adoecimentos relacionados ao contexto de trabalho. O autor então busca ultrapassar análises estruturalista e marxistas ou da Medicina do Trabalho tradicional, relacionando a categoria clássica marxista de “ideologia” àquelas tratadas no campo “psi”, quais sejam *medo, ansiedade, sofrimento, frustração*. Em outras palavras, ao realizar essa articulação de alguns conceitos de psicodinâmica com aqueles relacionados à ideologia, aponta que as defesas são produzidas coletivamente de modo a tamponar o sentimento de aniquilamento diante do trabalho vazio.

Mesmo que Dejours (1983) não escreva especificamente sobre trabalhadores da saúde mental, ou da saúde de uma forma geral, ou da educação, que seriam trabalhos “artesaniais” (Merhy, 1997), ainda assim sua abordagem contribui para a compreensão dos

efeitos do trabalho para a os trabalhadores, que repercute, por sua vez, no modo como esses constroem a assistência. Nesse caso, de um lado, esse trabalhador pode estar alienado socialmente, estando mergulhado nos trabalhos burocratizados (instituídos), mas também reproduz esse fenômeno através de seu próprio corpo significado subjetivamente, uma vez que manifesta ansiedade ou aniquilamento diante da ação de seu ofício de cuidado que, neste caso, volta-se para a atenção a portadores de transtornos mentais.

É importante esclarecer também que Dejours diferencia *angústia e ansiedade*, sendo esta o foco de suas análises no mundo do trabalho. Ou seja, enquanto a primeira é constitutiva ao humano, a ansiedade é produzida diante de um determinado contexto institucional, em um estabelecimento de trabalho particular.

Dejours (1989) então aponta para a existência de uma “ideologia da vergonha”, em que as situações de não-trabalho acabam levando a situações como alcoolismo, como um mecanismo de fuga para aquela situação considerada decadente, ou até mesmo gerando violência e atos anti-sociais, uma vez que a pessoa aniquilada se volta contra seu contexto social partindo ao ato agressivo.

Em linhas gerais, a “ideologia defensiva” é uma defesa elaborada por grupo para mascarar a ansiedade diante de um trabalho que não é criativo, é, pois uma reprodução alienante. Assim, diante dessa ansiedade frente a um trabalho alienado, o grupo elabora e compartilha uma forma de superar esse sofrimento de aniquilamento, que seja coerente com o próprio contexto grupal, de modo a substituir as defesas individuais de cada trabalhador. Sobre esse cenário, Dejours esclarece que a

participação na ideologia defensiva coletiva exige que os mecanismos de defesa ajam na surdina, mecanismos estes que só teriam razão de ser frente a conflitos de ordem mental, os quais só poderiam aparecer quando um domínio mínimo da realidade está assegurado (1987: 36).

Os trabalhadores, ao se defrontar com um risco presente em seu ofício e que é comum ao grupo, elaboram defesas coletivas peculiares a esse contexto. Assim, Dejours (1987) analisa vários desses contextos de trabalho e as defesas elaboradas pelo grupo, como é o caso dos trabalhadores da construção civil, que desafiam os perigos rejeitando

equipamentos de segurança através de uma negação dos riscos de acidente; ou mesmo trabalhadores da indústria petroquímica que sofrem de uma “tensão nervosa” diante dos segredos das operações das máquinas; além dos aviadores de caça, cuja profissão se baseia num narcisismo extremado, que beira à onipotência e que teme os limites...

Essas características subjetivas se articulam à escolha por um determinado trabalho, que também se relacionam a um modo específico de produção de bens e serviços. Em outras palavras, há uma relação entre as características subjetivas do trabalhador e o modo operatório do processo de trabalho de uma determinada organização.

No caso dos trabalhadores de CAPS e USF, como eles significam o seu trabalho de cuidar de pessoas com transtornos mentais? Que fenômenos ocorrem nesses trabalhadores diante dessa assistência que deve ser integral?

Problematização

Considerando-se os referenciais anteriormente citados, é importante compreender a perspectiva do trabalhador de saúde diante desse processo, atravessado por contextos sociais, políticos, culturais e subjetivos. A forma como os diferentes trabalhadores se relacionam no processo de cuidado pode trazer consequências diretas ao cuidado integral a essas pessoas com transtornos mentais. Um exemplo disso pode ser ilustrado pelo chamado **Efeito Santon e Schwartz**, apresentado por Paul-Claude Recamier, é considerado um exemplar para “*indicar a importância de fatores relacionais na configuração do meio ambiente do equipamento de saúde mental, e no agravamento da problemática do paciente*” (Moura, 2003: 51).

Recamier escreveu suas considerações sobre as observações de dois psicólogos americanos, Santon e Schwartz, que observaram, durante dez meses, três pacientes em uma clínica, acompanhados em psicoterapia. Uma dessas internas, diagnosticada com esquizofrenia, estava bastante hiperativa e irritada, chegando até mesmo a incomodar outros pacientes (Moura, 2003).

Os dois psicólogos identificaram que havia uma discordância de conduta por parte do psiquiatra e do psicólogo, responsáveis pela referida paciente. Enquanto o primeiro recomendava que a doente fosse para outro quarto, o psicólogo insistia que ela deveria ficar no que ela já estava, divergência que passou a ser alvo de discussões na presença de outros profissionais do hospital.

Um dos observadores conta inclusive que a paciente ficava agressiva principalmente na presença do psiquiatra, que se recusava a discutir a questão em público. Tal quadro, por sua vez, levou o diretor do hospital a promover uma reunião entre os dois terapeutas e a paciente, quando o psiquiatra expôs as justificativas para o seu posicionamento, que, entretanto, não foram suficientes para que sua prescrição fosse aprovada. Nesse mesmo dia da reunião, a paciente mostrou-se mais calma.

Entretanto, o desentendimento entre o psicólogo e o psiquiatra intensifica-se, a ponto de se gerar intrigas entre eles, envolvendo um terceiro trabalhador da organização, fora boicotes a reuniões agendadas para os dois profissionais responsáveis pela paciente em questão. Desencontros que geravam mais desgaste para ambos os terapeutas. Enquanto isso, a doente agitava-se cada vez mais a ponto de fugir do hospital. Mesmo sendo readmitida no estabelecimento, apresentava manifestações cada vez mais graves de sua doença, até mesmo com alucinações.

Alguns dias depois os dois terapeutas decidiram discutir sobre seu desentendimento, com o acompanhamento de outros profissionais, para identificarem elementos que pudessem esclarecer os mal-entendidos. Na noite do mesmo dia dessa reunião, após a visita do psiquiatra, a paciente mudou radicalmente seu comportamento – sua irritabilidade e agitação desaparecem e ela mostra-se mais calma mesmo depois de sua mudança de quarto.

Diante desse caso, elabora-se o conceito de efeito Stanton e Schwartz, que evidencia o quanto um desequilíbrio, uma dissociação, do meio onde ocorre o tratamento, principalmente no processo de comunicação é crucial para a melhoria do paciente. Nesse caso, acrescenta-se a importância de se considerar as relações entre cuidadores no processo de tratamento de portadores de transtornos mentais, o que pode ser ilustrado nas reflexões de Moura (2003):

o relacionamento entre dois profissionais diretamente ligados àquela paciente pôde reverberar em sua condição, podemos aproveitar a experiência para nos continuar fazendo outras perguntas a respeito desse universo tão complexo que é o tratamento em equipamentos de saúde mental. Que outros planos de acontecimentos de processos haveria e cujo funcionamento estaria concorrendo para o desenrolar do tratamento? Como seria sua inter-relação? É possível ter controle e articulação desses processos e planos? (Moura, 2003: 52)

Esse caso ilustra o quanto é importante construir uma relação produtiva entre cuidadores de portadores de transtornos mentais. Se já ocorre desencontros entre profissionais especialista no cuidado a essas pessoas, o que dirá daqueles que não tem uma formação que aborda (ou mesmo desconsidera) as particularidades dessas pessoas peculiares em sua forma de estar no mundo.

Tais desencontros também são produzidos quando se considera a rede de assistência da estratégia de Saúde da Família (Amaral, 1997; Brêda e Augusto, 2001; Nunes *et al*, 2007), e aquela prestada pelos CAPS (Onocko-Campos e Furtado, 2006). Entretanto, ainda são poucas as análises que abordam a inter-relação entre esses dois serviços. Tal fato talvez ocorra, sobretudo porque essas duas instituições são, por si só, recentes no cenário da atenção em saúde no SUS. Contudo, entende-se que, para que a assistência prestada por esses serviços seja potencializada, é crucial pensar estratégias de ações conjuntas no cuidado a portadores de transtornos mentais, uma vez que a assistência a essas pessoas exige uma mudança de perspectiva do profissional em saúde que ultrapasse a lógica de periculosidade e custódia (Amarante, 1995, 1996; Torre e Amarante, 2001) relacionada à assistência a essas pessoas. Considerando esse contexto, identificam-se as produções de Figueiredo (2006) e Ferrer (2007) como pertinentes para abordar a análise do objeto dessa pesquisa.

Figueiredo (2006) investigou a relação entre o Apoio Matricial na Rede de Atenção Básica de Campinas-SP no cuidado em saúde mental, apontou que existe uma articulação entre esse Apoio e Equipes de Referência das Unidades de Saúde da Família, o que é um avanço a julgar o “esgarçamento” de várias redes de assistência a esses portadores de transtornos mentais. Assim, de certa forma, os profissionais da rede de Saúde

da Família preocupam-se com os atendimentos a demandas da ordem do subjetivo para ultrapassar o atendimento clássico da equipe tradicional de saúde mental, o que revela um avanço nesse modelo de atenção. Contudo, também existem vários desafios a serem superados para que seja construído um cuidado territorializado, com adscrição de demanda e pautado na integralidade, sobretudo quando ainda se observa uma tensão de núcleo e campo de saber.

No que diz respeito aos avanços do trabalho de apoio de saúde mental, a investigação de Figueiredo (2006) reforça que há várias maneiras de articular as ações da saúde mental às da equipe de referência. De um lado, vários atendimentos que seriam classicamente referenciados para os trabalhadores “psi”, têm sido realizados pela equipe de referência, apoiada pelo profissional da saúde mental. Além do mais, em alguns casos, o trabalho de apoio tem sido feito somando-se às ações da saúde mental àquelas da Equipe de Referência, de acordo com a demanda e pactuação para elaboração do projeto terapêutico do usuário.

Por outro lado, existem vários desafios a serem superados, uma vez que vários profissionais da equipe de referência se sentiam impotentes diante de algumas demandas relacionadas a saúde mental. Eles expuseram que atendiam, muitas vezes, o doente que chegava ao consultório problemas psicossociais, expondo seu sofrimento em lágrimas durante a consulta. Mas diante de demandas dessa natureza, os profissionais se sentiam impotentes levando-os a se “angustiar” por não saber o que fazer diante de um problema complexo e de difícil solução.

Levando-se em consideração esse contexto, talvez esse sentimento impulsionasse os trabalhadores da Equipe de Referência de usuários do SUS, portadores de transtornos mentais graves, acabam realizando encaminhamento desses casos para os profissionais da área “psi”, num movimento semelhante à organização de serviços de saúde departamentalizados.

O estudo de Figueiredo (2006) aponta também que as Equipes de Referência da Saúde da Família que contavam com apoio matricial nas unidades encaminhavam prontamente os portadores de transtornos mentais para os especialistas em saúde mental.

Por outro lado, aquelas equipes que não dispunham desses profissionais, em vários casos, procuravam outras alternativas de cuidado que estavam disponíveis no contexto de trabalho da equipe.

No que se refere aos profissionais da equipe de Saúde Mental, muitas vezes o papel instituído da especialização da área “psi” emergia quando os trabalhadores especialistas nessa área se colocavam enquanto os profissionais mais capacitados para atender algumas demandas (Figueiredo, 2006). Posicionamento que se afastava da estratégia de um trabalho interdisciplinar e até mesmo intersetorial na produção de projetos terapêuticos singulares. Não se construía assim uma produção de Rede de Cuidado.

Mas ambos os trabalhadores, os da Equipe de Referência e os que faziam Apoio em Saúde Mental, apresentavam um sentimento em comum - insegurança quanto aos critérios de riscos de casos atendidos pelo serviço, o que elevava a ansiedade da equipe da Unidade de Saúde da Família. Por que isso tem ocorrido? Quais as formas de potencializar um cuidado que extrapole o atendimento individualizado e clássico da área “psi”?

Por outro lado, trazendo elementos de Käes (1991), Dejours (1987) e utilizando a perspectiva da hermenêutica-crítica para analisar as produções de grupos de trabalhadores de CAPSIII de Campinas-SP, Ferrer (2007) ao abordar o sofrimento de profissionais de CAPS de Campinas aponta que esse tipo de serviço é tenso por si só, pois lidar com esse tipo de doença é constantemente (re)pensar uma atuação frente a um modelo terapêutico.

Contudo, apesar dessas várias dificuldades a maioria dos trabalhadores expressaram que desenvolvem um trabalho que traz satisfação, o que aponta uma ilusão institucional (Kaës, 1991) ainda existente e que ajuda na manutenção dos vínculos desses trabalhadores com seu trabalho e com as instituições que lhes é subjacente.

Nesses serviços há diferenças no modo como se lida com as pressões e sofrimentos causados no processo de trabalho de acordo com o nível de formação profissional. Assim, **trabalhadores de nível superior** possuem preparo teórico e técnico para lidar com os casos, enquanto que os **profissionais de nível técnico**, contam com menos recursos para lidar com dificuldades presentes na assistência a portadores de

transtornos mentais. Sobretudo aqueles técnicos de enfermagem responsáveis pelos plantões noturnos e de final de semana, interpretam seus trabalhos como fragmentados (Ferrer, 2007).

Um dos principais angústias nos CAPSs ocorre porque os profissionais não possuem suas ações fincadas apenas em seus Núcleos de formação, ou seja, o trabalho interdisciplinar é uma construção complexa, que, muitas vezes ameaça e causa angústia. Esse ponto certamente é capital para o trabalho em rede no SUS, pois, para se construir um projeto terapêutico singular é importante o intercâmbio entre as várias especialidades que compõem os serviços de saúde e até mesmo aqueles que fazem parte de outro contexto organizacional e institucional.

Nessa pesquisa de Ferrer (2007) é exposta a dificuldade de articulação entre CAPS e a equipe da atenção básica, dado que também se apresenta nos trabalhos de Brêda e Augusto (2001), Nunes *et al* (2007).

Levando-se em conta todos esses referenciais, coloca-se, a seguir, uma figura que representa as características dos dois serviços, interrogando-se como se daria a inter-relação entre eles, o que na realidade constitui o objeto dessa investigação:

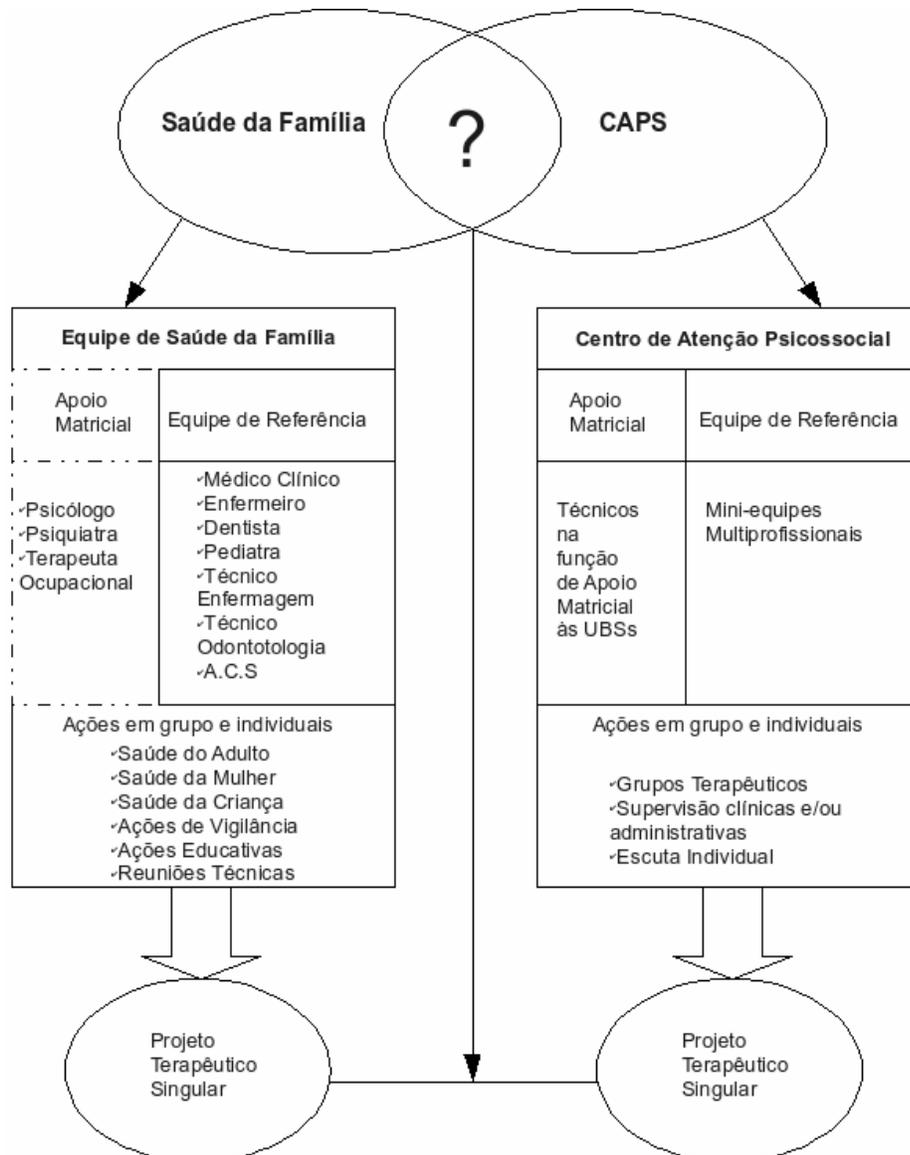


Figura 2- Característica da estruturação dos CAPS e USF, contextualizando a interrogação sobre a forma de inter-relação entre esses estabelecimentos para o cuidado integral a portadores de transtornos mentais.

METODOLOGIA

Estudar serviços como CAPS e a estratégia de Saúde da Família no cuidado a portadores de transtornos mentais é uma tarefa complexa, sobretudo quando se pretende investigar o modo como se constrói a inter-relação entre esses serviços, alvo ainda de pesquisas recentes no cenário acadêmico.

Todas essas peculiaridades desse objeto de estudo, levou à necessidade de construir um **Estudo de Caso, de caráter exploratório e descritivo**, buscando abordar poucas unidades de análise, por meio da exploração das diversas variáveis em questão, o que ajudaria a apreender a riqueza e a pluralidade dos variados aspectos relacionados a este objeto (Tobar e Yalour, 2001).

Abordagem quantitativa/qualitativa

A natureza do objeto desse estudo é de caráter eminentemente qualitativo. Porém, dado sua complexidade, optou-se por recorrer a dados quantitativos, que auxiliasse no entendimento do contexto onde se insere esse objeto. Sobre essa questão, Furtado (2001) lembra que a relação entre o quantitativo e qualitativo nas pesquisas é explicada por duas correntes de pensamento. De um lado, defende-se a exclusividade entre caminhos quanti ou qualitativo, porém, por outro lado, outros buscam aproximação desses métodos (quanti e qualitativo). Assim, além de recorrer a estudos que ajudassem a formar o pano de fundo (contexto) que fornecesse “pistas” sobre a relação entre os serviços estudados nessa pesquisa, procurou-se também descrever minimamente a realidade desses estabelecimentos (USF e CAPS), pois a forma como se organizam influencia a assistência prestada aos portadores de transtornos mentais.

Considerando-se todas essas ponderações, tomou-se como parâmetro a **Metodologia da Triangulação de Dados**, que combina diferentes elementos, instrumentos e estratégias de coleta de dados e informações para o entendimento de um objeto de pesquisa complexo (Minayo, Assis e Souza; 2005). Dessa forma, subsidiados por esse ponto de vista metodológico, a pesquisa que ora se apresenta partiu da análise de dados quantitativos para subsidiar a escolha das unidades de análise.

Para a coleta direta de informação junto aos estabelecimentos de saúde, as principais estratégias foram observação, entrevista e diário de campo, que articulados permitiram a construção da análise do objeto de estudo.

Área de estudo

Considerando-se o contexto municipal de Campinas-SP, em um primeiro momento, buscou-se estudar CAPSIII e Unidades de Saúde da Família de Campinas, através da análise de dados de produção e estrutura dos CAPS III do referido município, referentes aos anos de 2004 a 2006.

A escolha pelos dados de estrutura e produção dos CAPSIII ao invés das unidades da Saúde da Família, justifica-se uma vez que esses serviços especializados em saúde mental estão em menor número que as USFs. Em segundo lugar, acreditava-se que essas informações seriam mais fidedignas para os CAPSIII, que são estabelecimentos que necessitam de dados precisos para que se justifique o repasse de verba para o custeio de tratamento dos usuários. Além disso, não partiu-se da análise do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma vez que, em Campinas-SP tal sistema da atenção básica não é “alimentado” por informações primárias, mas opta-se por se utilizar de informações secundárias de outros sistemas que fazem parte do cotidiano das unidades básicas. Assim sendo, os dados do SIAB municipal são gerados por outros sistemas de informações que fazem parte do cotidiano das Unidades de Saúde da Família.

A partir de uma análise das informações sobre estrutura e produção dos CAPSIII, foram escolhidos um estabelecimento da Região Sudoeste, o CAPSIII Novo Tempo, e outro da Leste, o CAPSIII Esperança.

Em seguida, com ida esses dois CAPSIII, através de observação e entrevistas com profissionais, levou em consideração a relação que os CAPSs III participantes construíram com os Centros de Saúde, que abrigam as USF, presentes em seu território de abrangência. No caso do CAPSIII Novo Tempo, identificou-se que estruturou uma boa parceria com o Centro de Saúde DICIII (Região Sudoeste). No caso do CAPSIII Esperança,

o mesmo não tinha uma *relação direta* com a equipe de Saúde da Família, pois interagiam primordialmente com profissionais especialistas da área de Saúde Mental da Unidade. Nesse caso, para esse CAPSIII do Distrito Leste, apontou-se que a possível interação com a Saúde da Família possivelmente se construía através das Residências Terapêuticas. Por esse motivo, nessa pesquisa também se conversou com trabalhadores que referenciam essas residências, mesmo sem a pretensão de abordar exaustivamente esse tipo de serviço, uma vez que não era o foco desse trabalho acadêmico, mas porque se entendia que essa “escuta” da dinâmica entre Residências Terapêuticas e Saúde da Família seria um elemento a mais a compor o contexto em que se insere o objeto desse estudo.

Estratégia metodológica para escolha das unidades participantes

Para contextualização da atenção em Saúde Mental em Campinas-SP, foi realizada a coleta de dados a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de 2004, 2005 e 2006, a partir dos quais pretende-se conhecer:

1. O perfil da população que recebe cuidados em transtornos mentais (psicóticos e neuróticos graves) por Distrito de Saúde de Campinas-SP, de 2004 a 2006;
2. O perfil da Rede de Saúde de Campinas-SP no que se refere à estratégia de Saúde da Família e CAPSs, por Distrito de Saúde de Campinas-SP, 2004 a 2006/
3. O perfil dos profissionais que fazem parte das USFs e CAPSs, por Distrito de Saúde de Campinas-SP, 2004 a 2006.

É importante explicitar que esse estudo não se propôs a descrever a prevalência de portadores de transtornos mentais graves em Campinas, mas indicar o perfil da assistência psiquiátrica no referido município. Esse perfil expressa a “morbidade internada proporcional por diagnóstico”, que é um importante indicador para o acompanhamento e evolução da demanda de internos nos serviços psiquiátricos (Morgado e Coutinho, 1985).

Uma grande incógnita para a realização dessa pesquisa era a escolha das unidades participantes, pois a intenção era definir os serviços participantes a partir de um estudo que levasse em consideração o conjunto de CAPSIII. Caracterizar o contexto geral desses serviços poderia também auxiliar a caracterizar o contexto dessas unidades, para, em um segundo momento se proceder a escolhas das unidades participantes da segunda etapa da pesquisa, que pretendeu efetuar uma exploração mais verticalizada sobre as particularidades do processo de trabalho desses serviços quanto ao cuidado dos portadores de transtornos mentais.

Dessa forma, em um primeiro momento, foram utilizados os dados de disponibilizados no *site* da Secretaria de Saúde de Campinas-SP. Mas qual(is) o(s) critério(s) de escolha para esses CAPSIII?

Pensou-se, em um primeiro momento, definir, no conjunto dos serviços, as duas unidades opostas em suas características de produção, ou seja, um serviço que apresentasse uma grande quantidade de atendimentos e outro com a produção do conjunto dos CAPSIII do universo estudado. Assim, ao se deixar de lado serviços que estão em uma produção média e optando-se por aqueles que produzem de forma oposta (um produz muito e outro com a menor produção do conjunto), tinha-se em mente que esses extremos potencializariam uma pesquisa exploratória, com poucas unidades de análise e com os recursos da pesquisa que se dispunha (tempo, recursos financeiros, disponibilidade dos serviços, etc).

A grande dúvida era quanto ao método de escolha dessas unidades. Foi então que, na qualificação do projeto dessa pesquisa, o Prof. Dr Carlos Roberto Silveira Correa apontou a metodologia de escolha desses serviços poderia ser referenciada pela pelo método que indica a distância entre as unidades do conjunto que se deseja investigar (Correa, 1998). Explicando melhor, para que se procedesse ao estudo, seria importante ter disponíveis não apenas os **dados de produção**, mas também aqueles que se referem à **estrutura** dos serviços, para que se definissem aqueles com uma estrutura semelhante, mas com produções diferentes e opostas. Assim, tais serviços teriam diferentes produções não por conta de estrutura diferentes (falta de profissionais, medicamentos, salas etc), mas estaria tais produções estariam relacionadas a algum fenômeno no processo de trabalho.

Mas como se daria essa estratégia metodológica para definir as unidades participantes da coleta dos dados? Em seu estudo do doutoramento, que procurou avaliar as unidades básicas de saúde de Campinas-SP a partir da perspectiva dos usuários desses serviços, Correa (1998), primeiramente, procurou definir quais os *dados de produção e estrutura* de Unidades Básicas de Saúde (UBS), recorrendo a informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Campinas-SP e aquelas disponíveis nos prontuários dos pacientes dessas unidades básicas.

Assim, em um primeiro momento, é importante definir quais as variáveis pertinentes à pesquisa que, no caso do estudo de Correa (1998) foram: *idade*, agrupada em intervalos, *tipo de consulta* e *sexo*. Depois de se indicar essas variáveis, os valores são dispostos de modo a formar uma matriz, em que as *linhas representam as unidades a serem analisadas* e as *colunas contêm as variáveis que descrevem tais unidades*. No caso do estudo de Correa (1998), foram construídas tabelas 2X2 para cada faixa-etária estabelecida, cujas linhas apresentavam realização ou não da primeira consulta e as colunas se dispunham os dados do sexo dos pacientes. Depois os resultados dispostos nessa matriz 2X2, calcula-se a distância para cada uma das variáveis definidas do estudo, o que corresponde ao estabelecimento da distância euclidiana, baseada no Teorema de Pitágoras – a soma dos quadrados dos catetos é igual ao quadrado da hipotenusa.

Tudo isso constituiu o **Método de Estudo das Distâncias**: Ao se organizar as variáveis em tabelas 2X2, os dados disponíveis são dispostos em dois eixos cartesianos (X - ordenadas e Y – abscissas) de modo a quantificar a distância entre as unidades comparadas. Em seguida, procede-se ao cálculo da distância de cada variáveis de interesse no estudo, por meio do Teorema de Pitágoras. Por último, organizam-se os dados obtidos em uma nova matriz com todas as distâncias calculadas, tornando possível visualizar aquelas unidades mais distantes e mais próximas quanto à estrutura e à produção. No exemplo do estudo de Correa (1998) a distância representava o modo como os usuários se utilizavam ou não dos serviços da Unidade Básica de Saúde, levando-se em consideração a faixa etária, idade e sexo dos mesmos.

Considerando-se o contexto dessa pesquisa, as variáveis pertinentes para a construção dessa matriz a fim de calcular as distâncias entre elas, pensou-se na variável produção (número de atendimentos dos CAPS) com o número de profissionais que

compõem esse tipo de serviço. A escolha da variável “número de profissionais” e não outro elemento que faz parte da estrutura desses estabelecimentos seria justificada pelo fato de que a assistência à saúde mental tem como principal “tecnologia” a relação entre trabalhador e portador de sofrimento psiquiátrico (tecnologia leve), pois é o profissional quem opera o diagnóstico, baseado em entrevista para anamnese psiquiátrica, e define a terapêutica mais adequada. Em outras palavras, de modo geral, admite-se que o elemento de estrutura mais pertinente é a existência do profissional, que saiba manejar o uso dos espaços físicos (salas, farmácia, leito-noite etc) e das terapêuticas possíveis (medicação adequada, grupos pertinentes à demanda psiquiátrica do paciente). Poder-se-ia talvez pensar em colocar a existência da medicação para esses usuários (dado de estrutura) e outros recursos do serviço, mas admite-se que tais elementos estão disponíveis nos CAPS, serviços bem organizados em Campinas-SP, referência para a assistência a portadores de transtornos mentais graves. Por todas essas considerações, nessa pesquisa, tomou-se como elemento principal da estrutura a existência de profissionais que operassem esse tipo de cuidado.

Assim sendo, tentou-se readaptar a estratégia de Correa (1998) de modo que, para cada dupla de CAPSIII seria construída uma tabela 2X2, contendo os dados sobre profissionais e aqueles de produção (atendimentos) (Tabela 1). Em seguida seria calculada a distância euclidiana estabelecida entre essas duas variáveis para cada dupla de serviços colocados em comparação por meio da estratégia do cálculo de distância entre os serviços (Figura 3), procedimento que seria repetido para cada dupla de CAPSIII.

Em seguida, com a distância calculada para cada dupla de CAPSIII, proceder-se-ia com a construção de uma nova matriz onde estariam dispostas a distância para cada dupla de serviço, o que permitiria a comparação entre a distância de todos os elementos do conjunto.

Tabela 1- Matriz 2X2 com o número de profissionais e produção dos CAPSIII

CAPSIII	Número de Profissionais	Produção
CAPS alfa	x	y
CAPS beta	w	z

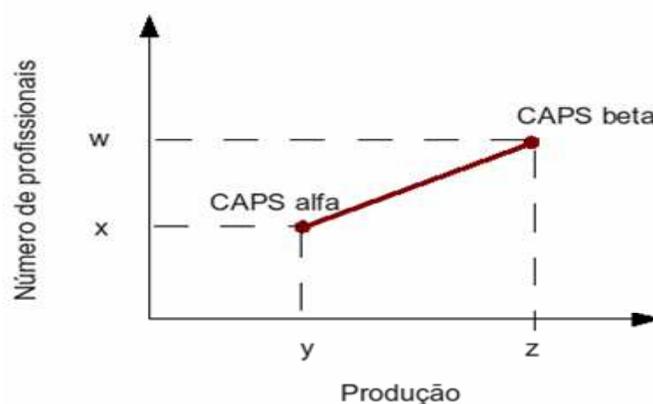


Gráfico 1- Representação espacial expressando a distância entre os CAPS, considerando-se o número de profissionais e a produção dos CAPSIII.

Porém, como se verá adiante, não foi possível fazer essa estratégia metodológica, por conta de lacunas nos sistemas de informação referentes à produção e estrutura dos CAPSIII em Campinas-SP.

Fase 1- Escolha dos CAPSs e USFs participantes da pesquisa

- **Escolha dos CAPSs III**

Através de dados de estrutura - número de profissionais de nível médio e superior - e de produção - tipo de cuidado prestado (intensivo, não-intensivo e semi-intensivo) definiu-se aqueles com estrutura semelhante, mas com produções opostas (ocupariam posições extremas na análise).

A análise dos dados, apontaram os CAPSIII Esperança, localizado no Distrito Leste, e o CAPSIII Novo Tempo, da região Sudoeste, como aqueles que possuem estrutura semelhante e com produções equidistantes.

- **Escolha das Unidades de Saúde da Família**

Depois da indicação desses dois CAPS, partiu-se para a pactuação da pesquisa, seguida pela coleta dos dados, que apontou para a constatação da existência de diferenças na relação entre os CAPS e as unidades básicas. De um lado, o CAPSIII Esperança se relacionava com equipes de Saúde Mental de unidades básicas, através de reuniões de “matriciamento”, que aconteciam mensalmente ou bimestralmente, com a discussão de casos e definição de encaminhamentos possíveis. Por outro lado, CAPSIII Novo Tempo realizava o “matriciamento” semanalmente em serviços de atenção básica que não contavam com equipe de Saúde Mental ou naquelas com projetos terapêuticos em comum com os CAPS, que necessitavam de uma maior articulação entre esses serviços.

Diante disso, redefiniu-se a estratégia metodológica a partir da fala dos profissionais do CAPSIII Esperança que indicavam uma articulação com a estratégia de Saúde da Família por meio das Residências Terapêuticas, cujos moradores eram, em sua maioria egressos de uma estrutura asilar, o antigo “Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira”, transformado em Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira, que trabalha articulado em Co-gestão com a Secretaria de Saúde de Campinas-SP.

No caso do CAPSIII Novo Tempo, com a observação e entrevistas, apontou-se o Centro de Saúde DICIII como um serviço que construiu uma boa relação para a assistência a portadores de transtornos mentais, tanto psiquiátrica quanto de ordem clínica.

Fase 2: Aproximando-se dos serviços participantes da pesquisa

- **Pesquisa documental:** foram coletados diferentes documentos da gestão e da assistência que explicasse como se organizam os serviços de Saúde Mental e a estratégia de Saúde de Família em Campinas-SP tais como relatórios, conferências municipais de saúde,

protocolos de atendimento, encaminhamento, documentos de referência e contra-referência. Porém, considerando-se o tempo que se dispunha para conclusão desse trabalho, priorizou-se a análise de entrevistas e observações do cotidiano dos serviços estudados.

- **Observação do cotidiano dos serviços escolhidos:** observou-se como ocorre o atendimento aos usuários quanto à sua demanda psiquiátrica e clínica; as estratégias de intervenção de cada serviço em particular, bem como aquelas que englobam a atuação conjunta de CAPSs e estratégia de Saúde da Família ou que integrem outras instituições.
- **Construção de um Diário Institucional:** a visita e as impressões da pesquisadora foram registradas sistematicamente em um diário institucional de modo a descrever fatos, vivências, sentimentos surgidos durante o processo de pesquisa (Hess, 1988).
- Entrevistas com profissionais especialistas, trabalhadores da estratégia de Saúde da Família e de CAPS.

Considerações Éticas

Para realização da coleta de dados é importante ressaltar que essa pesquisa obteve o consentimento do gestor municipal e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCM/Unicamp, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

Em seguida, o projeto foi apresentado, em linhas gerais, em todas as unidades participantes da segunda fase da pesquisa – CAPSIII Novo Tempo, CAPSIII Esperança, Centro de Saúde DICIII em reuniões gerais que ocorrem nesses serviços e em conversas com a gestora responsável pelo Serviço de Residências Terapêuticas gerenciadas pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Ao todo, foram feitas 25 entrevistas semi-estruturadas em dois roteiros previamente organizado para cada um dos serviços (Anexo 2 e 3) com profissionais, que eram informados sobre os objetivos, procedimentos, possíveis riscos, benefícios e relevância da pesquisa, estando garantido o sigilo quanto a identidade dos entrevistados. Tais informações e garantia de anonimato constam no Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), entregue individualmente para cada sujeito. Foram entrevistados:

- **uma** profissional *expert*, conhecedora da história dos serviços de Saúde Mental do município (“entrevista rastreadora”);
- **duas** trabalhadoras dos sistemas de Informação em Saúde, que esclareceram sobre aqueles que seriam mais pertinentes para o objetivo dessa pesquisa;
- **duas** técnicas responsáveis pelos dados de produção dos CAPSs de Campinas-SP, sendo que uma delas foi gravada e transcrita (auditora em Sistema de Produção dos CAPS de Campinas-SP);
- **três** apoiadores (2 Distrito Sudoeste e 1 do Leste),
- **uma** técnica responsável pelo Serviço de Residência Terapêutico, que incluía aquelas da Região Leste;
- **dois** trabalhadores do CAPSIII Esperança;
- **cinco** profissionais do CAPIII Novo Tempo e
- **dez** trabalhadores do Centro de Saúde DICIII.

Análise dos dados da pesquisa de campo

Os dados obtidos nessa pesquisa foram interpretados a partir dos seguintes elementos:

- 1) **Contextualização do objeto de pesquisa** que diz respeito aos seguintes aspectos: (1) conjuntura sócio-econômica e política na qual se inserem os profissionais de saúde da rede básica e especializada em saúde mental e sua participação enquanto ator social na mudança de perspectiva frente ao “louco”; (2) política de saúde mental e intersecções com os programas e serviços em saúde em geral (integralidade); (3) estabelecimentos de

saúde aos quais o grupo estudado tem acesso; (4) entrevistas rastreadoras com profissionais com larga experiência com a atenção à Saúde Mental em Campinas. Tais elementos estão presentes na Introdução dessa dissertação.

2) *Ordenação dos dados* que inclui a transcrição das entrevistas e organização dos produtos das observações e, após a releitura dessas produções originaram algumas Categorias Analíticas e Operacionais.

3) *Interpretação dos dados*

Antes da Reforma Psiquiátrica, acreditava-se que a doença mental estava atrelada à idéia da **periculosidade**, uma vez os “loucos” ameaçariam a ordem social, pautada no ideal do homem moderno regido pela razão. Nesse contexto, era preciso uma assistência que buscava a **cura** dessa doença, cujo cuidado deveria estar sob responsabilidade dos **hospitais psiquiátricos**, estabelecimentos de **tutela** dos “alienados” (Amarante, 1995, 1996; Torre e Amarante, 2001). Esses elementos, à luz da Análise Institucional, caracterizariam os elementos instituídos do processo de institucionalização da doença mental e sua assistência.

Com o tempo e com intensos debates técnico-científicos e políticos, percebeu-se que esses doentes não se beneficiavam da reclusão, uma vez que esse afastamento do convívio social gerava um agravamento dos sintomas. Assim, seria preciso garantir uma outra forma de assistência que se fundamentasse o contrato entre doente, terapeuta e demais membros da sociedade, pois é nos lastro das relações sociais que se constroem um contexto de melhores condições de vida dessas pessoas peculiares em seu modo de estar no mundo. Nesse sentido, essa nova perspectiva substitui a idéia de cura, pela construção de uma co-responsabilidade dos indivíduos e coletivos (Amarante, 1995, 1996; Torre e Amarante, 2001), apontando para um cuidado sustentado por uma Rede Social, elementos instituintes da doença mental e sua assistência.

Um dos pontos importantes dessa nova perspectiva de cuidado a portadores de transtornos mentais, que caracteriza a Reforma Psiquiátrica, está na reflexão de que o cuidado a portadores de transtornos mentais se faz a partir de uma Rede de Cuidado, estratégia também presente nas bases da Reforma Sanitária. Dessa forma, uma rede de serviços que prestem uma assistência integral ao sujeito é capaz de atender as várias e complexas demandas que surgem nos serviços de saúde e por isso é preciso construir uma articulação: entre os diferentes trabalhadores de um serviço, entre os diferentes serviços, entre essa rede de saúde com àqueles da promoção de ações intersetoriais, entre as unidades de saúde e os diferentes equipamentos sociais. Em resumo, para se promover um cuidado integral é preciso propiciar o encontro entre as várias organizações em saúde e as demais estruturas da sociedade.

No caso dessa pesquisa, buscou-se estudar a relação construída **entre** dois serviços cruciais no cuidado a portadores de transtornos mentais – a unidade de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial. Esses serviços conseguem se articular construindo projetos terapêuticos singulares para os diferentes sujeitos individuais e coletivos? A figura a seguir expressa essa articulação entre as categorias conceituais para ajudar a compreender a inter-relação entre USF e CAPS no cuidado a portadores de transtornos mentais, em suas demandas psiquiátricas e clínicas.

**NO MEIO DO CAMINHO HAVIA UM
ANALISADOR: A SUBNOTIFICAÇÃO DA
PRODUÇÃO COMO UM ANALISADOR**

A Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) é um dos principais documentos de regulamentação desses serviços de atenção psicossocial no Brasil (2004b). Um dos aspectos que essa portaria esclarece está na definição dos tipos de CAPSs e para que se destinam.

Entretanto, considera-se que as informações geradas por esse documento poderiam ser melhor utilizadas para se pensar o cotidiano dos serviços não apenas porque se referem ao custeio dos atendimentos nesses estabelecimentos de saúde mental, mas também porque poderiam proporcionar um olhar epidemiológico da clientela da instituição e aponta para o processo de trabalho que ocorre nesses estabelecimentos. Ou seja, de um lado, a partir dessa “ferramenta” seria possível ter uma idéia dos casos atendidos, sobre a principal modalidade de atendimento prestada na unidade, enfim sobre a produção do serviço de uma maneira geral. Por outro lado, o estudo das produções desses serviços também apontam para algumas características dos processos de trabalho nesses estabelecimentos de saúde. Assim, com base nas informações geradas por esse Sistema de Informação em Saúde poder-se-ia, por exemplo, formar um quadro com o perfil dos usuários atendidos, dos profissionais e poder-se-ia refletir a produção do serviço como um todo.

Dessa forma, nesse capítulo, descrevo como se caracterizam os CAPSs e situo o papel das APACs no financiamento dessas unidades. Depois, apresento os CAPSs que formam a Rede de CAPSs de Campinas, a partir dos dados gerados sobre a estrutura (número de profissionais), seguidos por aqueles que expressam a produção desses serviços.

No início, pretendia-se correlacionar esses dados de estrutura e produção para definir as unidades participantes da pesquisa, usando a metodologia de Correa (1998), mas surpresas no decorrer dessa etapa da pesquisa fizeram com que não se recorresse à coleta primárias das informações que deveriam estar disponíveis nos principais sistemas de informações desses serviços. Nesse sentido, ao se constatar o não uso dessa ferramenta organizacional (tecnologia dura), buscou-se investigar o porquê desses problemas em relação à gestão das informações sobre a produção desses serviços especializados.

Organização dos CAPS: características gerais

A Portaria nº 189, de 20 de março de 2002, expõe os principais critérios para identificação e acompanhamento do tipo de atendimento – procedimento e forma de cuidado – oferecidos nos CAPS. Ou seja, cada modalidade de assistência corresponde a um valor pago às Secretarias de Saúde, quem por sua vez, repassam essa verba para esses serviços de saúde.

Nesse caso, quando um usuário é atendido por um serviço de alta complexidade, como é o caso dos CAPS, o valor do atendimento é feito através de documentos enviados ao Ministério da Saúde através das Secretarias de Saúde. Para tanto, existem várias informações que devem precisar a prestação do serviço. Assim, no **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)** há informações sobre a estrutura dos serviços (física e de número de trabalhadores). Existe também o registro da internação do paciente no **Sistema de Informação Hospitalar (SIH)**, que se faz através da emissão da **Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**, válida por 30 dias. Por fim, é importante dizer também que a **Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC-SIA)** é um subsistema do **Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)**, uma vez que trata-se de um ambulatório especializado (Brasil, 2004b). No quadro a seguir são expostas as principais características dos

Entender esse fluxo é importante para compreender em que momento ocorre os erros recorrentes no processamento das informações nesse sistema. O porquê da recorrência desses erros foi foco de entrevistas com profissionais responsáveis por acompanhar as informações de produção desse sistema, bem como questionou-se as dificuldades em torno do uso desse sistema, o que será abordado a seguir.

Quadro 6- Descrição da documentação referentes à Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA.

Documentos da APAC-SIA	Descrição
Laudo para Emissão de APAC	Justifica, frente o órgão autorizador, a solicitação do procedimento. Esse documento precisa ser “corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento” (Brasil, 2002).
APAC- I/ Formulário	Documento que valida a autorização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo solicitados. Esse deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via fica arquivada no órgão autorizador e a segunda segue para a unidade onde se realizará o procedimento. (chamado de chequinho)
	Importante observar que esse formulário é válido por três meses ou competências.
APAC-II/ Meio Magnético	Instrumento de registro de informações, identificação de pacientes e cobranças dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Abrange: APAC- II /Formulário Inicial - vai até o último dia do mesmo mês. APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – abrange o 2º e o 3º mês seguintes à APAC-II/Meio Magnético Inicial

Fonte: Ministério da Saúde-Brasil, 2004b e entrevistas com profissionais do SUS-Campinas-SP.

Ao se analisar a organização dos CAPS, é importante entender como se dão as modalidades de cuidado oferecidos por esses serviços, quais sejam: suporte à residência terapêutica, cuidado intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Assim, a análise desses elementos fornecem pistas para a compreensão do processo de cuidado realizados nessas instituições. As características dessas modalidades de cuidado são apresentadas no Quadro 7.

Quadro 7- Descrição das modalidades de atendimento dos CAPS

Tipo de cuidado	Descrição procedimentos/paciente/mês	Número Máximo de pacientes	Valor procedimento R\$	Atividades de reabilitação psicossocial
Suporte à residência terapêutica	31	8	23,00	- Acompanhamento para auto-cuidado, - Atividades da vida diária, - Frequência a atendimento em serviço ambulatorial, - Gestão domiciliar, - Alfabetização, - Lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social.
Intensivo	25	CAPS I - 25 CAPS II - 45 CAPS III- 60	18,10	- Individual - Grupos - Oficinas terapêuticas; - Visitas domiciliares; - Atendimento à família; - Atividades comunitárias; - Acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos; - A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias internados em um período de 30 dias.
Semi-intensivo	12	CAPS I - 50 CAPS II - 75 CAPS III- 90	15,90	Idem ao intensivo
Não-intensivo	3	CAPS I - 95 CAPS II - 100 CAPS III- 150	14,85	Idem ao intensivo

Fonte: Ministério da Saúde, 2004b

As informações sobre produções dos serviços de saúde, incluindo os CAPS, podem ser através do TABNET que é um programa que permite que equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde possam realizar tabulações em arquivos. DBF, que constitui um dos componentes básicos dos Sistemas de Informações do SUS, seja nas Redes Internas desses níveis de gestão ou mesmos em sítios na Internet (DATASUS, 2008). Assim, os dados de produção e estrutura dos CAPS expostos a seguir foram obtidos no site do DATASUS e da Secretaria de Saúde de Campinas-SP, que disponibiliza as principais informações sobre a situação de saúde do referido município, para fins de pesquisa e controle social.

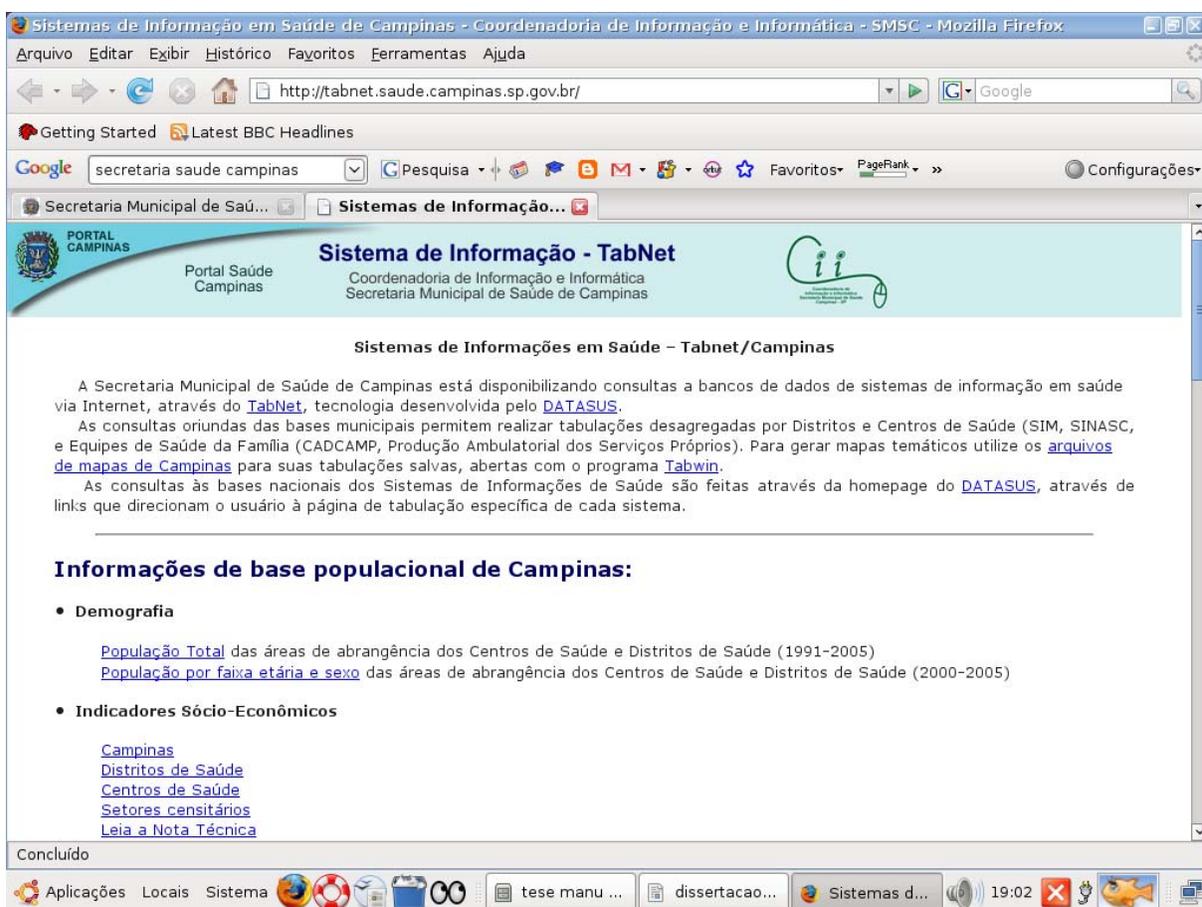


Figura 3- Sistema de Informações TABNET da Secretaria de Saúde de Campinas-SP

Utilizando-se dos dados do TABNET da Secretaria de Saúde de Campinas-SP foi possível calcular os recursos investidos em Saúde Mental nessa cidade, que se caracteriza por ser uma Rede de Atenção à Saúde Mental referência para o país, que chega a disponibilizar cerca de 3% das verbas em saúde para os CAPS, o que pode ser visualizado na tabela a seguir:

Tabela 2- Pagamento de serviços de CAPS em relação aos demais serviços de Alta Complexidade, Campinas, 2004 a 2006.

Ano	Gastos com CAPSs(R\$)	Gastos em serviços de Alta Complexidade (R\$)	Porcentagem dos gastos com CAPS
2004	2.581.464	66.630.115	3,87%
2005	2.228.326	67.232.780	3,31%
2006	1.494.074	48.327.283	3,09%

Fonte: TABNET Campinas.

Após essa explanação sobre os aspectos gerais que dizem respeito à organização dos CAPS e a importância que esses ocupam nos investimentos em saúde no município de Campinas-SP, pretende-se expor alguns dados de estrutura, seguidos por aqueles de produção dos CAPS III do município estudado nessa pesquisa.

Dados de estrutura

Considerando os objetivos dessa pesquisa, era imprescindível conhecer os dados de estrutura dos CAPSIII que compõem a Rede de Saúde Mental de Campinas. Tais informações junto com aqueles de produção desses serviços subsidiaram a escolha dos serviços que participaram da segunda parte dessa investigação.

Com relação ao número de profissionais desses serviços, dado que diz respeito à estrutura dos serviços, é importante esclarecer que se pensou em buscar tal informação através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), entretanto uma

dificuldade encontrada nesse sistema de informação foi o fato do mesmo ser atualizado periodicamente e não guardar um registro temporal do conjunto de profissionais que faz parte desses serviços.

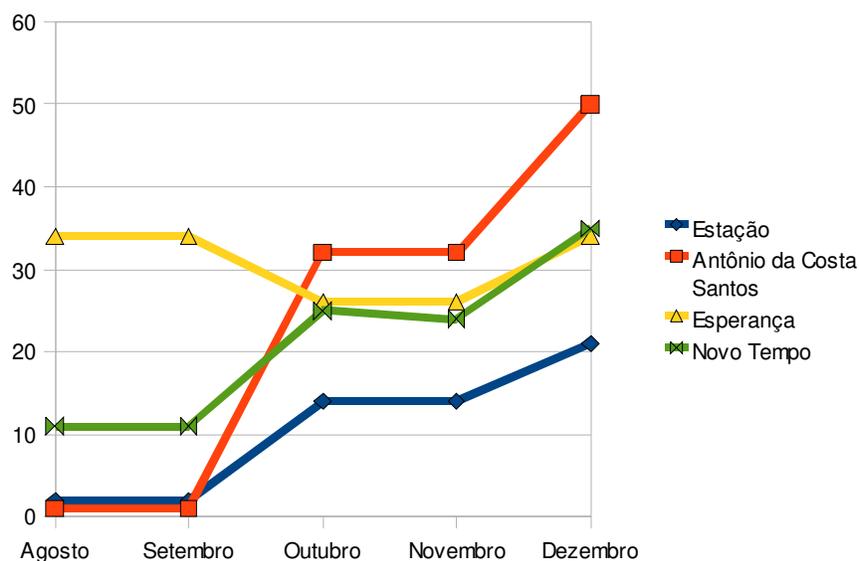
Dessa forma, os dados referentes aos profissionais dos CAPSIII foram obtidos a partir das informações do TABNET Campinas, para os anos de 2005 e 2006, dados obtidos acessado-se o *site* da Secretaria de Municipal de Saúde.

A Tabela 3 e Gráfico 2, a seguir, apresentam o número de profissionais dos CAPSIII no ano de **2005**, que expressava apenas informações dos meses de agosto a dezembro.

Tabela 3- Total de profissionais de CAPSIII, em Campinas-SP, agosto a dezembro, 2005.

CAPS	Meses				
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Estação	2	2	14	14	21
Antônio da Costa Santos	1	1	32	32	50
Esperança	34	34	26	26	34
Novo Tempo	11	11	25	24	35

Fonte: TABNET Campinas.



Fonte: TABNET Campinas

Gráfico 2- Gráfico do total de profissionais de CAPSIII em Campinas-SP, agosto a dezembro, 2005.

Com base nesses dados, analisando-se o gráfico de dispersão, interpreta-se que os serviços que se aproximam, quanto ao número de profissionais que trabalham em CAPSIII, são o CAPS Esperança e o CAPS Novo Tempo. Entretanto, salienta-se que, provavelmente, tais dados estão subnotificados, sobretudo com relação aos CAPSIII Estação e Antônio da Costa Santos, pois é impossível que nesse período houvesse apenas dois e um profissional nesses estabelecimentos respectivamente.

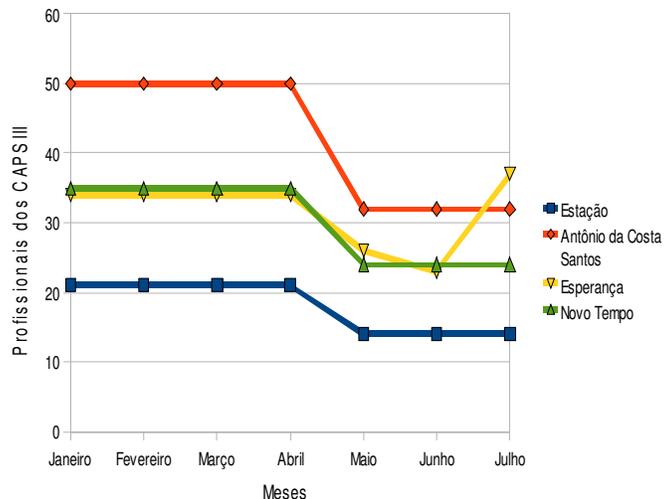
Para o ano de **2006**, as informações disponíveis no TABNET Campinas, quanto ao número de profissionais de CAPSIII, apresentam os dados relativos aos meses de janeiro a julho e são expostos a seguir.

Tabela 4- Distribuição de profissionais nos CAPSsIII, Campinas-SP, jan – jul, 2006

CAPS	Meses						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
Estação	21	21	21	21	14	14	14
Antônio da Costa Santos	50	50	50	50	32	32	32
Esperança	34	34	34	34	26	23	37
Novo Tempo	35	35	35	35	24	24	24

Fonte: TABNET Campinas.

Novamente, em 2006, os CAPSIII Esperança e Novo Tempo apresentaram estrutura semelhante, quanto ao número de profissionais.



Fonte: TABNET Campinas

Gráfico 3- Gráfico da distribuição dos profissionais dos CAPSsIII, Campinas-SP, janeiro a julho, 2006.

Profissionais quanto à formação

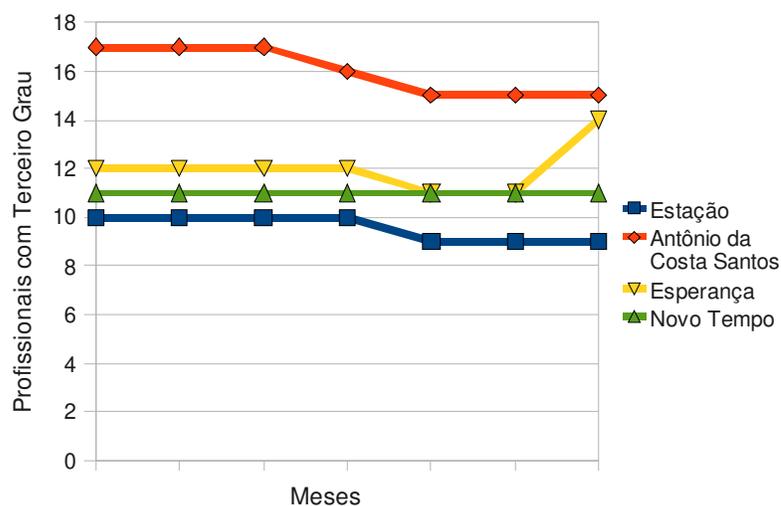
Os dados referentes à formação dos profissionais que compõem os CAPSIII de Campinas-SP, ou seja, se os mesmos são universitários ou técnicos de nível médio, são identificados na tabela e gráfico a seguir. Nesse caso, optou-se por identificar o número de profissionais por nível de formação – número de trabalhadores com nível superior e aqueles de nível técnicos -, não se especificando cada uma dessas profissões.

A seguir são expostos a tabela e o gráfico com o número de profissionais com formação universitária dos CAPSIII, nos meses de janeiro a julho de 2006.

Tabela 5- Número de profissionais com o terceiro grau dos CAPS III, janeiro a julho, 2006.

CAPS	Meses						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Estação	10	10	10	10	9	9	9
Antônio da Costa Santos	17	17	17	16	15	15	15
Esperança	12	12	12	12	11	11	14
Novo Tempo	11	11	11	11	11	11	11

Fonte: TABNET Campinas.



Fonte: TABNET Campinas.

Gráfico 4- Gráfico de dispersão com profissionais de Terceiro Grau dos CAPS III, Campinas-SP, janeiro a julho, 2006.

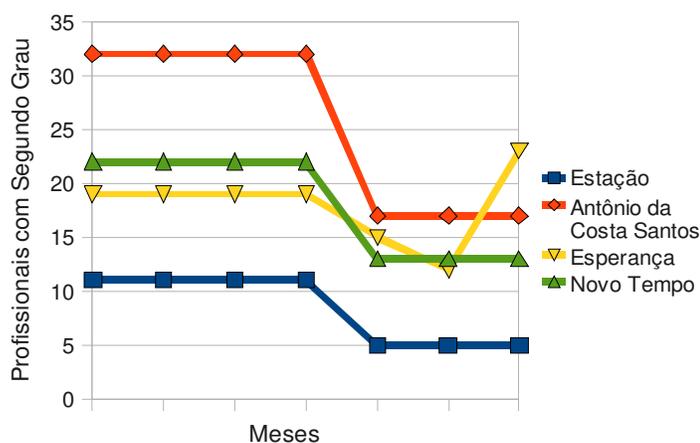
De acordo com a Tabela 5 e o Gráfico 4, o CAPSIII Esperança e o Novo Tempo possuem números próximos de profissionais com formação universitária, o que indica uma semelhança de estrutura entre esses serviços considerando-se essa variável.

A Tabela 6 e o Gráfico 5 dispostos a seguir expõem, por sua vez, os dados referentes ao número de profissionais com segundo grau dos CAPSIII, nos meses de janeiro a julho de 2006.

Tabela 6- Número de profissionais com segundo grau dos CAPS III, janeiro a julho, 2006.

CAPS	Meses						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Estação	11	11	11	11	5	5	5
Antônio da Costa Santos	32	32	32	32	17	17	17
Esperança	19	19	19	19	15	12	23
Novo Tempo	22	22	22	22	13	13	13

Fonte: TABNET Campinas.



Fonte: TABNET Campinas.

Gráfico 5- Gráfico de dispersão considerando profissionais com segundo grau dos CAPS III, de Campinas, janeiro a julho, 2006.

Ao se observar a Tabela 6 e o Gráfico 5, interpreta-se que o CAPSIII Novo Tempo e o Esperança apresentam número semelhante de profissionais de segundo grau.

Dados de produção

Os dados de produção foram classificados de acordo com o **tipo de cuidado** prestado por esses serviços. Assim, acredita-se que um CAPS com o perfil de atendimento intensivo tem características diferentes daquele com mais atendimentos semi-intensivo, o que poderia afetar o processo de trabalho nesses estabelecimentos.

A seguir, são apresentadas as informações quanto à produção dos CAPSIII de Campinas-SP para os anos de 2004, 2005 e 2006, analisados separadamente. Nesse caso, entendia-se que uma análise longitudinal de anos recentes auxiliaria a compreender, de forma mais abrangente, esse tipo de variável. Assim, tomou-se o período de 2004 a 2006, por ser uma série histórica recente.

É importante ainda esclarecer que não se pretendeu verificar a significância estatística desses dados, mas apenas tentou-se realizar uma estratégia de compreensão de variáveis descritivas das unidades em análise, de modo a executar a estratégia de Correia (1998).

Produção em 2004

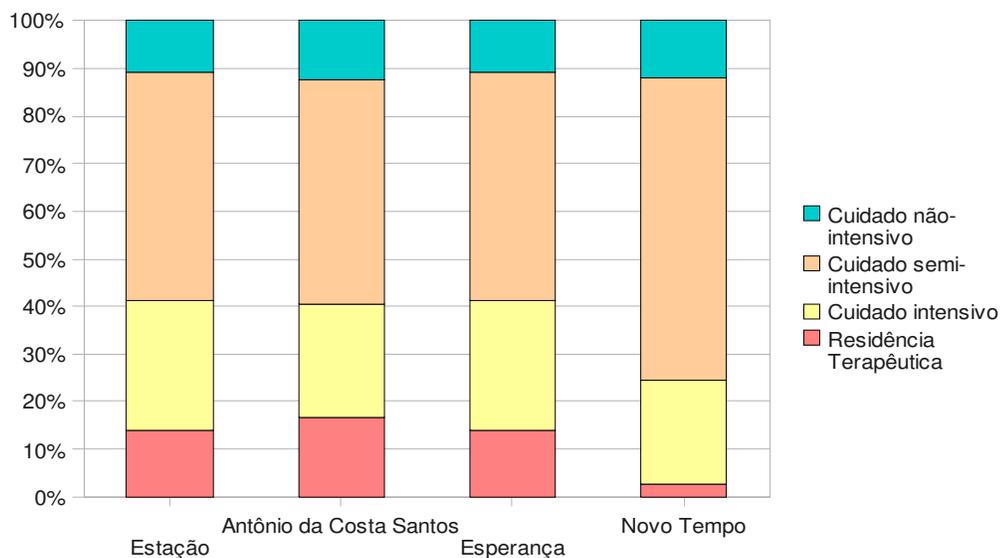
Os dados de produção de 2004 estão expostos na Tabela 7 e Gráfico 6 expressam as unidades de procedimentos realizados nesse ano nos CAPSIII de Campinas-SP. Assim, o quadro 8 indica o percentual de procedimentos realizados em cada um desses serviços, porém, para melhor compreensão dessas informações, optou-se por transformar esses números em percentual o que ajudaria a compreender a concentração em cada modalidade de atenção realizadas nesses serviços.

Tabela 7- Unidade de procedimentos realizados em 2004.

Meses	Residência Terapêutica	Cuidado intensivo	Cuidado semi-intensivo	Cuidado não-intensivo	Total
CAPS					
Estação	370	742	1284	296	2692
Antônio da Costa Santos	339	486	953	253	2031
Esperança	370	742	1284	296	2692
Novo Tempo	68	575	1660	308	2611
Total	1391	2562	5370	936	10259

Fonte: TABNET Campinas

Analisando-se esses dados, há pouca diferença entre as produções dos CAPSIII Estação, Antônio da Costa Santos e Esperança. Apenas o CAPSIII Novo Tempo revela uma menor produção no que se refere ao cuidado quanto às Residências Terapêuticas.



Fonte: TABNET Campinas.

Gráfico 6- Gráfico Percentual de procedimento por CAPSIII em 2004.

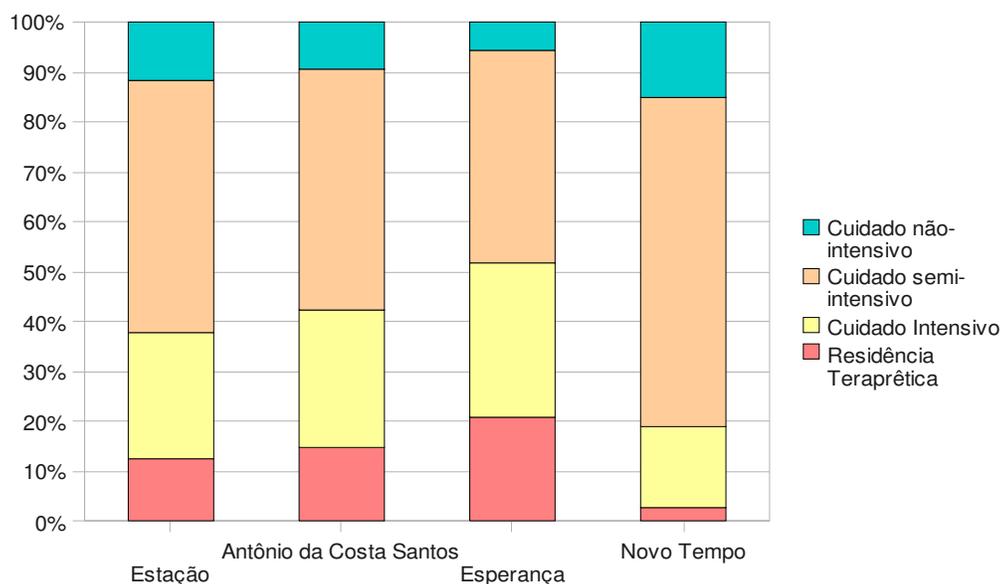
Produção em 2005

Para o ano de 2005, considerando-se o percentual de atendimentos observa-se que o CAPSIII Esperança e Novo Tempo apresentam diferenças quanto ao tipo de cuidado (Gráfico 7). Enquanto o Esperança tem um grande percentual de atendimento a Residências Terapêuticas e cuidado intensivo, o Novo Tempo se caracteriza por ter uma demanda de assistência semi-intensiva.

Tabela 8- Unidade de procedimentos realizados em 2005.

CAPS	Meses				Total
	Residência Terapêutica	Cuidado intensivo	Cuidado semi-intensivo	Cuidado não-intensivo	
Estação	344	688	1381	312	2725
Antônio da Costa Santos	298	558	982	184	2022
Esperança	445	648	906	114	2113
Novo Tempo	59	342	1397	317	2115
total	1146	2236	4666	927	8975

Fonte: TABNET Campinas.



Fonte: TABNET Campinas.

Gráfico 7- Gráfico do Percentual de procedimento por CAPSIII, em 2005.

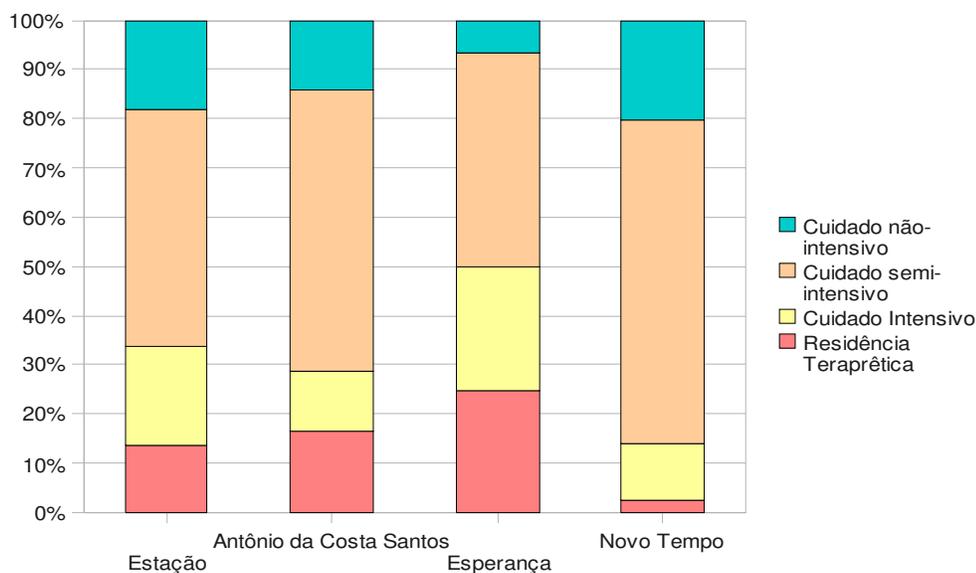
Produção em 2006

Os dados a seguir expressam número total e o percentual de tipo de cuidado realizado por cada um dos CAPSIII de Campinas-SP para o ano de 2006. Nesse período, os CAPSIII Esperança e o Novo Tempo encontram-se equidistantes quanto à produção, ou seja, representam os extremos dessa grupo de serviços analisados.

Tabela 9- Unidade de procedimentos realizados em 2006.

CAPS \ Meses	Residência Terapêutica	Cuidado intensivo	Cuidado semi-intensivo	Cuidado não-intensivo	Total
Estação	278	413	993	372	2056
Antônio da Costa Santos	229	172	803	199	1403
Esperança	294	297	520	76	1187
Novo Tempo	36	175	984	303	1498
Total	837	1057	3300	950	6144

Fonte: TABNET Campinas.



Fonte: TABNET Campinas.

Gráfico 8- Gráfico do percentual de procedimento por CAPSIII em 2006.

Análise geral das produções nos anos de 2004, 2005 e 2006.

Considerando-se os anos de 2004, 2005 e 2006, os CAPSIII Esperança e Novo Tempo são equidistantes quanto à produção por modalidade de procedimento para esse tipo de serviço.

Um dado interessante é que o CAPSIII Novo Tempo apresenta uma grande parcela de atendimentos de cuidados semi-intensivos, mas com menor assistência no que se refere à Residência Terapêutica. Por outro lado, o CAPSIII Esperança possui número elevado de cuidados intensivos e acompanhamento de residências terapêuticas. Por que esse fenômeno ocorre? Traz conseqüências ao processo de trabalho nesses serviços?

Considerando-se esse suporte às Residências Terapêuticas, é importante esclarecer que esse dado foi tratado como mais um dos procedimentos oferecidos pelos CAPS estudados. Mesmo que os moradores não estejam internados nos CAPSIII, esses precisam, de algum modo, oferecer um suporte para esses moradores. Será que essa responsabilidade afeta o cotidiano dos trabalhadores?

Por fim, no quadro a seguir, são expostos os números de Residências Terapêuticas por CAPSIII em Campinas (CNES, 2007).

Tabela 10- Residências Terapêuticas supervisionada por CAPSIII de Campinas-SP, 2007.

CAPSIII	Residência Terapêutica
Leste/Esperança	14
Norte/Estação	7
Sudoeste/Novo Tempo	3
Sul/ Antônio Costa Santos	5

Fonte: CNES/Datasus, 2007

Frustrações metodológicas que conduzem ao analisador “boicotes a registro de produção oficial” dos CAPS

No início dessa investigação, conforme colocado, havia a intenção recorrer à metodologia de Correa (1998) para escolher os CAPSIII a serem estudados na segunda parte da pesquisa.

Entretanto, no decorrer dessa investigação, sobretudo através do contato com os profissionais responsáveis pela auditoria das informações sobre a produção dos CAPSs, constatou-se que aqueles dados estavam subnotificados, porque havia dificuldades dos profissionais dos serviços em lidar com esse sistema de registro.

Uma das possíveis saídas para suprir essas lacunas quanto à fidedignidade dessas informações seria a coleta de dados primária nos quatro CAPSIII, que compunham o universo desse estudo, como o fez Correa (1998), que buscou dados primários junto aos serviços. Porém, essa alternativa iria requerer muito tempo e este é muito curto para uma pesquisa de mestrado, que ainda tinha outras etapas a serem executadas.

Mesmo assim, ainda se buscou aproveitar ao máximo os poucos dados disponíveis, seja valorizando as poucas informações, como aquela referente ao número de profissionais dos CAPS em uma série histórica, dado não é obtida no CNES Nacional, mas disponível apenas no TABNET de Campinas-SP. Assim, procurou-se valorizar os poucos dados obtidos, também capazes de gerar inferências, nem que fossem as lacunas de um sistema de registro de informações tão importantes, mas que parecem se perder nessa trama de serviços que compm o SUS.

Havia mal preenchimento da documentação ou não existia correspondência entre modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) disposta na APAC e a realidade.

Todas essas inconsistências nas informações acarretavam em “glosas”, que significa a “rejeição” desses documentos de produção de serviços de alta complexidade, como é o caso dos CAPS. Essa rejeição repercute no não-pagamento dos procedimentos realizados nesses estabelecimentos, seja porque os profissionais dessas

unidades prestadoras não registraram o atendimento ou mesmo porque o fizeram de forma incorreta. E as “glosas” significavam, na prática, que não haveria pagamento ao município pela assistência prestada.

Por todas essas dificuldades encontradas nessa fase da pesquisa, entende-se que os dados de produção desses serviços não representam o número real de atendimentos realizados nesses CAPS. Assim, como os dados de produção dos CAPS não eram fidedignos, não se prosseguiu com a metodologia de Correa (1998), buscando-se informações primárias sobre esses indicadores.

Mesmo assim, não “se jogou o bebê com a água do banho”, ou seja, as informações obtidas referentes aos dados de estrutura e produção dos CAPSIII de Campinas-SP foram aproveitadas ao máximo. Por isso, optou-se por apresentar os poucos registros nas tabelas e gráficos anteriores, pois ao menos se teria uma visão de todos esses estabelecimentos no que diz respeito às variáveis analíticas.

Tais dados, por sua vez, direcionavam a escolha dos CAPSIII Esperança e Novo Tempo, que apresentaram estrutura semelhante (número de profissionais de formação universitária e técnicos com segundo grau), mas expressaram os extremos da produção se comparado aos demais CAPSIII de Campinas-SP, em 2005 e 2006. Quem sabe, ao utilizar essas informações, não seja um modo de dar algum sentido para esses dados? Por que há tantos desencontros em relação ao cotidiano e produções desses estabelecimentos com outros níveis do SUS?

Todas essas lacunas da “não-informação” ampliaram ainda mais o olhar em relação ao objeto investigado, uma vez que apontavam para uma forma peculiar de alienação forjada nesses estabelecimentos, que não se apropriam de uma ferramenta tão significativa por estar relacionada à produção realizada nesses serviços. Por que isso ocorre? Por que os trabalhadores apresentam dificuldades com esses registros? Que tipo de lacuna existia entre esses estabelecimentos de saúde e os demais níveis da rede de saúde, mais especificamente o nível central do SUS-Campinas, e dos demais níveis do SUS (estadual e federal)? Nesse ponto, relembra-se que as APACs são negligenciadas também em CAPS de outros municípios, como se expôs na apresentação dessa dissertação quando a

pesquisadora se aventurava em CAPSs recifenses. Enfim, considerando-se todas essas interrogações e interjeições, questiona-se se essas dificuldades com o não uso desse sistema de informação/produção dos CAPS seria um “analisador”.

Porém, mesmo que esses dados encontrados até então não representem “a realidade” desses serviços, ainda assim procedeu-se, a partir deles, à escolha das unidades participantes dessa pesquisa. Afinal, de certa forma era um corte para a escolha dos serviços que iriam participar da segunda parte dessa pesquisa, pois eram as únicas informações “oficiais” que se tinha naquele momento que, minimamente, representavam essas unidades dentro de um conjunto de CAPSIII.

Diante desse “achado”, procurou-se conversar com os profissionais sobre o porquê de não se apropriarem dessa ferramenta. Além do mais, com a ida ao campo, seria possível entender um pouco do cotidiano das mesmas no que se refere ao processo de trabalho e sua relação com esse sistema de registro de produção.

Por todas essas descobertas e questionamentos, pretendeu-se, no decorrer dessa pesquisa, escutar os profissionais que fazem a auditoria desses serviços e aqueles que compõem esses estabelecimentos especializados. Que tipo de problema está relacionado com esse não uso desse sistema será o foco da última parte desse capítulo.

A seguir serão apresentados dois pontos de vista sobre o uso inadequado das informações das produções dos CAPS – um da profissional que trabalha com a auditoria desses serviços e o outro proveniente dos profissionais que trabalham nesses estabelecimentos especializados ou atuam como apoiador matricial das mesmas.

A reflexão da auditora que trabalha com os dados de produção dos CAPS

Após conversa com a gerente responsável pelo sistema de registro das produções dos serviços de alta complexidade, onde se enquadram os CAPS, obteve-se a informação que existe uma grande subnotificação da produção das APACs. Diante dessa descoberta, fiquei muito surpresa e decidi colher mais informações sobre o que significava essa lacuna e qual seria o trabalho desenvolvido pela auditoria para esses serviços.

É possível compreender e ressignificar essa ferramenta de registro de produção, a APAC? Nesse caso, diante de tantas descobertas sobre que dificuldades eram aquelas, sentiu-se a necessidade de compreender como se dava o processo de trabalho em torno daquela ferramenta. Nesse caso, conversou-se com alguns profissionais do setor de controle, auditoria e avaliação da Secretaria de Saúde de Campinas-SP para compreender como era o fluxo desse Sistema de Informação/produção de tratamentos de alta complexidade como os CAPSs, bem como para investigar quais os principais problemas em torno do uso dessa ferramenta, dentre outras questões que permitissem a compreensão desse fenômeno.

Foi então que entrevistei a profissional responsável pela auditoria dos CAPS do município, que é uma psiquiatra que trabalha, desde 1998, com essa função. Além desse trabalho, a entrevistada também falou que atua como psiquiatra em um outro serviço em outro município. Ressaltou que só poderia exercer tal função em outra cidade, pois sua função de auditoria a impede de acumular cargos em serviços de saúde mental, pois seria “anti-ético”.

A auditora expôs como era o início do financiamento dos CAPS, que necessitava apenas do código com o tipo de ação realizada, informando, por exemplo, se a consulta ocorreu com o psiquiatra, a psicóloga, a assistente social, com a enfermeira ou com outro funcionário da unidade prestadora da assistência. Além disso, procurava-se descrever o tipo de atendimento prestado – se foi individual ou em grupo. Porém segundo essa auditora dos CAPSs de Campinas-SP, tal instrumento de captação de informações carecia de dados do paciente correlacionados à forma como se programava seu tratamento.

Com as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH), buscou-se uma informação mais qualificada para justificar e estruturar os tratamentos realizados nos estabelecimentos de alta complexidade, uma vez que propunha uma nova “ferramenta” de registro, um laudo mais detalhado, contendo informações gerais sobre o paciente, seu tratamento, o profissional de saúde responsável pelo seu cuidado, enfim pretendia-se a geração de informações mais qualificadas sobre a assistência prestadas e sobre os envolvidos no processo de cuidado.

Assim, quando se tratava de assistência de alta complexidade, o Ministério da Saúde exigia o preenchimento da Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) e demandou a organização de um serviço de auditoria para acompanhar as internações nesses serviços. Sobre isso, a auditora explicou que, no caso dos CAPS, quando houvesse a emissão de APAC, essas precisariam ser autorizados previamente por um Setor de Controle, Avaliação e Auditoria, no nível central da Secretaria de Saúde do município.

A relação que se estabelece entre esse serviço de auditoria do nível central e o CAPS, se dá da seguinte maneira: primeiramente, os CAPS solicitam para esse serviço de Controle, Avaliação e Auditoria o pagamento de determinados procedimentos, caracterizados pelo tipo de cuidado prestado (intensivo, semi-intensivo ou não intensivo) e esse pedido solicitando o custeio para fomentar a terapêutica é feito através de um laudo de APAC. Em seguida, esse documento é enviado ao setor de auditoria, que registra o pedido e emite um outro instrumento para que o CAPS também proceda com a notificação do cuidado prestado (chamado de “chequinho”). Essa APAC tem validade por três meses.

No Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) há o cruzamento dessas duas vias que referem as informações sobre o atendimento prestado ao paciente, ou seja, correlacionam-se tanto os dados registrados no serviço de auditoria, como aqueles fornecidos pelo CAPS. Era nesse cruzamento de informações que surgiam as inconsistências e o sistema “glosava” o atendimento, ou seja, não efetuava o pagamento pelo cuidado proporcionado. *“As glosas que acontecem é porque os documentos que estão dentro desse sistema apresentam inconsistências”*, explicou a profissional.

E quais seriam essas inconsistências? Uma primeira seria a não assinatura dos usuários de sua frequência no momento em que vão para o serviço receber o atendimento. Explicando melhor, nos serviços de alta complexidade, uma das maneiras para comprovar se, de fato, os atendimentos estão sendo realizados é solicitando-se ao usuário que o mesmo assine uma lista de presença, provando que compareceu no serviço e recebeu a assistência. Porém, a auditora explicou que essa exigência não é tão rígida quando se trata de paciente com transtorno mental, pois muitas vezes esse não está em condições de assinar, o que acontece, por exemplo, nas situações em que o doente apresenta sintomas persecutórios. Esses, várias vezes, mesmo com as várias explicações sobre o motivo da

assinatura, não assinavam a frequência porque tal ação acabava “entrando” na trama de seu delírio persecutório.

Mas casos como esses, de dificuldade de se obter a assinatura dos usuários dos CAPSs não inviabiliza o tratamento, pois se buscam outras alternativas de registro desse comparecimento ao tratamento. Nessas situações, até se adotam atitudes mais flexíveis, como é a permissão para que o familiar ou mesmo o profissional cuidador assine tal documentação.

Outra dificuldade que surge para o registro de produção dos CAPSs está na falta de documentos de identificação do usuário no momento de sua admissão no serviço. Mas, frente a essa lacuna, orienta-se para que o usuário obtenha tal documentação, recolha as assinaturas para comprovação do tratamento e registra-se essa assistência apenas quando o CAPS tiver acesso ao registro de identificação do usuário. Depois, com a documentação em mãos, emite-se a APAC, que repassa os valores de financiamento daquele atendimento retroativamente. Do contrário, quando o profissional do CAPS envia a APAC sem essa informação crucial, ocorre “glosa”, o que implica no não-reconhecimento daquela internação.

Um outro motivo para a “glosa” se faz em relação à incompatibilidade entre o diagnóstico do doente, pelo Código Internacional das Doenças (CID), e o tipo de assistência prestada, se é intensiva, semi-intensiva ou não-intensiva. A auditora explicou que essa articulação entre dados é uma novidade do sistema que financia os serviços de alta complexidade, uma vez que anteriormente não havia esse tipo de crítica às informações relativas ao contexto do atendimento. Assim, os profissionais precisam verificar se o CID que está sendo informado é ou não compatível com os procedimentos que estão sendo requisitados ao sistema que subsidia o serviço, por meio de repasse de verbas de custeio do tratamento. Nesse sentido, quando há incompatibilidade entre CID e procedimento solicitado, o sistema “glosa” a APAC e não faz o repasse de verba para o serviço (gestão municipal).

A entrevistada explicou que, para superar essas dificuldades, é necessário uma organização interna para que se tenha um controle sobre mudanças de intensidade do cuidado prestado a determinados usuários. Entretanto, ela expôs que os trabalhadores

desses serviços têm dificuldades em “*dar conta de todas as informações*” relativas a formas de cuidado do paciente. Então, muitas vezes, há uma mudança no projeto terapêutico do paciente e não se registra o contexto dessa mudança na terapêutica do mesmo.

Para exemplificar esse contexto, a entrevistada expôs que, ao se acessar o TABNET, é possível entender o motivo de cobrança da APAC, que pode ser (1) continuidade do atendimento e do procedimento; (2) continuidade do tratamento com mudança de procedimento, (3) transferência; (4) alta; (5) alta por abandono; (6) alta por internação. Entretanto, quando se acessa o banco de dados percebe-se uma incompatibilidade entre as informações prestadas pelos CAPS sobre a forma de cuidado na emissão das APACs e a realidade do atendimento. Ou seja, muitas vezes há uma mudança na modalidade de tratamento que justifica o motivo da cobrança, e os serviços não conseguem informar essas modificações para o sistema. Nessas situações, os outros níveis do SUS não registra tal atendimento, o que pode ser ilustrado na seguinte fala da profissional

Quantos casos existem que estão nos CAPS há vários meses sem que ele apareça como paciente daquele serviço e como produto daquele serviço porque não foi pedida a APAC para ele? Então as glosas são nesse sentido. Não é porque é inadequado, ou não cabe, ou porque a gente não autorizou, ou porque eles fizeram de um jeito diferente do que foi autorizado, não é isso. A glosa é o sistema que faz porque a informação não circula da maneira como deveria circular [Auditora].

No serviço de auditoria também há a verificação dos prontuários para analisar se o procedimento autorizado se relaciona às ações empreendidas no projeto terapêutico do usuário. Assim, além de examinarem a frequência do usuário, também se analisa a compatibilidade entre as evoluções/prescrições dos atendimentos com a execução das atividades prescritas por parte dos usuários.

Entretanto, também não são raras as faltas de evolução que indicam como o cuidado de fato está sendo exercido. Assim, muitas vezes os profissionais remetem o atendimento a uma prática assistencial que ocorreu no passado. Sobre essa questão, expõe a auditora:

E aí quando a gente vai autorizar o documento, a gente percebe que a última anotação no prontuário é do primeiro mês que a APAC venceu, entendeu? Então essa questão de documentação de prontuário é uma coisa muito ruim para todas as especialidades, para todos os serviços. O povo não considera importante registrar em prontuário, registrar com qualidade e registrar em tempo hábil. Se você sentar com as equipes, elas sabem quem é, o que é que fez, quantas vezes foi. Mas você pega o prontuário, você não sabe se o cliente morreu, internou, mudou de cidade e aí não tem como você autorizar uma coisa nesses termos. Aí você anota no laudo. Devolve o laudo dizendo “atualiza para eu poder autorizar [Auditora].

Outra dificuldade com os prontuários está na explicação dos cuidados que o usuário está recebendo naquela unidade. Muitas vezes o profissional não explica qual é o projeto daquele paciente; de quais grupos o usuário participa; se recebeu também atendimento individual; quantas vezes comparece no serviço para as indicações prescritas para seu tratamento (grupos, atendimentos individuais etc). Isso dificulta muito a compreensão da profissional, enquanto auditora, para interpretar como se faz a assistência. Exemplificou que, em várias situações, um psiquiatra muda a medicação de um usuário e não registra essa alteração no prontuário. Então outro profissional, que é o técnico de referência daquele usuário, anota apenas no prontuário que o “*médico atendeu e mudou a medicação*”. Mas não situa como e porque ocorreu aquela mudança de tratamento. Sobre isso, expõe a auditora:

(...) a gente sabe que os pacientes são avaliados, são prescritos, têm controle de dispensação de medicação, tudo certinho...Mas você não encontra aquela coisa regular “passou em consulta médica”. Então tem umas evoluções assim que o profissional de referência anota “passou em avaliação com o Dr Fulano, que mudou sua medicação”, ponto. Não diz por que mudou, que medicação tomava [Auditora].

A auditora explicou que tais lacunas sobre os detalhes do tratamento não é motivo de “glosa”, pois uma vez autorizado o procedimento e havendo o comparecimento do paciente no serviço, já são dados suficientes para se autorizar o atendimento. Contudo, a profissional ponderou que essas dificuldades no registro incompletos é uma constância em todos os CAPS do município.

De uma forma geral a auditora reconhece que há muito trabalho no CAPS, há até a deficiência no equipamento em algumas vezes. Sobre isso, ela até pontuou que alguns computadores não estão com a versão atualizada para o registro das produções. Ou mesmo alguns trabalhadores não conhecem ou atualizam as versões mais recentes do sistema de informação que operam.

A auditora também falou sobre seu trabalho, expondo que mensalmente percorre os serviços, no mínimo uma vez por mês. Além do mais, a cada três meses, quando é preciso renovar as APACs, válidas por três meses, ela trabalha arduamente e recebe ajuda de outro profissional, que a auxilia na autorização dos procedimentos.

Ela explicou que trabalhadores dos CAPS compreendem seu trabalho como sendo **burocracia** e resistem a essa ação de registrar essas documentações (laudos, prontuários) de “forma cordial”. Entretanto, ela discorda desse modo como avaliam seu trabalho, uma vez que ela consegue visualizar utilidades para aquelas informações registradas nos instrumentos desses serviços. Sobre essa questão, ela expressa:

(...) eles (os trabalhadores dos CAPSs) acham que isso que a gente faz é só burocracia. Eles acham que isso é só “ah, você é muito burocrata”. Mas isso faz parte da informação e a gente quer fazer, quer construir um sistema de informação que sirva. Quando você quiser discutir, sei lá, mudança de ação por causa disso, disso e disso, você vai ter que se basear em alguma coisa. Então vamos pegar o nosso sistema, vamos pegar a informação do que a gente fez durante todo esse tempo. Vamos nos basear nela para a gente pensar no que é melhor fazer para a gente mudar. Mas tem uma resistência sim. Tem uma resistência bastante assim...ela é cordial...é uma *resistência cordial* (grifo da autora da dissertação). Então não é algo assim difícil de lidar [Auditora].

Quando questionada sobre o seu sentimento em relação ao seu trabalho, dos problemas com as “glosas”, das suas constantes falas sobre a importância desse sistema de informação, o que infelizmente não impede as faltas com relação a esse sistema de registro. Sobre isso, ela expôs:

Porque é muito chato; muito chato mesmo. O dia que você está com tempo, você não está estressado, você está com mais disponibilidade, a coisa rola de um jeito. Agora tem dia que você tem muita coisa pra fazer. Aí é aquela coisa que repete, repete e você já pediu, já voltou e já voltou de novo. Aí você fica muito impaciente. E é uma coisa que eu não sei...acontece em todo lugar. É motivo de debate, palestras, advertência da CRM sobre isso, sobre aquilo. Mas é uma coisa que não se conseguiu reverter [Auditora].

Para tentar mudar essa sensação diante das **frustrações** no seu trabalho de auditoria, irá propor algumas mudanças na forma de trabalhar com esse sistema de informação de modo a dar um significado mais prático para as informações já processadas. Ela me mostrou então o banco de dados, com registros de vários anos, que contém, dentre outras, informações sobre vários pacientes, onde os mesmos foram internados, forma de tratamento.

No final da entrevista, insisti sobre a relação entre o CID e o tipo de procedimento prestado. Essa era uma dúvida recorrente que eu tinha nas leituras dos textos científicos e técnicos: que relação existe entre CID e tipo de procedimento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo)?

Pelo que entendi, em uma reunião que eu participei em um dos CAPS, deveria haver uma compatibilidade entre o CID e os procedimentos do tratamento do usuário. A auditora explicou que antes bastava comprovar a presença para dar prosseguimento ao tratamento pela APAC, mas atualmente é feita uma correlação entre CID e forma de cuidado. Assim, para um cuidado ser “liberado” pelo sistema o CID do usuário dever estar incluído dentro daqueles diagnósticos “*aceitos pela portaria*”.

Diante dessa informação, questionei qual o documento que aponta para essa deliberação e a auditora explicou que tal informação consta no livro sobre CAPS (Brasil, 2004b). Interroguei ainda se existe algum estudo, realizado pelo ministério que justifica essa relação entre CID e tipo de procedimento (intensivo, semi, e não-intensivo). A auditora respondeu que desconhece tal estudo, mas explicou que deve haver tal pesquisa porque não crê que o Ministério da Saúde iria propor tal política sem se basear em alguma pesquisa.

A auditora citou um caso de um dos CAPS em que houve glosa por conta do CID. Os profissionais propuseram um Projeto Terapêutico em que o paciente com determinado CID viesse poucas vezes ao serviço. A glosa ocorreu porque o CID do paciente necessitava de cuidados intensivos. Assim, houve incompatibilidade entre forma de tratamento, exposta na APAC, e o projeto terapêutico proposto pela equipe para o paciente.

De certa forma, é necessário se obter maiores esclarecimentos sobre sistema de registro: Ele se baseia em que tipo de pesquisa para indicar uma correlação entre diagnóstico e tipo de cuidado prestado?

Repercussão da APAC no cotidiano dos trabalhadores de CAPS e Apoiadores

Ao conviver nos CAPS participantes da pesquisa, confirmei a dificuldade que esses têm de lidar com esse instrumento de informação/produção. A sensação que tive foi que eles trabalham bastante e acabam deixando de lado esse serviço que é tido como “burocrático”. Assim, nos dois CAPS estudados, era interessante verificar que, nas datas que precediam a visita da auditora ou a entrega dessa documentação havia um verdadeiro alvoroço. Muitos profissionais ficavam preenchendo várias folhas de APACs e o dia de trabalho nos dias de entrega desses formulários girava em torno dessa ação. Nesses dias antecedentes à entrega das APACs, ficava-se preenchendo a “papelada”. Sobre esse contexto expõe um dos entrevistados:

É um inferno (risos). Não tem outra palavra, é um inferno. Eu sinto assim, ultimamente, entre papelada e atender, eu prefiro atender. Vou atender porque eu tenho um compromisso com o paciente, com o meu trabalho, e eu vou lá atender. E aí é aquele desespero porque você vai atender e o que dá para você evoluir, você evolui, como são muitos casos, aí quando vem a auditoria, é aquele inferno. É um ou dois dias você com períodos inteiros, você fazendo burocracia e só burocracia. "Porque não tem APAC!"; "Tem APAC". "Mas falta na pasta"; "Uh, tem que fazer AIH (Autorização de Internação Hospitalar)"; "Tem que fazer aquela de tal dia" e você vai e não está na pasta. Isso é

um transtorno. Eu procuro evoluir, na medida do possível, mas como tem sido muito difícil, então são dois ou três dias de puro inferno [Psicólogo de um dos CAPS participantes da pesquisa]

Quando questionado sobre a melhor maneira de lidar com essa questão, esse profissional sugeriu que a ida do usuário para o atendimento fosse informatizada. Por exemplo, quando ele chegasse ao serviço, deveria passar o cartão SUS. Isso ajudaria a diminuir a “papelada”. Assim, expõe o mesmo psicólogo:

Mas APAC e AIH será que não é uma coisa que poderia ser informatizada? O cara vir com o cartãozinho dele e passar. Como é feito em qualquer plano de saúde. Apesar que tem papelada também em plano de saúde. Não sei, sei lá, o mundo está avançando tanto, será que a gente não pode avançar nisso também. Porque não me incomoda atender paciente em crise, pegar situações complexas, isso não me incomoda, mas ter que largar um ou dois dias para fazer burocracia, isso me consome muito. E é uma coisa sem fim e é paciente chegando, é paciente chegando, é paciente chegando [Psicólogo de um dos CAPS participantes da pesquisa]

Sobre essa dificuldade “sintomática” de dificuldades com o registro das informações de produção, um dos apoiadores entrevistados refletiu que esse sistema de financiamento é muito falho. Explicou que

O SUS é financiado por caixinhas ainda. É financiado por procedimentos. O Nelsão (Nelson Rodrigues dos Santos) é que fala muito isso. Tem vários artigos dele que falam que enquanto formos financiados por linhas de procedimento, a gente nunca vai...porque de novo é a repetição, porque se a gente financia por procedimento, estamos estimulando procedimentos [Apoiador].

O entrevistado reflete que o trabalho da auditoria é burocrático – de ver se a pessoa assinou, de analisar prontuário. Na sua opinião, essa ação “*não avalia nada*”. As pessoas não compreendem a finalidade dessa auditoria e dessa forma de registro de produção. Assim, por não verem sentido naquele processo de trabalho, os profissionais não aderem a essa prescrição da gestão, nem o farão no futuro. Nesse sentido, nos trabalhos nas instituições de saúde, identifica-se uma autonomia dos trabalhadores de saúde,

diferentemente do que ocorre em outros processos de produção capitalistas (Campos, 1997, 2000; Merhy, 1997, 2002) e são capazes (têm poder) para boicotar essa forma de controle sobre a produção. Mas ainda assim permanece o impasse: o que fazer para o registro das produções e como garantir um repasse de verbas que cubram os atendimentos prestados nesses serviços?

Para superar tal problema, esse apoiador sugere que a forma de financiamento poderia se dar através de “blocos de serviços prestados”, semelhante ao que ocorre na atenção básica, em que há “pacotes de pagamentos”. Nesse caso, os auditores seriam responsáveis por implementar uma avaliação participativa dos recursos a serem ou não investidos.

Será que os profissionais poderiam intervir para construir um sistema de registro que fosse mais satisfatório e produtivo para todos que fazem parte dessa rede de assistência e de gestão desses serviços? Tal situação de incompatibilidade entre resoluções da gestão e ação (ou não ação) dos trabalhadores parece ser uma das explicações para tal fenômeno. Mas, o que parece, se não for criada uma nova forma de custeio e registro da produção desses serviços, esse “boicote” ao sistema de registro de produção persistirá. Pelo visto a subnotificação é a “ponta do iceberg” desses desencontros entre gestão e assistência no SUS.

Algumas reflexões sobre o “não uso” de ferramentas de produção nos CAPS

Ao participar de algumas reuniões, realizar observações das ações empreendidas nos CAPS e ouvir alguns discursos de trabalhadores da Região Sudoeste percebi que esses fazem várias ações no território e procuram expandir os Projetos Terapêuticos incluindo outros serviços da rede. Por exemplo, alguns usuários de CAPS têm parte de sua assistência dentro da referida instituição e também fazem algum tipo de acompanhamento no Centro de Saúde. Casos como esses são previstos pela portaria que trata do financiamento para cuidado a portadores de transtornos mentais graves?

Outro dado intrigante emergiu da busca de compreensão dos pressupostos que sustentam a relação entre diagnóstico e tipo de cuidado proporcionado. Assim, de acordo com a Portaria GM/MS nº 189, de 20 de março de 2002, há uma relação entre diagnóstico e tipo de cuidado, o que, por sua vez, relaciona-se com a articulação entre diagnóstico e tipo de assistência oferecida – cuidado intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. De certa forma, é importante refletir sobre as bases para essas resoluções, uma vez que se articulam, de algum modo, à construção de Projetos Terapêuticos. Esses são atrelados à diagnósticos necessariamente? É possível construir Projetos Terapêuticos partir do diagnóstico da doença do “paciente”? Eis uma questão que merece ser melhor estudada em outras pesquisas.

Ao que parece, ainda há algumas questões a serem respondidas no que se refere ao contexto de registro dos atendimentos desses serviços, sobretudo aquela que aponta para o desconforto ou o desprezo dos profissionais diante de uma determinada “ferramenta” que pretende indicar a produtividade desses serviços. Mas de que tipo de produtividade se está tratando? Essa forma de registro de produção dá conta das necessidades institucionais? É possível construir uma clínica de sujeitos singulares articuladas com mecanismos de gestão que ajudem a (trans)formar trabalhadores em pessoas mais autônomas e felizes? Como unir gestão e clínica nesse contexto onde a principal “ferramenta” de cuidado está fincado em tecnologia leve”, como é o cuidado a portadores de transtornos mentais?

Essa constatação de “trabalho morto” presente na fala dos profissionais e no cotidiano dos serviços indica um analisador – o “não-uso” de uma ferramenta de produção. Assim, interpreta-se que a desvalorização ou mesmo a não-apropriação da APAC representa um analisador (Lourau, 1976) da dinâmica institucional dos CAPS dentro de uma rede de serviços de saúde.

Outras questões emergem: Será que a forma de financiamento para esses serviços precisa ser modificada, como apontou um dos profissionais? Mas se essa ação ocorrer, por um lado o problema de financiamento estaria resolvido, porém o processo de trabalho não seria modificado. Ou seja, além de construir uma outra forma de registro de produção, também é importante garantir a qualidade do atendimento e de outras formas de processo de trabalho intimamente ligadas ao processo terapêutico, digo isto ressaltando a importância de se garantir, por exemplo, um registro de qualidade nos prontuários dos

usuários dos CAPS, afinal esse instrumento é um documento importante não só para os serviços em Saúde Mental, mas também para outros serviços e até mesmo para o entendimento da evolução da doença no contexto da vida dos “pacientes”.

Diante desse contexto, recordo que, quando estagiava em CAPS em Recife-PE vários usuários relatavam que se consideravam cuidados por vários profissionais que “anotavam coisas sobre suas vidas nos prontuários”, o que apontava para um lastro sobre o qual poderiam ser construídos projetos terapêuticos para esses sujeitos. Assim, como garantir um melhor registro nos prontuários?

Entende-se que as contingências desse tipo de cuidado são muitas. Em alguns momentos os doentes invadem os espaços concretos de trabalho dos profissionais de saúde, tirando-lhes a privacidade de reflexões até mesmo para a evolução nos prontuários (Ferrer, 2007), ou mesmo “surgem” nos sonhos mirabolantes dos seus terapeutas (Käes, 1991). Outras vezes, são muitas as intercorrências nos serviços, que “atrapalha” um determinado ritmo de trabalho, isso considerando que, por três vezes observei técnicos “acudindo” situações de emergência, deixando de lado as várias atividades que desenvolviam.

Contudo, por outro lado, é importante refletir que a assistência a essas pessoas também está respaldada por elementos de gestão, que comporia com a clínica, um contexto para a construção de um cuidado integral a subjetividades complexas. O usuário não “pertence” ao seu técnico de referência, mas está inserido numa rede de serviços ou mesmo dependem de uma compreensão da evolução do caso numa linha histórica. Por isso o registro em prontuários é uma “ferramenta” tão preciosa, que merece ter destaque no processo de trabalho. Mas para que haja uma qualidade nesse registro e em outros procedimentos realizados no CAPS, também é importante garantir um serviço que tenha demandas compatíveis com o número e a dinâmica de equipe que formam tal serviço. Nesse sentido questiona-se sobre a compatibilidade entre número de profissionais e usuários atendidos (produção): esses são compatíveis?

Voltando à questão dos registros nos CAPS: Por que esses registros não ocorrem de um modo mais tranquilo e eficiente, afinal esse usuário não é daquele responsabilidade apenas daquele usuário, daquele serviço, mas sim de uma rede inteira?

Ou seja, é importante que se reflita que instrumentos são úteis para a produção de um cuidado integral de um usuário que deve ser amparado por vários serviços e instituições. Instrumentos que permitam a avaliação do modo como se opera a assistência. Assim, faz sentido construir tecnologias que produzam um trabalho vivo, que transborde significados para as ações dos trabalhadores não fiquem tão a mercê da “alienação”.

Creio que essa polêmica em relação aos instrumentos de trabalho que são utilizados pelos CAPS é um analisador por ajudar a refletir sobre as diferentes formas de cuidado, com suas tecnologias-leve, leve-dura e duras, que remetem a investimentos subjetivos e objetivos. Assim, por um lado, essas ferramentas devem potencializar o cuidado mais circular, em rede, daquele usuário que transita pelos diferentes serviços cujo elo poderia ser respaldado por uma ferramenta de registro que expresse os vários pontos dessa trama de sustentação do cuidado.

Além disso, ferramentas de produção também são potentes para pensar como operacionalizar melhor os investimentos envolvidos na assistência, uma vez que aponta para o custo envolvido em um processo de cuidado. Como se sabe “saúde não tem preço, mas tem um custo” e é importante para o SUS ter instrumentos e tecnologias que demonstrem os investimentos oferecidos aos serviços para o cuidado da população.

Uma vez posto que o analisa(dor) é o “não uso de ferramentas de produção”, fenômeno que causa tantos ruídos, mal entendidos, mal estar para os diferentes sujeitos que participam do processo de cuidado – o que fazer diante desse impasse? Ou seriam essas ferramentas apenas instrumentos de controle de um sistema de gestão que está distante do cotidiano desses serviços?

**AS INSTITUIÇÕES E SUAS
FORMAS DE INTER-RELAÇÕES**

Neste capítulo, são apresentadas as unidades participantes dessa pesquisa em suas particularidades e em suas estratégias para articulação na institucionalização do cuidado integral a portadores de transtornos mentais nos CAPS e estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, buscou-se abordar, sobretudo o ponto de vista do trabalhador de saúde, entendendo-o como um importante elemento para a construção dessa Rede de Saúde, uma vez que está implicado de uma forma particular de produção – a busca pela vida de outrem proporciona que ele se sustente materialmente-subjetivamente.

Assim sendo, em um primeiro momento, serão expostas as particularidades dos serviços da região Sudoeste – CAPSIII Novo Tempo e o Centro de Saúde DICIII – e depois aquele da Região Leste – CAPSIII Esperança, que possui uma forma de relação com as unidades básicas de seu território bem particular.

Em seguida, pretende-se abordar algumas peculiaridades de processo de trabalho que ocorrem **nesses** e **entre** tais serviços participantes desse estudo na estruturação de estratégias de cuidado a portadores de transtornos mentais.

Particularidades dos serviços participantes dessa pesquisa

A Seguir serão apresentados os serviços participantes dessa pesquisa, que estão ligados ao Distrito Sudoeste – CAPSIII Novo Tempo e Centro de Saúde DICIII em se faz a estratégia da Saúde articulada a elementos do Método Paidéia. Em seguida, será exposto o contexto do CAPSIII Esperança, que busca construir uma perspectiva de interação com a atenção básica do Distrito Leste através das Residências Terapêuticas.

Região Sudoeste: CAPSIII Novo Tempo e Centro de Saúde DICIII

*“No novo tempo, apesar dos perigos
Da força mais bruta, da noite que assusta, estamos na luta
Pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver...”*

(Novo Tempo - Ivan Lins / Vitor Martins)

A Região Sudoeste é caracterizada por ser uma periferia da cidade de Campinas-SP, afastada do centro da cidade e habitada por uma população carente. Contudo, é uma região que conta com uma rede de serviços, com unidades que existem há vários anos na cidade. E atualmente há a discussão para a instalação de um hospital para acolher as demandas de urgência/emergência dessa área – o Hospital Outro Verde.

É nesse território que se encontra o **CAPSIII Novo Tempo**, que começou a funcionar em 1993 e tem como eixo norteador a Reforma Psiquiátrica articulada aos princípios do SUS. Para tanto, oferece vários espaços terapêuticos para os usuários: oficina de fuxico; esporte; cinema; ateliês de Terapia Ocupacional para confecção de mosaicos; oficina de culinária; oficina de música, em que os usuários levam e cantam aquelas que lhes são significativas; grupos terapêuticos, em que são trabalhadas várias questões que dizem respeito ao tratamento do usuário, tais como a medicação, família, trabalho, sociedade, dentre outras. Além disso, as famílias dos pacientes contam com um espaço de discussão a respeito do tratamento, das repercussões da doença mental no cotidiano do lar, dentre os vários assuntos que dizem respeito à vivência do familiar que cuida de portadores de transtornos mentais. Além disso, esse CAPS também construiu uma relação com outros espaços terapêuticos: há a parceria com um podólogo, que trata de alguns usuários do serviço; existe o grupo de culinária, que vende alimentos produzidos por alguns usuários em locais externos aos CAPS como em feiras-livres e no Centro de Convivência Tear das Artes; outros pacientes fazem uma atividade de lava-rápido de automóveis para arrecadar dinheiro para seus gastos pessoais e contam com o apoio do CAPS, que fornece uma estrutura mínima para que desempenhem esse serviço (fornecem o espaço e água).

Com relação à organização do processo de trabalho, os profissionais são divididos em duas mini-equipes de trabalho, composta por um profissional de cada formação, tanto de nível superior como os de nível médio. Uma vez por semana, na terça-feira, à tarde, há a reunião com todos os profissionais do CAPS, que é dividida em dois momentos. Na primeira parte da tarde, das 13h às 14hs, cada mine-equipe conversa sobre os casos e as principais demandas que dizem respeito ao processo de trabalho dos profissionais. Na outra parte eles ou fazem supervisão clínico-institucional ou tratam de assuntos pertinentes para todo o grupo. Com relação à supervisão clínico-institucional, quinzenalmente, a equipe trata de questões do processo de trabalho, bem como discutem casos clínicos. Quando não ocorre supervisão, das 14hs até 19hs, há uma reunião com a participação de todos os trabalhadores, para discutir as questões pertinentes ao grupo de funcionários e por vezes conta com a presença do apoiador da região. Em alguns momentos, também pode ser convidada algum profissional de outro serviço para a discussão de temas que sejam de interesse da equipe e também dos convidados.

Um outro espaço que a equipe construiu para discutir assuntos pertinentes ao grupo que digam respeito ao funcionamento do cotidiano dos CAPS, é a passagem de plantão, que ocorre de 7hs às 8hs, de 13hs às 14hs e das 19hs até 20hs aproximadamente. O período da hora do almoço é aquele em que está presente a maior dos profissionais do dia na chamada “passagem de plantão”. Nesse momento, é realizada a leitura do livro de registro, onde se anotam todas as intercorrências, os avisos e qualquer assunto que possa ser de interesse da equipe. A cada período, há um profissional encarregado de resolver as intercorrências do serviço, ou seja, é o responsável pelo plantão. Com relação ao plantão noturno, o estabelecimento não conta com profissional de nível superior para dar suporte à equipe técnica de enfermagem que acompanham os internos nos leitos 24hs. Assim, quando surge alguma intercorrência, os técnicos de enfermagem telefonam para um enfermeiro ou para o SAMU, para que esses ajudem a resolver a demanda surgida no horário noturno.

No que se refere à relação entre CAPS e a estratégia de Saúde da Família, existem dois apoiadores que são referências para o serviço. Um apoiador da região, fica mais encarregado de acolher as demandas dos CAPS da região, buscando construir “pontes” entre as demandas do distrito, do CAPSIII Novo Tempo ou outros serviços. Há

também uma apoiadora que, pela divisão de responsabilidades, tem suas funções mais ligadas aos Centros de Saúde, porém esta também pode ser acionada caso o CAPSIII Novo Tempo tenha algum assunto envolvendo tais unidades básicas referenciadas por essa profissional.

Durante um mês realizei entrevistas e observações no cotidiano desse estabelecimento. Tais informações foram imprescindíveis para que escolhesse a unidade básica, que foi o Centro de Saúde DICIII.

O **Centro de Saúde DICIII (CS DICIII)**, conforme será explicado a seguir, vem desenvolvendo diversos projetos de Educação Permanente para seus profissionais e também vem acolhendo várias demandas de instituições educadoras do município, como é o caso do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Unicamp, que há quatro anos vem estabelecendo parceria na realização de estágios de residentes desse departamento, bem como têm recebido alunos da graduação em Medicina e Enfermagem dessa e de outras universidades do município.

Vários profissionais, tanto do CAPSIII Novo Tempo como também aqueles Centro de Saúde DICIII, ressaltaram que essa unidade básica tem acolhido diversas demandas de Saúde Mental em seu território. Descreveram que não há grandes entraves na referência e contra-referência na relação entre o CAPSIII Novo Tempo e o Centro de Saúde DICIII no que se refere à assistência a portadores de transtornos mentais.

A Unidade Básica de Saúde DICIII, localiza-se numa região bastante carente do Distrito Sanitário Sudoeste de Campinas. Em 2005, esse serviço era referência para uma população de aproximadamente 35 mil habitantes, dos quais 95% dependem totalmente do SUS (CS DICIII, 2006). Por isso, no referido ano, foi inaugurado o Centro de Saúde Santo Antônio, o que reduziu o atendimento para 24 mil pessoas, contribuindo na melhoria da assistência oferecida para essa população adscrita.

Com relação aos dados de estrutura da unidade, a seguir são apresentados os valores relativos ao ano de 2007, referentes ao número de profissionais, equipes da estratégia de Saúde da Família, bem como informações sobre a estrutura física da referida

unidade. Tais dados foram obtidos no site da Secretaria de Saúde de Campinas-SP, baseando-se nas informações que os serviços forneceram ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES).

Tabela 11- Número de profissionais por Equipes de Referência para a estratégia de Saúde da Família no CS DICIII, em 2007.

Equipe	Profissionais
Verde	1 médico de saúde da família 1 enfermeiro de saúde da família 4 auxiliares de enfermagem de saúde da família 3 agentes comunitários de saúde da família
Azul	1 médico de saúde da família 1 enfermeiro de saúde da família 6 auxiliares de enfermagem de saúde da família 4 agentes comunitários de saúde da família
Prata	1 médico de saúde da família 1 enfermeiro de saúde da família 5 auxiliares de enfermagem de saúde da família 4 agentes comunitários de saúde da família
Vermelha	1 médico de saúde da família 1 enfermeiro de saúde da família 4 auxiliares de enfermagem de saúde da família 3 agentes comunitários de saúde da família 1 cirurgião dentista de saúde da família

Fonte: SUS-Campinas (2007).

Equipe de Trabalho do Centro de Saúde DICIII

Tabela 12- Número de profissionais com terceiro grau no CS DICIII, em 2007.

Categoria profissional	Número de profissionais
Cirurgião dentista	6
Enfermeiro do PSF	4
Médico de saúde da família	6
Médico ginecologista/obstetra	3
Médico pediatra	5
Médico psiquiatra	2
Médico clínico geral	4
Psicólogo	2
Terapeuta Ocupacional	2

Fonte: SUS-Campinas (2007).

Tabela 13- Número de profissionais com nível médio no CS DICIII, em 2007.

Profissional	Quantidade
Agente comunitário	17
Atendente de enfermagem	2
Auxiliar de enfermagem do PSF	21
Auxiliar de escritório em geral	1
Auxiliar de consultório dentário	4
CBO nível médio não tem	1
Recepcionista em geral	1

Fonte: SUS-Campinas (2007).

Tabela 14- Instalações físicas para assistência do CS DICIII, em 2007.

Instalações	Quantidade
Clínicas básicas	3
Clínicas especializadas	4
Clínicas indiferenciadas	2
Odontologia	1
Sala de curativo	1
Sala de enfermagem serviços	1
Sala de imunização	1
Sala de nebulização	1
Sala de repouso / Observação indiferenciado	1

Fonte: SUS-Campinas (2007).

A partir dos dados do Relatório de Planejamento da Gestão para o ano de 2007, foi possível obter diversas informações sobre os serviços oferecidos, as demandas, encaminhamentos, os principais problemas e estratégias buscadas para superação dos problemas do ano de 2006. De certa forma, tal documento junto às informações das entrevistas e observações ofereceram alguns elementos para a compreensão do cotidiano dessa unidade básica (CS DICIII, 2006).

Com relação aos casos em Saúde Mental, tais dados podem ser visualizados no quadro a seguir:

Quadro 8- Indicadores de Saúde Mental no CS DICIII, 2006.

Público	Indicadores de demanda	Indicadores de resolutividade
Crianças e Adolescentes	Triagens: 64 Violência doméstica: 34 Retardo mental: 4 Em investigação da queixa: 24 Tentativa de suicídio: 2 Casos encaminhados pelo Conselho Tutelar: 16	Encaminhamentos para unidade especializada: 3 Abandono de tratamento: 38 Alta: 6 casos investigados sem demanda para atendimento. Em atendimento: 17 em grupo de crianças e individual (TO) e psicoterapia individual, ressaltando que todos os pais estão em acompanhamento no grupo de pais Em atendimento: 17 (aproximadamente 27%)
Adultos	Triagens: 220 Depressão: 102 (leve e moderada) - 46% Ansiedade - 29 Retardo mental - 3 Alcoolismo: 10 (aproximadamente 5%) Em investigação da queixa: 22. Tentativa de suicídio - 10 Uso de substâncias psicoativas: 6 (aproximadamente 3%) Violência contra mulheres: 7 Comorbidade – incluído em outras categorias Outros – 31 (16 síndrome do pânico, 4 esquizofrenia paranóide, 4 bulimia, 7 TAB)	Encaminhado para unidade especializada CAPS Novo Tempo: 11 CAPS Ad: 5 Outros Abandono de tratamento - 92 Alta: 7 casos investigados e sem demanda para atendimento Em atendimento: 99 – TO (grupo e individual), psicoterapia individual, ambulatorial com psiquiatra, ambulatorial com o médico generalista. Em atendimento – aproximadamente 45%

Fonte: CS DICIII (2006).

No que se refere às demandas para Saúde Mental de crianças e adolescentes apontam que aproximadamente 54% dos casos que surgiram na unidade em 2006 estavam relacionados à violência doméstica. Desses casos atendidos, detectou-se um abandono de tratamento de aproximadamente 59%, dado que levanta reflexões para os trabalhadores da unidade – por que não há adesão ao tratamento nesses casos?

Com relação à Saúde Mental de adultos, cerca de 46% das triagens são de pessoas com diagnóstico de depressão. Os usuários recebem atendimentos com a Terapeuta Ocupacional, o Psicólogo e o Médico Generalista, e em 2007 a unidade passou a contar também com um Psiquiatra.

Além desses casos da saúde do adulto, registrou-se que aproximadamente 8% dos casos triados em 2006 estavam relacionados ao alcoolismo e uso de substâncias psicoativas, demandas que foram encaminhadas para a especialidade. Tal dado suscitou algumas reflexões em torno da criação de oferta de serviços para acolher esses casos na unidade.

Diante dessa situação, foram desenvolvidas algumas ações em 2006 (CS DIC III, 2006):

- realização de dois grupos com crianças e um com orientação aos pais;
- participação da organização do baile para os usuários do serviço;
- estabelecimento de parcerias em projetos em escolas e creches como, por exemplo no Projeto Sexualidade nas Escolas;
- investigação das mudanças de inserção e permanência de gestantes no mercado de trabalho;
- participação da **Rede Mista do Distrito Sudoeste**, envolvendo várias unidades da referida região, que teve como um dos produtos o Projeto sobre Violência Doméstica, desenvolvido junto às unidades de saúde da região;
- realização do **Matriciamento** das Equipes de Referência na unidade e nos CS's Santo Antônio e Aeroporto;
- participação do Fórum de Dependência Química;
- **articulação com CAPSad e Conselho Tutelar**, os quais participaram das reuniões gerais do Centro de Saúde, bem como os profissionais desses realizaram visitas para conhecer alguns serviços da rede de saúde (CAPS Ad e Nadeq).

Com relação às ações planejadas para 2007, pretendeu-se investir na:

- Manutenção dos grupos terapêuticos e fóruns para a discussão de casos e ações entre Equipe de Referência e profissionais da Saúde Mental, que ocorre quinzenalmente na unidade;
- Criação do grupo de adolescentes, objetivando a inclusão e socialização dos mesmos através da discussão de temas levantados por eles como, por exemplo, uso de substâncias psicoativas, alcoolismo e sexualidade.
- **Investir na parceria com a Rede Mista**, buscando a construir ações conjuntas entre UBS e a referida rede, para levantar temas e pensar ações que seriam pertinentes para abordas nos serviços, junto aos profissionais e usuários do CS
- Criação do grupo de alcoolistas e com dependência química, abordando as dificuldades no tratamento para essas pessoas e as repercussões desse tipo de sofrimento como é o caso da violência doméstica.
- Criação de grupos de psicoterapia para abordar as queixas e demandas do grupo, analisadas para pensar o processo de psicologização e medicalização do sofrimento nas pessoas da comunidade.
- Educação Permanente para **Auxiliares e Enfermeiros para o Acolhimento em Saúde Mental**, que tratasse do uso de protocolos e fluxos envolvidos no cuidado em Saúde Mental.

Sobre o processo de trabalho da equipe de Saúde Mental, foi proposto que as agendas do Psicólogo e Terapeuta Ocupacional ficassem disponíveis na recepção, havendo uma vaga por semana para casos novos para cada um desses profissionais (CS DICIII, 2006). Entretanto, antes desse encaminhamento para os especialistas em Saúde Mental, os usuários que essa queixa deveriam ser recebidos por profissionais que fazem o acolhimento da unidade, que em sua maioria são trabalhadores da Enfermagem. Outros casos são encaminhados diretamente pelo CAPSIII Novo Tempo.

Com relação às atividades desses profissionais da Saúde Mental, os mesmos deveriam dedicar 70% da carga horária de seu trabalho para a estratégia de intervenção em grupos, estando o restante de seu período no serviço voltado para atendimentos individuais, para o matriciamento (uma hora e trinta minutos) e para as reuniões externas

A referida equipe “psi” do Centro de Saúde DICIII também conta com um **protocolo de acolhimento** para abordar os casos de Saúde Mental, instrumento disponibilizado para que os profissionais das Equipes de Referência recebam casos de Saúde Mental e colham dados mais precisos para a construção do Projeto Terapêutico Singular para esses casos.

A respeito das reuniões ampliadas de Saúde Mental que ocorriam na unidade, contando com a participação dos vários profissionais do CS, refletiu-se, no final do ano de 2006, que as mesmas estavam ficando esvaziadas (CS DICIII, 2006). Considerando-se esse dado, questiona-se o porquê desse fenômeno: ele estaria relacionado ao processo de trabalho entre a equipe de saúde mental e as demais Equipes de Referência?

No decorrer dessa investigação, os profissionais desse serviço de atenção básica expressaram as dificuldades de entendimento do trabalho interdisciplinar numa unidade básica, dado que também foi encontrado na pesquisa de Figueiredo (2006). Mesmo compreendendo-se que os atendimentos não devem estar centrado no indivíduo ou médico-centrada, mas é preciso apostar em outras estratégias, como trabalhos em grupos, mesmo assim ainda existe o desafio de ultrapassar os problemas das ações no território.

Região Leste: CAPSIII Esperança e as Residências Terapêuticas como um possível caminho de articulação com a Saúde da Família

*“(...) Pra que nossa esperança seja mais que a vingança
Seja sempre um caminho que se deixa de herança
No novo tempo, apesar dos castigos
De toda fadiga, de toda injustiça, estamos na briga
Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer (...)”*

(Novo Tempo - Ivan Lins / Vitor Martins)

Pode-se dizer que a região Leste de Campinas-SP é um território com características opostas às da Região Sudoeste, pois além de ter uma população mais abastada, também conta com uma rede de serviços de saúde consolidada, utilizada por aquela parcela da população SUS-dependente.

É nesse contexto que vem sendo escrita a história do **CAPSIII Esperança**, que realmente é emblemática do ponto de vista da luta pela “defesa da vida” de portadores de transtornos mentais que merecem um cuidado integral para suas demandas.

O início dessa história remonta a março de 1999, quando é inaugurado o primeiro Hospital-dia de Campinas-SP, no espaço do Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira, que já atuava em Co-gestão com a Secretaria de Saúde desde 1989 (Cavalcanti *et al*, 2001). Posteriormente, vários profissionais que participaram dessa experiência inovadora, em maio de 2002, inauguram então o CAPS Esperança, que era o oitavo serviço de Saúde Mental implantado no município. Porém três meses após o início de suas atividades, houve uma ação judicial, promovida por moradores do bairro nobre onde o mesmo de localizava (Nova Campinas), que culminou no fechamento das portas desse CAPS. Nesse momento, foram despejados usuários e trabalhadores e o serviço foi lacrado. A justificativa para a ação foi o “incômodo” da vizinhança por conta dos gritos que vinham do estabelecimento. Sem ter para onde ir, trabalhadores e usuários foram conduzidos às instalações do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Depois, em abril de 2003, o CAPS Esperança foi reinstalado no atual endereço e novamente foi envolvido numa ação judicial promovida por dois vizinhos, que solicitavam “lacração” do serviço. Apenas em 15 de maio de 2004, o CAPSIII Esperança pôde comemorar, numa festa à fantasia, a conquista de atuar em seu atual espaço: rua Domingos Giovanini, 290. Talvez essa reabertura represente uma vitória na desconstrução de uma “loucura” sinônimo de “periculosidade”, que precisa de vigília ou de mecanismos que aplaquem os gritos desesperados de quem ouve “vozes” ou enxerga “além do visível”. Se a vizinhança exigia “silêncio!”, talvez hoje possa se deparar com a transformação de um espaço que cuida de um adoecimento tão peculiar.

Assim se instaura o CAPS Esperança, que ainda enfrenta os desafios da Reforma Psiquiátrica, procurando tecer parcerias com o território que não está posto, mas é um processo de construção entre diferentes sujeitos do cuidado, em cuidado.

Em sua atual forma de organização, esse serviço conta com quatro equipes multiprofissionais, sendo uma delas voltada para a atenção às Residências Terapêutica, uma vez que há grande número de usuários referenciados egressos de um modelo asilar de cuidado psiquiátrico. Para atingir seus objetivos de reabilitação, o CAPSIII Esperança oferece vários espaços terapêuticos como o grupo de tratamento, conduzido por um psiquiatra e um profissional técnico, abordando as diversas questões em torno do processo de cuidado, desde a medicação, até o a análise da evolução do tratamento. Há também grupo de Terapia Ocupacional; Serviço de Acompanhamento Terapêutico, em que alguns profissionais acompanham os usuários em alguma ação na comunidade (ir a um médico, fazer compras etc). Existem também espaços de escuta individual; oficina de música, que resultou na formação de uma banda; estimula-se a participação dos usuários e profissionais para práticas esportivas, destacando-se o futebol, que resultou na formação de um time do CAPSIII Esperança. Não se poderia deixar de lado outros espaços terapêuticos importantes para a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais que se utilizam dos serviços desse CAPSIII, como é o caso do grupo com familiares; assembléia com os usuários e a oficina de beleza.

Esse último espaço – a oficina de beleza - chamou muita atenção por ser uma estratégia potente para o tratamento de portadores de transtornos mentais graves, uma vez que o lidar com o corpo através da relação entre cuidador e usuário, que negociam rumo ao

que é belo, o que faz o usuário se sentir bem, pode conduzir a um outro contexto subjetivo para além da doença. E nesse vai-e-vem mediado pelo cuidado do corpo ligado ao belo, ia se forjando a produção da saúde. Essa oficina era então bem referenciada em vários comentários dos trabalhadores do CAPSIII Esperança, tanto que estimulou a observação desse contexto terapêutico particular, como um dos elementos esclarecedores do cotidiano do CAPS estudado.

A capacidade terapêutica dessa oficina se expressava “a olhos vistos”, por exemplo, na evolução do caso de uma de uma usuária com grave quadro psicótico e com comportamento regredido e histriônico que não conseguia permanecer nos outros espaços terapêuticos, pelas suas atuações expressadas em gritos e cenas. Contudo, essa mesma jovem apresentava outras reações quando participava da oficina da beleza, ao tratar e tocar em seus cabelos, ao expressar como ela queria seu penteado ou a cor do esmalte para as suas unhas. Nesses momentos, era incrível como ela conseguia investir em si mesma, mesmo se entre uma frase e outras surgissem histórias delirantes.

Depois de alguns meses de tratamento com vários outros espaços de cuidado, em especial aquele construído na oficina de beleza, essa usuária já apresentava outro comportamento em espaços compartilhados, como foi o caso de encontros promovidos pelo CAPS com outros espaços sociais, em que a dança era elemento presente que ajudava as pessoas a interagirem entre si. Em um desses encontros era possível entender o quanto os cuidados de si levaram a usuária a substituir os escândalos paralisantes para dar lugar à expressão da dança, de alguém que produz em si a beleza. Assim naquele encontro com dança, a usuária se mostrou capaz de convidar seu “par”, qualquer um que fosse um “pé-de-valsas” que se encontrasse no salão. Nesses espaços, ela buscava quem soubesse e quisesse dançar, não perguntando se a pessoa era ou não “doente mental”. Claro que, por vezes, deixava de lado aqueles que não tivessem mobilidade (talvez alguém sob efeito de alguma medicação) para rodopiar no salão, mas não por desprezo, mas porque ela estava no ritmo de outra dança.

Com relação ao espaço voltado para a equipe, semanalmente se alternam reunião clínica, em que são debatidos alguns casos atendidos no serviço que provocam maior mobilização da equipe, com reunião institucional, momento em que se

problematizam questões ligadas ao funcionamento do estabelecimento. A equipe também realiza semanalmente uma reunião de equipe, quando se discutem as questões que envolvem o serviço. E também existe a “passagem de plantão”, tal como ocorre no CAPSIII Novo Tempo, apenas apresentando uma maior presença da equipe de enfermagem nesse momento.

Ao se apresentar a proposta de pesquisa para a gestora e para a equipe da unidade, refletiu-se que não havia uma relação direta dos profissionais do CAPSIII Esperança com a estratégia de Saúde da Família. Os mesmos tinham mais contato com os Centros de Saúde através da discussão de casos em comum com a equipe de Saúde Mental de alguns serviços de atenção básica da região, que ocorria mensalmente ou a cada dois meses. Essa experiência era nova, começou no início de 2007, e os profissionais têm avaliado como um espaço que possibilita o entendimento sobre o funcionamento de ambos os serviços, evitando mal-entendidos relacionados a encaminhamentos de casos seja para o CAPS ou para as unidades básicas.

O contato com a Saúde da Família seria talvez fosse mais presente por meio da relação estabelecida entre Residências Terapêuticas e o Centro de Saúde de Souza, que prestava assistência às demandas clínicas dos portadores de transtornos mentais moradores daquela região.

Uma das características de CAPSIII Esperança é o número de **Residências Terapêuticas** que o mesmo referencia. Assim sendo, muitos dos egressos do antigo Hospital Psiquiátrico “Cândido Ferreira”, de modelo asilar, ao se extinguir esse tipo de estrutura, não tinham mais uma família que os acolhessem. Nesse contexto, tais egressos acabaram se beneficiando dos Serviços de Residências Terapêuticas implantados no município. Nesse caso, entende-se que essas “moradias” são espaços de interlocução entre o contexto do mundo particular do usuário com o mundo público em que se disputa socialmente a inclusão dessas pessoas peculiares no convívio social para substituir a exclusão pautada pela idéia de “periculosidade” do “louco”.

Contextualizando essa situação em Campinas, existe uma especificidade quanto às dos CAPS sob Co-gestão do Serviço Cândido Ferreira. Como esses serviços cuidavam de um grande número de egressos e de longa permanência, optou-se por organizar um serviço com uma equipe de trabalho própria que fosse responsável por essas residências.

Mas o que são essas Residências Terapêuticas? Refletindo-se sobre esse tipo de estrutura de cuidado, entende-se que a criação e implantação de serviços é um avanço na política de saúde mental no SUS. Assim, esse programa é uma alternativa de moradia para um grande número de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos e, por tal motivo, não contam com suporte adequado na comunidade para recebê-los e integrá-los ao seu cotidiano.

O número de moradores nessas moradias assistidas pode variar de um indivíduo chegando, no máximo, a oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Por conta de grande demanda para cuidado dos vários egressos do “Cândido Ferreira” de modelo asilar, optou-se por constituir uma equipe de cuidadores das moradias referenciadas pelos CAPS sob Co-gestão entre Secretaria de Saúde e Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira.

Tal estruturação do serviço de moradia, segundo conversas com profissionais e visita a algumas moradias, busca romper com o modelo “tutelar”, através da construção de um cuidado a esses egressos do hospital psiquiátrico muito mais atrelada a uma lógica de “contrato” estabelecidos junto aos moradores para que possam construir o lar que eles possam abrigar.

O serviço de Residências Terapêuticas foi criado para atender as seguintes pessoas (Brasil, 2004b):

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que continuam no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de acordo com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).
- Pessoas acompanhadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que apresentam problemas com falta de moradia.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

Esse suporte é de caráter interdisciplinar e pode ser realizada pelo CAPS de referência, pela equipe da atenção básica, ou mesmo por outros profissionais. Nesse caso, atuar como suporte significa considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. E mesmo que o morador se mude, o acompanhamento ao mesmo deve prosseguir, porque a intenção desse cuidado é proporcionar a essas pessoas um suporte de rede que impeça a reinternação em hospital psiquiátrico. Nesse sentido, entende-se que a estratégia de Residência Terapêutica busca inserir os moradores em uma rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade.

Com relação à entidade responsável pelo acompanhamento das Residências Terapêuticas, tem-se que tais serviços

devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores e segundo se aproximem mais de um dos dois tipos descritos no tópico anterior. O cuidador tem uma tarefa importante na moradia (Brasil, 2004b, p 11).

Quanto à equipe responsável por fornecer suporte técnico às moradias terapêuticas, define-se que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, devem constituir uma equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades nesses equipamentos. Tal equipe deve ser composta, no mínimo, por um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

No que se refere ao financiamento das Residências Terapêuticas, esse foi obtido a partir do redirecionamento dos gastos antes destinados aos leitos desativados dos Hospitais Psiquiátricos, representados pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Tais recursos, por sua vez, são distribuídos dos estados para os municípios para que os mesmos possam organizar a infra-estrutura e o acompanhamento necessários aos usuários, através de sua rede de Saúde Mental, sendo importante o estabelecimento de

discussões nas comissões bipartites de cada estado como vem ocorrendo esse processo de financiamento. Assim, para esse tipo de cuidado, faz-se um laudo técnico para a emissão de APAC, que deve ser preenchido a cada 90 dias pelos profissionais que acompanham o paciente.

Há dois tipos de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):

- **SRT I** – Volta-se para a inserção dos moradores na rede social, por meio de trabalho, lazer, educação, etc. Nesse caso, o acompanhamento na residência segue recomendações dos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também sugestões dos Agentes Comunitários de Saúde da estratégia de Saúde da Família, quando houver. Além do mais, busca-se desenvolver, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. **Trata-se do tipo mais comum de residências..** Nessa moradia, conta-se com a ajuda de um cuidador, que recebe capacitação para este tipo de apoio, que pode ser um funcionário do CAPS, da estratégia de Saúde da Família, ou de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico. Além disso, os moradores também podem contratar trabalhadores para desempenhar as atividades de assistência e/ou de manutenção do lar (limpeza, compras, faxina etc).
- **SRT II** – Caracteriza-se por usuários que foram internos de longa permanência, são idosos e não contam com apoio familiar. Nesse caso, a residência é responsável por essas pessoas carentes de cuidados intensivos. Para tanto, é necessário monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência. Por fim, salienta-se que este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia.

Entretanto, segundo os dados levantados na ida a campo, até então só foram implantados os serviços residenciais SRT I. Como existe uma grande demanda por cuidados intensivos, o Serviço de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira organizou duas casas que contam com a presença de cuidadores, uma casa com esses profissionais presentes 24horas e outra com profissionais trabalhando por 12 horas.

Sobre o programa de Residência Terapêutica, Dimenstein (2006) pontua que são um importante **dispositivo** da reforma psiquiátrica no Brasil. Além dessa aponta outras estratégias como a de Acompanhantes Terapêuticos (AT), a Política Nacional de Humanização e a do “**Apoio Matricial**”.

Entretanto, a autora aponta que existem inúmeros desafios no modo de desconstruir as formas comuns de habitar a cidade de modo a fomentar a “desconstrução de formas comuns e hegemônicas de habitar a cidade, de modos de morar e de formas de cuidar e “clínica”, considerando as imprevisibilidades que o encontro da loucura, em sua estranheza em suas formas institucionalizadas com a cidade, coloca para esses moradores e cuidadores” (Dimenstein, 2006, p 73). Por todas essas considerações, entende-se que a residência terapêutica é um desafio não apenas para os usuários, mas também para os cuidadores e para a equipe que forma os CAPSs, que referenciam esses dispositivos.

Com relação aos desafios das residências ligadas ao CAPSIII Esperança e o “Cândido Ferreira”, ainda se tem um caminho a percorrer para tornar mais “porosa” a relação entre as várias ações oferecidas pela estratégia da Saúde da Família para esses moradores. Assim, muito embora se conte com a parceria dos profissionais da rede básica, que garantem atendimentos a essa população, por meio da disponibilização de fichas a esses moradores, segundo entrevistas e observações, poder-se-ia avançar na inclusão das moradias assistidas em ações do cotidiano dos agentes de saúde, como as ações educativas, por exemplo. Nesse caso, ao se conversar com trabalhadores que dão suporte às Residência Terapêuticas em Co-gestão “Cândido Ferreira” e Secretaria de Saúde de Campinas-SP – coordenadora geral, uma técnica de enfermagem e uma psicóloga, as mesmas explicaram que vários profissionais da rede básica, por saberem que aquelas casas estão sendo assistidas por profissionais da área de saúde, consideram que a casa e seus moradores estão protegidos. Além do mais, existe o desafio de lidar com pessoas que se encontram com várias limitações pela cronicificação do quadro, obstáculos que possivelmente pode dificultar esse encontro entre equipe de Saúde da Família e moradores.

Por todas essas questões, conclui-se que esse tipo de estratégia de inclusão é também um desafio para o cuidado integral dessas pessoas. De um lado, tem-se a cidade e suas instituições, fundamental para a vivência da “cotidianidade” de diferenças e, por isso,

tão terapêutica, mas que também guarda o desafio de romper com formas instituídas da loucura, encarada pelo viés da periculosidade. Do outro lado, tem-se os CAPS com seus profissionais cuidadores, parceiros dos portadores de transtornos mentais na luta pela Reforma Psiquiátrica, que se inspiram, vivenciam e constroem a relação de contrato entre diferentes formas de subjetivação, mas que precisam firmar parcerias com os profissionais da rede básica, não tão “acostumados” ao cuidado a essas pessoas, para que juntos possam criar espaços e circuitos de cuidados que beneficiem esse sujeito peculiar.

Sem dúvida estudar como se estruturaram os serviços de residência terapêutica, quais os seus avanços e desafios é um importante objeto de pesquisa que foge aos propósitos desse trabalho. Porém, por se tratar de um dos elementos que forma a trama entre os serviços de saúde, particularmente CAPS e Saúde da Família, foi importante abordar esse elemento da atenção a portadores de transtornos mentais.

Saúde da família e CAPS no cuidado a portadores de transtornos mentais

Conforme exposto anteriormente, havia interesse de se investigar de que forma ocorria a inter-relação entre a estratégia de Saúde da Família e o CAPS no cuidado a portadores de transtornos mentais. Mas o modo como se constrói (ou não) depende também da forma como a gestão dos serviços e os trabalhadores se articulam para atender de forma integral esse usuário, que por vezes apresenta demandas psiquiátricas, mas também requer cuidados clínicos, pois seu corpo também está vulnerável a doenças e agravos. Tomando-se esse contexto intrigante, após ter escolhido os serviços participantes levando em considerações dados sobre os CAPSsIII e Centro de Saúde onde funciona a estratégia de Saúde da Família, procurou-se verificar cada um desses pontos de vista sobre como se constrói um cuidado integral a essas pessoas.

Ao conviver com os profissionais que trabalham no CAPS foi possível compreender o quanto é complexo esse tipo de atenção à saúde. Nesse sentido, uma ferramenta importante para guiar esse trabalho de assistência é a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares, construídos para cada usuário em particular, a depender das

demandas e dos recursos terapêuticos disponíveis ou a se construir. Dessa forma, um trabalho em Rede de Cuidado, está baseado na possibilidade de se construir parcerias com outros serviços do SUS, seja quando o CAPS encontra porta aberta nos hospitais gerais, ou recorre aos centros de saúde para investigações de demandas clínicas ou mesmo quando estabelece parcerias com os Centros de Convivência do SUS-Campinas para oferecer um projeto terapêutico que vá além do CAPS e ocupe outros serviços e as ruas.

Claro que o foco do trabalho em CAPS é o transtorno mental dos usuários que estão em extremo sofrimento psíquico, entretanto várias falas dos profissionais que trabalham nesses serviços referem problemas psiquiátricos “misturados” àqueles de origem orgânica. Um dos exemplos que ilustram esse processo foi dado por uma técnica de enfermagem que explicou que existem casos de usuários que são diabéticos. Às vezes, quando esses saem para suas casas, no final de semana, ficam apreensivos com questões de ordem familiar, por exemplo, e exageram na alimentação, elevando sua taxa glicêmica, o que causa desconforto, que se soma àquele provocado pelo problema mental. Então o problema se agrava ainda mais.

O paciente diabético que vai chegar comendo mais no final de semana, que tem a ver com o quadro psiquiátrico também, come porque ficou mal. Hipertensos...tem paciente que não consegue entender o que veio primeiro, se foi a crise hipertensiva ou se foi a crise da mente mesmo, da cabeça. Então vem e você vê e ai deu a pressão vinte por não sei quanto e estava quebrando tudo. É pressão alta, é diabetes. [Técnica de Enfermagem do CAPS Esperança].

Para identificar as demandas clínicas dos usuários dos CAPS, nos dois serviços participantes dessa pesquisa os profissionais relataram que a equipe de enfermagem tem importante papel para identificar outras sintomatologias de ordem clínica que acometem os usuários desses serviços. Certamente que os diferentes profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar também são capazes de identificar outras demandas de saúde-doença do portador de sofrimento mental, mas quando o fazem, geralmente encaminha esse usuário para exames preliminares realizados pela equipe de enfermagem, nem que seja para realizar um simples diagnóstico das funções vitais. Em outras palavras, é a equipe de enfermagem que “checa” a sintomatologia de ordem clínica, faz uma espécie de triagem da

demanda e encaminha para o profissional médico ou outros profissionais da rede de saúde como pronto-socorro, hospital ou outro serviço da rede, em caso de necessidade de um melhor diagnóstico ou mesmo para início de uma terapêutica mais direcionada ao problema clínico do paciente.

O técnico de enfermagem é aquele que tem um importante papel na escuta desses casos, até porque esse trabalhador ocupa um posto de trabalho central para o tratamento – é ele quem permanece a maior parte do tempo na farmácia, lugar em que os usuários vão em vários momentos do dia pegar sua medicação. Assim, nos dois serviços era visível a circulação dos doentes acessando o espaço da farmácia ou mesmo a sala da enfermagem, seja para pegar a medicação diária, para aferir sua pressão, ou para reclamar de algum usuário ou profissional. Esse lugar era de tal circulação entre usuários, que em vários momentos da pesquisas, foi eleito como um lugar rico para as observações, juntamente com a sala da equipe de técnicos, que, entre um atendimento e outro, paravam para evoluir o caso no prontuário, preencher APACs e também conversavam sobre algum caso ou intercorrência.

A enfermeira do CAPS Novo Tempo explicou que a equipe de enfermagem, antes, tinha uma reunião específica para esse Núcleo de saber. Nessa reunião se falava sobre as escalas, dispensação de medicação, enfim tratavam assuntos pertinentes ao funcionamento da instituição que tinham relação com o cuidado de enfermagem e estavam dentro do Núcleo dessa especialidade. Entretanto, posteriormente, esse espaço deixou de existir, uma vez que tais questões deveriam ser tratados na reunião de equipe interdisciplinar com a presença de todos os técnicos, assim essas informações que dizem respeito ao funcionamento da enfermagem “circularia” melhor na equipe. Entretanto, a referida enfermeira percebeu que a equipe técnica de enfermagem pouco se expressavam nesse espaço. Por que seria?

Essa mesma enfermeira explicou que também há divergências entre os diferentes técnicos que compõem a equipe de enfermagem, constituída por três categorias de profissionais – enfermeiro (terceiro grau), auxiliares e técnicos (segundo) que nem sempre concordam com o papel de cada um no processo de cuidado, sendo possível verificar uma disputa de poder ligada à categoria profissional. Tal conflito, segundo ela é

comum a todos os CAPSs, sejam os regidos pela prefeitura ou em Co-gestão com o “Cândido Ferreira”. Uma das hipóteses que ela formulou era que tal fato ocorria em virtude de várias divergências na formação desses profissionais no que se refere à assistência em Saúde Mental, quando essa temática não é abordada nesses cursos, reflexões que podem ser expressas nas ponderações a seguir:

(...) muitos dos enfermeiros não tiveram uma formação em Saúde Mental, quando tiveram, muito limitada, muito pequena, muito fragmentada, ainda nos moldes da psiquiatria. Então o contexto da Reforma Psiquiátrica não foi abordado por todos os cursos e ai surge uma série de atritos, porque eles são preparados para trabalhar no ambiente hospitalar e ai vem trabalhar no CAPS e a gente percebe muita resistência em trabalhar nesse novo modelo [Enfermeira do CAPS Novo Tempo].

Diante desse contexto, é importante refletir que o modo como a enfermagem foi instituída, centrada em um saber de tecnologias duras e leve-duras, encontra o desafio de construir um trabalho interdisciplinar, que ultrapasse as tecnologias duras e leve-duras marcantes nesse núcleo de saber. Assim, tradicionalmente essa esteve pautada no trabalho técnico alienado de executar procedimentos (Zerbetto e Pereira, 2005). Entretanto, o cuidado a portadores de transtornos mentais levanta o desafio de construir um cuidado onde a principal “ferramenta” é entender a relação estabelecida entre cuidador e ser-em-cuidado. Ou seja, a tecnologia “leve” é crucial no trabalho em saúde mental. Mesmo tendo outras tecnologias que é preciso dominar, sobretudo aquelas típicas da profissão, que lida constantemente com procedimentos de cuidado, essas são usadas apenas a serviço daquela “tecnologia leve”. Do contrário, o trabalho será alienado, podendo acarretar em adoecimentos e sofrimentos para o “trabalha-dor”.

Nesse sentido, nos CAPSs, de forma geral, ainda se observam dificuldades dos profissionais que não são da área “psi” em atender pacientes psiquiátricos, que exigem que os profissionais tenham em sua “caixa de ferramentas” conceitos que abordem minimamente elementos de subjetividade e da Reforma Psiquiátrica, assuntos nem sempre são abordados em várias formações ou cursos. Por outro lado, é importante que os diversos profissionais que compõem a equipe desses serviços também estejam atentos a outras

demandas ligadas ao contexto geral da Saúde Coletiva. tais como noção de território, rede de serviços, ações integrais, dentre outros elementos que fazem parte do cotidiano do SUS. Todos esses diferentes elementos compõem um campo de saber intercambiável que dão significados à prática profissional nesses serviços. Dessa forma terão mais elementos não só para construir uma assistência melhor, mas para também terem argumentos para reivindicar um contexto de trabalho e de assistência mais resolutivo. Assim, esses trabalhadores, juntamente com gestores e usuários devem obter mais elementos para construir uma argumentação para a construção de uma rede de serviços que atendam de maneira integral esses doentes de saúde mental, que são emblematicamente (im)pacientes frente a terapêuticas tradicionais, permeadas pela lógica da tutela e da periculosidade.

Para a equipe técnica de enfermagem a situação ainda é mais complexa, pois muitas vezes os serviços que cuidam da parte clínica, da urgência e emergência, exigem que o paciente psiquiátrico seja acompanhado por um profissional do CAPS. Isso causa um grande constrangimento, porque remete a um cuidado “tutelar” do portador de transtorno e também interfere no serviço do CAPS, que precisa deslocar um funcionário – um técnico de enfermagem na maioria das vezes- para ficar “tomando conta” do usuário adoecido, tudo porque os profissionais do outro serviço se incomodam muito com a presença desses “pacientes”, o que pode ser ilustrado no seguinte depoimento:

Olhe, a gente teve, até um tempo atrás, uma experiência horrível, horrível, horrível. Foi um paciente aqui, que fica atrás de mim o tempo todo, que ele já é bem velhinho, e ele ficou internado um tempo (no hospital geral). E o pessoal tratou mal. Têm medo. Porque não é todo mundo que chega. Chega para fazer o procedimento, o paciente não quer, não insiste. E vai passando...[Técnica de Enfermagem do CAPSIII Esperança].

Parece até que esses profissionais estão na época do hospital psiquiátrico, como foi uma situação de **angústia** vivenciada por um técnico de enfermagem do CAPS Novo Tempo, que precisou levar um paciente de um antigo hospital psiquiátrico de Campinas, que inclusive foi fechado (Tibiriçá) para cuidados no Hospital das Clínicas (HC) da Unicamp. O mesmo referiu que precisou levar a “paciente” de ônibus até o HC e a mesma gritava a viagem dizendo que estava sendo molestada por ele, que queria descer do ônibus.

O referido trabalhador ficou extremamente incomodado, angustiado com a situação dos olhares de inquisição dos passageiros do ônibus.

Ao chegar no HC da Unicamp, o que poderia ser pior aconteceu, a “paciente” fugiu ao chegar no prédio e o técnico de enfermagem, responsável pela doente, ficou desesperado e pediu socorro aos funcionários do HC. Depois de muito tempo - já tendo ultrapassado sua jornada de trabalho; tendo sofrido pelos olhares dos passageiros do ônibus na condução da doente; tendo se desesperado pela fuga do paciente; e acometido pela, por não ter se alimentado devido às intercorrências de sua função de conduzir a doente ao hospital geral - finalmente esse técnico conseguiu deixar seu posto de trabalho “virtual” pela função que desempenhava. Porém, esse trabalhador estava certo de que esses “pacientes da mental”, ao apresentar demandas clínicas, muitas vezes eram desprezados por médicos clínicos que “*não iriam gastar seu tempo ou o dinheiro do serviço com aquele tipo de paciente*”. Fica posta a questão: Como vencer esses obstáculos do cuidado a essas pessoas?

Pode-se dizer que em todos os serviços há disputa de poder ligada ao saber profissional, sobretudo nos serviços de saúde moldados numa atenção médico-centrada. Porém não há como negar que os serviços como os CAPS, onde também existe essa disputa de poder, ligadas ao saber, existem estratégias de superação ou confrontação desse tipo de questão. É nesse sentido que se criaram as reuniões de equipe e os espaços de supervisão técnica, lugares onde se expressam esses problemas e se buscam alternativas para superações de impasses. Entretanto, esses espaços parecem não ser tão utilizados pelos técnicos de enfermagem, talvez porque os técnicos de nível superior se apropriem desse tipo dispositivo ocupando-o com assuntos especializados, que nem sempre são de interesse da equipe técnica de enfermagem. Será que os técnicos de enfermagem conseguem se apropriar desses espaços de reunião e formação permanente? De que maneira tal dispositivo poderia ser melhor aproveitado por todos os trabalhadores dos CAPS? Essas foram algumas das questões levantadas em uma das supervisões institucionais no CAPSIII Esperança.

Com relação à reflexão sobre o trabalho no CAPS, foi elucidativo uma supervisão clínico-institucional no CAPSIII Novo Tempo com uma Terapeuta Ocupacional, que pediu que os trabalhadores confeccionassem máscaras com diversos materiais dispostos

sem usar cola ou tesoura. Deveriam construir a máscara que tivesse relação com o modo como vivenciavam o trabalho, como que surgia em suas mentes. Os diferentes trabalhadores expuseram o modo como se relacionam com o trabalho, que tem uma profunda relação com a sua formação, mas também essa vem ganhando novas ressignificações no cotidiano do trabalho, que ora provoca angústia ora satisfação.

No caso dos técnicos de enfermagem, foi interessante perceber que eles buscavam construir suas máscaras utilizando “instrumentos”, mesmo quando não se podia usar tesouras ou cola, improvisaram “ferramentas” para manipular e articular materiais e fazer o seu produto – a máscara. Os profissionais buscavam se espelhar em suas experiências e buscavam ver como os outros faziam suas máscaras. Psicólogos buscavam os sentimentos, Terapeutas Ocupacionais buscavam os materiais e seus significados e assim por diante. Alguns tinham uma alta expectativa sobre o produto que seria construído, o que acabou prejudicando a confecção de alguma criação. Havia a experiência de vida de cada pessoa, comentaram, mas concordaram que a formação na academia e na atuação em rede também ajudava a criar uma produção ou mesmo a se paralisar diante da tarefa.

Nesse momento, uma médica psiquiatra expressou que se sentia impotente e frustrada com o seu trabalho no CAPS. Não sabia o que poderia fazer. Refletiu que andava frustrada com a Rede de Saúde, sobretudo porque “tudo era demanda para o CAPS”. Vários casos que não deveriam ser acolhidos pelo serviço acabam sendo cuidados pela instituição porque a Rede não tem outros serviços que os acolham. Entretanto, discorda extremamente dessa situação de porta aberta para tudo e todos, pois os casos não são para aqueles serviços, mas tem que ser de todos que formam essa Rede.

Com relação ao Centro de Saúde participante dessa pesquisa, em várias se indicou a importância da enfermagem para o acolhimento dos casos de “saúde mental”. Geralmente, antes de ir para o atendimento médico, quando os casos não chegam com encaminhamento de outros profissionais de outros serviços, passam pela triagem da equipe de enfermagem. De certa forma, o núcleo dessa profissão está relacionado para a gestão de serviços de saúde, a mecanismos de administração e organização de setores desse serviço e é nessa triagem da enfermagem que se verifica minimamente a situação clínica dos pacientes que chegam ao serviço. Essa “porta de entrada, por sua vez, é diferente quando se

trata de CAPS, onde se identificou que profissionais de diferentes núcleos estão habilitados para fazer a anamnese psiquiátrica

Entretanto, essa ação da enfermagem no Centro de Saúde é mediada por mecanismos de gestão com a participação coletiva, que caracteriza o arranjo de uma gestão colegiada, exercida por um colegiado gestor, tal como é preconizado pelo Método da Roda ou Paidéia (Campos, 2000). Assim, a diretora do serviço exerce um papel de apoiar esse fórum coletivo em seu contexto institucional, bem como buscar outros espaços/serviços que venham a atender as demandas da unidade.

Ao recorrer à história do Centro de Saúde DICIII, no princípio, as ações de acolhimento da saúde mental que chegavam à unidade eram acolhidas pela enfermeira. Essa, logo que chegou a esse estabelecimento, não sabia como lidar com casos com demandas psiquiátricas, pois tinha apenas experiência de trabalho em hospital geral, atuando com outro tipo de especialidade. No entanto, a partir dessa demanda unidade básica, acabou se envolvendo com esses casos e contava com o matriciamento do outro CS que contava com equipe de Saúde Mental para dar resolutividade a alguns desses casos, que não eram graves. Nesse ponto, vale a pena recorrer à fala dessa enfermeira

(...) quando eu entrei aqui (no CS DICIII), eu era a responsável pela área de saúde mental. Não tínhamos psicólogo, TO, psiquiatra. Tinha o matriciamento, que acontecia no Centro de Saúde Aeroporto. Então eu fazia o acolhimento dos pacientes da mental. E tinha essa ponte com os profissionais da mental do Aeroporto, que eram psicólogos e psiquiatra. E até hoje eu estou aqui. Hoje nós temos a equipe de saúde mental. Continuo acolhendo ainda os pacientes da mental porque a gente não tem vaga para estar disponibilizando agenda para estar passando direto com psiquiatra, psicólogo. Então a gente faz uma triagem, passa comigo, passa pelo clínico também e a gente discute em reunião de equipe. E a gente discute o caso e é dada a vaga. É feita a orientação de como proceder [Enfermeira do CS DICIII].

Essa enfermeira explicou que, naquela época, havia uma grande demanda reprimida. Como não havia profissional da área “psi”, as pessoas não procuravam o Centro de Saúde, cujos trabalhadores praticamente apenas “renovavam a receita”.

Para atender os casos com demanda de saúde mental, o Centro de Saúde DICIII contava com equipe de saúde mental de outro serviço de atenção básica da mesma região. Mas a maioria dos casos era de renovação de receita. Havia possivelmente grande demanda reprimida nessa área.

Então, antes, a gente tinha uma demanda reprimida. Os casos não apareciam tanto. Pelo pessoal saber que não tinha tanto psiquiatra, então não tinha tanta procura. Então via que tinha uma demanda grande de saúde mental, que a gente tem muito alcoolismo, tem muito uso de droga. Mas a gente sabia, mas era uma coisa que estava assim debaixo do tapete [Enfermeira do CS DICIII].

No início, os atendimentos eram mais no formato de “consulta tradicional” e os demais profissionais da equipe não se sentiam preparados para trabalhar com essa demanda da Saúde Mental. Então o vínculo desses pacientes era mais com os profissionais “da mental”, que eram aqueles que se dispunham a atender esses casos, trabalhadores de nível técnico e terceiro grau, que não necessariamente eram técnicos formados na área “psi”, mas estavam dispostos a acolher essas pessoas mesmo não prestando um cuidado especializado, mas para saber como estavam conduzindo seu tratamento, se tomavam a medicação corretamente, como estavam convivendo com a família, entre outros temas importantes que afetassem a vida dessas pessoas. Os casos que exigiam uma escuta mais especializada eram encaminhados para o CS Aeroporto, que contava com equipe de Saúde Mental, ou para o CAPSIII Novo Tempo, referência para atendimentos de transtornos mentais graves naquela região adscrita pelo Centro de Saúde DICIII.

Atualmente, o DIC III conta com uma equipe de saúde mental, formada por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Psiquiatra, seguindo as prerrogativas do município, que estabelece que a necessidade de se formar tal equipe especializada para cada serviço com cerca de trinta mil habitantes. Assim, atualmente os casos de saúde mental são encaminhados para a escuta desses trabalhadores da área “psi” e aqueles técnicos que são

mais disponíveis para as demandas da saúde mental. Os demais trabalhadores acabam referenciando esses casos para os trabalhadores da “Mental”, sejam os formados ou que “gostam de atender esses casos”, uma vez que a escuta para essas demandas é tida como “muito complexa”.

Depois da institucionalização dessa equipe de saúde mental na unidade básica, explicou-se que o matriciamento oferecido pelo CAPS diminuiu, porque haver uma equipe especializada para atender e esclarecer a respeito das demandas de “mental”, bem como esse matriciamento especializado oferecido pelo CS Aeroporto e CAPSIII Novo Tempo também foi redirecionado para outros serviços que não contam com equipe de saúde mental. A própria equipe de Saúde Mental do CS DICIII passou inclusive a acolher alguns casos encaminhados por outro CS que não conta com equipe de saúde mental, exercendo um papel semelhante àquele exercido pelo CS Aeroporto em relação aos casos de saúde mental que chegavam ao CS DICIII.

Há relatos de tensão nesse centro de saúde, envolvendo população atendida e os trabalhadores de saúde. Algumas provocadas até mesmo por instigação político-partidária; outras porque a população deixa de ser atendida por uma precariedade da rede em atender essas demandas, ou por falta de profissionais ou ausência de insumos. Essa dificuldade de atender a demanda da população e, por outro lado, da população entender o contexto em que se inserem os trabalhadores em saúde (falta de profissionais ou insumos) acaba causando conflitos entre o par cuidador-doente.

Então a população chega aqui com as mais diversas demandas e outros trabalhadores não sabem também fazer um trabalho - "olha, essa demanda não é aqui". Ou esse problema que a gente está enfrentando tem que ser cobrado em outras instâncias, não é a coordenadora do Centro de Saúde que tem que resolver. Então você vê que essa falta de informação é a própria carência da população. Muitos com a escolaridade muito baixa ou analfabeto funcional. É muito comum aqui e acaba gerando conflitos internos que acabam afetando a própria população e os próprios trabalhadores, que ficam mais resistentes ao trabalho mesmo, que muitas vezes não querem se envolver porque muitas vezes não têm como dar seqüência para os casos [Psicóloga do CS DICIII].

Nessa população atendida, observa-se que uma grande maioria dos homens está envolvida com problemas de alcoolismo, tal como aponta o estudo de Dejours (1986). Porém, essa população, muitas vezes, não chega a procurar os cuidados do serviço de saúde, uma vez que o homem geralmente não busca os cuidados em saúde.

No caso das mulheres, os problemas dessas estão mais associados ao abuso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos. Essas buscam mais os cuidados no posto de saúde, muito embora sua queixa seja escutada, o repertório oferecido nem sempre conduz à melhoria do caso. Por que será que isso ocorre? Será que tem a ver com uma formação que não oferece “tecnologias” de cuidado a serem ofertadas a essa população?

Sobre esse assunto, a profissional de saúde mental que trabalha no CS DICIII expôs que os usuários não aderem aos grupos por temerem expor suas dificuldades com pessoas que nem ao menos são os seus vizinhos, mesmo haja a pactuação de sigilo em relação aos temas levantados em grupo, por exemplo.

(o usuário) prefere não vir porque é o vizinho que vai está junto e que vai saber porque o filho está preso (...), mesmo que você fale - "Você vai falar que seu filho está preso, mas o outro também tem questões delicadas e que também não gostaria daquilo como fofoca". E você vê que tem uma resistência muito grande por não entender o lado da saúde mental [Psicóloga CS DICIII].

Nesses contextos, constata-se que a formação dos profissionais da área “psi” ainda oferecem estratégias tecnológicas que estão aquém das necessidades e do complexo contexto do SUS. Possivelmente devido ao movimento que ora faz tais trabalhadores se aproximarem de uma interação com os técnicos de outras áreas, indicando um movimento instituinte, ora tais profissionais se fundamentam apenas ao seu Núcleo de saber como aquele capaz de atender as demandas da “Saúde “Mental” (Figueiredo, 2006), o que pode ser indicado na reflexão a seguir:

(...) porque você vem com uma idéia da graduação, mesmo quem está pesquisando o trabalho da saúde mental no SUS, ainda não consegue pensar que a saúde mental tem que se preocupar com a gestão, o fato da sala de vacina funcionar de um jeito, da sala de curativo e da

própria recepção interfere no nosso trabalho (...) então como seria melhor o trabalho de saúde mental numa população, numa região onde acredito que a subjetividade seja diferente da que a gente aprende na faculdade [Psicóloga CS DICIII]

O profissional que trabalha na atenção básica muitas vezes fica frustrado por não poder atender as demandas da população que é muito carente de recursos básicos, como alimentação, educação, lazer. Para enfrentar essas dificuldades, apelam para outras instituições da Rede Social, como a Igreja, os Alcoólicos Anônimos, Organizações Não Governamentais (ONGs) que trabalham com portadores de necessidades especiais. Mas vários trabalhadores relataram que, apesar desses apelos e pactuações, a comunidade ainda é muito carente de equipamentos que atendam às suas necessidades. Assim, muitos profissionais se sentem mal ao terem contato com esse estado de pobreza da população. Mas o que faz com que esses trabalhadores ainda atuem no Centro de Saúde?

Vários entrevistados do CS DICIII responderam que gostam de trabalhar na atenção básica porque acabam adquirindo um olhar mais complexo do fenômeno saúde-doença-intervenção e entendendo mais profundamente o problema das pessoas que os procuram, o que é bem diferente no caso de instituições como hospitais gerais, por exemplo, que atendem demandas pontuais, muitas vezes de urgência e emergência, que não são acompanhados em sua evolução.

Assim, no trabalho em Centro de Saúde a relação com a atuação profissional – o ato de cuidar – ora causa angústia e sofrimento, pela incapacidade de atender demandas dos usuários que se instauram pela sua exclusão social (alimentação, emprego, lazer etc), ora traz satisfação pela aproximação com essas pessoas, que permite uma compreensão melhor de seu processo de adoecimento, o que oferece um melhor diagnóstico. O que ainda é um desafio é criar projetos terapêuticos que atendam às necessidades desses usuários, que ultrapassem aqueles oferecidos na formação tradicional desses profissionais, que incluam estratégias de redes sociais que ajudem a formar grupos-sujeitos de usuários e profissionais de saúde.

A inter-relação entre CAPS e a Saúde da Família ocorre através de um complexo arranjo institucional que tem como característica uma mobilidade entre os diferentes serviços de saúde ou outras instituições que proporcionem um cuidado integral.

A esse arranjo dá-se o nome de apoio matricial, que é um dos elementos “coringa”, que ocorre como um cargo ou se exerce enquanto função de especialidade, na potencialização das ações em saúde através da articulação entre trabalhadores e serviços na construção de projetos terapêuticos que busquem um cuidado as demandas do indivíduo e da comunidade.

Antes de entrar nessa temática do que seria o apoio matricial e sua importância para uma gestão que se propõe a criar estratégias de formação de grupos-sujeitos, é importante situar a diferença entre esse tipo de arranjo para aquele que configura a supervisão clínica e/ou institucional.

A supervisão técnica em CAPS é muito importante uma vez que a relação construída entre cuidador e sujeito em crise é centralizada na abordagem da crise psicótica ou neurótica grave e o cuidado com esse foco de intervenção exige uma escuta especializada tanto da relação entre profissionais e usuários, bem como entre os diferentes profissionais que se articulam nesse cuidado. Dessa maneira, é crucial que os trabalhadores possam analisar o processo de cuidado e os movimentos construídos na instituição, pois esse tipo de cuidado é fundamentalmente baseado na relação, na escuta dos elementos que apontam para o tipo e características do sofrimento psíquico de um determinado usuário. É nesse momento que a análise de um terceiro serviria como um outro parâmetro para a análise da relação estabelecida entre cuidadores e cuidadores e ser-em-cuidado.

Porém, Campos (1999, 2000) vem oferecer um outro elemento para o arranjo das instituições em saúde: o apoio matricial. Essa busca ir além da clássica supervisão seja em instituições como os CAPSs ou mesmo aquelas que marcam a administração de serviços em saúde onde há a demanda técnica e política de um governo. Nesse caso o apoio matricial busca ser um arranjo institucional que está na interface entre gestor e equipe técnica de um determinado serviço de saúde, como uma espécie de mediador.

Para tanto, lança mão de diferentes saberes da área de gestão, avaliação, planejamento, conhecimento sobre grupos, dentre outros conhecimentos que sejam úteis para fazer o apoio. Com relação ao modo como se constrói o apoio na rede de saúde de Campinas, há o profissional que assume o papel de apoiador, atuando com essa função na rede-, mas os demais trabalhadores dos diferentes serviços de saúde também podem fazer o

papel de apoio, seja nas unidades básicas, no hospital ou nos serviços especializados (Campos, 1999).

Sobre o apoio, uma das apoiadoras entrevistadas expõe:

Cada um cuida do apoio, todos fazem o apoio à gestão, aos serviços, todos aqui da Leste, mas cada um de nós tem um núcleo de formação diferente. Então cada um de nós, então na saúde mental tem eu, que sou Terapeuta Ocupacional, tem pessoas, tem dois ou três enfermeiros, médico, tem dentista, tem nutricionista. Então cada apoiador tem um núcleo, mas todos (...) fazem apoio mais horizontal à gestão [Apoiadora do Distrito Leste].

Nesse sentido, conforme se pontuou nos referenciais teóricos dessa dissertação, há relação entre o apoio com o núcleo e campo de saberes. Mesmo que o apoiador matricial tenha uma função vertical de apoiar a gestão, como uma organização melhor para o arranjo, alguns deles atuam em alguns serviços específicos, por terem um interesse, experiência ou uma formação naquela área institucional. Como expressa a mesma apoiadora quando fala sobre seu trabalho:

(...) eu circulo pelas unidades básicas, eu faço apoio à gestão, com outras questões, questões ligadas à enfermagem, à saúde do adulto, à hipertensão e diabetes. Então o nosso núcleo, na verdade, do apoiador, é a gestão, embora cada um tenha um núcleo de formação aí, que veio porque trouxe da faculdade [Apoiadora do Distrito Leste].

No caso das demandas de saúde mental, há a intenção da gestão de que esses casos entrem no sistema de saúde através da unidade básica, ou seja, essa é sua primeira e principal via de acesso de cuidado – é a porta de entrada para o sistema de saúde. Assim, quando alguém dessa área apresenta uma situação de maior vulnerabilidade com relação a problemas de saúde mental, é através da equipe de saúde da família, mais próxima a essas pessoas, que é possível entender o contexto desse adoecimento, identificar a demanda e fazer os encaminhamentos necessários.

No caso do apoio ao CAPS Esperança, tanto do ponto de vista da gestão da unidade, como da apoiadora, ambas avaliam positivamente o trabalho do apoio às demandas de saúde mental para o CAPS e unidades básicas. Como antes não havia

comunicação entre esses serviços, existia, por outro lado, muitos “ruídos”. Porém com um espaço construído de interlocução entre os profissionais desses serviços, foi possível caminhar com alguns casos, uma vez que não se notam grandes equívocos nos encaminhamentos desses casos.

Porém, é importante destacar que, há diferenças institucionais da condução do apoio desses serviços. No caso das instituições geridas diretamente pela prefeitura, o apoio é exercido de forma a envolver vários campos de atuação, vai da discussão do processo de trabalho, formas de condução dos processos institucionais, até assuntos do uso das ferramentas de gestão. Tal “entrada” não ocorre nas instituições geridas pelo Cândido, em co-gestão com a prefeitura. Claro que isso não impede que sejam estabelecidos contratos, diálogos entre os serviços, o que pôde se verificar no discursos dos profissionais e nas observações que mostraram a existência desse espaço de construção de interação entre os serviços. Porém, é importante detectar essas peculiaridades institucionais, que atravessam o modo como os serviços se institucionalizam e configuram suas interlocuções e governabilidade em relação às demandas de cada serviço – CAPS e centros de saúde.

Diante da fala dos apoiadores entrevistados, foi possível entender a complexidade de suas ações diante das demandas da gestão e dos serviços. É um trabalho que é muito desgastante pela complexidade de interligar as unidades que compõem a rede, possivelmente por estarem pautadas em um processo de trabalho instituído das práticas hegemônicas em saúde, tais como uma escuta individualizada, considerando apenas o contexto biológico do padecimento, deixando de lado o contexto social e político em que esse ser se encontra e (re)produz.

(...) o pessoal brinca que apoiador é “Bombril” porque ele faz uma ponte com os supervisores da Visa, da Vigilância Sanitária porque nós temos que lidar com Recursos Humanos, com conflitos, tem que facilitar contatos e encontros na Rede, ser um material de *liga* (grifo da autora da dissertação) para a rede. Faço um coordenador conversar com outro, promovo um encontro, que medie conflitos nas microregiões (...) de levar o conhecimento específico da gestão para as equipes clínicas da ponta. As nossas equipes de referência, elas fazem uma clínica muito privada, privada no sentido de individual, biológica [Apoiador Sudoeste].

Sendo uma função instituinte, é possível notar um desgaste na atuação desses profissionais, uma vez que há muito o que se mudar e muitas vezes a “inércia” do instituído causa desgaste no trabalhador que se coloca nesse papel de transformar as práticas de saúde, através da mediação entre os diferentes sujeitos sociais que participam dessa rede de saúde. Além do mais, por exercer esse papel de mediador entre gestão e profissionais da assistência, em alguns momentos e em algumas equipes não é raro que o apoiador seja visto como alguém que exerce o papel tradicional de supervisor ou de “vigia” das equipes para o atendimento das demandas da gestão.

Sobre essa questão há um caso que ilustra esse contexto: Um apoiador precisou mediar com uma equipe do CAPS a falta de transporte para todas as demandas da unidade. Nesse caso, procurou esclarecer que esse é um dado de realidade, que não era “culpa” sua. Porém, diante desse contexto, é preciso uma conversa com a equipe para elaborar estratégias de superação dessas limitações. Ele estaria ajudando a equipe a pensar nessas soluções para esse dado de realidade.

se a equipe não está organizada para receber esse conhecimento, esse matriciamento também de gestão, o apoiador acaba também funcionando nos moldes da supervisão. Então não adiante eu trocar a ponta, trocar o apoiador, (...) se os outros arranjos de gestão não mudam, não tem a equipe, não tem a reunião que propicie a entrada desse antigo supervisor de uma maneira diferente [Apoiador Sudoeste].

De certa forma há o lado normativo do papel do apoio, pois é preciso construir uma atenção à saúde com base em dados reais, como as ferramentas que estão disponíveis no sistema de saúde. Porém, busca-se mostrar que esse papel não é de exercer uma ação de alguém que é superior e impõe os contextos de atuação diante de uma determinada demanda. No caso do apoio, esse busca criar situações para que as pessoas da equipe, em conformação de grupo de trabalho, possam pensar saídas para os problemas que se apresentam. Nesse seu papel, o apoiador encontra grandes desafios.

Para criar um contexto de cooperação com o grupo e com a gestão, uma das estratégias seria potencializar a participação do apoiador nos espaços de grupo construídos pela equipe, de acordo como expressa a fala a seguir:

É firmar parcerias. Mas é um estado de arte porque é muito difícil, principalmente quando se depara com o diferente, com modelos de crença em forma de gestão diferente, apoiador, coordenador e equipe. Por isso que eu tento estar o máximo possível nas unidades que eu apoio nos espaços coletivos, muito mais, do que nos espaços individuais. Aquela coisa de conversa fechada com o coordenador (...) Então a gente tem o papel chato que precisa ter, que é um papel normativo [Apoiador Sudoeste].

Em seu trabalho, o apoiador acaba tendo que lidar com muitas questões complexas tais como gestão do trabalho, uso de recursos, gestão de pessoas, interação com a comunidade, dentre outras questões que surgem na unidade/serviço de saúde. Para tanto, o apoio matricial passou a se configurar como um serviço que existe no município, ou seja, os profissionais que exercem essa função construíram um espaço para tratar das questões que envolvem a função de apoio. Contam com a estratégia de educação permanente para tratar de vários temas de interesse desse grupo, organizam também reuniões entre os vários apoiadores, ações que buscam diminuir a “pressão” em ter que lidar com conflitos das unidades, da mediação entre equipes e gestores, ou outro impasse que venha a se estabelecer na ação de apoio matricial. Esses espaços, por sua vez, têm ajudado os apoiadores a trocarem experiências e visões sobre uma determinada forma de lidar com um fenômeno de grupo, que muitas vezes por estarem tão envolvidos com a dinâmica institucional, não interpretam fenômenos como boicote do grupo a uma ação de mudança no processo de trabalho, ou a manipulação que o coordenador venha a exercer no grupo ou no apoiador. Nesses momentos de grupo de apoiadores, eles acabam tratando as instituições como uma espécie de “Paciente” que deve ser cuidado, uma vez que *“tem casos que a gente discute, só que em vez de casos clínicos, tem unidades, você tem programas, Saúde do idoso”* (Apoiador Sudoeste). Mesmo desempenhado um papel normativo, a diferença está como se constrói essa normatividade. Será que se faz de modo verticalizado ou pactuado?

Pelo que se observou através das entrevistas e da observação, o trabalhador contratado para fazer o apoio matricial trabalha muito em sua tarefa de articular a gestão e os serviços, bem como os serviços entre si. Alguns até ficam desestimulados com esse

trabalho, pois há grande desgaste em tentar fazer uma “costura” entre os trabalhadores dos diferentes serviços que não querem fazer um trabalho em rede, mas dentro de uma lógica tecnocrática de fazer um atendimento individual e centrada na doença e na remissão de sintomas.

Enquanto apoiador mesmo, nesse processo desses dois anos, foi muito difícil. É muito difícil. A gente tem que se alimentar (riso) de outras coisas porque as pessoas estão desestimuladas e você tentando ser a pilha deles e, às vezes, levando idéias q as pessoas não acreditam. Então é um trabalho de formiguinha [Apoiadora Sudoeste].

Um trabalho que se choca com o que é instituído nas instituições de saúde constantemente, causando desgaste para que trabalha como apoiador. A estratégia seria dos diferentes trabalhadores do SUS se apropriarem dessa ferramenta de trabalho – do papel e do arranjo que configura o trabalho do apoio matricial.

É um dia que bate na pedra, bate no leme, bate na pedra, bate no leme. Tendo clareza do meu objeto de trabalho, sabe que é isso e vai, e vai, mas tem um momento que você procura outras coisas para ver, depois volta. Eu acho que esse momento agora é das pessoas se apropriarem um pouco disso, de reestruturar o processo de trabalho, para mim, particularmente, foi um momento para eu decidir continuar. Porque se fosse eu e o (nome de outro apoiador) só para fazer, eu ia já tinha dito que eu ia sair fora. Eu acho que tem que ser um papel de muitas pessoas, não pode ser o papel só de alguns, tem que ser compreendido por muitas pessoas. E aí abre as portas até porque se o papel do matriciador não só está na mental e a gente olha o para sujeito, o apoiador também tem isso “não quero só falar de mental” e a gente vai alimentando para continuar o trabalho [Apoiadora Sudoeste].

É importante destacar que além do apoio matricial, exercido por um profissional (trabalhadores na rede que se responsabilizam por essa função de uma forma mais intensiva), há aquele construído pelos profissionais das unidades de saúde. Explicando melhor, no método de apoio, uma dos arranjos do Método da Roda ou Paidéia, os profissionais especializados nas unidades básicas, por exemplo, acabam matriciando os demais trabalhadores da equipe de referência da Saúde da Família, por exemplo.

No caso do Distrito Sudoeste, além do apoio matricial ser um arranjo preconizado para ser exercido nas unidades básicas, os CAPS também recebem o papel de matricular serviços que acolham casos de saúde mental. Nesses dois casos, tanto na unidade básica, como nos CAPS, os profissionais dividem sua carga horária no serviço para a atenção dos casos de seu serviço e outra parte do tempo é dedicada para atender as demandas das unidades de produção que eles matricial – profissionais dos CAPS matriciam equipes de Centros de Saúde e equipe de saúde mental matricia os profissionais de referência das unidades básicas ou de outros serviços que não possuem equipe de saúde mental, inclusive acolhendo alguns casos para serem atendidos na unidade com equipe de saúde mental.

Porém, nas entrevistas feitas nesses dois serviços, vários casos que poderiam ser atendidos em unidades básicas acabam sendo referenciados para CAPS, por haver uma equipe de saúde mental insuficiente para atender essa demanda de casos que possuem gravidade, mas não se enquadram no perfil dos casos a serem atendidos pelos CAPS.

(...) ultimamente eu tenho atendido muito caso que não é pra CAPS, muito caso que está sem Rede, na Rede Básica mesmo, não tem local para eles. Tem uma demanda muito grande de pacientes deprimidos, de pacientes que não estão conseguindo trabalhar, de pessoas que poderiam estar se tratando no Centro de Saúde, mas no momento não estão conseguindo vaga, então, eles vão ficando um tempo no CAPS até essa inserção [Psicólogo do CAPS Novo Tempo].

Voltando à questão do matriciamento realizado por alguns trabalhadores do CAPS Novo Tempo, essa oferta de apoio para aqueles das unidades básicas ocorreu por um posicionamento distrital (Distrito Sudoeste), que aumentou a carga horária de alguns trabalhadores dos CAPS para a realização desse apoio às unidades de Saúde da Família. A proposta de ampliar a carga horária para que esses profissionais pudessem estar ajudando os profissionais das unidades básicas a cuidarem de casos de saúde mental ou de participarem de alguma forma do projeto terapêutico desses usuários foi uma estratégia de ampliação da Rede de Cuidados no SUS. Assim, seria facilitada a circularidade dos profissionais nos serviços que buscam criar projetos terapêuticos que busquem um cuidado mais integral a essa população.

Esse arranjo de articulação entre serviços é um desafio por ser instituinte ao trabalho burocratizado ou mesmo de um cuidado em saúde exercido por um profissional de saúde, solitário em sua tarefa de cuidar de um ser-em-adoecimento. Entretanto, parece ofertar um espaço que permita a pactuação entre os diferentes serviços, equipes e profissionais para construir um projeto terapêutico em rede de atenção à saúde de um usuário do sistema de saúde. Ou seja, um projeto construído dos vários profissionais da equipe de referência da Saúde da Família, do CAPS, ou de outros serviços que venham a contribuir na promoção à saúde, tem sua complexidade de configuração, pois depende da articulação desses vários serviços para compor um projeto terapêutico para um sujeito em adoecimento. Contudo, tal projeto, a longo prazo, remete a uma promoção de saúde que atenda as várias demandas que aquele usuário possui.

Um dos profissionais do CAPSIII Novo Tempo que faz apoio matricial expôs que, no início, seu trabalho de construção do apoio matricial em uma unidade foi difícil porque a maior parte da equipe está acostumada com o trabalho mais baseado em protocolos, ferramenta que não atende demandas da saúde mental. Dessa forma, o trabalho de apoio matricial é desenvolvido aos poucos, em parceria com os profissionais da unidade básica. Ora o profissional do CAPS fazia o acolhimento para que os profissionais entendessem como era feito, ora quem fazia essa ação era o profissional da unidade básica.

De certa forma, o trabalho de matriciamento construído em parceria pelo CAPSIII Novo Tempo e pelo CS DICIII foi avaliado por profissionais dessas unidades como sendo positivo para ambos os serviços, sobretudo porque permitiu que ambos os serviços compreendam como funcionam essas instituições e possam refletir sobre diferentes processos de tecnologias de trabalho em saúde para um cuidado integral à saúde de portadores de transtornos mentais.

Inter-relações entre saúde da família e CAPS: um emaranhado em articul(ação)?

Levando-se em considerações os vários elementos dessa pesquisa, que buscou levantar várias perspectivas sobre a inter-relação entre dois serviços complexos – Saúde da Família e CAPS, mas fundamentais para a construção de um cuidado integral a portadores de transtornos mentais, foi possível interpretar que essa articulação ainda é um desafio.

Porém, foi possível identificar vários elementos que potencializam o encontro entre os profissionais que fazem essa assistência em direção a um cuidado que se pretende integral. Para tanto, é necessário um cuidado compartilhado por diferentes sujeitos, cada um com suas especificidades, mas dispostos a construir uma trama dessa Rede Social que sustenta e acolhe esse sujeito tão peculiar em sua forma de estar no mundo.

Os CAPS abordados nessa pesquisa se caracterizam por diferentes modos de construir essa articulação com a assistência com os serviços de atenção básica. Enquanto no CAPSIII Esperança procura estabelecer relações com a equipe de Saúde Mental das Unidades Básicas, no CAPSIII Novo Tempo busca-se construir uma articulação com os demais serviços através da Rede de Saúde Mental do Distrito Sudoeste – Rede Mista, composta por funcionários dos CAPS, Saúde da Família e de outros serviços da referida região. Assim, nesse primeiro momento de aproximação com o objeto dessa pesquisa, a Rede Mista indica um espaço de Educação Permanente e funciona como um **dispositivo grupal**, caracterizado pela mobilização de um coletivo de trabalhadores interessados em tratar dos problemas da atenção integral em saúde mental a partir do entendimento de uma trama de serviços de saúde. Assim, nesse espaço coletivo forma-se um espaço para superar a postura de trabalhador-sujeitado, que fica à deriva das demandas que surgem com a porta aberta dos serviços, para se forjar uma posição de **sujeito-trabalhador** que constrói “linhas de fuga” rumo a uma outra forma de cuidado que supera aquela instituída e o faz amparado por uma estratégia potente – o dispositivo grupal Rede Mista de Saúde Mental. Possivelmente esse espaço será o foco de futuros estudos da autora dessa dissertação.

Considerando a perspectiva da estratégia de Saúde da Família, também foram identificados vários desafios para a construção de uma assistência que ultrapasse imagens de periculosidade e de tutela que estão relacionadas aos portadores de transtornos mentais, presentes não apenas na comunidade, mas também no próprio cotidiano dos profissionais de saúde, haja vista que o “acolhimento” a essas pessoas várias vezes fica muito mais a encargos dos trabalhadores “com mais afinidade” para atender “esses casos”.

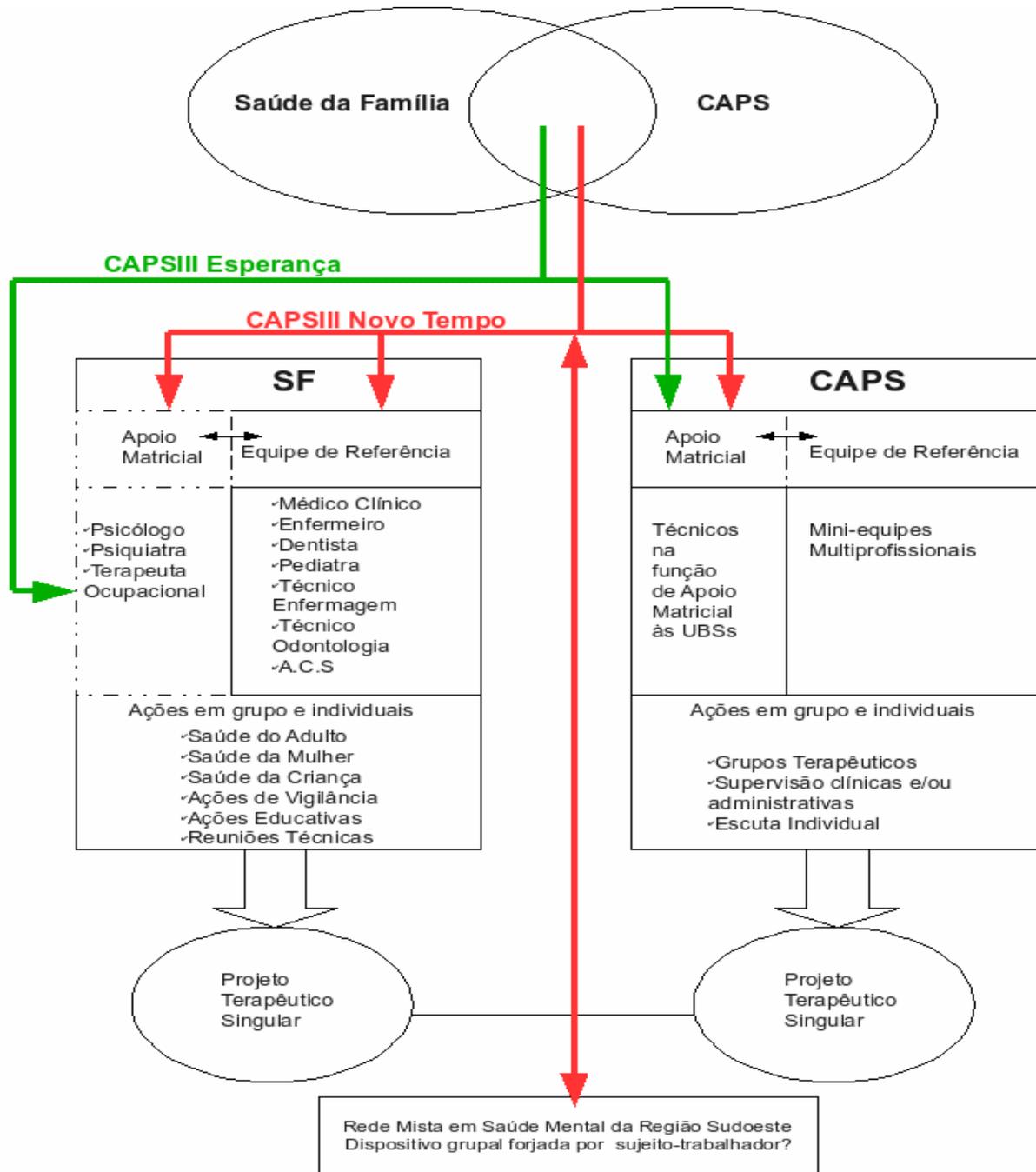


Figura 4- Características das formas de relações estabelecidas pelos CAPSIII Novo Tempo e Esperança com os serviços de atenção básica de suas regiões.

Mas, diante desse quadro, cada vez mais torna-se importante o trabalho interdisciplinar, que permita a articulação entre as diferentes profissões e especialidades que compõem o cotidiano desses serviços de atenção básica (mas nem por isso menos complexa). Assim, ao se verificar o incentivo aos espaços de troca entre os trabalhadores não apenas do serviço, mas também com outros profissionais de outros estabelecimentos, os desafios não parecem insuperáveis. Talvez em articulação seja possível “quebrar a pedra”, o instituído da doença mental, impregnado de periculosidade e de tutela, uma vez que a articulação do “maleável contratual” entre vários sujeitos singulares e coletivos se revela potente como as forças das águas de um rio em movimento, que de tanto “bater nas pedras” acaba por transformá-las.

Nesse sentido, é crucial pensar na importância das formações para o trabalho em saúde, uma vez que as especificidades de uma profissão contribui para uma forma de olhar sobre o alvo da intervenção, mas que deve ser construída de modo interdisciplinar, pois uma especialidade não pode abarcar a contingência da situação de saúde-doença das pessoas. Assim, nesse contexto, reflete-se que existem elementos centrais do núcleo de formação profissional, que oferece modos de ver o alvo da intervenção (Campos, 1997, 2000; Campos e Domitti, 2007).

Contudo, existem situações de sofrimento e de intervenções que dizem respeito a todos os profissionais encontram diante o desafio para construir uma atenção integral para os portadores de transtornos mentais. Embora se considere que os trabalhadores da Saúde Mental estão historicamente mais implicados com essa luta, haja vista os interesses nos mesmos em lidar com esse objeto de trabalho tão “melindroso”, existem princípios que devem orientar todos aqueles que produzem saúde – trabalhadores, usuários e gestores – é a necessidade de se implementar, cada vez mais uma atenção integral a essas pessoas, garantindo a “porta aberta” não apenas dos estabelecimentos de saúde. Para produzir um integral a essas pessoas, a busca pela implement(ação) de Redes de Cuidados aponta para um momento instituinte, que venha a entrar em embate com a concepção de cuidado instituído pautada na “periculosidade”, que justificaria uma assistência “tutelar”.

Um novo elemento que entra nessa trama é o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)**, que integra estratégia do Ministério da Saúde, denominada Mais Saúde, que pretende ampliar e qualificar a assistência do SUS até 2011, através da ampliação do número de profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família (Brasil, 2008)

Esses núcleos serão formados por equipe multidisciplinar como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Equipe que, por sua vez irão atuar de forma conjunta com as equipes da Saúde da Família.

Podem ser implementados dois tipos de Nasf: Nasf 1 e Nasf 2. O Nasf 1 é composto por, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas, e deverá estar vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, 20 equipes do SF. Para esses há a exceção dos municípios da região Norte, com até 100 mil habitantes, onde se permitirá um Nasf1 para cada cinco equipes de Saúde da Família. Com relação ao financiamento, cada *“Nasf 1 implementado (após aprovação do projeto do município no Conselho Municipal de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite do estado) receberá do Ministério da Saúde R\$ 20 mil mensais para a manutenção* (Brasil, 2008)

O Nasf 2 deve ser composto por, no mínimo, três profissionais de diferentes áreas, vinculado a, pelo menos, três equipes do SF e só poderá ser implementado um núcleo por município, com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com os dados do IBGE de 2007. Por mês, o ministério repassará R\$ 6 mil a cada Nasf 2 implementado.

Cabe aos profissionais de cada núcleo do Nasf identificar, conjuntamente com as equipes do SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem implementadas em cada área coberta, de modo a promover a saúde e a qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças. Nesse sentido, o Nasf deverão desenvolver (Brasil, 2008):

1. atividades físicas e práticas corporais;
2. educação permanente na área de nutrição;
3. ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; implementação de ações em homeopatia e acupuntura;
4. promoção de ações multiprofissionais para reabilitação e redução de incapacidade e deficiências, permitindo a inclusão social;
5. atendimento a usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental;
6. criação de estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool;
7. apoio às equipes do SF na abordagem e na atenção aos agravos severos ou persistentes na saúde de crianças e mulheres, entre outras ações.

Essa estratégia lembra àquela do **Projeto Qualis**, desenvolvido em São Paulo, coordenado por Antônio Lancetti, que buscou desenvolver três linhas de ação. Em primeiro lugar, tal projeto visava promover um espaço de troca entre os vários profissionais desse nível de assistência. Em segundo lugar, estruturou uma equipe de saúde mental que fosse itinerante ou “volante”, capaz de promover movimentos de autonomia e não de dependência. E, em terceiro lugar, procurava se pautar na integralidade da assistência, no aumento da resolutividade das ações nesse nível de atenção, incentivava a responsabilização dos profissionais por aqueles que buscam cuidado, fomentava também a coletivização das ações de saúde, dentre outros propósitos (Nunes *et al*, 2007).

Espera-se que experiências com o Projeto Qualis possam inspirar novos arranjos de gestão que tragam suporte à Saúde Mental, promovendo cada vez mais a articulação entre os diversos estabelecimentos em saúde, as unidades de Saúde da Família e os CAPS co-responsáveis na produção de um cuidado integral a portadores de transtornos mentais.

Dessa forma, considerando os vários elementos refletidos nessa pesquisa, tem-se a seguir um quadro que ilustra o modo como pode se estabelecer as relações **entre** as equipes de Saúde da Família e do Centro Psicossocial em Campinas-SP.

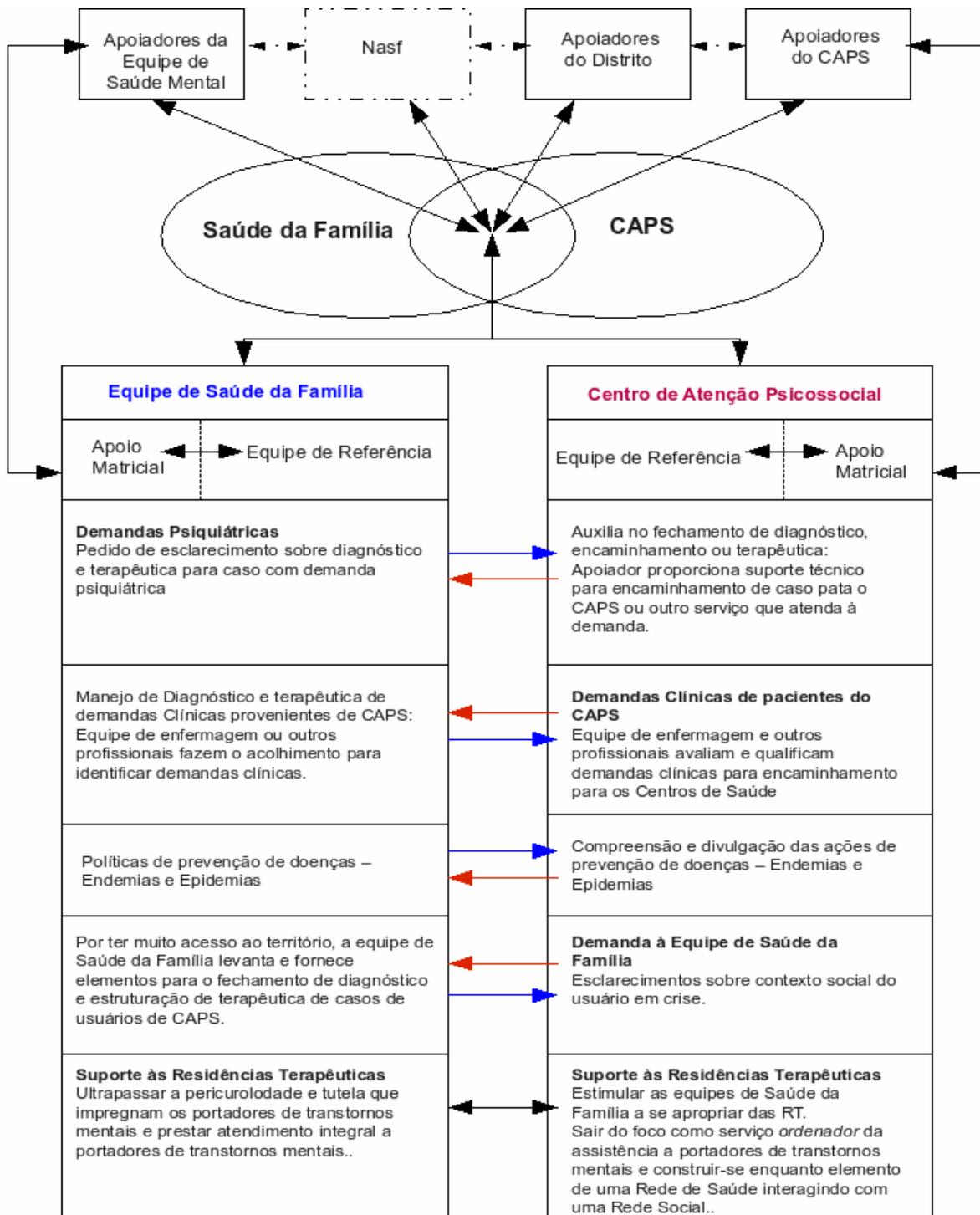


Figura 5- Inter-relações entre estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no cuidado integral a portadores de transtornos mentais em Campinas-SP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho de pesquisa se caracterizou como um desafio de abordar o contexto do modo como se articulam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a estratégia de Saúde da Família. O primeiro desafio que se colocava era o metodológico: como fazer o recorte do objeto a ser pesquisado? Isso se fazia necessário por conta do exercício da prática de pesquisa, que é delineada por um tempo, espaço e referenciais que delineiam o modo como se pretende abordar determinado objeto.

Foi nesse contexto que se buscou referenciais “objetivos” para servir como parâmetros para fazer a escolha dos serviços que fossem mais representativos para se realizar a coleta dos dados por meio de entrevistas e observação. Nesse caso, optou-se por escolher os serviços a partir dos dados de produção dos CAPS, uma vez que representaria um indicador fidedigno da população atendida nesses serviços, dos profissionais que fazem parte dessas unidades, enfim traria informações sobre as características principais desses serviços. Porém, com a ida a campo, descobriu-se que os erros nos registros no sistema de informação/produção desses serviços são recorrentes. Por que vem ocorrendo essa dificuldade? O não registro dos atendimentos no sistema de produção desses serviços representariam um analisador para entender o processo de trabalho nessas instituições?

Diante dessa descoberta, partiu-se para uma escuta desse fenômeno do “não registro” dessas informações e chegou-se à conclusão de que há grandes equívocos no preenchimento das fichas para a produção desses serviços (APAC), ou mesmo não há um fluxo correto dessa documentação da internação, ou então há mal ou não preenchimento do modo como se processa o tratamento dos usuários desses serviços nos prontuários. Mas por que ocorreria tal dificuldade?

Tudo leva a crer que esse tipo de tecnologia-dura (Merhy, 2007), ligada ao instrumento de registro de procedimentos de cuidado é desconsiderada no processo de trabalho nessas instituições do mesmo modo como se preconiza. É vista apenas como um instrumento burocrático, sobretudo porque o modo como se processa esse tipo de registro de produção não faz sentido no cotidiano dos trabalhadores desses serviços.

Esse fenômeno gera então desgaste para os profissionais que trabalham com a auditoria desses serviços, bem como causa aborrecimentos nos profissionais por ter que preencher essa “papitada” que “não tem sentido” para o cotidiano de seus trabalhos.

Em todo caso, esse fenômeno pode ser melhor estudado em trabalhos futuros uma vez que tal fenômeno pode indicar um analisador do processo de trabalho e sistema de produção nesses serviços.

Com relação aos dados obtidos na ida aos CAPS e estratégia de Saúde da Família que participaram desse estudo, ambos apontam que o trabalho da enfermagem é um dos elos entre cuidado clínico e de transtornos psiquiátricos, uma vez que esses trabalhadores são forçados por “triar” os casos a serem encaminhados para o profissional que poderia ter melhor recursos técnicos para responder às demandas apresentadas pelo usuário.

Entretanto, os profissionais de nível técnico de enfermagem indicam uma sobrecarga de trabalho intenso diante das demandas apresentadas em ambos os serviços. A diferença está que, no CAPS, esse trabalhador se relaciona quase que constantemente com as diferentes demandas dos usuários, que circulam com maior frequência nas farmácias, para buscar algo que vai além da medicação, mas nessa ida conversa sobre seu tratamento, se está com dificuldade de tomar a medicação, como avalia a forma como está sendo cuidado, enfim expressam nesse ambiente suas dificuldades e conquistas da evolução de seu quadro. Assim, há o contato intenso desses profissionais com os usuários desses serviços.

No caso da equipe de referência do Centro de Saúde, a equipe de enfermagem também é geralmente o profissional da “porta de entrada” do serviço. Ela é quem avalia e encaminha as demandas para os profissionais, mas adequados para o cuidado. Entretanto, buscam-se espaços de interação entre os diferentes profissionais nas reuniões de cada equipe, que ocorrem geralmente a cada quinze dias. Nessas instituições também o técnico de enfermagem desenvolve diversas ações em saúde e circulam nos vários setores da unidade.

Com relação aos sentimentos dos profissionais diante do processo de cuidado a portadores de transtornos mentais, no caso do CAPS, muitos entrevistados revelaram ter uma carga de trabalho muito intensa. Não são raras as demandas de urgência/emergência que surgem, mas se busca estratégias de grupo e supervisão técnica para superar os “ruídos”

que muitas vezes surgem no cuidado aos usuários. Esses espaços geralmente foram os que permitiram um melhor entendimento dos significados que estão presentes nesse tipo de cuidado - alegrias, tristezas, decepções, eram expressadas nesses espaços de escuta e ressignificação coletiva.

No caso dos profissionais que fazem o trabalho na estratégia de Saúde da Família, esses também buscam expressar suas dificuldades também nos espaços de reuniões do grupo ou outros espaços coletivos.

Mas em ambos os serviços, é preciso estar atento para que apenas os técnicos de nível superior não monopolizem as discussões. Como esses possuem vários elementos/conceitos em suas “caixas de ferramenta”, tendem a ser os profissionais que mais refletem sobre as temáticas e problemas levantados, o que acaba “bloqueando” a expressão de profissionais de nível médio.

Nesse sentido, é importante refletir sobre o modo como se processa o trabalho nessas instituições a partir da disputa de poder entre as diferentes profissões à luz dos conceitos de Campo e Núcleo de saber, como propõe Campos (1999, 2000). Assim, mesmo havendo peculiaridades e tensões entre os diferentes saberes para assumir a responsabilidade em relação a tipo de cuidado, é mais produtivo articular os saberes de forma inter e multidisciplinar para a produção do cuidado em saúde de forma integral. Assim, se há especificidades de núcleos de saberes que poderiam beneficiar um determinado caso atendido pelos serviços, por outro lado o profissional por si só não conseguiria ser resolutivo a essa demanda. É preciso então apostar também na estratégia de campo de saber, onde há um intercâmbio de conhecimentos para a produção de um cuidado mais integral e resolutivo.

A partir desse ponto de vista, foi importante entender o lugar estratégico do apoiador matricial, que tem um papel de articulador da atenção em saúde. Há então o apoio exercido como um trabalho, que produz o profissional voltado exclusivamente para o apoio matricial, bem como há o apoio matricial exercido como uma das funções dos técnicos especializados nas unidades, como é o caso dos técnicos “psi” que acolhem os casos de saúde mental e elaboram junto com a equipe quais os projetos terapêuticos para os usuários.

Sobretudo quando se trata do apoiador enquanto uma função específica, observou-se que o mesmo é uma espécie de “liga” para os vários serviços e entre os diferentes programas de atenção em saúde. De um lado, esse movimento errante permite o olhar amplo da Rede de Saúde, viabilizando a descoberta, produção e uso de diferentes “ferramentas” para o cuidado. Porém, o mesmo também acaba ficando exposto à dificuldade de atuar como uma peça importante para a articulação entre os serviços, se os mesmos produzem um movimento de não-integração, assumindo uma posição de instituição mais burocrática de prestação de serviço. Nesse último caso, produz-se um sentimento de insatisfação pelo trabalho realizado (ou não) e a tendência é optar pela mudança de trabalho.

De certa forma, o apoio enquanto função especializada acabou tomando característica de um serviço/instituição em saúde, que tem procurado elaborar estratégias coletivas para formar um grupo-sujeito de apoiadores. Nesse sentido, esse grupo instituiu um espaço de educação permanente e de pactuações entre os vários profissionais envolvidos sobre o processo de trabalho, ações que vem a acalantar o “peso” de tentar costurar uma rede, que muitas vezes teima em se esgaçar por conta do movimento do trabalho burocrático instituído.

Ainda abordando o apoio matricial, esse tipo de estratégia/arranjo também é exercido pelos trabalhadores dos serviços da Rede de Campinas, tanto dos CAPS quanto da Saúde da Família. Sobretudo no Distrito Sudoeste, os trabalhadores de CAPS buscam se aproximar de unidades básicas para ajudar na estruturação de projetos terapêuticos de pessoas com demandas para a saúde mental. Tais projetos são então construídos pelos profissionais dos dois serviços, o que potencializa um cuidado mais complexo e integral oferecido ao usuário ou mesmo à comunidade. Assim, os trabalhadores dos dois serviços acabam trocando conhecimentos sobre as potencialidades terapêuticas e objetivos de cada uma dessas instituições.

Essa troca tem sido tão produtiva que foi criada no Distrito Sudoeste a *Rede Mista de Saúde Mental*, formada por diferentes profissionais dos CAPS e das unidades básicas, que discutem as principais demandas que envolvem a saúde mental dos usuários e comunidades. Além de ser um espaço de educação permanente também é potente para o

entendimento e articulação entre os serviços. Tal estratégia de articulação também pode ser potencializada ainda mais com a implementação, para 2008, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que contará com uma equipe multidisciplinar com profissionais de saúde de diversas formações para complementar as ações da estratégia da Saúde da Família.

Espera-se que esse estudo tenha contribuído para refletir a respeito da inter-relação entre CAPS e estratégia de Saúde da Família no cuidado a portadores de transtornos mentais graves, cujo cuidado é um desafio por representar a tentativa de vencer “periculosidade” e a lógica do cuidado “tutelar”, passando para aquela de cuidado integral a esses sujeitos, que passa pelo contrato entre esses e demais sujeitos sociais.

Pretende-se ampliar esse estudo, focando ainda mais as estratégias que potencializam essa forma de inter-relação entre esses serviços a fim de proporcionar um cuidado integral a essas pessoas tão peculiares em sua forma de estar-no-mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

AMARANTE, P.D.C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 144p.

AMORIM, E. M. **Saúde Coletiva**: qual o lugar da subjetividade nessa história? Recife, 2006 [Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães CpqAM/Fiocruz].

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

BARROS, R. D. B. BENEVIDES DE BARROS, R. Institucionalismo e dispositivo grupal. In: RODRIGUES, HBC E ALTOÉ, S. (Org.). **Saúde e Loucura 8**: Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004, v. 8, p. 65-78.

BRAGA CAMPOS, F. C. **O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000 [Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, n. 182, pp. 18055-18059, 20 set. 1990, seção I.

BRASIL. **Mais Saúde**: municípios já podem organizar o Nasf para atender a população. Disponível em <
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfmco_seq_noticia=42122>, acesso em 31 de janeiro de 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar Sim, excluir não.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004.** 5ª Edição ampliada. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRÊDA, M. Z; AUGUSTO, L. G. S; O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** V. 6; n.2, p. 471-80, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** V. 4, n.2, p.399-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valores de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 236

CAMPOS, G. W. S.. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 3, n 2, p. 219-290, 2000b.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAVALCANTI, A. R. S; CAMPOS, G. C. M; AROS, M. S.; PACHECO, A.P; SOUZA, S. F. M.; PALMIERI, T. C. Hospital-dia: nossa experiência de Campinas. In: HARARI, A ; VALENTINI, W. **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2001, 113-125.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CARVALHO, A. M.; SOUZA, R.A. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos da Psicologia**, v.8, n.3, p.515-523, 2003.

CENTRO DE SAÚDE DICIII. **Planejamento de Gestão 2007**. Centro de Saúde DICIII, 2006. mimeo

CORREA, C. R. S. **Avaliação das unidades básicas de saúde segundo consumidores: a associação entre dado de produção das UBS de Campinas e as avaliações prévia e posterior dos moradores das áreas de cobertura dessas unidades**. Campinas, 1998 [Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

DATASUS. **TABNET 2.6**: aplicativo para realização de tabulações na Intranet/Internet. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/tabnet/doc/ManualTabnet.pdf>>, acesso em dezembro de 2007.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental** – ano IV – n. 6, jun. 2006, 69-83.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre apoio matricial na rede de SUS-Campinas (SP)**. Campinas, 2006 [Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1989.

FURTADO, J. P. **A avaliação como dispositivo**. Campinas, 2001 [Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

GUATTARI, F. A transversalidade In: _____ **Revolução Molecular: Pulsações políticas do desejo.** São Paulo: Brasiliense, 1987: 88-105.

HEGEL, G.W.F. Afenomenologia do espírito. In: HUSSERL, E. **Investigação lógica e outros textos.** São Paulo: Nova Cultural, 1992, p. 187-261 (Os Pensadores).

HESS, R. Uma técnica de formação e intervenção: o diário institucional. In HESS, R.; SAVOYE, A. (coord.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle.** Paris: Méridiens Klincksieck. 1998. p. 119-138. (Tradução: Ana Lúcia A. da Silva e Lucia C. Mourão. Revisão: Solange L'Abbate).

L'ABBATE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização.** Projetos de política de saúde em Campinas. São Paulo, 1990 [Doutorado – Universidade de São Paulo].

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva.** Vol 8 (1), 2003: 265-274

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de um grupo realizado num hospital universitário de Campinas, São Paulo: revelando e desvelando contradições institucionais. In: RODRIGUES, H. B. C.; ALTOÉ, S. **SaúdeLoucura, vol 8.** Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2003.

L'ABBATE, S. Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos Olhares.** Campinas: Unicamp, 2005.

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LOURAU, R. **Análise Institucional.** Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. O que é Análise Institucional? In: _____ **Sociólogo em tempo inteiro.** Lisboa: Editorial Estampa, 1979. p. 13-44.

LOURAU, R. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (org). **René Lourau: analista institucional em tempo integral.** São Paulo: Hucitec, 2004, p. 66- 86.

LUZIO, C. A. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes:** ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. Campinas, 2003 [Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

LUZIO; C. A.; L'ABBATE; S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação. V.10, n.20, p.281-98, jul/dez., 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997. p. 71 – 112.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. STÉFANO, E., STÉFANO, M. E., SANTOS, RODRIGUES, R. A, OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997. p. 113-160.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª. Ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORGADO, A. F.; COUTINHO, E. S. F. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** V.1, n. 3. Rio de Janeiro, 1985

MOURA, A. H. **A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

NUNES, M; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública.** V. 23, n. 10, 2375-2384.

ONOCKO-CAMPOS; R. T.; FURTADO; J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V 22, n. 5: 1053-1062, maio, 2006.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M.F. **Desinstitucionalização**. Hucitec: São Paulo, 1990, pp. 89-99.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, V. 5, n.2, p. 71-77, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>>, acesso em 2006.

TABNET CAMPINAS. **Dados de produção e estrutura dos serviços de saúde mental de Campinas-SP**. Disponível em <<http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/>>, acesso em agosto de 2007

TOBAR F; YALOUR M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.6, n.1, p.73-85, 2001.

TRAVASSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n.1, p. 80-88, 2004.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1. Ribeirão Preto, jan./fev. 2005.

ANEXOS

CEP, 26/06/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 345/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0259.0.146.000 -07

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “INTERRELAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO A PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CAMPINAS-SP”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Emmanuela Mendes Amorim

INSTITUIÇÃO: Secretaria de Saúde de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/06/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/06/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisar a articulação entre o programa de Saúde da Família e o centro de atenção psicossocial no cuidado a sujeitos com transtornos mentais em Campinas-SP.

III - SUMÁRIO

Estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, onde entrevistas realizadas com profissionais dos centros de saúde da família e CAPS avaliarão as aptidões destes profissionais no que tange ao conhecimento de procedimento e encaminhamento de pacientes com transtorno mental. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem descritos e a metodologia muito adequada e justificada.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trabalho muito bem estruturado e com abrangência de conhecimento, gerando resultados úteis de boa aplicação. O termo de consentimento é adequado. Já recebeu autorização do Secretário de Saúde para a abordagem dos postos a serem realizadas as pesquisas.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de junho de 2007.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data:

Nome:

Idade:

Profissão:

Tempo de Formado(a):

1. Você poderia falar um pouco sobre a sua trajetória profissional e nos serviços de Saúde do SUS-Campinas? (identificar a implicação do profissional e afinidades com seu campo de trabalho)
2. Como é o cotidiano do PSF onde você trabalha? Quais as principais demandas que vocês atendem? Quais são as principais ações que vocês fazem? E que estratégias vocês utilizam para realizar essas ações? (entender o cotidiano de trabalho no PSF e como o profissional apreende esse cotidiano)
3. Existem reuniões entre a equipe do PSF para discussão de casos clínicos? Qual a periodicidade e metodologia das mesmas? Outros profissionais da Rede de Saúde participam dessa reunião? (identificar se existe espaço de trocas entre as experiências dos diferentes trabalhadores que atuam no PSF)
4. Quais as demandas de Saúde mental que vocês atendem? Quais as demandas vocês não têm possibilidade de atender? Por quê? (identificar a demanda de saúde mental no PSF)
5. Quando uma pessoa usuária de CAPSs procura atendimento no PSF, qual a demanda que apresentam? Quais estratégias você e o serviço apresentam para o atendimento dessas pessoas? (identificar o manejo do profissional de PSF quanto a atendimentos de saúde mental de usuários da Rede de Saúde Mental)
6. Quando uma pessoa, portadora de transtorno mental, que não é usuária de CAPSs,

apresenta uma crise, como vocês procedem? (Identificar se o vínculo entre usuário e profissional do PSF auxilia no acolhimento de um problema de saúde mental? Verificar se o profissional tem capacidade de identificar e de resolutibilidade em relação a crises psiquiátricas)

7. Como é a relação entre as ações entre PSF e CAPS? Que tipo de metodologia vocês têm para atender casos de saúde mental? Como fazem para resolver casos de demandas clínicas de portadores de transtornos mentais? Como você avalia essa relação entre esses serviços no cuidado a portadores de transtornos mentais
8. Como é a relação entre PSF, CAPS e a comunidade? De que forma os profissionais de saúde se articulam como a comunidade para o cuidado de portadores de transtornos mentais? (estratégia de Redes de Cuidado que engloba a comunidade do usuário)
9. Que sugestões você daria para melhorar a atenção à saúde a portadores de transtornos mentais de modo geral e em Campinas? Como melhorar a inter-relação entre CAPS e PSF e entre esses e a rede de saúde?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data:

Nome:

Idade:

Profissão:

Tempo de Formado(a):

1. Você poderia falar um pouco sobre a sua trajetória profissional e nos serviços de Saúde do SUS-Campinas? (identificar a implicação do profissional e afinidades com seu campo de trabalho)
2. Como é o cotidiano do CAPS onde você trabalha? Quais as principais demandas que vocês atendem? Quais são as principais ações que vocês fazem? E que estratégias vocês utilizam para realizar essas ações? (entender o cotidiano de trabalho no CAPS e como o profissional apreende esse cotidiano)
3. Existem reuniões de equipe do CAPS para discussão de casos clínicos? Qual a periodicidade e metodologia das mesmas? Outros profissionais da Rede de Saúde participam dessa reunião? (identificar se existe espaço de trocas entre as experiências dos diferentes trabalhadores que atuam no CAPS)
4. Quais as demandas de clínicas que surgem no cotidiano do CAPS? Como vocês encaminham esses casos? (identificar a demanda clínica que surgem nos CAPS)
5. Quando uma pessoa usuária de CAPS procura atendimento no PSF, como são atendidos? Quais estratégias existem para esses casos? (identificar o manejo do profissional de CAPS quanto a encaminhamentos clínicos)
6. Como se dá o encaminhamento dos PSFs para os CAPSs? (Identificar se o vínculo entre usuário e profissional do PSF auxilia no acolhimento de um problema de saúde mental?)

Verificar se o profissional tem capacidade de identificar e de resolutibilidade em relação a crises psiquiátricas)

7. Como é a relação entre as ações entre PSF e CAPS? Que tipo de metodologia vocês têm para atender casos de saúde mental? Como fazem para resolver casos de demandas clínicas de portadores de transtornos mentais? Como você avalia essa relação entre esses serviços no cuidado a portadores de transtornos mentais?
8. Como é a relação entre PSF, CAPS e a comunidade? De que forma os profissionais de saúde se articulam como a comunidade para o cuidado de portadores de transtornos mentais? (estratégia de Redes de Cuidado que engloba a comunidade do usuário)
9. Que sugestões você daria para melhorar a atenção à saúde a portadores de transtornos mentais de modo geral e em Campinas? Como melhorar a inter-relação entre CAPS e PSF e entre esses e a rede de saúde?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa, com o título provisório, **Inter-relações entre o Programa de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no cuidado a Portadores de Transtorno Mental em Campinas-SP**, desenvolvida pela mestrandia **Emmanuela Mendes Amorim**, da FCM/UNICAMP-SP, objetiva *analisar a articulação entre o Programa de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no cuidado a sujeitos com transtornos mentais em Campinas-SP*, de modo a contribuir com a formulação e aprofundamento conceitual referentes aos serviços que prestam cuidado a portadores de transtornos mentais.

Nesse sentido, pretende-se recorrer aos dados dos Sistemas de Informação em Saúde, particularmente àqueles referentes ao Sistema de Informação da Atenção Básica e Sistema de Informação Ambulatorial; realizar observação dos serviços que atendem portadores de transtornos mentais (CAPSs e PSFs); entrevistar profissionais de PSFs e CAPSs e coletar documentos municipais que tragam informações sobre o cuidado a portadores de transtornos mentais nos serviços do SUS-Campinas. Todo esse processo de coleta de dados será pactuado com serviços de saúde, profissionais e demais envolvido na pesquisa.

No que se refere ao procedimento de entrevista com os profissionais dos CAPSs e PSFs, essa será gravada em fitas magnéticas e transcritas, estando *garantido o anonimato de todos os participantes. Em qualquer momento da entrevista será permitida a sua interrupção, caso algum integrante não deseje que sua entrevista seja gravada.* Além disso, é importante pontuar que, durante a realização da entrevista, *os participantes não serão obrigados(as) a falar daquilo que ele/ela não desejar abordar.* O tempo previsto para cada entrevista é no mínimo de 30 minutos a no máximo 2 horas. Por fim, ressalta-se que a participação nas entrevistas é de livre e espontânea vontade dos participantes, que serão agendadas com antecedência sem que haja prejuízo ou qualquer despesa financeira extra para os envolvidos na pesquisa.

Declaro que, após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa com o título provisório Inter-relações entre o Programa de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial no cuidado a Portadores de Transtorno Mental em Campinas-SP, desenvolvida sob responsabilidade da mestranda **Emmanuela Mendes Amorim**, da UNICAMP/SP, e sob orientação da Professora **Dra. Solange L´Abbate**, tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer tempo na realização da referente pesquisa, concordei, espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/____.

Nome do entrevistado(a): _____

Assinatura do entrevistado(a): _____

Autorizo que utilize meu nome na pesquisa: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com as pesquisadoras:

Emmanuela Mendes Amorim ou Solange L´Abbate

Departamento de Medicina Social e Preventiva – FCM/UNICAMP-SP

Fone 0XX (19) 37888036

e-mail: emmanuela_amorim@yahoo.com.br ou slabbate@fcm.unicamp.br

Comitê de Ética FCM/UNICAMP - Telefone: 0XX (19) 3788-8936

