CRISTIANE BERGUES DIAS

**ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE PARA A PRODUÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Enfermagem Psiquiátrica**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Ana Luisa Aranha e Silva**

**SÃO PAULO
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Dias, Cristiane Bergues

Organização de uma rede de serviços públicos de saúde
para a produção de ações de saúde mental no município de
São Paulo. / Cristiane Bergues Dias. – São Paulo, 2008.

142 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva

1. Serviços de saúde (organizações) 2. Sistema Unificado
de Saúde 3. Desinstitucionalização 4. Saúde mental I. Título

Nome: Cristiane Bergues Dias

Título: Organização de uma rede de serviços públicos de saúde para a produção de ações de saúde mental no município de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.	_____	Instituição	_____
Julgamento:	_____	Assinatura	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos trabalhadores dos serviços públicos de saúde que são comprometidos com uma assistência de boa qualidade, que acreditam e lutam pelo Sistema Único de Saúde, que são valentes mesmo diante das maiores adversidades.

Agradecimentos

À Ana Luisa Aranha e Silva, pela inestimável contribuição na minha formação profissional, pela paixão contagiante pela saúde mental, por ter me acompanhado desde os meus primeiros passos por esse campo fértil e precioso, por acreditar e investir tanto em mim, por toda a paciência, sensibilidade e doçura.

À Prof^a. Dra. Luciana Colvero, pelos valiosos apontamentos feitos no Exame de Qualificação, pela delicadeza de sempre.

À Prof^a. Dra. Maria Rita Bertolozzi, por todos os reforços positivos que me deste durante toda minha trajetória acadêmica, pelos valiosos apontamentos feitos no Exame de Qualificação, pela doçura de sempre.

À Prof^a. Dra. Márcia Aparecida Oliveira, pelo valioso auxílio prestado na fase inicial desse trabalho, por ser sempre tão afetuosa, bem humorada, por trazer tudo com muita leveza e carisma.

À Prof^a. Dra. Paulina Kurcgant, pela prontidão em me ajudar sempre que precisei, pelo acolhimento e pela ternura de sempre.

À minha querida avó, Feliciano Thomazia Bergues, uma pessoa fundamental na minha criação, um exemplo de força e doçura, de uma generosidade imensa, alguém que carregarei no meu coração por toda a minha existência, sempre com muito amor e saudade.

Aos meus pais, Elisabet Bergues e Humberto Dias, por terem permitido que eu chegasse até aqui, por contribuírem de maneira inigualável na construção do que sou hoje, por todo investimento, pelas noites sem dormir, pelo colinho, pelos ensinamentos valiosos, pelo amor, por tudo.

À minha irmã, Cinthia Bergues Dias, por ser minha companheira em todo e qualquer momento, por acreditar em mim como ninguém mais, por me ajudar e me incentivar sempre, por cuidar da mim com tanta ternura, por ser um dos eixos mais sólidos da minha vida.

Às minhas tias Venita, Tânia, Lourdes e Sandra, por serem minhas segundas mães, por estarem sempre por perto, por fazerem por mim todo o possível, por todo carinho.

Aos meus primos Cláudia, Alex, Marcelo, Felipe, Pamela, Nayara e Vinícius, pelas brincadeiras, cumplicidade, guerrinhas de travesseiros. Por nunca me faltarem.

À minha amiga, Tânia Santos, por todo o apoio que me deste, por me fazer rir, por me deixar chorar no seu ombro, por me ajudar quando a subida parece

demasiadamente íngreme, por todo amor e carinho de sempre, pela certeza de que nossa amizade é pra toda a vida.

À minha amiga Luana Torelli, por partilhar comigo todo esse processo do mestrado, pelo incentivo, pelo carinho, pela paciência em escutar meus infundáveis dilemas, pela amizade valiosa.

À amiga Paula Pertence por compartilharmos o amor pela saúde mental, por ser minha amiga pra todos os momentos, por estar sempre perto, por ser minha maninha.

À Patrícia Tavares por acreditar comigo que outros caminhos podem ser trilhados, pelo carinho, pela paciência, pelo cuidado de sempre. Por ser essa pessoa fofa que se faz presente mesmo quando distante.

Ao meu amigo Ricardo Sarraino, por ser meu anjo da guarda, por me ouvir, me ajudar a ver as coisas por outros ângulos, por todo o carinho e prontidão, por existir.

Ao meu amigo Diego Ramos, pelo incentivo na fase final desse trabalho, pelas injeções de ânimo, pela paciência.

Ao meu amigo Daniel de Paula por me fazer rir, sonhar, por me trazer um alento quando tudo já parece chato.

À família Espejo (e anexos) por terem me apoiado desde o princípio, por acreditarem em mim, por ainda guardarem o jornalzinho com a minha aprovação na FUVEST, por terem me acolhido com tanto carinho em sua família.

Aos meus amigos eternos que mesmo distantes vivem em meu coração, que tanto contribuíram para o que eu sou hoje: Aretha Brauner, Carolina Maruyama, Elton Furlanetto, Erika Campos, Fernanda e Alzira Borges, Halina Yamamoto, Priscyla Recco, Renata Gomes e Sandra Ortiz.

Ao eterno grupo Jaguar (e anexos) que para sempre viverá através da mais terna lembrança: Amanda Maciel, Carina Obasłki, Eliana Alcântara, Eliane Vitorelli, Livia Reininger, Paola Sarraf, Maida Martins, Renata Cunha e Roberta Brito.

Às companheiras dessa viagem, que fizeram com que tudo fosse mais alegre e fácil: Denise Cheavegatti, Melina Mafra, Ana Lucia Lopes, Adriana Machado, Débora Marinho, Silvia Girard.

À Elisabeth Meola pela delicadeza de nos apresentar aos gerentes dos serviços da rede de saúde de Pinheiros, por acolher tão bem todos os alunos da nossa escola que passam pelo CAPS Itaim Bibi.

Aos trabalhadores da rede de serviços de saúde de Pinheiros por concordarem em

participar do estudo, por serem sujeitos do valioso processo de produção de ações de saúde.

Aos usuários dos CAPS Perdizes e Itaim Bibi por permitirem que eu me aproximasse de suas histórias e me apaixonasse pelo campo da saúde mental

Às alunas de graduação da EEUSP que, durante o Programa de Aprimoramento de Ensino, ensinaram muito mais a mim, do que eu a elas.

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

E a todos aqueles que participaram/ participam da minha vida que por motivos outros, que não falta de carinho ou de valorização, não foram citados nesse espaço.

Tudo são maneiras de ver

*Onde você vê um obstáculo,
alguém vê o término da viagem
e o outro vê uma chance de crescer.*

*Onde você vê um motivo pra se irritar,
alguém vê a tragédia total
e o outro vê uma prova para sua paciência.*

*Onde você vê a morte,
alguém vê o fim
e o outro vê o começo de uma nova etapa...*

*Onde você vê a fortuna,
alguém vê a riqueza material
e o outro pode encontrar por trás de tudo,
a dor e a miséria total.*

*Onde você vê a teimosia,
alguém vê a ignorância,
um outro compreende as limitações do companheiro,
percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo
e que é inútil querer apressar o passo do outro,
a não ser que ele deseje isso.*

*Cada qual vê o quer,
pode ou consegue enxergar.
Porque eu sou do tamanho do que vejo
e não do tamanho da minha altura.*

Fernando Pessoa

Dias CB. Organização de uma rede de serviços públicos de saúde para a produção de ações de saúde mental no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Trata-se de um Estudo de Caso - um instrumento para a produção de conhecimento científico que toma como objeto de estudo uma unidade dentro de um sistema mais amplo e tem por principal objetivo a compreensão de uma instância singular da realidade. O objeto de estudo é a organização da rede de serviços da Subprefeitura de Pinheiros, da Supervisão de Saúde Lapa/Pinheiros da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do Município de São Paulo, por ser a base operacional do Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a formação de Programa de Integração Ensino-Serviço. Os objetivos do estudo são: descrever a rede de serviços de saúde, com produção de *ações de saúde mental*, deste território; identificar como os serviços públicos se organizam para atender as *necessidades de saúde mental* da população adstrita ao território sob sua responsabilidade; verificar que fatores facilitam e quais fatores dificultam a *articulação da rede e a produção de ações de saúde mental*. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos. São sujeitos do estudo um profissional e o gerente do serviço de saúde, para haver complementaridade das informações sobre a organização do serviço e atividades por eles executadas na unidade. O instrumento e o procedimento da coleta dos dados é a entrevista semi-estruturada. O tratamento dos dados empíricos para a elaboração do relatório final sustenta-se na visão de mundo que admite que a apreensão do real deve partir do fenômeno real, externo aos homens, e que são as conexões desse fenômeno com a totalidade que o torna concreto. As categorias empíricas construídas a partir da análise do material são: a) quem são os sujeitos do estudo; b) a dimensão estrutural: as diretrizes e os princípios para a organização dos sistemas de saúde; c) a dimensão particular: a rede de atenção e a função estratégica dos serviços; d) a dimensão singular: o processo de produção de ações de saúde mental nos serviços. A síntese das dificuldades e das facilidades para a construção da rede de serviços no território se formou pela voz de seus construtores.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Unificado da Saúde; Desinstitucionalização, Saúde mental; Serviços de saúde (Organização).

Dias CB, Organization of a network of public health services with regard to the mental health in the city of São Paulo [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008

ABSTRACT

It is a Case Study whose object is the organization of a network of public health services with regard to the mental health in the city of São Paulo. The objectives of the study are: to describe the network of health services with production on mental health; to identify the way which the public services are organized to provide medical assistance in mental health; To discover the facilities and the difficulties in the articulation between the services and in the production of actions on mental health. This research respected all the ethical procedures. The subjects of this study are workers of the health team and managers of the health services. The instrument for collection of data is a semi-structured interview. The treatment of this empirical material is based on the categories: a) who are the subject of the study, b) the structural dimension: the guidelines and principles for the organization of health systems, c) the particular dimension: the network of attention and the strategic role of services, d) a unique dimension: the production of actions of mental health services.

KEYWORDS: Single Health System; Deinstitutionalization; Mental Health; Health Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Fluxo de financiamento do SUS, 2007	Pág 21
Figura 2.	Disposição dos serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Lapa Pinheiros, 2007	Pág 28
Figura 3.	Disposição da população do Município de São Paulo e da Subprefeitura de Pinheiros, segundo sexo e faixa etária, 2007	Pág 31
Figura 4.	Distribuição dos entrevistados segundo sexo. São Paulo, 2007	Pág 42
Figura 5.	Rede de Saúde Mental da Subprefeitura de Pinheiros São Paulo, 2007	Pág 56
Figura 6.	Organização dos Serviços de Saúde segundo a lógica de rede de atenção. 2004.....	Pág 68
Figura 7.	Fluxo dos usuários com necessidades de saúde mental, segundo os sujeitos do estudo. São Paulo, 2007	Pág 83
Figura 8.	Fluxo para organização do acolhimento na Unidade Básica de Saúde/ PSF	Pág 100

LISTA DE SIGLAS

AMA : Assistência Médica Ambulatorial

AE: Ambulatório de Especialidade

ASM: Ambulatório de Saúde Mental

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial infantil

CECCO: Centros de Convivência e Cooperativa

CEO: Centro de especialidades odontológicas

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNSM: Conferência Nacional de Saúde Mental

CRECA: Centro de Referência da Criança e do Adolescente

CRST: Centro de Referência a saúde do trabalhador.

HD: Hospitais-dia

NAPS: Núcleos de Atenção Psicossocial

PSF: Programa Saúde da Família

PSM: Pronto-Socorro municipal

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos

SAE DST/ AIDS: Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS

SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SMS: Secretária Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UA: Unidade de Apoio

UAD: Unidade de Atenção à Dependência Química

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	Construção histórica do modelo de atenção à saúde mental no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira	16
	a. A conquista de um Sistema Único de Saúde, o SUS.....	19
	b. O direito à atenção em saúde mental no SUS.....	24
2	Objetivos do estudo	29
3	Método.....	30
	3.1 O cenário do estudo	30
	3.2 Fontes dos dados empíricos	35
	a. Os sujeitos do estudo	35
	b. O instrumento e o procedimento da coleta dos dados	36
	3.3 A opção pelo Estudo de Caso como instrumento para a produção de conhecimento científico	38
	3.4 Suporte teórico para o tratamento dos dados empíricos e para a elaboração do relatório final do estudo.....	40
4	Resultados e discussão dos achados	43
	4.1 Quem são os sujeitos do estudo	43
	4.2 A dimensão estrutural: as diretrizes e os princípios para a organização dos sistemas de saúde.....	46
	4.3 A dimensão particular: a rede de atenção e a função estratégica dos serviços.....	59
	a. Território: um conceito fundamental para a construção da função estratégica dos serviços na rede de atenção à saúde	59
	b. Necessidades relacionadas à saúde mental reconhecidas pelos profissionais dos diferentes serviços	71
	c. A quem se destinam as ações produzidas nos serviços de saúde da Subprefeitura de Pinheiros	82
	4.4 A dimensão singular: o processo de produção de ações de saúde mental nos serviços	86
	a. A concepção do processo saúde/doença & saúde/doença mental	86
	b. Acolhimento: modos de captação das necessidades de saúde mental	91
	c. Respostas dadas aos usuários dos serviços, com relação às demandas e necessidades de saúde mental	106
5	Síntese das dificuldades e das facilidades para a construção da rede de serviços no território, pela voz de seus construtores.....	116
	a. As dificuldades e as facilidades no nível estrutural: a direção municipal do processo de produção de ações de saúde	116
	b. As dificuldades e as facilidades no nível particular: a <i>organização da rede de saúde mental</i> de Pinheiros	120
	c. As dificuldades e as facilidades no nível singular: a <i>organização dos serviços de saúde</i> para responder às <i>necessidades de saúde mental</i> da população.....	125
6	Referências Bibliográficas.....	133
	APÊNDICE A - Termo de Autorização	138
	APÊNDICE B - Carta de Autorização.....	139
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	140
	APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados	141

1 Construção histórica do modelo de atenção à saúde mental no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento de Reforma Psiquiátrica¹ surgiu no Brasil ao final da década de 1970 com a finalidade de transformar a relação da sociedade com a loucura, transformar a assistência em saúde mental, melhorar as condições de trabalho dos profissionais da área, criar uma rede de serviços extra-hospitalares substitutiva ao manicômio, a partir da desconstrução dos saberes e práticas centrados no modelo biomédico e criar um novo campo prático, orientado para a defesa de acesso aos direitos de cidadania de todos os atores envolvidos: usuários, familiares, trabalhadores e população em geral.

Diante das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica acerca do objeto a ser tomado pelo processo de produção de saúde e de suas finalidades, o hospital psiquiátrico perde o status de local ideal de intervenção, e já na década de 80 surgiram, nas principais cidades brasileiras, os primeiros serviços de saúde voltados para a atenção diária às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

No Estado de São Paulo, a partir de 1982, ocorreram redefinições nas políticas de saúde mental, apontando novas diretrizes para a assistência em saúde mental com a publicação do Programa que orientou as ações de saúde mental desenvolvidas no nível da atenção primária e secundária, através de equipamentos como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Ambulatórios de Saúde Mental (ASM) (Cambráia, 2004).

De acordo com o Programa, as unidades básicas deviam articular as ações de saúde mental aos programas de assistência ao adulto e a criança, além de dirigir-se para a comunidade através de assessorias para as instituições da região como, por exemplo, escolas. Os Ambulatórios de Saúde Mental também deveriam organizar seus programas definidos pela gravidade dos casos e quantidades de ações terapêuticas realizadas.

¹ Sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica recomenda-se a leitura de: Amarante, 1994, 1999, 2003; Aranha e Silva 1997, 2003; Barros, 2001; Golberg 1998; Nicácio, 2003; Brasil, 2007.

O ano de 1982 foi também marcado pela diretriz da Coordenadoria de Saúde Mental de não ampliação de leitos psiquiátricos, concomitantemente com a criação de serviços ambulatoriais que oferecia tratamento aos agravos mentais, “tanto no sentido de prescindir das internações quanto com a finalidade de dar continuidade ao tratamento de egressos” (Cambaia, 2004).

Esse programa de saúde mental, que tinha por finalidade o tratamento do portador de transtornos mentais mantendo seus vínculos na comunidade da qual ele pertencia, desenvolveu-se de maneira intensiva entre os anos de 1984 e 1985, contanto entrou em declínio nos anos subseqüentes, uma vez que avaliações realizadas nos ambulatórios apontaram que uma parcela dos serviços tinha se cronificados e que predominava como recurso terapêutico, a prescrição de fármacos (Cambaia, 2004).

Por outro lado, a experiência do Programa de Intensidade Máxima, o PIM, nos ambulatórios de saúde mental, na Zona Norte de São Paulo, em especial, foi precursor da atenção a pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes em regime ambulatorial, além de responder com eficácia às necessidades dos egressos das internações psiquiátricas.

Nesse cenário, no ano de 1987, aconteceu a I Conferencia Nacional de Saúde Mental (CNSM), abrindo um novo espaço, de âmbito nacional, para a discussão de caminhos e diretrizes para esse setor da saúde, cujos eixos foram: descentralização, regionalização, hierarquização, universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde, a articulação interinstitucional; a modificação do modelo assistencial, suplantando o modelo centrado na hospitalização psiquiátrica e valorizando a atenção básica e ambulatorial e a reintegração social do doente mental.

Nesse mesmo ano ocorreram dois eventos importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (CNSM): o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, que validou as mudanças das premissas teóricas e éticas da atenção à saúde mental e a inauguração do primeiro serviço público de saúde mental concebido como um novo modelo assistencial aos portadores de transtornos mentais severos, o Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva.

Ao longo da década de 1990 ocorreu a implantação de diversos serviços inspirados na experiência do CAPS Itapeva, de modo que esse tipo de organização de serviço tornou-se referência do modelo assistencial adotado pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Cabe aqui ressaltar que a implantação do modelo substitutivo ao hospitalocêntrico deu-se por força de políticas públicas locais de administrações progressistas eleitas em 1988, dentre as quais nos municípios de São Paulo, Santos e Campinas. Contudo, sofreram “com exceção de Campinas, um processo de desmanche imposto por administrações públicas conservadoras desde o pleito eleitoral de 1992 (em São Paulo) e o subsequente, de 1996 (em Santos)” (Aranha e Silva, 1997).

Em 1992, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental que contou com a participação de usuários, familiares e trabalhadores de saúde, cujos eixos orientados aos debates foram a municipalização da assistência e ratificação à crítica ao modelo hospitalocêntrico no enfoque técnico, ético e político. O relatório final indicou a inclusão da saúde mental no SUS, priorizando a rede extra-hospitalar; a organização do trabalho a partir da equipe multiprofissional; e o veto à criação de novos leitos psiquiátricos em instituições asilares.

A partir desse ano foram aprovadas em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, bem como entraram em vigor as primeiras normativas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos e as primeiras portarias federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências do primeiro CAPS, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia (HD) (Brasil, 2005).

Nessa direção, uma importante conquista foi assinalada pela Portaria n°. 224/SNAS, originalmente publicada em 1992 e posteriormente republicada, que transformou o conjunto de atividades desenvolvidas pelo

CAPS em procedimentos, incluídos na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), além de regulamentar o funcionamento de todos os serviços de saúde mental e estabelecer normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 1992).

Em dezembro de 2001, o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, reafirmou os avanços das Conferências anteriores e indicou os eixos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em particular, a forma de financiamento do modelo assistencial constituído pela rede de serviços de base comunitária, cujo organizador e articulador é o Centro de Atenção Psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira sempre seguiu par e passo com a Reforma Sanitária brasileira, cuja maior vitória se consolidou na legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS).

a. A conquista de um Sistema Único de Saúde, o SUS²

O SUS representa uma das maiores conquistas do povo brasileiro, no qual se “institui a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas – está posta como direito dos cidadãos e como dever do Estado” (Bertolozzi, 2003).

De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Consta ainda na Constituição Brasileira que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, de modo a garantir o atendimento integral da população, assegurando a

²Ministério da Saúde (MS). Brasília; c2007-2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2008.

participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 1988)

Regulamentando as determinações da Constituição Federal, em 1990, o Sistema Único de Saúde foi legitimado com a homologação das Leis 8.080 e 8.142, que dispõem sobre a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS e sobre as disposições legais para participação da sociedade na gestão do sistema e as formas e condições das transferências intragovernamentais no SUS.

Dentre os princípios éticos/doutrinários definidos na Lei 8.080, destacam-se o princípio da universalidade, da equidade e da integralidade, e dentre os princípios organizacionais/operativos do SUS, que são os meios pelos quais se realizam os princípios doutrinários, foram também estabelecidos o princípio da descentralização, da participação social e da regionalização e hierarquização em níveis de complexidade crescente.

Os princípios do SUS são interdependentes e, para que os princípios éticos doutrinários sejam alcançados, faz-se necessário que os princípios organizacionais/operativos ganhem concretude por meio de ações e intervenções reais.

De acordo com a Lei Orgânica n.º. 8.080, são objetivos do SUS:

- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;
- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Brasil, 1990)

A direção do SUS é única, sendo exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde no âmbito dos Estados pela Secretaria Estadual de Saúde ou órgão equivalente e no *âmbito dos Municípios, pela Secretaria Municipal de Saúde* ou órgão equivalente (Brasil, 1990).

De acordo com o Art. 10º da Lei 8.080 os municípios podem se organizar em distritos de saúde de modo que possa integrar e articular a produção de ações em saúde. O referido artigo estabelece ainda que os municípios podem constituir consórcios para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde (Brasil, 1990).

Com o intuito de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, fica assegurada a intersetorialidade. Para tanto devem existir comissões intersetoriais de âmbito nacional subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde que permitam a articulação de diversas políticas e programas, em especial aquelas ligadas à alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador (Brasil, 1990).

Devem existir ainda comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, de modo que se possam estabelecer prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada de recursos humanos do SUS (Brasil, 1990).

Com relação à competência e atribuições da organização das ações de saúde comuns aos três níveis de governo municipais, estaduais e federal, ficou estabelecido que cabe a União, aos estados e municípios, a

- I definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

- VIII elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;
- XVI elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;
- XXI fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial (Brasil, 1990).

O financiamento dos recursos necessários ao SUS tem como principal fonte o orçamento do Ministério da Saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, como mostra a figura 1.

Figura 1: Fluxo de financiamento do SUS, 2007.

Fonte: Souza, 2002.

Além disso, a receita necessária para o provimento dos recursos necessários ao SUS pode ser proveniente de serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; de ajuda, contribuições, doações e donativos; de alienações patrimoniais e rendimentos de capital; de taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e de - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (Brasil, 1990).

Vale ainda destacar que de acordo com a Lei n° 8.080, o estabelecimento de valores a serem transferidos aos estados e municípios tem por critérios o perfil demográfico da região; o perfil epidemiológico da população a ser coberta; as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (Brasil, 1990).

A introdução dos procedimentos de saúde mental no SUS iniciou na

década de 90, com a publicação da Portaria n°. 224, entretanto o real financiamento da saúde mental pelo Sistema foi garantido pela Portaria n°. 336, em 2002.

b. O direito à atenção em saúde mental no SUS

Em abril de 2001 foi promulgada a Lei 10.216, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

De acordo com o Art. 3 da Lei 10.216,

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001).

Frente à necessidade de atualização das normas propostas pela Portaria MS/SAS n°. 224, de 1992, e considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/200, em 2002 foi publicada a Portaria n°. 336/GM, que regulamenta e reorganiza o modelo assistencial em saúde mental, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência (Brasil, 2004b).

De acordo com o disposto na Portaria n°. 336, os CAPS são serviços de atendimento público em saúde mental, cuja função prioritária deve ser o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. (Brasil, 2004b)

Os CAPS são diferenciados em três modalidades de serviço: CAPS I, II e III, definidos por ordem crescente de porte e complexidade e

abrangência populacional:

1. Os CAPS I são serviços para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, que funcionam de 8h às 18h. (Brasil, 2004b)
2. Os CAPS II são serviços para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, cujo funcionamento é das 8h às 18 horas, podendo ter o horário de fechamento estendido até às 21 horas (Brasil, 2004b).
3. Os CAPS III são serviços para municípios com população acima de 200.000 habitantes, cujo funcionamento é ininterrupto, estando ele referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (Brasil, 2004b)
4. CAPS infantil é voltado para o atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para a população em torno de 200.000 habitantes (Brasil, 2004b).
5. CAPS ad é voltado para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, devendo operar em municípios com população superior a 70.000, ou, em ambos os casos, quando justificado por critérios epidemiológicos (Brasil, 2004b).

O modelo assistencial do CAPS deve englobar o atendimento individual, dentre os quais devem estar incluídas: terapêutica medicamentosa, psicoterápica, de orientação, entre outros; o atendimento em grupo, dentro os quais, a psicoterapia, grupos operativos, atividades de suporte social; visitas domiciliares; atendimento à família; e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

A Portaria define o financiamento dos procedimentos realizados pelo CAPS por meio do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo

de Ações Estratégicas e Compensação³.

A organização dos serviços de saúde da rede de atenção em saúde mental deve ser norteadas pelas necessidades de saúde da população assistida, de modo que o processo de produção de saúde não é o resultado, mas a unidade dialética de processo de trabalho *versus* necessidades sociais (Campos, 2005).

Posto isso, torna-se claro que o processo de produção em saúde mental deve focalizar aspectos como a qualidade de vida das pessoas assistidas, voltando-se para a promoção da saúde, tratamento e reabilitação psicossocial, no contexto do território onde vivem, de modo que tal olhar permita às equipes maior e melhor abrangência na compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de saúde, indo além das práticas embasadas pelo modelo biológico, mas abrangendo também as dimensões cultural, social e política.

A trajetória da saúde mental no Brasil evidencia inúmeros avanços no âmbito teórico e prático do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por outro lado, a revisão da literatura demonstrou que há muitos desafios a serem vencidos, principalmente no que diz respeito a divergência entre o campo teórico e o campo prático.

A revisão bibliográfica evidenciou que há uma grande lacuna na produção de conhecimento na área da saúde mental. Das setenta publicações indexadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE e PERIENF, apenas dez mostraram-se relevantes para este estudo.⁴

O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de qualificação da discussão acerca das novas ações em saúde mental, uma vez que a grande maioria das pesquisas na área são ensaios farmacológicos ou ensaios diagnósticos (MS, 2002).

³ O Pacto de Gestão de 2006 não inclui a saúde mental nas prioridades do Ministério da Saúde, o que precipita uma outra ordem de discussão, onde o *gestor local* tem fundamental importância na definição da política local de assistência à saúde mental. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em 20 jan 2008.

⁴ Estas anotações se perderam em Janeiro de 2008, em função de um furto sofrido pela autora, não houve tempo hábil para recuperação desses dados.

Segundo a revisão bibliográfica, o campo da saúde mental está em franca construção e dentre as fragilidades apresentadas, destacam-se: a articulação frouxa entre os equipamentos de saúde, ainda mais frágil quando se refere aos demais equipamentos sociais da rede de atenção em saúde mental; a necessidade de transformação dos processos de trabalho, frente à mudança de objeto e finalidade de trabalho postos pela Reforma Psiquiátrica (Dias, Aranha e Silva, 2004, 2005); a operacionalização da reabilitação psicossocial tem revelado uma relação conflituosa entre o discurso e a prática cotidiana (Brêda et al., 2005); ausência ou ineficiência dos serviços de referência (Brêda et al., 2005); dificuldade de alguns serviços de saúde não-especializados em atender necessidades de saúde mental (MS, 2003; Brasil, 2005); não operacionalização da função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental por parte dos CAPS (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

O modelo assistencial está definido na Lei 10.216. A rede de cuidados está regulamentada na Portaria n. 336 e orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, na qual

pretende-se, com isso, potencializar a utilização de todos os recursos (afetivos, sociais, econômicos, culturais e de lazer) disponíveis, constituindo, dessa forma, uma rede de cuidados capaz de assistir as pessoas com transtornos mentais. Dessa rede fazem parte recursos como o hospital geral, as residências terapêuticas, o hospital-dia, as escolas, as famílias, as associações de bairro, o Programa de Saúde da Família, as cooperativas de trabalho, entre outros (Figueiredo, 2007).

Tal orientação, entretanto, não garante que os usuários de fato estão se beneficiando com a perspectiva emancipatória que a Reforma Psiquiátrica atribui aos serviços da rede, em função da magnitude do problema.

Isto porque

Atualmente existem mecanismos de controle social (entendido como a ação cidadã que avalia e interfere na oferta dos produtos de saúde mental) das instituições asilares remanescentes, como a Portaria nº 251 e os Conselhos de Saúde. Entretanto, com relação aos serviços substitutivos [...] trabalhos escritos por gerentes de serviços indicam que na rede pública de assistência à saúde mental duas condições não mudam:

- a) na dimensão singular [no interno do serviço] encontram-se o trabalhador e o gerente buscando alternativas para as ações de saúde, a interlocução mais arejada, disponibilizando-se e arriscando um projeto assistencial que possa fazer mais sentido para sua vida e a do usuário;
- b) (por outro lado experimenta) condição de trabalho precária, morosidade na reversão do financiamento das ações substitutivas em saúde mental [...] (baixo) salário e o imenso esforço de convencimento para a concretização de um projeto de saúde mental cidadão (no nível local) (Aranha e Silva, 2003).

Aceitando-se que no atual momento da Reforma Psiquiátrica e em plena discussão do Pacto de Gestão, o *nível local* assume uma posição estratégica na ordenação da política e das ações de saúde mental, este estudo se interessa em compreender como se organiza a rede de serviços de um determinado território no município de São Paulo e busca responder interrogações como: estes serviços se articulam? com que finalidade produzem ações de saúde para a população adstrita? há ações intersetoriais? Enfim, que diretrizes locais orientam as ações na rede de atenção à saúde mental?

A finalidade deste estudo é contribuir para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e cooperar com a produção solidária de políticas locais de saúde mental entre serviço e escola, um dos princípios do Sistema Único de Saúde.

2 Objetivos do estudo

Para alcançar as finalidades deste estudo foram definidos os seguintes objetivos:

1. Descrever a rede de serviços de saúde, com produção de ações de saúde mental, de um dado território do município de São Paulo;
2. Identificar como os serviços públicos de uma dada rede de saúde se organizam para atender as necessidades de saúde mental da população adstrita ao território sob sua responsabilidade;
3. Verificar que fatores facilitam e quais fatores dificultam a articulação da rede e a produção de ações de saúde mental.

3 Método

3.1 O cenário do estudo

O cenário do estudo é conformado pelos equipamentos de saúde envolvidos no *processo de produção de ações de saúde mental* da Subprefeitura de Pinheiros, da Supervisão de Saúde Lapa/Pinheiros da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do Município de São Paulo, conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2: Disposição dos serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Lapa / Pinheiros do Município de São Paulo, 2007.

* Referência para todas as redes

A escolha deste cenário deve-se ao fato desta região ser a base operacional do “Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica, entre a SMS, através do seu Conselho de Ensino, e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, CNPJ 63.025.530/0023-10, para a formação de Programa de Integração Ensino-Serviço” efetivado junto às Unidades de saúde da CRS-Centro-Oeste, relacionado às atividades de seus cursos de graduação, pós-graduação e especialização em Enfermagem, até 31/12/2007, publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo⁵.

a) Caracterização do território da Subprefeitura de Pinheiros⁶

Com 26,7 km², a região administrada pela Subprefeitura Pinheiros é formada por quatro distritos administrativos: Alto de Pinheiros, Pinheiros, Itaim Bibi e Jardim Paulista, composto por 20 bairros, perfazendo um total de 243.573 habitantes (Meola, 2004).

- Perfil sócio-econômico-demográfico da Subprefeitura de Pinheiros

A Subprefeitura de Pinheiros comporta uma população maior que muitos municípios brasileiros, com uma distribuição populacional de países desenvolvidos, que exhibe as seguintes características:

1. alta incidência de idosos;
2. alta renda;
3. mais de 50% dos responsáveis pelos domicílios possui 15 anos ou mais, de estudo;
4. alto índice de desenvolvimento humano (IDH);
5. grande oferta de emprego no setor de serviços;
6. alta concentração de trabalhadores;
7. quase a totalidade dos domicílios permanentes possuem água encanada, coleta de lixo e sistema de esgoto;
8. a população moradora residente nas áreas de favela

⁵ Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo 52(56) – 21, de 27 de março de 2007. O Termo de Cooperação Técnica, com vigência até 31 de dezembro de 2007 está em fase de ratificação.

⁶ As tabelas, mapas e dados sócio-demográficos e epidemiológicos foram disponibilizados pela Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura de Pinheiros. Fontes: IBGE 2000 Censos e Estimativas, PROAIM, Departamento de Cadastro da Subprefeitura-Pinheiros, TABNET/2004 (Meola, 2004).

corresponde a 0,24% da população total;

9. é a terceira região do Município com população em situação de rua (800 pessoas) (Meola, 2004).

De acordo com dados do IBGE e da Fundação SEADE, disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde,⁷ a região de Pinheiros possuía em 2007, 242.382 habitantes, cuja disposição por sexo e faixa etária encontram-se a seguir, na figura 3

Figura 3: Disposição da população do Município de São Paulo e da Subprefeitura de Pinheiros, segundo sexo e faixa etária, 2007.

Fonte: IBGE/ Fundação SEADE

⁷ Disponível em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>. Acesso em 18 jan 2008.

- Perfil epidemiológico da Subprefeitura de Pinheiros

Com relação ao perfil epidemiológico da população da Subprefeitura de Pinheiros, evidencia-se:

1. alta concentração em consultas em pré-natal;
2. baixa incidência de gravidez na adolescência;
3. predomínio de gestação em mulheres com mais de trinta anos;
4. baixa taxa de mortalidade infantil;
5. alta proporção de cesariana;
6. ausência de mortalidade materna;
7. 80% do total de óbitos ocorre em maiores de 60 anos;
8. baixa mortalidade por homicídios;
9. taxa de suicídio maior que a do Município da São Paulo;
10. persistência de casos de tuberculose;
11. aumento do número de criadouros do mosquito da dengue (Meola, 2004).

- Serviços públicos de saúde da Subprefeitura de Pinheiros

Com relação aos *serviços de saúde com ação de saúde mental*, os dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, indicam que a rede de serviços de saúde da região da Subprefeitura de Pinheiros 05 (cinco) dispositivos de saúde, dos quais 01 (um) deles é um CAPS do tipo II, 01(um) deles é uma Unidade de Atenção a Dependência Química (UAD) e 03 (três) deles são Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para melhor compreensão e caracterização do cenário de estudo será descrito de maneira sucinta o que são os equipamentos de saúde que estão inseridos na região estudada.

Os CAPS II são serviços de médio porte cuja clientela típica é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês e funcionam durante os cinco dias úteis da semana (Brasil, 2005).

A UAD é um serviço de saúde de atenção à dependência química, que de acordo com a supervisora de saúde da Lapa/ Pinheiros, tem papel

estratégico correspondente ao do CAPS ad. Justificando que o serviço ainda não é cadastrado junto ao Ministério da Saúde como tal, por conta da necessidade de readequações físicas da unidade e de algumas outras características de ordem administrativas. Na ausência de material para a caracterização de uma Unidade de Atenção à Dependência Química, e levando em consideração o exposto acima, será caracterizado o CAPS ad.

Os CAPS ad são dispositivos de saúde especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. São implantados sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. previstos geralmente para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou por inserir-se em cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Os CAPS ad têm equipe mínima prevista de 13 profissionais de nível médio e superior, comportam o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês e funcionam durante os cinco dias úteis da semana (Brasil, 2005).

As Unidades Básicas de Saúde são dispositivos de saúde que na área de saúde mental respondem pela assistência a pessoas com transtornos mentais leves. Com relação à satisfação das necessidades de saúde mental, as ações promovidas pela atenção básica devem obedecer ao modelo de rede de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculo e acolhimento, baseando-se em princípios de intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multidisciplinaridade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e autonomia dos usuários e de seus familiares (Brasil, 2005).

3.2 Fontes dos dados empíricos

a. Os sujeitos do estudo

Após o exame de qualificação, o Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob número 621/2007 (Anexo I) e posteriormente ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, sob número 117/07 (Anexo II). O projeto foi aprovado em ambos os Comitês de Ética em Pesquisa.

Já em posse da aprovação para realização do estudo pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e por conta de uma mudança de gestor local da Supervisão de Saúde Lapa/Pinheiros, no decorrer desse estudo, se contatou o novo gestor local para autorização da realização da pesquisa. O termo de solicitação de autorização para a realização da pesquisa encontra-se no Apêndice A.

Após a autorização desse, foram contatados os gerentes dos serviços de saúde, que foram informados acerca da finalidade e objetivos do estudo, cujo termo de solicitação para realização do estudo encontra-se no Apêndice B.

Dentre os cinco gerentes contatados, quatro autorizaram a realização da pesquisa nos respectivos serviços e um deles, por intermédio de outro profissional do serviço, recusou a realização da pesquisa no serviço sob a justificativa de que não havia *demand*a de saúde mental ao serviço.

De acordo com os objetivos do estudo, os gerentes dos serviços foram convidados a participar da pesquisa, ocasião em que se procedeu o agendamento das entrevistas, quando também foram informados que no dia da coleta de dados, buscar-se-ia mais um profissional do serviço para compor o quadro de sujeitos do estudo.

No dia da coleta de dados, os gerentes tomaram ciência e assinaram

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), que entre outras informações dava ciência que a participação no estudo era voluntária, podendo ele desistir da sua participação a qualquer momento do estudo, sem que isso lhe acarretasse qualquer prejuízo ou represália.

Na sua maioria, a coleta de dados se deu individualmente com o sujeito do estudo. Apenas um dos gerentes optou pela realização da entrevista conjuntamente com o outro profissional do serviço, que por sua vez, foi por ele indicado. Os demais profissionais foram contatados após autorização do gerente da unidade, sem a interferência deste para a seleção do profissional que se tornaria sujeito do estudo.

Os critérios adotados para inclusão do trabalhador como sujeito do estudo foram: disponibilidade para participar da coleta de dados, realizar o acolhimento dos usuários na unidade e trabalhar no serviço há pelo menos um ano, tempo considerado viável para conhecer a dinâmica da organização e produção das ações de saúde.

Foram contatados sete trabalhadores da equipe de saúde dos serviços de saúde estudados, ocasião em que foram informados e esclarecidos acerca do estudo, bem como com relação ao termo de consentimento e seus direitos enquanto sujeito de pesquisa. Destes, quatro aceitaram participar do estudo. Dentre os que recusaram, os motivos citados foram: indisponibilidade de tempo, não gostar de participar de estudos científicos e não autorizar o uso de gravadores durante a coleta de dados.

Optou-se por escolher um profissional da equipe de saúde e o gerente da unidade com intuito que as informações fossem complementares, sobre organização do serviço e atividades por eles executadas na unidade.

b. O instrumento e o procedimento da coleta dos dados

O instrumento de coleta de dados eleito foi a entrevista semi-estruturada (Apêndice D) realizada com os trabalhadores da equipe

multiprofissional e com os gerentes dos serviços de saúde. O material foi gravado em fita cassete e transcrito seqüencialmente.

A entrevista semi-estruturada é um instrumento de coleta de dados composto por perguntas abertas e fechadas, assim, de caráter norteador, “onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador” (Minayo, 2004).

Trata-se de um instrumento privilegiado de coleta de dados uma vez que representa em si a possibilidade de revelar através da fala, contradições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo em que transmite as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Minayo, 2004).

De acordo com Minayo (2004), dois importantes aspectos envolvendo a entrevista devem ser considerados durante uma pesquisa: o primeiro é o da noção de que a palavra é um símbolo da comunicação e a fala individual é reveladora de sistemas de valores contraditórios e o segundo se refere à importância da interação social em jogo, no momento da entrevista entre o pesquisador e o pesquisado.

Com relação à interação estabelecida entre o pesquisador e o pesquisado durante o ato da entrevista, é importante o entendimento da influência desta interação nos resultados obtidos, de modo que apenas um pesquisador atento a essa questão é capaz de minimizar as distorções acarretadas por essa interação no momento da entrevista (Bourdieu, 2001).

Outro aspecto relevante é que, segundo Bourdieu (2001) por meio do discurso de um sujeito é possível chegar a um discurso universal dos sujeitos de um mesmo grupo, assegurando assim representatividade nas pesquisas de caráter qualitativo, uma vez que há uma tendência à identidade nas falas dos sujeitos inseridos num mesmo sistema, submetidos a condições similares de vida ou produção.

3.3 A opção pelo Estudo de Caso como instrumento para a produção de conhecimento científico

Tomando como pressuposto que o objeto desse estudo - a organização da rede de serviços de saúde frente à necessidade de saúde mental - é em sua essência histórico, portanto impactando e sendo impactado pelos processos de produção e reprodução social, entende-se que um conjunto de sinais e símbolos numéricos seria insuficiente para responder à complexidade do objeto em questão (Minayo, 2004), de modo que a abordagem metodológica qualitativa pareceu mais apropriada.

A abordagem qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido do mundo social (Neves, 1996).

Cabe à pesquisa qualitativa a obtenção de dados descritivos que fazem emergir aspectos subjetivos relevantes quando se busca compreender as percepções e entendimento sobre a natureza geral de um fenômeno (Minayo, 2004). Por este motivo optou-se pelo desenho metodológico do Estudo de Caso.

O Estudo de Caso é "uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real" (Yin, 1990). É caracterizado por tomar como objeto de estudo uma unidade dentro de um sistema mais amplo, ou seja, tem por principal objetivo a compreensão de uma instância singular da realidade. Dessa maneira, o objeto de estudo é tomado como único, "uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada", ainda que posteriormente tornem-se evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações (Yin, 1990).

Assim sendo, a questão sobre o caso ser ou não empiricamente representativa de uma população determinada, torna-se inapropriada, uma vez que cada caso é tratado como tendo um valor intrínseco. O Estudo de

Caso revela experiência vicária e permite generalizações naturalísticas, permitindo que o leitor identifique o que daquele caso pode ser aplicado na sua realidade (Ludke, André, 1986).

De acordo com Ludke e André (1986), existem ainda algumas características fundamentais ao Estudo de Caso:

a) Primeiramente os Estudos de Caso têm por escopo a *descoberta*, onde, mesmo que se parta de alguns pressupostos teóricos iniciais, o pesquisador deverá se manter atento a novos elementos que podem emergir no decorrer do estudo, não se prendendo a uma visão predeterminada da realidade, mas apreendendo os aspetos ricos e imprevistos que envolvem uma dada situação, e dessa maneira “o quadro teórico inicial servirá assim de esqueleto, de estrutura básica a partir da qual novos aspectos poderão ser detectados, novos elementos ou dimensões poderão ser acrescentados, na medida em que o estudo avance (Ludke, André, 1986).

b) Num estudo desse tipo procura-se representar os *diferentes*, e às vezes *divergentes*, pontos de vista de uma mesma situação. Além disso, é de suma importância considerar o contexto em que o caso se situa, uma vez que para compreender melhor a manifestação geral de um fato é importante conhecer a situação específica em que ele é produzido, buscando retratar a realidade considerando a *multiplicidade de dimensões* presentes numa determinada situação ou problema (Ludke, André, 1986).

c) Para captar essa realidade pode ser necessária a utilização de *diferentes fontes de informações* e “com essa variedade de informações, oriunda de fontes variadas, ele poderá cruzar informações, confirmar ou rejeitar hipóteses, descobrir novos dados, afastar suposições ou levantar hipóteses alternativas” (Ludke, André, 1986).

Outra característica desse tipo de estudo diz respeito à linguagem do relatório do estudo, onde se opta pela utilização de uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa, tornando a leitura de mais fácil compreensão, uma vez que a grande preocupação na apresentação dos resultados do estudo é que haja a “transmissão direta, clara e bem articulada do caso e num estilo que se aproxime da experiência

profissional do leitor” (Ludke, André, 1986).

O Estudo de Caso desenvolve-se em três fases:

a) A *primeira delas* é a fase denominada *aberta ou exploratória* que é a fase em que identifica alguns pontos críticos que serão trabalhados na pesquisa, podendo ser sua origem na literatura pertinente, no depoimento de especialistas ou na experiência do próprio pesquisador. Essa fase é fundamental na definição do objeto de estudo,

é o momento de especificar as questões ou pontos críticos, de estabelecer os contatos iniciais para entrada em campo, de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo. Essa visão de abertura para a realidade tentando captá-la como ela é realmente, e não como se quereria que fosse, deve existir não só nessa fase, mas no decorrer de todo o trabalho, já que a finalidade do estudo de caso é retratar uma unidade em ação” (Ludke, André, 1986).

b) A *segunda fase* é uma fase mais *sistemática* em termos de coleta de dados, onde a partir dos pontos levantados na fase exploratória, o pesquisador procede à coleta das informações pertinentes ao seu estudo, uma vez que “a importância de determinar os focos da investigação e estabelecer os contornos do estudo decorre do fato de que nunca será possível explorar todos os ângulos do fenômeno num tempo razoavelmente limitado” (Ludke, André, 1986).

c) A *terceira fase* do estudo será aquela em que acontecerá a *análise e interpretação* dos dados coletados e a *elaboração do relatório* (Ludke, André, 1986).

3.4 Suporte teórico para o tratamento dos dados empíricos e para a elaboração do relatório final do estudo

A fim de tornar a leitura mais clara e dinâmica foi realizada uma edição do material transcrito, com a *finalidade estrita* de eliminar os vícios de linguagem, repetições sequenciais de palavras, palavras desconexas com o

contexto da frase e dados não pertinentes ao estudo, com o *cuidado ético* de preservar o sentido do que foi exposto.

Os nomes dos serviços de saúde citados nos discursos dos sujeitos da pesquisa foram omitidos para garantir o princípio de anonimato das pesquisas científicas.

O tratamento dos dados empíricos para a elaboração do relatório final sustenta-se na *visão de mundo* que admite que a apreensão do real deve partir do fenômeno real, portanto, externos aos homens, e que são as conexões desse fenômeno com a *totalidade* que o torna concreto.

A compreensão do fenômeno se dá através da sua aproximação com os desdobramentos da realidade nas suas três dimensões. Assim, a *interdependência* é uma categoria *dimensional* que permite simultaneamente iluminar as diferentes partes do fenômeno (*totalidades parciais*) e expor a dialética entre as partes referidas ao todo (*totalidade total*) (Egry, 1996).

Segundo Egry (1996), no campo da saúde, a *dimensão estrutural* está relacionada aos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e de desenvolvimento das relações de produção, à formação econômica e social e às formas político-ideológicas, compondo assim os aspectos mais macroscópicos do objeto focalizado. A *dimensão particular* relaciona-se com os processos de reprodução social e pelas formas especiais de práticas e de ideologia em saúde. E a *dimensão singular* compreende os processos de fortalecimento e desgaste da saúde do homem e os processos de trabalho específicos de uma unidade ou setor assistencial dentro dos serviços.

Em outras palavras, o que guia o processo de produção em saúde é um conjunto de determinantes de ordem:

- a) estrutural: a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor;
- b) particular: a função estratégica do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde e
- c) singular: a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou

produzida nas ações interinstitucionais) (Aranha e Silva, 2005).

As categorias *totalidade total* e *totalidade parcial* determinam que os fenômenos estão em constante relação de reciprocidade e que nenhum fenômeno pode ser compreendido se analisada apenas uma de suas partes.

Desta forma, neste estudo toma-se como:

a) *Dimensão estrutural*: as diretrizes municipais de organização dos serviços de saúde na cidade de São Paulo, no que se alinham ou se afastam das diretrizes do Sistema Único de Saúde, particularmente nas responsabilizações definidas no Pacto de Gestão, de 2006.

b) *Dimensão particular*: a função estratégica dos serviços na rede de saúde da Região de Pinheiros, ou seja, como se estruturam para atender a população do território, como se dá a articulação dos serviços na saúde, qual a função desses serviços, que necessidades da população são apreendidas por cada um deles na composição da rede.

c) *Dimensão singular*: o conceito de processo saúde/doença operado institucionalmente, como se efetiva o acolhimento da população, como são captadas as necessidades de saúde e as respostas que são produzidas pelos serviços.

4 Resultados e discussão dos achados

4.1 Quem são os sujeitos do estudo

Neste estudo foram entrevistados oito profissionais dos serviços públicos de saúde, dos quais quatro exerciam no momento da coleta de dados a função de gerente da unidade.

Dentre os gerentes das unidades, um possui formação em medicina, um em terapia ocupacional, um em psicologia e um em odontologia. Já os profissionais que compõem a equipe de saúde, foram entrevistados dois enfermeiros e dois psicólogos, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos entrevistados segundo cargo ocupado no serviço de saúde e formação profissional. São Paulo, 2007.

Função Ocupada Profissional	Gerente		Integrante da Equipe Multiprofissional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	0	0,00	2	25,00	2	25,00
Odontologista	1	12,50	0	0,00	1	12,50
Médico	1	12,50	0	0,00	1	12,50
Psicólogo	1	12,50	2	25,00	3	37,50
Terapeuta ocupacional	1	12,50	0	0,00	1	12,50
Total	4	50,00	4	50,00	8	100,00

Com relação ao sexo dos entrevistados, pode-se verificar que há prevalência do sexo feminino, como mostra a figura 1. Dentre os gerentes dos serviços, todos são do sexo feminino e dentre os profissionais da equipe de saúde, dois são do sexo masculino e dois do sexo feminino:

Figura 4: Distribuição dos entrevistados segundo sexo. São Paulo, 2007.

Já a distribuição etária dos sujeitos da pesquisa, evidenciou que a maioria dos profissionais (87,50%) tem 40, ou mais, anos de idade, como mostra a tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos entrevistados segundo cargo no serviço e idade. São Paulo, 2007.

Função \ Faixa Etária	Gerente		Integrante da Equipe Multiprofissional		Total	
	n	%	n	%	n	%
20 --- 30 anos	0	0,00	1	12,50	1	12,50
30 --- 40 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40 --- 50 anos	3	37,50	2	25,00	5	62,50
50 --- 60 anos	1	12,50	1	12,50	2	25,00
Total	4	50,00	4	50,00	8	100,00

Com relação ao curso de Pós-Graduação, verifica-se que metade dos entrevistados não concluiu curso de Pós-Graduação na área de atuação, sendo que não houve diferenciação nessa frequência com relação à ocupação do cargo de gerência. Entre os que concluíram o curso, 75% deles, o fizeram há mais de 20 anos, conforme mostra a tabela 3:

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais segundo tempo de conclusão da graduação e a presença ou não de curso de pós-graduação na área de atuação. São Paulo, 2007.

Tempo de Conclusão da Graduação	Pós-Graduação		Pós Graduação na área de atuação		Não possui Pós-Graduação		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
05 --- 10 anos	1	12,50	0	0,00	1	12,50	1	12,50
10 --- 15 Anos	0	0,00	1	12,50	1	12,50	1	12,50
15 --- 20 Anos	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
20 --- 25 Anos	2	25,50	3	37,50	5	62,50	5	62,50
25 --- 30 anos	1	12,50	0	0,00	1	12,50	1	12,50
Total	4	50,00	4	50,00	8	100,00	8	100,00

4.2 A dimensão estrutural: as diretrizes e os princípios para a organização dos sistemas de saúde

A Secretaria Municipal da Saúde⁸ de São Paulo, gestora do Sistema Único de Saúde no Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Órgãos da Administração Direta, da Administração Indireta, Instituições conveniadas e contratadas com o SUS são responsáveis pela implementação das diretrizes formuladas pela SMS, que também tem como atribuição a regulação do sub-sistema de saúde suplementar.

Funcionalmente, integram a estrutura do SUS municipal:

1. Conselho Municipal de Saúde
2. Gabinete do Secretário
3. Autarquias Hospitalares
4. Coordenadorias de Saúde das Sub-Prefeituras

Cabe ao Gabinete do Secretário, em concordância com o Conselho Municipal de Saúde, garantir a unicidade conceitual e política do sistema de saúde no Município.

De acordo com a legislação do SUS, o Secretário Municipal de Saúde é o único gestor do sistema de saúde no território municipal.

As Autarquias Hospitalares dão apoio administrativo às unidades de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos).

As Coordenadorias de Saúde das Sub-Prefeituras são gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, por delegação da Secretaria Municipal da Saúde (Decreto Nº 45.037/2004).

A gestão do SUS, que é um sistema nacional, em uma mega cidade como São Paulo, requer mecanismos para garantir a unicidade das diretrizes estabelecidas pela SMS.

Para tanto foram instituídos órgãos colegiados, quais sejam:

1. Comitê de Gestão: com reuniões semanais, presididas pelo Secretário Municipal, com a participação dos coordenadores do Gabinete e dos responsáveis pelos Projetos Prioritários da SMS.
2. Colegiado de Gestores: com reuniões mensais, presididas pelo Secretário Municipal, com a participação dos Coordenadores de Saúde das Sub-Prefeituras, Superintendentes das Autarquias, Dirigentes dos Hospitais Municipais e dos responsáveis pelos Órgãos do Gabinete do

⁸Secretaria Municipal da Saúde. <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0011>. Acesso em: 25 abr 2008.

- Secretário.
3. Colegiado dos Coordenadores de Saúde das Sub-Prefeituras: com reuniões mensais, presididas pelo Secretário Adjunto.
 4. Comissão Intergestores Regional – CIR: com reuniões mensais, de composição bipartite, com representantes da Secretaria Municipal e Secretaria Estadual da Saúde.
 5. Comissões Regionais: com reuniões bi-mensais, com a participação de gestores municipais, estaduais e prestadores de serviços públicos e privados. (SMS, 2008)

O Pacto pela Saúde 2006, cujas diretrizes foram aprovadas pela Portaria 399/GM, define que com mais de uma década e meia de existência, o SUS é avaliado como

um sólido sistema de saúde que presta bom atendimento à população. [...] É reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS relativo à Atenção Básica, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica (Brasil, 2006).

Contanto, reconhece-se também que embora muitos tenham sido os avanços, inúmeros também são os desafios que se impõem ao Sistema Único de Saúde e foi nessa direção que se firmou o Pacto pela Saúde 2006, cujas prioridades na defesa pelo SUS são:

- a) a implementação de um projeto permanente de mobilização social, mostrando que a saúde é um direito de cidadania, assegurar o financiamento do SUS como determinado pela Emenda Constitucional nº 29, além de garantir o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde, bem como aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos federal, estadual e municipal de gestão, explicitando o compromisso de cada uma dessas esferas (Brasil, 2006);
- b) o estabelecimento das diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Brasil, 2006).

Ressalta-se ainda que o pacto pela saúde,

radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (Brasil, 2006).

As prioridades pactuadas nesse documento referem-se à atenção a saúde do idoso; ao controle do câncer de colo de útero e de mama; à redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias; a promoção da saúde; ao fortalecimento da Atenção Básica.

Vale destacar que embora estudos mostrem que a prevalência de transtornos psíquicos seja alta (Mari, Jorge, 1997; SMS, 2007; Alves, et al. 1994), a saúde mental ainda não se configura como uma dessas prioridades pactuadas. Chama também a atenção o fato do município de São Paulo não subscrever o Pacto pela Saúde e pela Vida, único entre os municípios paulistas.

Não foi possível localizar o documento onde podem ser encontradas diretrizes para orientação à *atenção á saúde mental* no município. Entretanto, segundo os entrevistados, a organização dos serviços de saúde do município de São Paulo deve estar pautada nos seguintes princípios e diretrizes:

- a. Princípio da Descentralização;
- b. Princípio da Hierarquização;
- c. Diretriz: Expansão das unidades de pronto-atendimento;
- d. Diretriz: Organização dos serviços de saúde a partir das Unidades de Apoio;
- e. Diretriz: Oferta de atividades de medicina oriental.

E com relação à saúde mental:

- f. Diretriz: Linha Antimanicomial;
- g. Diretriz: Ênfase nas atividades grupais.

a. Princípio da Descentralização

O município de São Paulo compreende cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: Leste, Centro-Oeste, Norte, Sudeste e Sul. A região de interesse desse estudo foi a Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, que é por sua vez, composta pela Supervisão Técnica de Saúde Butantã, Lapa/Pinheiros e Sé.

Pautando-se no princípio de descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, e considerando que no município de São Paulo tal princípio se operacionaliza, entre outras medidas, com a implantação das Subprefeituras, compete às Coordenadorias de Saúde das Sub-Prefeituras, a gestão do Sistema Único de Saúde nas respectivas áreas de atuação, mediante delegação da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o decreto N. 45.037/2004, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo.

O processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, ou seja, do nível local ao federal via órgãos deliberativos, de modo que dever-se-á compatibilizar as políticas de saúde com a disponibilidade de recursos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Um dos sujeitos do estudo ao discorrer sobre a organização local dos serviços de saúde ressalta que as concepções/ideologias dos gestores locais impactam no processo local de produção de ações de saúde, lembrando que por conta disso, as diretrizes que regem o processo de trabalho são constantemente modificadas, de acordo com a mudança da coordenação:

“ele está inserido numa área que está sob uma Coordenação, você tem uma hierarquia de planejamento, de concepção e tem uma herança do que vem das políticas públicas que temos dessa organização. Então, é a Coordenação que organiza esse processo num sentido mais amplo porque tudo isso é numa escala de inclusões e de hierarquia de poder e de concepções, então você tem a lei que rege os serviços de saúde, isso vai mudando, você tem as normatizações que são feitas a cada administração, as políticas que eventualmente vão mudando até dentro de uma administração, e aí as pessoas, com as suas concepções, e seu modo de

trabalhar, de avaliar, com a sua ideologia, então é um negócio amplo e complexo”

Um entrevistado ressalta a característica unidirecional do planejamento da produção das ações de saúde, ressaltando que muitas vezes, os profissionais da linha final não são levados em consideração nos processos de tomada de decisão:

“existe a Supervisão de Saúde [...] E essa diretriz, eles que determinam, ‘vai manter assim, assado, cozido e frito’. Isso vem lá da Coordenação. A gente opina eventualmente numa reunião que a diretora vai, mas são eles que determinam como vai funcionar essa organização ‘olha, vamos montar um pólo de saúde mental’ ‘tá bom, vai ser onde?’ ‘Ah, vai ser em tal lugar’, ‘Quais são as unidades que vão ser referência?’ ‘Tais, tais e tais’ ‘Beleza’, um mês funciona bem, na outra a agenda já tá prá deus me livre. Quem determina essa diretriz é a supervisão [...] é algo complexo quando foge à alçada só da organização interna”

Acrescenta que a organização do serviço e do processo de trabalho é mais efetivo quando os profissionais que operacionalizam a assistência podem participar do seu planejamento:

“isso se dá mais facilmente quando existe uma possibilidade democrática de diálogo e de consideração pelo o que a gente apresenta e não só uma solicitação, meio que imposta [...] Essa organização é bastante complexa e multi, enfim, ela tem muitas dimensões, quando a gente é ouvido por quem pensa a organização num plano mais de gabinete, mas que não está no dia-a-dia”

b. Princípio da Hierarquização

O princípio de hierarquização legitimado na Lei Orgânica da Saúde, diz respeito à organização e articulação dos serviços de saúde, que são distinguidos em níveis de complexidade: primária, secundária e terciária.

Três entrevistados remeteram-se ao princípio da hierarquização da rede de serviços de saúde, sendo que dois deles distinguiram os serviços de saúde entre nível primário, secundário e terciário, como exemplifica o trecho a seguir:

“se você fala em configuração de rede [...] Ele é pensado numa estrutura básica

como um todo, que seria uma atenção primária, aí atenções específicas e de nível de maior gravidade e de acordo com aquilo que eu estava te falando, os centros de convivência, as UBSs, aí você tem os CAPS”

Vale ainda ressaltar que um desses profissionais, ao montar a pirâmide de acesso aos serviços de saúde, coloca a UBS / Unidade de Apoio no nível *secundário*, para atenção em saúde mental, e não menciona o CAPS em nenhum nível:

“olha se você configurar no papel, ela se configura assim: serviço de atenção básica, programa saúde da família; serviço secundário, UBS com psiquiatria e psicologia; serviço terciário, internação, Hospital das Clínicas, Pronto-Socorro”

Outro profissional refere como sendo equivocada a idéia de rede de saúde mental de acordo com o princípio da hierarquização, visto que a configuração de rede por si só já remete à idéia de serviços que se articulam e se co-responsabilizam pela assistência de saúde, todos em um mesmo plano, possibilitando o acesso da população a esses diferentes serviços de acordo com a sua necessidade:

“eu acho que assim, tem um discurso que é repetido, que são os níveis de atenção, e são falados, dito desse jeito ainda, você escuta de gestores, atenção primária, secundária, terciária, com essa terminologia. Se fala em rede sem saber o que é rede, enfim, eu entendo rede como cada serviço tem uma atribuição, mas somos co-responsáveis num nível de vai e vem, que o sujeito transite na rede do jeito que for melhor prá ele”

c. Diretriz: Expansão das unidades de pronto-atendimento

Um trabalhador referiu a expansão das unidades de Pronto-Atendimento, do tipo Assistência Médica Ambulatorial - AMA⁹

A AMA tem como função “o atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de

⁹ Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0006> e <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0006/AMAS.xls>. Acesso em 26 abr 2008.

clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou ginecologia” (SMS, 2008).

Estão implantadas 94 (noventa e quatro) unidades acopladas nas unidades básicas de saúde que apresentaram condições de adaptação do espaço físico necessário: 04 consultórios, sala de emergência, salas de observação (01 para adulto, 01 para crianças), sala de RX, sala de espera, sala de apoio. A AMA funciona

de 2ª a sábado, das 7h às 19h, com uma equipe composta por 2 médicos clínicos, 2 médicos pediatras e 1 médico cirurgia geral ou ginecologista, além de 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem por turno, 4 agentes administrativos e 3 técnicos de RX.

O objetivo das AMAs é ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as UBS, Ambulatórios de Especialidades e Hospitais.

A gestão das AMAs está sendo compartilhada entre SMS e parceiros públicos ou privados. Os recursos humanos, adequação física, aquisição de equipamentos e mobiliários são responsabilidade dos parceiros, por meio de assinatura de convênio, com metas pré-estabelecidas. Os insumos serão de responsabilidade de SMS.

As características de cada AMA pode admitir alterações, de acordo com as necessidades locais, podendo funcionar 24 horas, ou ter outra configuração na equipe médica. A produção das AMAs está em torno de 200/300 atendimentos/dia (SMS, 2008).

Na avaliação de um entrevistado a ênfase da gestão local neste tipo de equipamento, como uma diretriz municipal, incorre num grande risco de diminuição da qualidade da assistência à saúde, visto que se trata de um atendimento pontual e descontínuo:

“o olhar municipal é muito prá atenção básica e cada vez mais prá uma atenção pronta. Mas não é de prontidão, é de prontidão e sem continuidade, de Pronto-Atendimento, não é? E os dispositivos investidíssimos são as AMAs, não é? Eu acho que isso é emblemático da diretriz municipal, que é responder, não ter problema com denúncia e tal”

d. Diretriz: Organização dos serviços de saúde a partir das Unidades de Apoio

De acordo com um dos sujeitos da pesquisa, a organização da rede

de serviços de saúde a partir das Unidades de Apoio é uma diretriz da Secretaria Municipal de Saúde:

“essa organização por unidade de apoio é uma linha da Secretaria”

Ao se buscar entender como tem se desenrolado o processo de organização dos serviços de saúde no município de São Paulo frente às necessidades de saúde mental da população, tentou-se encontrar um documento municipal norteador dessa rede, com referência às Unidades de Apoio, mas constatou-se que ou ele inexistia, ou o acesso a ele é bastante difícil. Dessa maneira, o entendimento acerca dessa diretriz municipal deu-se através do discurso dos profissionais dos serviços que participaram do presente estudo.

Assim, entende-se que a Unidade de Apoio é uma Unidade Básica cuja particularidade é a existência de equipes especializadas em Saúde do Idoso, Saúde Mental e Reabilitação Física:

“a Secretária Municipal de Saúde lançou um projeto aqui, além dos CAPS, estão lançando mão de um dispositivo que são as unidades básicas de apoio, essas UBS de apoio, teriam uma equipe especializada para apoio a saúde do idoso, a saúde mental e a reabilitação física”

“ela é uma unidade mista, digamos assim, que a gente tem o atendimento básico e temos algumas especialidades, e dentre elas a gente tem o trabalho da saúde mental [...] se dá apoio nessas áreas. Fora da unidade, o serviço básico simplesmente atende a clínica, a pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem com todas as suas afins”

Além disso, passa a ser de competência da Unidade de Apoio a regulação da porta de entrada da saúde mental:

“nós definimos que quem faz o primeiro acolhimento, [...] desde a metade desse ano (2007), tem tentado fazer um fluxo pela unidade de apoio [...] a rigor primeiro o sujeito tem que ser visto pela UBS de apoio que se não for prá ele, encaminha. É um jeito da gente fazer uma certa peneira”

“UBS tradicional que não tem saúde mental, tem alguma questão, quer encaminhar, porque tudo ia pro CAPS, e como tinha possibilidade, tinha mais flexibilidade, não

tava tão lotado e com tantas outras demandas de trabalho, fazia uma entrevista, muitas vezes acompanhava até a unidade básica pra poder receber as pessoas. O que acontece é que essa demanda foi ficando porque sempre demorava muito, no final os profissionais mesmo já ficavam com um pouco de pena de encaminhar, mas agora a gente tenta fazer esse fluxo pela Unidade de Apoio”

Outro profissional relata que a função da Unidade de Apoio é a atenção à população não priorizada pelos CAPS, ou seja, a população com necessidades de saúde mental que não são de portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Ressalta contanto, que por conta de uma equipe muito reduzida, a assistência acaba sendo bastante limitada:

“eles falavam, ‘não porque a unidade de apoio é que vai fazer apoio pra isso, apoio pra aquilo, na verdade é uma equipe minimíssima da Unidade de Apoio, que mal consegue fazer o que a rigor teria que dar conta, com dispositivos diversos, da população que o CAPS não prioriza”.

A exceção à regra do fluxo de atenção via Unidade de Apoio são os egressos de Hospitais Psiquiátricos e de Pronto-Socorros e os casos de demanda espontânea em que se evidencia maior gravidade:

“Quem chega com uma demanda dirigida pra saúde mental, deve ser via Unidade de Apoio, exceto quem tá saindo do hospital, ou que veio do Pronto-Socorro, ou uma tentativa de suicídio, aí não vai passar pelo apoio ver se é o caso, aí já é acolhido no dia, ou no dia seguinte”.

“claro, quem não passa pela Unidade de Apoio? Um egresso de hospital psiquiátrico, aí não tem nem discussão. Vai passar pelo CAPS, mesmo que a gente entenda que não precisa ser aqui, que pode ser da UBS de Apoio; alguém que tá vindo do Pronto-Socorro, por exemplo [...] dependendo do que a pessoa fala, já pode marcar”.

É ressaltada ainda a importância do cuidado ao orientar a busca pela Unidade de Apoio para não desvalorizar o usuário dos serviços de saúde, muitas vezes já acostumado com o encaminhamento do usuário como sinônimo de não responsabilização:

“é a demanda espontânea que eu acho que a gente tem que ter uma delicadeza pra

fazer essa derivação, porque as pessoas estão acostumadíssimas a ser jogadas de um lado pro outro. Por mais que a gente faça, a orientação do pessoal da recepção, precisa acompanhar mais de perto essa orientação. Não dá prá atender a pessoa e dizer 'Já passou na UBS de Apoio? Ah, não passou, então vai lá'. Calma, 'olha, o procedimento é o seguinte: você passa primeiro na UBS/Unidade de Apoio, que tem duas vezes por semana o grupo de escuta, marca a sua ida e vai lá contar'

De acordo com o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a efetivação da Reforma Psiquiátrica depende da criação de uma rede de serviços de saúde mental, substitutivos ao modelo asilar, por parte dos municípios.

É ainda de suma importância que a esses serviços de saúde estejam articulados a outros dispositivos sociais, visto que somente a articulação em rede de diversos dispositivos sociais possibilita respostas mais efetivas à complexidade das demandas de saúde mental da população, promovendo o resgate da autonomia, cidadania e emancipação das pessoas com transtornos mentais.

e. Diretriz: Oferta de atividades de medicina oriental

Um dos entrevistados referiu que a realização de intervenções da medicina oriental é uma diretriz da SMS:

"tem inclusive uma cobrança aqui de que, por exemplo, eu deveria ter alguma atividade alternativa, de medicina alternativa aqui dentro. Eu acho que não cabe nessa unidade especificamente, embora eu utilize muito esses serviços, que tem na UBS, que tem no CECCO, que tem não sei aonde, que tem, praticamente todas as unidades da prefeitura nessa região tem, pelo menos uma atividade de medicina alternativa, que visa basicamente à questão da saúde geral, mas é da saúde global também, da saúde mental também, então tem yoga, tem, Lian Gong com outros profissionais, então essa é uma tendência"

Com relação à *saúde mental*, as diretrizes indicadas pelos entrevistados relacionam-se com a orientação de práticas associadas à linha antimanicomial e ênfase nas atividades grupais.

f. Diretriz: Desinstitucionalização

No contexto da Reforma Psiquiátrica a “linha antimanicomial” é associada ao conceito de desinstitucionalização e refere-se não meramente à reestruturação do modelo assistencial de saúde mental, muito mais que isso, “trata-se de um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações” (Amarante, 2003).

Dessa maneira, Amarante (2003) explica a necessidade da desconstrução do modelo de clínica que tinha o isolamento terapêutico e no tratamento moral como instrumentos imprescindíveis, e construção de um modelo que venha a criar possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades, onde “o sujeito da experiência da loucura antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, tornar-se-á sujeito e não objeto de saber”.

Assim, a desinstitucionalização é acima de qualquer coisa, “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 2003).

Dessa maneira, entende-se que mais importante do que a derrubada dos muros dos hospitais fechados, é a mudança das práticas em torno do portador de sofrimento psíquico.

De encontro a isso, Bez Jr (2004) ressalta que os dispositivos de cerceamento e exclusão vêm sendo trocados por formas mais difusas e eficazes de controle, a medicalização da existência, acarretada pela dificuldade de lidar com o sofrimento como uma sensação inerente à vida, de modo que profissionais de saúde, ocupando o lugar de detentores do saber, determinam o que é felicidade.

O autor alerta para a importância de se levar em conta que nem toda dor é passível de medicalização, acrescentando que os CAPS não são “apenas instrumentos de intervenção para controle e eliminação de mal estar psíquico, são dispositivos que visam contribuir para que a vida coletiva e as

existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativas” (Bez Jr. 2004)

A desinstitucionalização foi citada por um único entrevistado como uma diretriz municipal para a atenção à saúde mental:

“a outra diretriz é a linha antimanicomial, tem também isso como hino oficial, a linha antimanicomial, a questão de realmente os serviços de apoio como CAPS ad, o CAPS funcionarem como alternativo a hospitalização”

Vale ressaltar a contradição entre a diretriz alinhada à perspectiva antimanicomial e, ao mesmo tempo, o caráter *alternativo* dos serviços do tipo CAPS. Tal concepção pode refletir uma posição individual do pesquisado, entretanto, pode também refletir a forma de condução das políticas locais orientadoras da atenção à saúde mental.

g. Diretriz: Ênfase nas atividades grupais

Um dos entrevistados relatou como sendo uma diretriz municipal de saúde a realização de intervenções em grupos, visto a inviabilidade de execução de acompanhamentos individuais:

“uma diretriz é o trabalho em grupo, por uma questão de demanda, mesmo. [...] não pode conduzir como consultório particular, sem chance”.

Em síntese, com relação à *atenção à saúde mental*, a população da Subprefeitura de Pinheiros dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial adulto, uma Unidade Básica de Saúde com Unidade de Apoio, uma Unidade Básica de Saúde com Programa Saúde da Família, uma Unidade de Álcool e Drogas e uma Unidade Básica de Saúde tradicional (que não participou do estudo) como referência. Conta ainda com um Centro de Convivência, um Centro de Atenção Psicossocial infantil, um Pronto Socorro geral que são referência para as quatro redes de saúde que compõem a Supervisão de Saúde.

Para uma extensão territorial de 26,7 km², formada por quatro distritos

administrativos: Alto de Pinheiros, Pinheiros, Itaim Bibi e Jardim Paulista, composto por 20 (vinte) bairros, perfazendo um total de 243.573 habitantes (Meola, 2004) o *total quantitativo* de unidades é adequado, tomando-se como referência a Portaria 336 e a concepção de rede de cuidados.

O que se depreende dos dados é que o desenho de rede foi pactuado entre os *serviços de saúde* como forma de responder às *necessidades de saúde mental da população*, a despeito da orientação da Portaria n. 336 que coloca o CAPS no centro articulador do cuidado em saúde mental.

Figura 5 - Rede de saúde mental da Subprefeitura de Pinheiros. São Paulo, 2007

Legenda:

- Serviços de saúde
- Outros dispositivos sociais
- Serviços que foram cenários desse estudo
- Serviços apontados como pertencentes a rede

4.3 A dimensão particular: a rede de atenção e a função estratégica dos serviços

a. Território: um conceito fundamental para a construção da função estratégica dos serviços na rede de atenção à saúde

Por muito tempo o conceito de território, predominante nas ciências geográficas, esteve associado a um espaço delimitado e constituído por relações de poder, remetendo-se especialmente ao significado de território nacional. Tal associação facilmente estabelecida deu-se “porque a idéia de Estado esteve sempre associada a um determinado território onde poder e povo exerciam sua soberania” (Karol, 2000).

Entretanto, a maneira de conceituar território vem se modificando, e uma característica que ganha relevância é a idéia de dinamicidade que se associa a este espaço, marcado por um processo de contínua transformação, de construções e desconstruções.

De acordo com Milton Santos, *território* é a construção da base material sobre a qual a sociedade produz sua própria história, dessa maneira o autor acredita que o espaço é indissociável dos seres humanos que o habitam e que o modificam todos os dias, de modo que o espaço é ao mesmo tempo forma e função, sendo o primeiro relacionado aos aspectos físicos e o segundo ao processo de ações humanas que constroem a paisagem. O autor aponta para a dinamicidade do território, que assim como o homem que nele interage, está em permanente mudança (Santos, 2001).

Karol (2000) exemplifica que tais construções e desconstruções podem ser facilmente visualizadas ao se tomar um território onde se estabelecem atividades de prostituição, ou onde se encontram grupos étnicos que montam feiras de produtos típicos de uma determinada região de origem, sendo que nesses casos, a escala espaço-temporal é de horas.

O autor ressalta também outro importante exemplo da dinamicidade do território: a construção e desconstrução de territórios a partir dos

movimentos reivindicatórios que se mobilizam para exigir direitos (Karol, 2000).

Ao estudar o território é importante que se compreenda suas dimensões culturais, políticas e sociais, além das físicas propriamente ditas. Karol (2000) refere que o território não se reduz “a uma entidade jurídica, e não pode ser assimilado a uma série de espaços vividos sem existência política ou administrativa reconhecidas”.

Apoiado em Brunet et al. (1993), Karol (2000) explica que o “território tende a projetar sobre certo espaço estruturas específicas de um grupo humano e isto inclui um modo de classificação e gerenciamento do espaço, sua administração propriamente dita”.

O conceito de território toma especial relevância no campo da saúde. De acordo com Mendes e colaboradores (1993) há duas principais linhas de pensamento que definem o conceito de território:

- a. A primeira está relacionada ao espaço físico, tomando o território como algo natural e acabado, definidas por critérios geopolíticos, visão essa, coerente com o entendimento de saúde apoiado no modelo clínico.
- b. A segunda vê o território para além do seu aspecto físico, mas como um espaço em constante construção, “produto da dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política”. Entendendo que essas tensões são permanentes, conclui-se que o território não é estático, finalizado, mas sim em constante construção e reconstrução.

Dessa maneira, a concepção de território transcende o aspecto geofísico para conformar-se como um espaço de vida, de conflitos, de interesses, de projetos e de sonhos, configurando assim como um território econômico, político, cultural e epidemiológico (Mendes et al., 1993).

A relevância da clareza conceitual e prática do conceito de território repercute na forma de organização e nas finalidades da rede de serviços. Conhecendo as *necessidades* de saúde da população, os serviços podem, estrategicamente, modular a produção e oferta de ações de saúde.

A Unidade Básica de Saúde que operacionaliza a Estratégia Saúde

da Família define como finalidade – *a função estratégica do serviço* - a atenção à população do *território* adstrito ao serviço:

“A finalidade do nosso serviço de saúde, aqui é um Programa Saúde da Família, é atender a população aqui da região, de todo território aqui, seriam três mil famílias”.

Outro trabalhador informa que além do atendimento, *a promoção à saúde* é a grande finalidade do serviço, destacando que para tanto é importante considerar seu contexto familiar, bem como o território em que essas pessoas vivem, buscando assim uma melhora da qualidade de vida da população:

“A grande finalidade nossa é a promoção da saúde, eu encaro assim. E promover saúde é uma coisa bem complexa, do meu ponto de vista. É, promover saúde envolve você cuidar de uma questão orgânica da pessoa, envolve você orientar, educação, saúde, envolve você olhar pro território, envolve você olhar prá família, a gente trata das pessoas que estão com uma doença instalada sim, mas a nossa idéia, nossas ações, nossos projetos são todos visando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas através de um processo educativo nas questões de saúde”

Tais definições sobre a *função estratégica do serviço* são sustentadas pela afirmativa que o território

deverá ser esquadrihando de modo a configurar uma determinada realidade de saúde, sempre em movimento. Isto é, uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade (Mendes et al., 1993).

O esquadrihamento do território se faz necessário, posta “as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações singularizadas” (Mendes et al., 1993). Desta forma, aliada à concepção de território, ressalta-se a importância do conceito do processo saúde-doença operado e a sua coerência com a organização e finalidade do serviço:

“Então o nosso foco principal é a promoção da saúde, o nosso serviço existe pra levar saúde pras pessoas, agora o conceito, definição de saúde, é bem amplo, né? Se você entender como não só a ausência de doença, mas um produto social, então acho que tem muita coisa pra fazer. A gente cuida das pessoas aqui, não só das pessoas que têm uma doença instalada, a gente cuida das pessoas que estão bem. Do ponto de vista de doença, orgânico, mas que querem manter isso, esse é o nosso objetivo, que as pessoas que não estão doentes, não adoecem; e que as que estão, ou que têm alguma complicação, que elas controlem a sua doença, ou resolva, soluciona essa doença e tenha uma melhor qualidade de vida”.

A atenção básica à saúde é fundamental na organização do sistema, uma vez que se configura como a porta de entrada do usuário, promovendo então, a partir das necessidades da população, o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde (MS, 2003). De acordo com o Ministério da Saúde (2003), a Atenção Básica:

é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sobre a forma do trabalho em equipe e dirigidas a populações de território.

Cabe ainda ressaltar que se trata de um serviço que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, ou seja:

As tecnologias empregadas na Atenção Básica são de menor densidade e maior complexidade, porque se utilizam, por um lado, de recursos de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e, por outro lado, incorporam instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia etc) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual (Mendes, 1996 apud MS 2003).

De acordo com o documento norteador da atenção básica, no município de São Paulo, as UBS devem organizar a produção de ações de saúde com base no território e nas necessidades de saúde da população adstrita a esse território, além disso, o trabalho deverá ser desenvolvido prioritariamente, por meio do enfoque familiar (SMS, 2005).

Assim, na construção do modelo de assistência à saúde, centrado no

usuário inserido no contexto familiar e social, o processo de trabalho deve garantir a qualidade da atenção à saúde, promovendo o empoderamento de seus usuários e da equipe de saúde. Para tanto, é de suma importância que esse processo esteja orientado pelo princípio da integralidade, que se valha de ferramentas como a interdisciplinaridade, intersectorialidade, humanização dos serviços e criação de vínculos terapêuticos (SMS, 2005).

Posto isso, a missão (*a função estratégica*) da UBS refere-se ao fomento e desenvolvimento de ações e serviços, a fim de intervir no processo saúde-doença da população, “ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida” (SMS, 2005).

Sob esta base teórica, é claramente possível identificar coerência entre o que falam e fazem os trabalhadores da UBS /PSF em tela.

A Unidade Básica de Saúde, com atribuição de Unidade de Apoio, define duas funções estratégicas como suas: a atenção à saúde geral da população que busca o serviço e cujo poder aquisitivo está diminuindo:

“a finalidade do serviço é dar apoio à essa população, que hoje em dia tá com poder aquisitivo, perdendo poder aquisitivo bastante, né? Muita gente a procura da assistência nas áreas todas que a gente oferece na unidade”

E, com relação à *saúde mental*, a Unidade Básica de Saúde com Unidade de Apoio toma para si a finalidade de acolher os portadores de sofrimento psíquico no nível da atenção primária, esclarecendo que seria, no entanto, uma assistência do tipo ambulatorial, onde a pessoa reconquistasse a posição de sujeito da própria vida:

“a finalidade desse serviço de saúde seria o nível primário mesmo. Primário entendendo você poder realmente dar conta do sofrimento psíquico, aí eu vou falar sempre do mental, tá? Ah, você poder dar conta do sofrimento psíquico a nível ambulatorial [...] seria aliviar sim o sofrimento psíquico, tá? E obviamente oferecer o tratamento para que a pessoa volte a ter condições de gerenciar a própria vida”

Não foi possível identificar nas narrativas da Unidade de Apoio uma

orientação mais clara para articulação com os outros níveis ou tipos de atenção disponível na rede, como a atenção especializada, no Centro de Atenção Psicossocial, ou mesmo na UBS com PSF, embora isso apareça quando se aborda a questão da articulação entre os serviços. Parece que as diretrizes da constituição de rede tomam um significado mais operativo e menos operacional.

De acordo com um dos entrevistados que trabalha na Unidade de Atenção à Dependência Química, a função estratégica do serviço é tratar o *portador de dependência* química, ressaltando que tal processo assistencial deve incluir a atenção à família e encaminhamento do usuário para outros serviços de saúde quando a necessidade se faz presente:

“a finalidade seria tratar transtornos e dependências por uso de substâncias químicas, de substâncias psicoativas. Aqui é uma unidade de tratamento de dependências químicas, isso inclui álcool e outras drogas, a finalidade bem genérica, porque tratar inclui muitas vezes a família, inclui uma boa condução de um problema clínico que vai ser tratado fora daqui. A finalidade seca seria essa, unidade de atenção a dependência química”

Outro entrevistado acrescenta que além destas, são também finalidades do serviço e execução da política de *redução de danos* e a *promoção à saúde*. Entretanto, por conta da demanda elevada e da equipe reduzida, o trabalho se limita ao *tratamento*:

“a finalidade seria tratamento, redução de danos e prevenção [...] mas efetivamente com o tamanho da equipe que eu tenho, com o tamanho da área que eu atendo, a gente praticamente ficou no tratamento, não tem muita condição de fazer prevenção [...] a unidade tem se centrado num dos objetivos que é o tratamento e deixado de lado outros dois, porque não tem fôlego prá tudo [...] Há necessidade de atividades promotoras de saúde e de prevenção, que a gente também não consegue dar pé”

Na sua concepção, a estratégia de reduzir danos é a primeira etapa do tratamento, cujo objetivo último é a abstinência da substância:

“redução de danos, a proposta de tratamento quase sempre começa com redução de danos, dificilmente o usuário chega com a idéia de largar de vez, ele sempre

namora a idéia de poder fazer um uso controlado, etc. E é alguma, a gente vai aceitando as propostas que chegam, vamos fazer o que for possível, vamos reduzindo dano, e à medida que o paciente vai indo do serviço, ele vai aceitando aumentar o tamanho da proposta e largar de vez, né?”

Tal concepção colide com a concepção que orienta a política de redução de danos do Ministério da Saúde, cujo entendimento é que

a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (SMS, 2008)

A Portaria n° 1.028, publicada em julho de 2005, define que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso substâncias ou drogas que causem dependência devem ser desenvolvidas

por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (SMS, 2008)

A Portaria acrescenta que deve ainda estar em consonância com a promoção dos direitos humanos, destacando a necessidade de respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

De acordo com a Portaria n°. 1.059, publicada em julho de 2005, ações de redução de danos são intervenções de saúde pública que tem por objetivo a prevenção das conseqüências negativas do uso de álcool e outras drogas, tais como:

- I ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo;
- II distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre

usuários de drogas;

- III elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas;
- IV ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas;
- V outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o auto-controle.

Um entrevistado informa que as crises não podem ser atendidas no serviço, uma vez que a organização do trabalho está estruturada para o atendimento ambulatorial e não propriamente como um Centro de Atenção Psicossocial ad:

“às vezes pacientes entram em crise profunda e como aqui o nosso atendimento é mais do tipo ambulatorial, muitas vezes ele não dá conta desse momento”

Contraposta a esta posição, a política de redução de danos orienta que

a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (SMS, 2008).

Ao Centro de Atenção Psicossocial, segundo a fala dos trabalhadores, cabe a *função estratégica* de atender e acolher os portadores de sofrimento psíquicos que chegam à unidade:

“é atender os pacientes, os usuários que sofrem por alguma demanda familiar ou própria, algum transtorno mental, social, psicológico. A finalidade do serviço é essa, a gente, acolher e tratar essas pessoas”

Além dessas finalidades, é *função estratégica* também: satisfazer as necessidades de saúde dos usuários, ampliar sua autonomia, promover a

melhora da qualidade de vida, a inclusão sócio-cultural, a emancipação pessoal e facilitar um melhor manejo do processo psicopatológico pelo indivíduo que o vivencia:

“a finalidade do serviço é promover emancipação das pessoas [...] é colocar a estrutura institucional a serviço das necessidades de cuidado das pessoas, posso dizer que a finalidade do processo de trabalho em saúde mental é ampliar a autonomia, é ampliar a inclusão sociocultural das pessoas, é ajudá-las a lidar, tratar o que for possível da sua psicopatologia, mas mais que qualquer outra coisa, ajudá-las a incluir isso, que lhes acontece, na vida, e na relação com as pessoas. Nem dá pro mundo parar porque elas são assim, e tampouco dá pro mundo excluí-las porque elas são assim, tem que fazer um encontro, né?”

Acrescenta que a *função estratégica* do CAPS inclui assegurar a atenção à crise e a disponibilização da unidade na permanência do sofrimento psíquico, configurando-se como uma referência na vida das pessoas, um lugar tido pelos usuários como um ponto de apoio. Isso se aplica aos usuários que estão no serviço e ainda aos que não foram encaminhados à região de origem por dificuldades da rede de serviços, da multiplicidade de concepções sobre a finalidade do serviço e a inexistência de uma diretriz local clara para essa necessidade de saúde:

“mas essa usuária, poderia estar referida a um posto de saúde? Com certeza, ela não precisaria estar aqui, se a gente achasse uma referência minimamente sensível, que por exemplo, não é o caso do próprio CAPS da sua região, que tem um nível de exigência prá que as pessoas possam freqüentar, que é estranho, tão ancorados na concepção de Hospital-Dia, se dizem e se diziam pelo menos até muito pouco tempo, Hospital-Dia, embora estivessem cadastrados junto ao ministério, como CAPS. [...] o CAPS tem a tarefa de ir um pouco além, até porque não sei quem é que vai acompanhar, inclusive, né? Mas eu acho que a gente brigou assim, na época do Hospital-Dia, com relação ao tempo de permanência, porque era proposto que o tempo de permanência de um HD fosse de três meses, no máximo. A gente brigou muito prá dizer que o acompanhamento era processual, que não era tão pontual, que era muito complicado, que a hora que o sujeito fazia vínculo, você mandava ele embora, prá de novo ele voltar aqui, fazer todo esse círculo vicioso. Hoje, eu acho que a gente tem cuidado mais das saídas, porque, prá que o CAPS faça parte da vida, mas não seja, na medida do possível, só o CAPS a

vida das pessoas, né? Então a finalidade é que as pessoas possam sair e viver as suas vidas, quando a gente fala de autonomia, inclusão, e tudo mais, tem a ver com isso, inclusive. De ir dependendo cada vez menos do CAPS, né? Mas manter no CAPS, um lugar referência, um lugar onde eu possa voltar e tal”.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), regulado pela Portaria 336/GM, é um dos serviços de saúde mental propostos para substituir o aparato manicomial. Trata-se de um dispositivo de base territorial, que oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a inserção social destas pessoas por meio de concepção do direito ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, provocando o usuário a buscar e tomar o lugar de protagonista da sua própria vida.

O CAPS é um serviço cuja função estratégica é a satisfação das necessidades da população do território em que está inserido e a superação do modelo asilar.

É responsabilidade do CAPS:

- a. prestação de atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em instituições fechadas;
- b. promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- c. organização da rede de serviços de saúde extra-hospitalares do território; com destaque para a importância da estratégia de intersetorialidade;
- d. regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- e. dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica;
- f. acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do

usuário em seu território.

A Portaria nº. 336 define que cabe ao CAPS, sob *coordenação do gestor local*, a responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território, desempenhando o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; a coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território.

De acordo com Santos (1994), o conceito de território implica os objetos e ações dos homens, sendo assim sinônimo de espaço humano, habitado:

Mesmo a análise da fluidez posta ao serviço da competitividade, que hoje rege as relações econômicas, passa por aí. De um lado, temos uma fluidez virtual, oferecida por objetos criados para facilitar essa fluidez e que são, cada vez mais, objetos técnicos. Mas os objetos não nos dão senão uma fluidez virtual, porque a real vem das ações humanas, que são cada vez mais ações informadas, ações normatizadas. [...] É a partir dessa realidade que encontramos no território, hoje, novos recortes além da velha categoria região; e isso é um resultado da nova construção do espaço e do novo funcionamento do território, através daquilo que estou chamando de horizontalidades e verticalidades. As horizontalidades [são...] os domínios da contigüidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades [são...] formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais.

Na medida em que as concepções de território e do processo saúde/doença são claras, que por sua vez definem a finalidade do serviço na rede, a *função estratégica do serviço* se explicita: o sentido do *acolhimento e não de triagem; de agenciador de cuidados no interno do serviço; lugar de referência para a organização da vida do usuário fora do serviço*, como é possível depreender da fala do entrevistado do CAPS. Tais concepções coloca o CAPS, de fato, numa posição estratégica na rede de cuidados, particularmente para a população com necessidades específicas no campo da saúde mental, como mostra a figura a seguir

Figura 6 - Organização dos serviços de saúde segundo a lógica de rede de atenção. 2004.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualCapsFinal.pdf>. Acesso em: 28 abr 2008.

b. Necessidades relacionadas à saúde mental reconhecidas pelos profissionais dos diferentes serviços

Ao falar de necessidades de saúde deve-se ter em mente que se trata de um conceito que possui diversas interpretações e significados.

Horta (1979), em acordo com Maslow, refere que *necessidades humanas* são estados de tensões que podem ou não ser conscientes, resultantes de desequilíbrios nos fenômenos vitais. Caracteriza as necessidades como sendo “latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, energéticas, hierarquizadas; têm peculiaridades individuais, são resultantes da interação do meio interno e externo, têm bases onto e filogenéticas”.

Ao explicar porque as *necessidades* são universais, a autora refere que são universais porque são comuns a todos os seres humanos, de modo que o que varia é a manifestação e a maneira de satisfazer ou entender essas necessidades. Defende ainda a abordagem holística do homem, uma vez que acredita que estão todas elas inter-relacionadas, e que se manifestam por sinais e sintomas denominados por problema de enfermagem.

Já Heller (1986) apoiada no materialismo histórico e dialético, define *necessidades* como um

desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo o momento para um certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida, ou de outro homem.

Marx (1944) teoriza que existem basicamente dois tipos de necessidades, as *necessidades naturais* e as *necessidades socialmente determinadas*, ou ainda chamadas de *necessidades sociais*.

Necessidades sociais, de acordo com Mendes-Gonçalves (1992), são aquelas que objetivam a manutenção e a reprodução do modo de produção capitalista. As *necessidades socialmente determinadas* são construídas

historicamente, ou seja, relacionam-se com as condições materiais concretas de dada organização social, num dado contexto histórico. Assim as *necessidades socialmente determinadas* estão em constante modificação de acordo com os dados momentos históricos.

Mendes-Gonçalves (1992) discorre que nas sociedades capitalistas, as *necessidades* de alguns tornam-se cada vez mais sofisticadas e complexas enquanto que para outros se tornam cada vez mais limitadas ao indispensável para a manutenção da vida.

Na mesma linha de pensamento, Aranha e Silva (1997) diz que no capitalismo há um refinamento das *necessidades* para poucos, enquanto que para a maioria da população, ou seja, para as classes subalternas, a força de trabalho, há um retrocesso às *necessidades* mínimas para conservação da existência humana.

As *necessidades* naturais, também entendidas como *necessidades físicas* ou *necessidades necessárias*, são aquelas associadas à manutenção da vida humana, como por exemplo, a necessidade de alimentos, vestuário, moradia. A consciência da quantidade das *necessidades necessárias*, bem como o modo de satisfazê-las são decorrentes de processos históricos, são sempre crescentes e geradas mediante produção material. Por isso as necessidades naturais são também sociais.

Por outro lado, Heller (1986) acredita que não existem necessidades naturais, pois estas se transformam nos diferentes momentos do desenvolvimento da sociedade, ressaltando a importância da dual apreensão da necessidade, onde o caráter pessoal dessas necessidades é indissociavelmente conexo à objetivação social das mesmas, o que quer dizer que, embora as necessidades sejam pessoais, manifestadas por pessoas que aspiram a algo, essa aspiração é sempre modulada de acordo com o meio em que são produzidas. Refere ainda que o ar, ou a água, por exemplo, não são objetos de uma necessidade, mas sim condições da existência, baseadas em instinto de auto-conservação.

Bez Jr (2002) alerta que ao se denominar uma necessidade como sendo natural, incorre-se o risco de uma interpretação de necessidade

concreta.

De acordo com Heller (1986) além das *necessidades necessárias*, existem ainda as *necessidades propriamente humanas*, que são aquelas que não se relacionam ao impulso natural. Um exemplo de uma necessidade propriamente humana pode ser o “descanso ou o repouso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho, uma atividade cultural, o jogo para adultos, a reflexão, a amizade, o amor, realização de si na objetivação, a atividade moral, etc”.

Heller ressalta ainda que com a consolidação do capitalismo, surgem as *necessidades humanas alienadas*, que são aquelas relacionadas à detenção de dinheiro e poder (Heller, 1986).

Tais considerações evidenciam a dinamicidade das carências e necessidades das populações em geral, e em particular, daquelas que procuram os serviços de saúde.

A identificação das necessidades de saúde da população atendida nos serviços possibilita a organização dos processos de trabalho, internamente aos serviços e a ordenação das ações de saúde entre os serviços, na composição da rede. Trata-se de um conceito fundamental para a operacionalização das diretrizes da Reforma psiquiátrica e da própria gestão do SUS.

No universo de entrevistados, três referem que não conhecem as necessidades da população do território de abrangência do serviço, já que há uma priorização do atendimento da demanda dos usuários que chegam ao serviço (CAPS, UAD, Unidade de Apoio):

“não sabemos, não sabemos quando você tá institucionalizado como estamos nós aqui no CAPS, a gente não tem esse arejamento, a gente fica muito centrado em receber essa demanda e a demanda que chega dos usuários é tão difícil, é tão sofrida, você acaba conhecendo o cara aqui no CAPS as demandas que chegam são tantas que você acaba ficando muito centrado na problemática do indivíduo, você não consegue sair com ele, prá casa dele, no meio dele e esse eu acho que é o grande desafio”

“olha, na verdade a gente não tem nenhum método de captação específico, né? A

gente tem uma demanda estourada, a gente não consegue mais atender como a gente atendia no começo [...] é uma entrada um pouco dificultada por conta do excesso de demanda, e basicamente a gente identifica as necessidade de tratamento e de quem bate na porta, né? A gente não tem condição de sair a campo identificando necessidades”

“os moradores em geral? Daqueles que não vem? Ah, eu não sei o que te responder, porque aí eu não conheço [...] Mas, aqui eu não sei te responder, daí seria um chute só. Porque eu só posso ver e te contar das pessoas que eu tenho contato”

Um trabalhador da UAD elenca as necessidades universais de moradores de cidades como São Paulo, que não se relacionam ao campo sanitário, à oferta de ação de saúde. Ao contrário, sua concepção de necessidade de saúde alinha-se claramente às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, da perspectiva da saúde coletiva, como ter a possibilidade de viver em segurança, de ter crescimento pessoal, ter acesso a espaços de convivência e de lazer:

“agora como necessidade de maneira mais geral, ah, bom a gente vive numa cidade enlouquecedora, a gente teria a necessidade de uma cidade um pouco menos enlouquecedora, a possibilidade de se sentir mais seguro, possibilidade de circulação maior que as pessoas têm muito limitadas, por falta de dinheiro e por medo de circulação, da possibilidade de crescimento pessoal, ah [pausa], de espaços de convivência ricos e de lazer [...] isso é falta prá todo mundo, e acho que em termos de saúde mental isso seria importante, além dos serviços de atenção a doença”

Um entrevistado acredita que as necessidades de saúde mental são as mesmas para todas as pessoas, sendo a variação delas decorrentes do processo histórico, evidenciando uma concepção crítica deste conceito, também alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica:

“eu acho que as necessidades de saúde mental são as mesmas para qualquer pessoa, quaisquer seres humanos são as mesmas necessidades, não é? [...] não dá prá especificar. Dá prá gente diferenciar como essas coisas se dêem em termos de épocas, de culturas, mas eu entendo as necessidades de saúde mental no ser

humano como sendo basicamente as mesmas, né? [...] a gente pode talvez identificar carências específicas em populações específicas, então são necessidades não satisfeitas, mas as necessidades no todo, acho que são as mesmas, né? Você pode ter regiões de menos informação, que você veja maior violência, por exemplo, né? Regiões onde a violência, em função dessas carências é maior”

A demanda mais freqüente entre os usuários da UAD é por medicação, segundo os trabalhadores:

“buscam muita medicação. A idéia de tratamento tá ligada à idéia de medicação e os serviços de saúde todos, da região inteira, tão abarrotados na questão de saúde mental, tá com muita demanda reprimida, ah, tem sido priorizado os mais graves mesmo”

Com relação ao serviço voltado para o tratamento de dependência química, as demandas de saúde mental estão ligadas a uma superação imediata do sofrimento causado pelo uso de tais substâncias:

“o que eles buscam na verdade é se livrar de um sofrimento, de um sofrimento específico, vindo das perdas, do sofrimento social, físico do uso de substâncias, do transtorno por esse uso [...] os quadros de dependência são muito associados com a busca de satisfação imediata e de alívio imediato, então esse modo de relação é trazido prá cá também, eles também querem uma satisfação dessa necessidade em termos rápidos e a gente coloca que isso não é possível, que num certo nível sim, ele pode ter uma melhora, pode se aliviar, mas que o processo prá ser sólido tem que ser construído longamente”

“em termos de saúde mental em geral, as pessoas buscam muitas soluções mágicas [...] em relação especificamente aos dependentes de álcool e drogas, o que eles buscam em termos de saúde mental, recuperar o relacionamento que eles já tiveram com a droga no início, ou seja, poder usar moderadamente com prazer, sem grandes prejuízos, que geralmente não é possível, certo?”

Um deles acrescenta ainda que muitas das pessoas que buscam a UAD acreditam que a medida farmacológica por si só é capaz de curá-las do desejo e da dependência pela substância:

“porque buscam muitas vezes uma saída mágica, buscam muitas vezes uma saída mais simples, mais fácil, mais automática, né? Você me dá o remédio e eu me curo,a, né? O que que eu posso tomar pra não ter vontade de usar alguma coisa?”

Os profissionais da UBS/PSF entendem que, com relação à saúde mental, a população do território adstrito ao serviço, apresenta *demandas* de assistência por especialistas da área; entretanto a própria estratégia do PSF não prevê a equipe de saúde mental:

“nossa unidade não tem psiquiatra, não tem psicólogo, que ficam aqui todos os dias, cumprindo uma carga horária, nós temos aqui um médico generalista, um enfermeiro generalista. Ah, então não tem esse profissional.”

Por outro lado, identificam *necessidades* encobertas pela *demandas* por tratamento:

“Agora tem a necessidade que a gente identifica, que a gente identifica mas a pessoa não. Então você muitas vezes, a pessoa tá com uma anedonia, ah, tá isolada, chora demais, não quer trabalhar, não toma banho, não sei o que, vários sintomas depressivos, por exemplo, mas a pessoa não encara dessa forma, mas é uma coisa que a gente levantou, é um problema que nós identificamos”

Um deles ressalta a importância da escuta do usuário como estratégia privilegiada para a identificação de *necessidades*:

“É, não adianta eu querer implementar uma ação, prá uma população menor de um ano, quando na verdade a minha demanda não é essa, então pode funcionar muito bem em uma unidade de periferia, onde o número de crianças é muito grande. Mas no meu serviço, eu não tenho essa realidade, então meu foco não é este, eu devo ter ações prá esse grupo, mas, não é a minha necessidade real. E uma coisa bacana é quando você troca isso com a população, porque o serviço sempre acha que sabe o que a população quer, mas a população também tem as suas convicções do que ela precisa, e se você não conversar isso, você vai fazer ações, que não vão ter efetividade, não vão conseguir ser efetivas e aí você perdeu tempo, perdeu esforço e não teve seu objetivo alcançado”

Um dos profissionais da UBS com Unidade de Apoio associa o tratamento das doenças, uma *demand*a por serviço ou atendimento, como uma *necessidade de saúde mental* da população:

“basicamente seria a depressão, a ansiedade, a síndrome do pânico, né? Com os quadros mais severos, mas eu acho que de uma maneira geral serão, seria esses”

Nesta mesma unidade, outro entrevistado refere que as *necessidades de saúde mental*, das pessoas em geral, relacionam-se com as necessidades de acolhida e inserção social:

“olha, é de acolhimento e de se sentirem inseridos e aceitos na sociedade, essa é a de todo mundo. Nas diversas patologias que você vai, no final é assim, é sempre o desejo de não ser anônimo, que eu acho que é o mal da sociedade, tá? Cada vez mais, a gente é anônimo mesmo, e a necessidade da pessoa, que ela tem de ser vista, de se sentir necessária, útil e especial pra alguém é o que mais aflige todos, né? E as pessoas que tão um pouco fragilizadas ou momentaneamente desestruturadas, e com isso aparecem as síndromes, tá? Eu acredito que seja efeito assim, das grandes metrópoles principalmente, né? Mas não só, claro que você tem o terreno predisponente que conta muito. Você pode desenvolver uma série de patologias, ou não desenvolver nenhuma, ou pelo contrário, sublimar, ser um excelente artista plástico, enfim. Mas tem pessoas que não têm condição de sublimar nessa forma, e desenvolvem a doença.

De acordo com os profissionais entrevistados, as maiores *demand*as da população com relação à saúde mental que chegam à UBS com Unidade de Apoio estão relacionadas a consultas psiquiátricas e terapêutica medicamentosa:

“muitas vezes eles buscam na área de psiquiatria, simplesmente tomar o remédio e sarar, né? E eu acho que os profissionais dessa área, muitas vezes, acham que tentam colocar que não é só, a coisa não anda sozinha, que tem que andar com outro tipo de atendimento”.

Os profissionais do CAPS referem duas tipologias de *necessidades de saúde mental*: uma que é comum a todos os usuários da unidade que é a necessidade de ascender ao lugar de sujeito:

“partindo do pressuposto que saúde não é a ausência de doença, mas que a norma é a vida, a vida das pessoas com transtornos mentais, têm muitas coisas em comum, que tem a ver com o lugar de não-sujeito, né? Então eu acho que isso é comum”

E outra, evidente no discurso a seguir, que são as *necessidades* singulares, individuais, mas *determinadas pela condição sócio-cultural* que esse indivíduo está inserido:

“as necessidades são diversas porque diversas são as pessoas [...] eu acho que é muito diferente a necessidade do sujeito que mora na favela e a necessidade de um sujeito que tem as suas condições materiais minimamente supridas, né? São dois assujeitados, um que às vezes vem com o pai pro CAPS, vem de carro com o pai e o outro que acha uma maravilha ter um benefício prá poder se locomover até o CAPS, por exemplo. Então essas necessidades são diversas os sujeitos são diversos, né? Com dados em contextos diversos, né? Socioculturais, acho que eu tinha dito isso, né? Que aqui, por exemplo, a gente tem no CAPS uma convivência de pessoas culturalmente muito diferentes. Hoje uma adesão muito maior da população classe média, até que já foi alta, hoje depauperada e tal, e moradores das favelas locais, o Funchal, Água Espraiada, Jardim Edite, né? Na região do Brooklin, então são necessidades diferentes”

A diversidade de *necessidades* encoberta por *demandas* por tratamento e ações ordem social, também é assinalada por outro profissional do CAPS:

“tem de tudo, tem dependente químico, que tá transtornado mentalmente e psicotiza, vem morador por necessidade mais social do que clínica, que quer, é difícil de atender, tem albergado, pessoas de albergue, também tem uma dificuldade da convivência interna nesses locais que tem suas regras”

Os trabalhadores do CAPS informam que a maior *demanda* de saúde mental surge por parte dos familiares do portador de sofrimento psíquico, em busca de um tratamento que permita uma melhora/cura da doença, caracterizada como um comportamento que não é socialmente aceitável:

“as pessoas não chegam todas com a mesma necessidade. Então em geral a família traz mais e fala mais, a família tá buscando um tratamento prá que o seu filho, o seu familiar, melhore. Melhore do que? ah ele fica falando muito alto, ele às vezes quebra as coisas em casa, ele sai pedindo coisa na rua, não consegue comer da comida que eu faço”

Com o advento do modo de produção capitalista, a finalidade do processo de produção em saúde passa a ser primordialmente a acumulação do capital, reduzindo assim sua função de resposta às necessidades humanas, de modo que as respostas a estas necessidades só aparecem sob a forma de mercadoria (Marx, 1944).

Coerentemente, a organização do processo de produção de ações de saúde volta-se para a recuperação dos homens doentes e para o controle de doenças que afetam a força de trabalho, acarretando uma objetivação das pessoas e reduzindo a capacidade de expressão de suas *necessidades* (Mendes-Gonçalves, 1992).

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992) tal acepção é decorrente do modo de organização da produção de ações em saúde, no qual as ofertas dos serviços serão não somente resposta às necessidades como também instaurador de necessidades, de modo que se estabelece “uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e seu consumo”.

Na atual conjuntura da prática de produção de ações de saúde, freqüentemente associa-se de forma equivocada, *necessidades* de saúde à *oferta* de serviços de saúde, assistência e cuidados, onde a população busca as unidades de saúde para submeter-se a uma dada intervenção em algo, que sob seu ponto de vista, decorre de um carecimento.

Por outro lado, é compreensível que as pessoas acreditem que suas *necessidades* de saúde sejam necessidades por serviços e insumos médicos, visto que a produção de ações de saúde ainda está limitada à oferta de assistência e intervenções pontuais no campo biológico.

Contanto, as *necessidades* de saúde não se restringem a

necessidade por serviços de saúde ou por intervenções tradicionalmente operadas, sendo essa provisão de serviços apenas um de seus determinantes.

De encontro a isso, as *necessidades* de saúde não são problemas de saúde, mas principalmente a capacidade de beneficiar-se de cuidados de saúde.

As *necessidades* de saúde estão em constante processo de expansão. Coerentemente e levando-se em conta os custos envolvidos na assistência, pode-se entender que é impossível satisfazer necessidades sempre crescentes.

É responsabilidade dos técnicos identificarem as necessidades dos usuários nos dispositivos de saúde, ainda que essas não sejam verbalmente manifestadas e a partir disso, organizar o processo de produção de ações de saúde para satisfazê-las.

Para Mandu e Almeida (1999) é imprescindível que a abordagem das necessidades de saúde seja o elemento norteador do processo de produção em saúde e do planejamento e organização dos serviços de saúde, tendo por perspectiva a superação da qualidade da assistência à saúde, compreendida como um direito social.

Segundo Basaglia (2005), o ser humano é determinado pela quantidade e pela qualidade de espaço que possui para expressar e satisfazer suas necessidades, sejam elas corporais ou subjetivas, que por sua vez são delimitadas e definidas de acordo com sua inserção no jogo produtivo.

Do ponto de vista da saúde mental, o autor refere que

enquanto todas as necessidades da coletividade não adquirem a força de expressarem-se como perguntas que exigem respostas, a loucura é encarada sob a mesma escala dos outros fenômenos. Enquanto se tratar de necessidades indiferenciadas, nas quais, razão e desrazão, loucura, delírio, violência, precariedade, crenças e ritos estão misturados e confundidos na penúria de uma existência vivida sob a ameaça da morte crua, da bestialidade, erro, pecado, culpa, degeneração, desregramento e vício serão juízos de valor a aproximarem todas as formas da desrazão (Basaglia, 2005).

Dessa maneira o trabalho em saúde deve assumir, no cenário dos serviços, a *função estratégica* de facilitador entre a expressão e a satisfação das *necessidades* das pessoas. Ao adotar o processo saúde/doença não como um processo, mas como um binômio, onde a doença é um desvio da norma, os trabalhadores acabam por reforçar o entendimento das *necessidades* dos sujeitos como indiferenciadas, possibilitando somente a expressão e satisfação daquelas que são mercantilizadas (Basaglia, 2005).

Pode-se identificar duas formas possíveis de organização dos serviços de saúde, aquela voltada para responder às *demandas* de saúde e aquela voltada para responder às *necessidades* de saúde.

As *demandas* de saúde são moduladas pela oferta dos serviços de saúde, de modo que “a demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas tradicionalmente percebidas pelos usuários); as *necessidades* podem ser bem outras” (Cecílio, Pinheiro, Mattos, 2001). Por exemplo, uma necessidade do usuário de ser ouvido: ele não chegará ao serviço buscando alguém com quem possa conversar, ele chegará ao serviço buscando uma consulta médica ou algo que o valha.

Dessa maneira, as *demandas* de saúde estão quase sempre associadas a problemas de saúde, ou seja, à doença, sinais e sintomas, uma vez que as práticas de saúde implementadas no Brasil, estão voltadas para resolução dos problemas de saúde e normalmente não ultrapassam o limite da satisfação das necessidades de manutenção da vida.

De acordo com Melo Filho (1995), esse limitante das práticas em saúde se dá, ao menos em parte, por conta da concepção hegemônica do processo saúde-doença, reduzido à causalidade biológica, de modo que as práticas são voltadas predominantemente para o atendimento da doença.

De outra forma, as *necessidades* de saúde devem ser identificadas e satisfeitas ainda que não manifestas pelos usuários dos serviços de saúde, de modo que sua satisfação deve ser aprendida como um direito do cidadão e que apenas dessa maneira é possível promover a cidadania (Leopardi,

1992).

As *necessidades* de saúde emergem mediante a opção do serviço de acolher o que vem da experiência real da vida do usuário, a suspensão do cardápio pré-formulado, da disponibilidade de produzir em conjunto com ele, as respostas que farão sentido na sua particular experiência de vida.

c. A quem se destinam as ações produzidas nos serviços de saúde da Subprefeitura de Pinheiros

Os dois profissionais da UAD informam que o público alvo da unidade são *dependentes* químicos, coerentemente como o definido na descrição da função estratégica do serviço. Além dos dependentes químicos, o serviço é procurado também por *usuários* de substâncias químicas que necessitam de orientação profissional específica:

“bom, meu público alvo são dependentes químicos. Basicamente dependentes, que chegam aqui prá tratamento, etc. O usuário às vezes chega, né? Chega adolescente, muitas vezes chega simplesmente usuário, um caso de uma orientação”

“a população do território é o público alvo, qualquer pessoa que tenha esse tipo de necessidade com relação ao uso e dependência de substâncias”

Um deles acrescenta que se fosse possível trabalhar com a prevenção do uso de drogas, o público alvo seria toda a população da região, ressaltando que há alguns grupos mais vulneráveis à dependência química, como os adolescentes e os moradores de rua:

“em termos de prevenção seria a população geral da região, é uma questão que é a doença da nossa época, praticamente todo mundo é vulnerável, tem alguns grupos um pouco mais vulneráveis, né? Adolescentes são mais vulneráveis, temos pessoas de rua que são mais vulneráveis ainda, tem algumas profissões mais vulneráveis, mas como a nossa prevenção tá muito, muito pequena e reduzida [...] realmente a gente se afoga na demanda de tratamentos, sem possibilidade de tomar a iniciativa de prevenção que seria adequada prá um CAPS”

Um profissional da UBS/PSF informa que o público alvo da Unidade são as *famílias moradoras do território* adstrito ao serviço:

“o público alvo seria o público do território da nossa abrangência, seriam nossas três mil famílias, que seriam mais ou menos, oito mil pessoas”

O outro acrescenta que compõem também o público alvo, a população que por conta do trabalho, passa boa parte do tempo nesse território, além dos funcionários da própria Unidade:

“moradores e trabalhadores também, porque tem o trabalhador que mora aqui, que é a empregada doméstica que vem de segunda a sexta e vai embora de domingo, então a gente considera ela trabalhadora e moradora, então entra trabalhador e morador, tudo igual. E os funcionários também adoecem muito, bastante, aqui chegou uma época de 70% das pessoas ter algum tipo de atendimento em saúde mental, é muita coisa, muita coisa”

Do ponto de vista da *saúde mental*, o perfil de quem procura a unidade ou que é encontrado na ação da visita domiciliar é de mulheres adultas, com transtornos de afetividade:

“a maioria que procura aqui na nossa unidade é adulto mesmo, tem pouca criança, maioria eu acredito que seja mulher”

“e aí gente encontra de tudo, né? Têm problemas, eu acho que dentro da saúde mental, a gente tem aqui, problemas, psicoses, depressões, transtornos de ansiedade, quase que toda semana têm casos nesse sentido [...] Tem também transtornos mentais infantis, mais são menos, mais questão de hiperatividade, ou um autismo, alguma coisa mais nesse sentido [...] fazendo uma análise grosseira do perfil epidemiológico dessas pessoas com transtorno mental, a maioria são mulheres, de adulto jovem, ta?”

De acordo com um profissional do CAPS, o público alvo do serviço são os *adultos e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes*, portanto, pessoas com prejuízos de autonomia, de inserção sociocultural, que não exercem seu direito de cidadania:

“o público alvo são adolescentes e adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, que quer dizer, dois pontos, pessoas que têm um prejuízo da autonomia, um prejuízo de inserção no campo sociocultural, enfim, cidadania, né? Exercício de cidadania zero, nem sabe o que é isso, enfim, são as pessoas que tão mais prejudicadas, que tão mais à margem mesmo da vida social”

Ao caracterizar o perfil de quem procura o Centro de Atenção Psicossocial, relatam tratar-se de uma população bastante heterogênea, do nível sócio-cultural e econômico mais alto ao mais baixo, de moradores do bairro aos moradores de rua e albergue, que buscam o serviço por terem apresentado o primeiro surto, depressões graves, dependências químicas:

“algumas pessoas que são da região, um nível sociocultural e econômico até diferenciado, muitas se surpreendem com o serviço, com a existência do serviço, com a qualidade do serviço, e as pessoas também de um nível sociocultural mais baixo que vem mais submetidas, né? também se surpreendem de ser escutada, de ser acolhida do jeito que tem que ser e tal”

“a gente tem atendido muito, pessoas, tentativas de suicídio, por exemplo [...] muitos jovens, adolescentes, ah, essa coisa [...] as pessoas que ficam se cortando, enfim, virou quase que uma certa cultura de fazer marca, tem muitas cicatrizes [...] depressões graves, pessoas que tem uma coisa reativa, aconteceu alguma coisa, ou perdeu o emprego, ou foi abandonado pelo marido ou pela mulher, né? Muitas que vêm com o uso abusivo de substâncias, que à medida do possível, dependendo da situação, a gente encaminha pro serviço específico”

“É uma demanda muito diversa com relação às necessidades que apresentam, né? Tem aí desde moradores de rua, até primeiro surto realmente [...] Tem de tudo, tem dependente químico, que tá transtornado mentalmente e psicotiza, vem morador por necessidade mais social do que clínica, que é difícil de atender, tem albergado”

Os profissionais da UBS com Unidade de Apoio informam que o público alvo do serviço são os *moradores do território* adstrito à unidade. O relato do entrevistado evidencia a orientação da política local relacionada à distritalização:

“o público alvo dessa área de abrangência, o pessoal que mora na região, já é destinado pela Secretaria, a cidade tá dividida em pólos e esses pólos recebem o

recurso justamente prá tratar da população que tá, então tem toda uma delimitação de território prá qual a gente tá atendendo”

Figura 7: Fluxo dos usuários com necessidades de saúde mental, segundo os sujeitos do estudo. São Paulo, 2007.

4.4 A dimensão singular: o processo de produção de ações de saúde mental nos serviços

a. A concepção do processo saúde/doença & saúde/doença mental

Os discursos dos profissionais da UAD, UBS/PSF e UBS com Unidade de Apoio evidenciam o entendimento da dualidade saúde/doença:

“saúde é a definição da OMS: um perfeito bem estar físico, mental, social. A doença seria esse não perfeito bem estar”

“saúde eu acho que é o bem-estar físico mental e social, e doença é o contrário disso”

“não é simplesmente a ausência da doença, mas bem-estar biopsicossocial, isso é chavão e é mesmo o que eu entendo”

“é um bem-estar social, econômico, psíquico. Eu acho que [está] ligado bem à parte de bem estar geral do organismo como um todo. A doença é ausência de todo esse bem-estar, pelo menos assim, leigamente falando, como eu sou dentista, então eu tenho uma área muito específica. Mas eu acho assim, saúde é você tá com qualidade de vida.

A concepção hegemônica dos entrevistados com relação ao *processo saúde/doença* alinha-se à definição da Organização Mundial da Saúde, em sua Carta Magna, publicada em 1948, onde a saúde é definida não apenas pela ausência de patologia, mas sim como um perfeito bem-estar físico, mental e social.

De acordo com Donnangelo (1979) tal conceituação é irreal, porque a avaliação do *perfeito bem-estar* é subjetiva, intrínseca ao indivíduo, segundo porque não é e nunca será possível atingir tal condição de perfeito bem-estar.

Da mesma forma, num estudo sobre o mal-estar na civilização, Freud (1930) discorre sobre a impossibilidade da perfeita felicidade, uma vez que

entende que a civilização nasceu de uma pactuação onde as pessoas trocavam uma parte de sua liberdade por um tanto de segurança.

Quando a questão é ampliada para a concepção do *processo saúde/doença mental*, os discursos crescem que o estado de saúde mental é determinado pela satisfação das necessidades humanas, e que o estado de doença se conforma à medida que essas necessidades não são satisfeitas, incluindo alterações comportamentais e psicopatológicas.

Evidencia-se uma associação de *saúde mental* com a capacidade do indivíduo em organizar a própria vida, de ter liberdade para fazer as próprias escolhas. A doença remete-se à perda dessa liberdade de escolha e administração da própria vida:

“um estágio no qual você tem necessidades de várias ordens da vida humana, sendo satisfeitas: necessidades sociais, necessidades psicológicas. E doença na verdade seria o afastamento dessa natureza e da necessidade dessa natureza não sendo satisfatoriamente preenchidas”

“eu incluiria um conceito que se estenderia daquele primeiro já falado, tendo como reflexo aquilo que a gente identifica como sendo comportamento e vida psíquica, ou seja, na parte cognitiva, na parte emocional, na parte expressiva, segundo os parâmetros de psicopatologia e das linhas de psicologia e psicanálise, né?”

“saúde mental se caracteriza pela capacidade mesmo de administrar a sua vida com liberdade, né? Perceber e avaliar a realidade externa e interna e promover satisfação na sua vida, buscar progresso pessoal, uma busca de transcendência, de auto-superação, que tem que ser respeitada. Quando a pessoa começa a repetir-se, parar, ou se sente presa, não vive pra fazer as coisas que gostaria, que precisa, aí você tá olhando para um processo de doença, uma perda de liberdade, principalmente nessa clínica nossa, ela se caracteriza por perda da liberdade, acho que é isso”

Com relação à *concepção saúde/doença mental* ainda, um dos profissionais diz que entende que a doença mental está instalada quando há uma ausência de capacidade de fazer escolhas com relação à própria vida, bem como uma observação desfocada da realidade:

“a doença mental é a ausência da capacidade da pessoa poder fazer a própria

opção, ou seja, a medida em que ele tá comprometido psiquicamente de alguma forma, a gente não precisa pensar em quadros mais sérios, né? Ele teria um distanciamento da realidade, uma observação da realidade que não é fidedigna, e com isso ele perde a capacidade de opção, enquanto individuo, tá? Então é uma forma bem abrangente de você colocar saúde e doença mental. Então entram as neuroses, até a psicose, as coisas mais lights e graves, tudo bem?”

Para um entrevistado, a doença é resultante da diminuição ou ausência da qualidade de vida / qualidade de vida psíquica:

“a doença, é você diminuir essa sua qualidade de vida, né? E saúde/doença mental bate da mesma forma, né? É a ausência da sua qualidade de vida psíquica mesmo, né? De estar bem com você mesmo e tudo mais, eu não sei explicar muito bem essa área, né?”

Um entrevistado refere que entende saúde/doença como sendo processual e socialmente determinada:

“eu acho que a saúde mental dentro do processo de saúde/doença é um item importante, é um fator importante, que pelo o que eu acompanho, as estatísticas demonstram que grande parte da população em algum momento da vida vai sofrer com transtorno mental e eu volto a dizer, prá mim tem a ver com questões sociais, tá? Também, além das genéticas, é um produto social, então, passa desde, do acesso à saúde, do acesso a trabalho, a escola, enfim, A saúde mental dentro desse processo prá mim é um vértice. A gente tem que ter esse olhar. Fatores familiares, sociais todos, que podem ou não agravar uma doença já instalada, ou desencadear alguma.

No serviço especializado em saúde mental, no CAPS, à concepção do processo saúde/doença, é atribuído um caráter processual:

“eu entendo que é processual, que a saúde e a doença, elas caminham juntas, e que a partir de uma quebra, de um furo, não sei nomear, é, existe aí o aparecimento das questões ditas doença, mais ou menos isso”

“entendo saúde e doença como processo, tento pensar desse jeito, é onde a norma não é ausência de doença, mas a norma é a vida, né? Das pessoas, é a qualidade de vida das pessoas. Enfim, a qualidade e a falta de qualidade de vida”

Tais concepções aproximam-se do entendimento do processo saúde-doença proposto por Basaglia, quando este criticava a separação natural entre o estado de saúde e de doença, como se fossem realidades tangíveis e inequívocas, como se saúde fosse ausência de doença e doença ausência de saúde. Porque ao problematizar saúde e doença em relação ao significado e à função que adquirem no contexto social, da estrutura econômica,

a doença vem a ser aquilo porque se recorre ao médico e ao hospital e, como consequência, aquilo que determina a suspensão da vida 'normal', isto é, da atividade, do trabalho; e a saúde é o sinal da manutenção do indivíduo no próprio papel, no próprio posto de trabalho, segundo o grau de eficiência requerido (Basaglia, 1982).

Do ponto de vista do sujeito social (sujeito produtivo), saúde e doença não são estados naturais, definidos segundo características subjetivas ou objetivas, mas condições subordinadas a uma norma que é

explicitamente definida em termos de participação na vida produtiva, como se houvesse uma equivalência direta, objetiva e subjetiva, entre saúde e trabalhar (Basaglia, 1982).

Isto porque na cultura ocidental o processo saúde-doença está associado uma norma: que é a participação na vida produtiva. Tal norma se traduz numa absolutização da saúde: a norma não é a vida, mas a saúde, constantemente minada pela doença. A doença é a suspensão da norma, que se não se traduz em saúde (eficiência, participação produtiva) fica absolutizada com a morte (Basaglia, 1982, Aranha e Silva, 2003).

saúde e doença, porque a vida pressupõe a morte, devem ser fenômenos humanos, em constante relação de antagonismo e unidade: equilíbrio e desequilíbrio dos contrários, esses devem ser os dois pólos dialéticos da realidade, que se movem entre a vida e a morte (Basaglia, 1982).

Para Basaglia a polarização da saúde (em positivo) e da doença (em

negativo) impede

qualquer sinal de relação entre um e outro, negando a relação dialética onde a saúde possa surgir como um momento de consciência da apropriação do corpo, como superação da doença enquanto experiência; e a doença uma fase da vida, uma ocasião de apropriação de si, do próprio corpo, das próprias experiências e finalmente, da saúde (se não sobrevier a morte) (Basaglia, 1982).

O paradigma racionalista e a ideologia médica (mas não somente ela) que reconhece de forma absolutizada a saúde como único valor positivo

assume para si a experiência da doença, neutralizando-a e negando-a, a fim de reduzi-la a puro objeto de sua competência. Paradoxalmente destrói o paciente no momento em que tenta protegê-lo, afastando-o de seu encontro com a própria doença (o seu encontro com o próprio corpo, com a própria história, com o modo subjetivo de viver um e outra) que deve ser vista com passividade e dependência (Basaglia, 1982).

A consequência deste processo, ainda segundo Basaglia é uma relação reificada do ser humano com sua própria experiência de adoecer, vivida como um acidente objetivável pela ciência e não como uma experiência pessoal.

A despeito do entendimento do caráter processual do fenômeno saúde/doença mental, um entrevistado do CAPS destaca a presença do comprometimento comportamental, orgânico e/ou neurológico:

“mais ou menos a mesma definição, não tô usando autor nenhum, tá? Mas eu acho que aí o comprometimento é nas questões que aparecem nos diagnósticos, nas questões comportamentais, nas questões orgânicas, neurológicas”

e outro ressalta que as alterações psíquicas compõem a subjetividade das pessoas:

“a psicopatologia como parte da subjetividade das pessoas, né? Na verdade entendo que saúde e doença não são um binômio. Entendo que faz parte da

subjetividade das pessoas, é o seu jeito de viver a vida não é ? E de viver bem ou mal, mas tem o sujeito, sua subjetividade e o seu contexto né? Que é o seu entorno, que é o que o constitui culturalmente, socialmente e etc”

De acordo com o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a reorientação do modelo assistencial deve pautar-se em uma concepção de saúde compreendida como processo e não meramente como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

Tal concepção apresenta-se no universo pesquisado, na medida que o conceito vai se ampliando e é relacionado às próprias experiências e declarado na primeira pessoa do singular. Chama a atenção que tais concepções não são enunciadas como norteadoras do projeto institucional coletivo.

No coletivo institucional, quando o adoecimento é tomado como um processo, como uma experiência compartilhada entre saber formal, científico, dado pelos profissionais, e o saber laico, do senso comum, dado pelo sujeito, individual ou familiar que sofre o agravo há a possibilidade de formação de uma parceria que tira os dois pólos do lugar anterior (quem sabe e quem recebe o saber passivamente) para estabelecer entre as partes uma relação transformada e transformadora (Aranha e Silva, 1997).

b. Acolhimento: modos de captação das necessidades de saúde mental

O acolhimento é uma diretriz operacional do Sistema Único de Saúde que propõe a inversão da lógica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde (Franco, Bueno, Merhy, 1999), que dá ao usuário do serviço uma posição central, ou seja, é pensando nele que os esforços devem ser dirigidos.

Com relação ao sistema de saúde, acolhimento pode significar “a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada” (SMS, 2002).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é um dispositivo único nas práticas de saúde, uma vez que reconhecem que sem acolher e sem vincular não há como existir uma responsabilização clínica e sanitária e, muito menos, uma intervenção resolutiva.

O Programa Acolhimento, criado pela Secretária Municipal de Saúde de São Paulo em 2002, teve como intuito sensibilizar, estimular e promover reflexões acerca do acolhimento e da humanização da assistência pelos profissionais de saúde quanto à importância do acolhimento e o concebe como

a atitude de receber, incluir, integrar, em oposição a segregar, dificultar o acesso e excluir. Fundamenta-se na ética e na cidadania, e entende as pessoas como co-responsáveis na produção de saúde pessoal e coletiva e na complementaridade das dimensões técnica e humana dessas ações (SMS, 2002).

Este estudo compartilha do entendimento que

entre outros sentidos, acolher também significa ao menos atenuar a exclusão social. Acolhimento é também garantir acesso. Acesso à comida, a terra, ao crédito e outros insumos; acesso à moradia digna, ao trabalho, à saúde (nosso dia-a-dia); acesso à educação e à cultura, acesso à informação e ao conhecimento, à reflexão crítica da realidade, de quem somos e de que mundo é este em que vivemos. Acolher também significa não-violência e a promoção da paz (SMS, 2002).

De acordo com o *Documento Norteador Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população*, os objetivos do acolhimento são:

- a. Humanizar o atendimento
- b. Organização do serviço
- c. Otimização do atendimento
- d. Maior resolutividade
- e. Estabelecer fluxo de atendimento para a demanda espontânea
- f. Menor desgaste da equipe e união dos profissionais num objetivo comum
- g. Intensificar o trabalho em equipe
- h. Aumentar a satisfação da comunidade
- i. Compromisso com a construção de cidadania e autonomia da comunidade

j. Fornecer elementos para o diagnóstico local (SMS, 2005).

Este documento define que acolher implica em “uma escuta qualificada que todos os funcionários das UBS devam realizar ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a sua competência profissional” (SMS, 2005).

Entretanto, acolher não é função privativa das Unidades Básicas de Saúde, mas de todos os serviços da rede de atenção, pois

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (Campos, 2003).

O acolhimento na saúde é a construção de uma nova postura dos profissionais e do serviço, que visa à ampliação do acesso com abordagem de risco e vulnerabilidade, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania.

De acordo com os profissionais entrevistados da UAD, o *acolhimento* do usuário pode se dar de duas maneiras: por demanda espontânea e por encaminhamento.

Quando o *acolhimento* se dá mediante encaminhamento de outra unidade, o atendimento na UAD, se imediato ou no começo do mês subsequente, depende da avaliação do profissional do serviço que está fazendo o encaminhamento. Geralmente o parâmetro de urgência dos profissionais de outros serviços é diferente dos adotados na UAD, e que por conta disso a demanda referenciada tem maior facilidade de acesso às vagas da unidade:

“com a demanda referenciada, eu não fico investigando se é urgência, se não é urgência. Peço pra criatura que viu ele, “me diga, isso é uma urgência ou não é urgência?” E acredito, nem sempre com bons motivos, todo mundo acha que álcool e drogas em geral é urgência, então a minha demanda referenciada, acaba tendo maior facilidade de entrada que a demanda espontânea, não porque eu facilito, mas porque eu acredito na avaliação de urgência das unidades e todo mundo se

apavora com álcool e drogas”

Com relação à demanda espontânea, um dos entrevistados refere que o acolhimento na unidade é periódico ou imediato, dependendo da avaliação do profissional acerca da gravidade do caso:

“a gente atende procura espontânea também, nós temos uma periodicidade nesse recebimento da demanda, embora a gente esteja sempre aberta pros casos mais graves, então a gente se organizou dessa forma, tem uma data prá gente receber os novos, isso é a regra geral, mas não é fechado, nem rígido. Então alguns pacientes têm entrada imediata, aqueles que tão numa situação mais de risco”

Há casos que têm uma entrada diferenciada e são acolhidos imediatamente ou o mais rápido possível. Entre as *prioridades* elencadas nos serviços destacaram-se os casos denominados urgentes, envolvendo risco de morte e adolescentes, sendo os adolescentes moradores de abrigos ainda mais priorizados:

Aí exceções: adolescentes de abrigo, tem consulta psiquiátrica garantida, pro dia ou pro dia seguinte. Porque é um dos grandes motivos da saída do abrigo, é que eles entram em síndrome de abstinência dentro do abrigo e fogem de novo, e todo o trabalho de colocar esse menino no abrigo, se perde. Eles têm um grupo de meninos de rua, e é uma entrada priorizada. Outra entrada priorizada são os adolescentes em geral, esses, eu já não tenho essa rigidez de marcar psiquiatria, mas eles devem ser agendados dentro da semana que procuram, a gente faz o máximo possível prá isso, a gente não consegue formar grupos com esses adolescentes, porque eles chegam em idades diferentes, que eu nunca consigo formar grupo, são atendidos individualmente. Outro grupo privilegiado é aquele que liga e tá mal, tá péssimo, tá querendo se matar, já tentou suicídio, e coisas por aí que são as urgências, e esses a gente procura também encaixar com maior rapidez possível”

Entre os que não são considerados urgências, a entrada no serviço se dá mensalmente, dadas as condições objetivas adversas da organização do serviço que descaracteriza o princípio da prontidão e disponibilização de escuta, próprio da concepção de acolhimento como uma atitude institucional:

“tem uma entrada que é assim, a gente fica com a porta entreaberta, não aberta, que é o seguinte, paciente adulto, normal sem outros problemas a não ser a dependência química, ele deve entrar, ele procura, no primeiro dia útil do mês [...] e são distribuídas as vagas do mês”

Fato que é reconhecido como não acolhimento (acolhimento no sentido de permitir a inserção de quem busca o atendimento no serviço) imediato de toda demanda é uma falha do serviço e acarreta um sofrimento para este entrevistado:

“mas eu acho que a gente tem essa falha violenta de não conseguir realmente ter uma porta mais aberta, né? Essa, e tem limite, mas é um desgosto”

Ao serem inseridas nos serviços, as pessoas são direcionadas para o grupo de acolhimento, que constitui em si, uma *estratégia operacional* de acolhimento, entendida como um procedimento diferente da triagem:

“é que diferente nessa unidade do que acontece nas outras, a gente, aqui tem um grupo chamado acolhimento [...] são os grupos iniciais, onde as pessoas entram e que são grupos que tem pessoas em continuidade de tratamento também”

“totalmente diferente dos acolhimentos das UBSs, acolhimento das UBSs você recebe, conhece as demandas, que é essa diretriz de não deixar prá fora o que você não sabe o que você tá deixando, ou fazer esperar o que você não sabe o que é, eu acho fundamental [...] não botar prá fora o que você não conhece”

Os dois profissionais ressaltam que o acolhimento deve ser entendido como uma atitude dos profissionais dos serviços frente à população usuária e que esta atitude reflete na forma de vinculação da população usuária:

“e a unidade é especificamente muito acolhedora, isso é uma coisa que todos os pacientes relatam, porque foi uma coisa muito trabalhada com auxiliar de enfermagem que tá lá em baixo, todo mundo recebe as pessoas muito carinhosamente. Essa coisa acolhedora da unidade, ela é muito clara, eles se ligam muito, se vinculam muito e se sentem muito acolhidos aqui, então nesse sentido de acolhimento a unidade é acolhedora”

“a gente entende acolhimento num sentido mais amplo, como uma função

institucional, né? quer dizer, acolhimento tem que ser uma função institucional, ela tem que se dar no modo como a pessoa é recebida lá embaixo, no modo como o vigilante trata o paciente, com a enfermagem, ela não é só um lugar, num tempo, e lugar específico, do funcionamento do grupo de acolhimento. Acolhimento é um lugar de recepção, de acolhida, de continência. Onde a pessoa pode se sentir acolhida no local e não rejeitada, isso muito por conta da exclusão, da estigmatização que se faz. Em termos de alcoolismos e de usuários de drogas e tal, então é uma função bastante importante. É uma palavra vamos dizer assim, com um simbolismo feminino forte. Então é como se fosse um útero no qual alguma coisa nova pode nascer, essa tem que ser uma função de toda instituição, ok?”

Por fim, reafirmam que todos os profissionais estão envolvidos no processo de trabalho, que há um envolvimento de todos e que o trabalho se dá em equipe:

‘eu acho que tá todo mundo muito envolvido, é uma equipe que trabalha muito em equipe, a gente efetivamente trabalha como equipe, embora muitas vezes a gente faça grupos sozinhas, tem pacientes que estão com uma só pessoa, o trabalho é de equipe, e a equipe conta muito um com o outro, em muitas situações e não existe aquilo, o paciente é seu, o paciente é da unidade e eu acho que o processo de trabalho congrui muito com o objetivo da unidade”

São três as fontes de *captação das necessidades* da população: demanda natural, fontes bibliográficas e por informantes de ações intersetoriais. Referem, todavia, que por conta da demanda em excesso, se faz apenas o reconhecimento das necessidades de tratamento dos usuários que buscam o serviço e que essa identificação acontece através da porta de entrada do usuário, do *acolhimento*, a despeito das dificuldades institucionais:

“a gente agora tem uma porta que recebe uma vez por mês, mas sempre com uma porção de exceções, mas é uma entrada um pouco dificultada por conta do excesso de demanda e basicamente a gente identifica as necessidade de tratamento de quem bate na porta. A gente não tem condição de sair a campo identificando necessidades”

“tem outra necessidade que a gente sabe pela literatura, que é por exemplo, a

questão dos dependentes de benzodiazepínicos, nunca bateu na porta, a gente se propôs a abrir um grupo e a fazer um trabalho de sensibilização de profissionais em geral, de saúde da região para a questão dos dependentes de benzo, a não criar dependes de benzo”

Há situações em que identificam *necessidades de saúde* dos moradores do território que não são dirigidas diretamente ao serviço, e que por não chegarem ao serviço, não são priorizadas:

“vez por outra a gente identifica uma necessidade e começa a pensar se a gente vai agir em cima, não vai agir em cima, uma necessidade que não está batendo na porta. Por exemplo, fui na reunião da agenda 21 aqui de Pinheiros, com um senhor que trabalha, dá comida pros moradores de rua. Como é que a gente podia trabalhar juntos em relação aos meninos de rua que não aceitaram abrigo, essa é certamente uma necessidade que cabe a eu agir, mas como? certo? Montar isso não se tendo uma população que bate na porta demandando?”

Com relação ao Programa Saúde da Família, nos documentos oficiais, o conceito de *acolhimento* vem associado à responsabilidade entre serviços de saúde e população, a um atendimento de boa qualidade com humanização das práticas de saúde, ao estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população (Brasil, 1997).

Um dos profissionais entrevistados conta que o *acolhimento / escuta qualificada* do usuário na UBS/PSF acontece sempre que ele procura o serviço de saúde, referindo que se trata de um atendimento realizado por enfermeiro ou médico, a partir do qual o usuário é encaminhado para uma consulta que possa atender à necessidade dele, para um grupo de escuta, ou ainda para outro serviço:

“nós temos hoje uma organização de paciente, ele sempre tem a entrada, a porta aberta. Quando o paciente chega na unidade, mesmo que ele não tenha agendamento, ele tem um acolhimento, que a gente ouve esse paciente e a partir da demanda que a gente identifica ali, um profissional universitário, ou médico, ou enfermeiro, vai dar um encaminhamento prá ele. Ou ele vai ser atendido agora, ou ele vai ser agendado prá amanhã, ou ele vai ser agendado prá daí uma semana, ou

ele vai ser discutido no grupo. Nós temos um grupo de escuta, que é um grupo aberto, você vai lá e passa. Quem coordena o grupo é uma equipe de saúde mental junto com os profissionais daqui. Tem essa abertura também. Então a gente encaminha pro grupo, fala, 'vai lá no grupo' e lá, aí se no grupo fala 'não, ele tá um pouco destoado do grupo', então ele vai prá outra ação, tal, tal. Então ele sempre tem um canal, nunca acontece de um paciente chegar aqui e ele voltar de mão abanando, vamos dizer assim, isso não acontece, porque o organismo, o sistema tá organizado de forma que ele tenha uma resposta, pode não ser a que ele queria, naquele momento, mas ele tem sempre uma referência, sempre tem algum encaminhamento [...] pros serviços que seja de referência, ou dentro da própria unidade, vai prá uma consulta, vai prá um grupo, vai pro agendamento.

O objetivo desse atendimento, denominado *escuta qualificada*, retornando ao conceito de *acolhimento*, é dar uma resposta para quem procura o serviço, sendo que quando não se pode satisfazer a *demand*a imediatamente, a resposta pode ser um agendamento, um encaminhamento para atendimento imediato ou um encaminhamento para outro serviço:

“o objetivo é [...] tentar esclarecer a esse usuário, sobre a demanda dele, se for possível solucionar, se não for possível, dar uma resposta. O acolhimento obrigatoriamente tem uma resposta, todo acolhimento tem que ter uma resposta e essa resposta varia muito de quem acolhe, do problema dele, enfim, essa resposta pode convergir num atendimento, num encaminhamento, num agendamento, enfim, mas sempre tem uma resposta”

Para manter a prontidão da *escuta qualificada* há uma escala dos profissionais da unidade para acolher os usuários que chegam ao serviço demandando assistência, sem consulta previamente agendada:

“em uma escala, que vai escutar essa pessoa, a escuta qualificada, aí, alguns profissionais [...] a escuta qualificada o enfermeiro faz, o auxiliar muitas vezes faz também”

Há um entendimento particular de *acolhimento propriamente*, que é uma ação diferente da *escuta qualificada* e que é mais identificado como *prontidão*, como uma postura de dar atenção a quem procura, manter-se

acessível ao usuário, referindo que quanto a isso, o acolhimento é feito por todos os profissionais do serviço.

O *acolhimento* na unidade acontece durante todo o período de funcionamento do serviço, sempre que necessário, de modo que há um planejamento para deixar horários em aberto na agenda do profissional médico para que ele possa atender demandas espontâneas de urgência:

“ele é feito por qualquer funcionário, desde o vigia, até diretor [...] todos fazem o acolhimento, seja ele de orientação, seja ele de, sei lá, de um questionamento, ou mesmo prá ouvir, alguém chega ‘eu quero conversar’ ‘tá bom’ [...] e o acolhimento é feito da hora que abre a unidade, à hora que fecha. Se chegar cinco prá seis, um paciente, ele vai ser atendido, cinco prá seis, se demorar uma hora, ele vai ficar uma hora aqui nesse acolhimento, mas qualquer pessoa faz, qualquer um”

“Não tem hora marcada, o acolhimento ele é das sete da manhã às seis da tarde, quem tiver passando mal, vai receber atendimento à hora que chegar ou assim que for possível [...] tem algumas vagas do dia que os médicos deixam pra esses eventuais, seria o acolhimento”

O *acolhimento* do usuário no serviço pode também seguir uma dada hierarquia sistematizada que se inicia com os auxiliares administrativos, que na ausência de uma consulta previamente agendada encaminham esse usuário para o atendimento com o auxiliar de enfermagem, que por sua vez encaminha o usuário para atendimento com o médico ou enfermeiro da unidade, de acordo com a gravidade do caso:

“o balcão recebe a pessoa, se a pessoa não tem consulta agendada vai passar com o auxiliar de enfermagem, aí o auxiliar de enfermagem vai fazer o exame físico que lhe compete. O auxiliar ouve a história, anota os exames vitais do paciente e vai passar ou pro enfermeiro ou pro médico”

Tal sistemática de *acolhimento* pode indicar procedimentos identificados com a pré-consulta de enfermagem ou quando há uma urgência o acolhimento é feito diretamente pelo profissional médico:

“se for uma questão mais grave, o paciente tá convulsionando, tá numa crise hipertensiva, aí já é falado com o médico direto”

Dadas as características da unidade, o *acolhimento* do usuário é realizado pelos profissionais responsáveis pela área territorial específica em que o usuário mora:

“ele vai passar de preferência com o enfermeiro ou com aquele médico que é da área, que daí ele já conhece, já levanta o prontuário do paciente”

As *necessidades de saúde mental* são identificadas por meio da requisição do próprio usuário, ou através de outros dados observados pelos trabalhadores:

“no geral as necessidades de saúde aparecem dessas formas, ou espontaneamente, vindas dos próprios usuários, ou a gente identifica mediante a análise desse território, mediante a análise dos dados que a gente tem”

Além do *acolhimento* na unidade, as *necessidades de saúde mental* podem ser captadas nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos, ou seja, *o próprio trabalho e sua organização propiciam o surgimento e captação de necessidades*, compreendidas como não estritamente biológicas, mas que dizem respeito ao cenário da própria existência da pessoa, onde vive a vida real. Tal disposição do serviço e da organização dos processos de trabalho alinham-se de forma estreita às diretrizes da Reforma Psiquiátrica:

“ele pode tá com consulta agendada e na consulta ele passa as necessidades dele, pode ser num atendimento eventual, ele apareceu aí não tinha consulta e aí ele é atendido [...] Então aparecem essas coisas, ou na consulta ou mesmo fora, a pessoa aparece aqui com uma queixa aguda e quando você vai colher a história você entende que aquela queixa era só um, ou ela tá somatizando aquilo, ou era mesmo só prá dizer que precisava falar de outra coisa. ixe, muitas pessoas entram aqui, ‘aí uma dor aqui’ e você conversa quarenta, cinqüenta minutos, sumiu a dor, né? E a pessoa já melhora”

“as necessidade deles são diversas e aparecem das formas mais inusitadas, então você tá na casa da pessoa, de repente fazer uma visita, um controle da pressão, alguma coisa e ela começa a contar da vida e vai. E uma visita que era prá ser de dez, quinze minutos fica de uma hora e meia, duas porque as pessoas vão

conversando, vão falando e você entra literalmente na vida daquela pessoa, você passa a conhecer praticamente tudo da vida daquela pessoa, porque ela sentiu abertura. Sentiu um vínculo, isso não acontece de um dia pro outro [...] o agente vai na casa dele, ou um auxiliar, ou um médico, um enfermeiro, procurar essas necessidades”

“tem os grupos também, só que o grupo são ações mais específicas prá alguma coisa, então tem o grupo de hipertenso, diabético, grupo de diminuição de peso, então nesse grupo a gente discute prioritariamente isso, mas eventualmente aparece alguma outra coisa, então dali você pega, você capta necessidade ali”

Além disso, na *estratégia do PSF*, o cadastro da população moradora é em si um *instrumento que permite a identificação das necessidades da população*:

“a gente procura identificar o que a população necessita, ou carece com esse cadastro. Por esse cadastro você consegue por exemplo saber a quantidade de pessoas que tem diagnosticado de transtorno mental, hipertensão, quantas tão grávidas, quantos têm diabetes, quantos têm tuberculose, então esses dados a gente usa prá direcionar as nossas ações, então, é mais ou menos assim que a gente identifica os problemas aqui”

“e uma coisa que é bárbara, que eu não vivenciei isso em outro serviço a não ser aqui no Programa Saúde da Família é que quando você forma um vínculo com a pessoa, quando você entra na casa de uma pessoa, quando você conversa com uma pessoa, quando você dá espaço prá essa pessoa falar, as necessidades aparecem. E quando a pessoa sente que ela tem uma abertura prá falar das suas necessidades, ela usa isso muito bem, ela sabe explorar isso muito bem e o profissional se ele tiver imbuído em querer ajudar e estiver aberto prá isso, as necessidades aparecem assim claramente. Então uma coceira na cabeça, na verdade era um pretexto prá que ela pudesse achar essa abertura prá pode falar dos problemas”

Além das estratégias de acolhimento: grupo de acolhimento, visitas domiciliares, o próprio cadastro de moradores, a demanda espontânea, o encaminhamento de outros serviços, acrescenta que é possível identificar as necessidades da população através da análise dos recursos do território e acesso da população a esses recursos:

“primeiro pelo território, se você analisar os recursos que o território tem, ele já te dá informações importantes prá umas possíveis necessidades dos usuários, então se você tem um território onde tem recursos, te dá recursos na área de educação, te dá recursos na área de saúde, na área de lazer, cultura, transporte, isso já te ajuda muito, né? É diferente o cara da periferia que não tem onde jogar uma bola, não tem um cinema prá ir, não tem uma livraria, não tem nada”

Figura 8: Fluxo para organização do Acolhimento na Unidade Básica de Saúde / PSF

Fonte: SMS, 2005.

No serviço especializado, o Centro de Atenção Psicossocial, a definição de *acolhimento* é sinônimo da atitude respeitosa frente ao usuário e suas demandas, uma atitude empática, que depende de característica individual das pessoas, mas, é também e fundamentalmente, uma diretriz e um projeto institucional, onde todos os profissionais do serviço devem estar engajados:

“prá algumas pessoas é mais fácil, que as pessoas já trazem isso, atitude mais

cuidadosa, respeitosa e outras pessoas não. Que é uma coisa que você tem que falar, que quando você tá falando com as pessoas, você tem que olhar prá elas, não dá prá você ficar pegando todos os dados e ficar escrevendo sem dirigir o olhar prá pessoa, ou falar no telefone de qualquer jeito. Acolhimento é antes de tudo uma atitude de respeito, de escuta, não é falar de qualquer jeito, é falar do jeito que você gostaria que falasse com você”

“acolhimento é uma atitude, que tem que perpassar o funcionamento do serviço como um todo, então ter uma atitude acolhedora, escutar quem nos procura ou quem nos aciona [...] Ter uma atitude acolhedora é acolher a necessidade das pessoas, como eu disse, lá do portão de entrada, onde tá o vigilante, à recepção, a qualquer um de nós. É uma postura, é uma atitude”

“todos, absolutamente todos, do porteiro, do vigilante ao, qualquer um, vigilante, limpeza e tal, cada um tem o seu lugar e a sua função, e todos são fundamentais na engrenagem”

Com relação à forma de realizar o *acolhimento*, os entrevistados remetem-se ao Programa Acolhimento, identificado com a finalidade de conhecer as *necessidades* da população que busca o serviço de saúde:

“prá fazer acolhimento você não pode demorar prá ouvir o que a pessoa está precisando, no mínimo. Depois você pode até dizer, ‘isso que você está precisando eu não tenho o que oferecer’. Porque parece que é isso: “é melhor não ouvir quando não tem o que oferecer”. Eu acho que o Programa do Acolhimento, na verdade o que se repensou foi isso, ‘a gente também não pode ficar cego, até porque: o que eu não tô podendo atender?’ Eu preciso ter esse dado, o que eu não consigo oferecer, o que a UBS não consegue oferecer, ou por falta de gente, ou por falta de especialização, sei lá, qualquer coisa, mas primeiro escuta.

No CAPS um trabalhador informa que a identificação das *necessidades de saúde mental* da população usuária do serviço se dá por meio de uma escuta atenta ao que ele diz, que se deve atentar também para o discurso não-verbal, para a família como fonte de informação. Ressalta a importância de se buscar entender o porquê de dados discursivos, uma atitude clara de acolhimento como estratégia de apreensão de necessidades de saúde encoberta na demanda por serviço de saúde mental:

“escutando, na literalidade o que as pessoas trazem e prá além da literalidade também. E aqui eu me refiro ao discurso literal, explícito. Poder ouvir para além do que tá sendo dito literalmente. Que se expressa pelo medo, que se expressa numa pergunta que se faz, por que ela tá me perguntando de novo isso?”

“Pelas observações, pelo gesto, pelo o que esse sujeito traz para além do que ele fala, seja familiar”

Os entrevistados da Unidade Básica de Saúde com Unidade de Apoio referem que há uma tentativa de fazer *acolhimento* da população visando atender o mais rápido possível as necessidades de saúde da população:

“na medida do possível a gente tenta nas outras áreas tá absorvendo, se não imediatamente, quase imediatamente a necessidade da população. A gente vai atrás sempre do prejuízo, a população precisa muito, a gente muitas vezes tá aquém um pouco do que pode oferecer em termos de quantidade, mas na qualidade, a gente preza a qualidade do atendimento, né?”

O *acolhimento em saúde mental* se operacionaliza por meio de um grupo, denominado grupo de escuta, cuja finalidade é a inserção do usuário no serviço, elaborar diagnóstico, estabelecer grupamento nosográfico e acompanhar a cronicidade:

“meu acolhimento em mental é um grupo que eu chamo de grupo de escuta, que é o dia da entrada, é as quartas-feiras. Começa às 5 e 15, até as 7 horas. Onde a pessoa só se identifica, coloca a sua queixa de uma forma breve. Aí você já consegue fazer uma hipótese diagnóstica, não só da sua área, mas também no fluxo de atendimento em áreas correlatas, em qual grupo ela teria condições de tá sendo aceita, incluída, não só aceita pelo grupo como também, ela se dá bem em termos de necessidade, não é por um mesmo tipo: depressivo com depressivo, não, é em termos do jeito de ser depressor, o sofrimento no momento dela, se o grupo tá naquele estágio, se não tá naquele estágio, se vai ter que regredir prá poder entrar esse novo elemento. São bastantes critérios, você tem que ser bem ágil na hora de tá inserindo. Tem também o grupo de psicótico, esse é fechado, são pacientes que vêm do CAPS em tratamento comigo e que eles tiveram o surto e que realmente eles ficaram comprometidos, onde a reinserção na sociedade deles é uma coisa muito difícil, e é necessário sim um acompanhamento pela cronicidade que eles

ficaram, por um tempo indeterminado eu vou dizer assim”

Chama a atenção que neste serviço o *acolhimento* não é identificado como uma estratégia de captação ou de identificação das *necessidades de saúde mental* da população, uma vez que um dos entrevistados refere que não conhece um instrumento adequado para que se faça esse reconhecimento:

“acho que não tem um instrumento adequado prá ter isso com clareza, né?”

Da mesma forma, no outro relato depreende-se que a Unidade de Apoio capta as *queixas* dos usuários, referidas ao universo médico e sanitário, ao invés das *necessidades* da população, uma vez que utiliza como estratégia a *escuta da queixa* (ou *demanda*) do usuário, mesmo que muitas vezes seja necessário olhar para o contexto familiar da pessoa. A captação das *demandas* dos usuários do serviço se dá através do diagnóstico:

“pela queixa mesmo do paciente. você começa a ver um pouquinho do núcleo familiar, é um núcleo familiar desestruturado, tem um pai que tá desempregado, ou é alcoolista, ou a família perdeu poder econômico e tá numa situação financeira difícil, entre outras coisas. A queixa, é muito difícil ela vir apresentada de bandeja, bonitinho. Também tem, mas aí é ótimo, praticamente vem com o CID. você passou no médico?” ‘não, não passei, mas eu sei que tô, porque eu li. Então é através do diagnóstico mesmo, através do que ela apresenta, tá?’

“a gente capta pela própria demanda que a gente tem na própria unidade mesmo, da procura do serviço”

Diferentemente, o acolhimento “não se reduz a atender bem, a um eficiente serviço de recepção nem mesmo se resume num bom dia dado com um sorriso no rosto, ainda que tudo isso faça parte dele. A ética do acolhimento leva a questões mais profundas a respeito do mundo, de nossas relações e de nós mesmos” (SMS, 2002).

Vários estudos e alguns achados desta pesquisa mostram que há

dificuldades na operacionalização do acolhimento segundo estas premissas por conta de algumas distorções presentes no processo de produção de ações de saúde, dentre as quais se destaca a persistência da formação dos profissionais segundo a lógica positivista que valoriza, de maneira muito forte, a visão de mundo quantitativa, objetiva e concreta; e a supervalorização, por parte dos gestores, dos aspectos técnicos, econômicos e administrativos do processo de produção de ações de saúde.

c. Respostas dadas aos usuários dos serviços, com relação às demandas e necessidades de saúde mental

A respostas às *demandas* por atendimento na Unidade de Álcool e Drogas varia de acordo com a maneira como ela se apresenta ao serviço, se por via telefônica, ou pessoalmente.

Quem procura o serviço pessoalmente sempre é atendido ao menos pelo auxiliar de enfermagem e que de acordo com a urgência da demanda, ele é ou não atendido por um especialista:

“quem chega na porta, não chega pelo telefone, esse necessariamente é visto pelo menos pelo auxiliar de enfermagem ou pela enfermeira, e cheirou que alguma coisa tá muito complicada, vai conversar com algum técnico da área de saúde mental com certeza”

Para os que buscam o serviço por telefone é feita uma avaliação do caso. Se o caso é avaliado como urgente, o usuário é orientado a procurar o serviço o mais rápido possível, se essa urgência não se evidencia na ligação telefônica, o usuário é orientado a procurar o serviço no primeiro dia útil do mês seguinte, ressaltando que esse atendimento telefônico, segundo os profissionais do serviço, tem se mostrado efetivo:

“só que as pessoas não chegam na porta, em geral. As pessoas chegam por telefone, e por telefone a gente tria, ah, não era o que a gente queria fazer, certo?”

Mas a triagem por telefone tem se mostrado efetiva”

Há uma preocupação com os que não buscam a unidade no começo do mês, mas questiona se tal desistência não reflete uma maior probabilidade de abandono do tratamento:

“agora eu me preocupo com esse paciente que não está tão grave, mas que também não tem a tolerância da espera. Por outro lado, eu não sei se esse que não sabe esperar quinze dias, se a gente conseguiria envolver no tratamento, porque a gente tem uma taxa de desistência do tratamento, que é mundial em álcool e drogas, grande, esse paciente que não consegue esperar quinze dias, ele aderiria?”

Cabe aqui uma breve reflexão. O limite do serviço impõe determinada dinâmica: a espera, o acordo, o limite. Essa população suporta isso. Isso já é uma intervenção? Em condições ideais, a opção do serviço seria essa?

De acordo com os profissionais do serviço, a resposta dada às demandas dos usuários que buscam o serviço limita-se ao tratamento da dependência química, ressaltando que:

“a gente atende a demanda que bate na porta, eu priorizo alguns segmentos, né? Segmento de adolescente de rua é priorizado claramente na entrada”

Coerentemente com a perspectiva de apreensão das demandas por ações de saúde, e não por necessidades de saúde captadas, o universo de intervenções ou respostas do serviço refere-se ao: tratamento oferecido na unidade, outros recursos do território, denominados de alternativos, as psicoterapias e a terapia ocupacional e os serviços especializados:

“o que a gente consegue oferecer em geral é tratamento, e encaminhar para coisas alternativas, como o CECCO, trabalhos corporais, atividades que a gente considera promotora de saúde mental em geral”

“a gente tem proposto pro pessoal dependente de benzo na retirada do benzo, a gente tem proposto prá vários pacientes daqui também psicoterapia e terapia ocupacional, processos psicoterapêuticos e terapêuticos em geral da área da saúde, mas tem um pedido muito grande de medicação. Aa gente tem os postos de saúde que têm equipamentos e profissionais de saúde mental, equipamento não

muito, mais profissionais de saúde mental atuando, equipes. A gente tem também as alas psiquiátricas, as internações”

O princípio de reduzir danos é utilizado como estratégia para facilitar a adesão inicial ao tratamento e alcançar o objetivo final eleito pelo serviço, que é a abstinência:

se aproveita dessa busca, prá inicialmente fazer uma redução, depois refletir sobre se é possível um não uso, em termos de álcool a gente desilude logo. Não dá, por causa da abstinência. A abstinência é complicada, a abstinência das outras drogas às vezes até permite uma redução, uma coisa assim, mas o álcool complica, né? Mas é mais raro. Existe, claro, pacientes, principalmente aqueles que já passaram por AINE, AI, etc., eles vêm com clareza de que eles precisam de abstinência, mas a grande maioria que vem procurar, dizem que querem parar, mas na verdade, eles não queriam parar, eles queriam poder recuperar a liberdade que eles tinham antes de opção de uso, né?

Com relação à prevenção e promoção à saúde, a avaliação é que o trabalho ainda é insuficiente:

“no caso de prevenção, promoção de saúde, a gente acaba não tendo pernas suficiente. A gente faz também umas palestras para o pessoal de saúde, tentando mobilizar a questão de álcool e drogas com os próprios funcionários da saúde, prá que diagnostiquem mais, encaminhem mais, abordem mais, porque muitas vezes diagnosticam e não abordam porque não se sentem capazes de abordar, aí a questão é estimular a abordagem”

A forma de organização do trabalho da UBS/PSF e sua operacionalização, tal como foi possível compreender na captação das *necessidades*, permite uma aproximação e uma resposta mais efetiva das *necessidades* da população por:

1. identificar as necessidades reais no contexto real onde as pessoas moram;
2. enfrentar as dificuldades na proposição de uma intervenção que tem a ver com a realidade de onde esta população vive;

3. identificar as necessidades que não serem reconhecidas como tais pelos usuários;
4. identificar as necessidades que não chegam ao serviço;
5. articular ações em rede com apoio matricial;
6. articular ações em rede com serviços especializados.

De acordo com os profissionais da UBS/PSF a resposta às *necessidades de saúde mental* acontece por meio do monitoramento do processo saúde/doença pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos demais profissionais da equipe, com destaque para o impacto positivo desse instrumento na qualidade da assistência:

“Agente Comunitário de Saúde, ele é quem cadastra as pessoas na rua e todo mês ele tem a obrigação de visitar cada uma das famílias que ele cadastrou. Ele vai passar na sua casa uma vez por mês, prá saber se tá tudo bem, se precisa de alguma coisa, e fazer algumas questões que ele precisa fazer. Os profissionais universitários, médicos e enfermeiros, visitam algumas famílias, geralmente a gente prioriza aquelas famílias que tem um acamado, ou tem uma pessoa num pós-operatório, tem alguma questão que a gente precisa ver. Uma coisa é o paciente tá ali entre quatro paredes com você no consultório, a hora que você chega na casa, você vê que não é bem assim. Isso eu acho belo, porque você tem a realidade dela, não adianta você falar que ela tem que comer queijo brie, ricota, ou qualquer coisa, se isso não faz parte da comida dela. Então quando você vê a realidade, acho que melhora a qualidade da sua assistência. Então a gente faz isso, isso é sistemático, tem uma escala e essa escala é seguida criteriosamente, a gente vai mesmo nas casas de qualquer pessoa. O objetivo como eu disse, é promoção de saúde. Quem olha de fora, às vezes não percebe tudo isso, mas é um programa que bem implementado, bem coordenado, é impressionante, é muito bacana, eu falo porque, não só porque eu trabalho nisso, mas porque eu sei a diferença que faz, você consegue mudar o perfil epidemiológico substancialmente com esse programa”

A visita domiciliar é definida como um instrumento para identificação de necessidades de saúde mental que não chegam aos serviços:

“quantos pacientes com transtornos mentais inclusive vivem em regime de prisão

dentro de casa, e se a gente não vai na casa, nunca que cê ia descobrir, jamais. A gente tem casos aqui, dá prá escrever uma enciclopédia, de tantos casos que se não fosse o Programa Saúde da Família, eles não seriam descobertos, estariam em sofrimento mental. O paciente e a família, porque não tinha um serviço aberto prá isso e a partir do momento que a gente apareceu, esses problemas puderem ser pelo menos discutidos, se solucionados ou não, mas pelo menos discutidos”

A resposta para a *demanda* por atendimento especializado de saúde mental da população usuária da unidade do PSF é o atendimento com o profissional generalista. Este avalia a necessidade de um encaminhamento, leva essa avaliação para a equipe que faz apoio matricial no serviço constituída por trabalhadores do CAPS, da Unidade de Apoio e da UAD:

“prá gente atender essas necessidades a gente tem então esses profissionais que vêm até a unidade, que são três psicólogas e um psiquiatra que dão apoio aos nossos médicos e enfermeiros. A gente tem três médicos generalistas aqui na unidade que recebem o apoio desses profissionais. Essa equipe que dá suporte, quando a gente identifica a gente tenta por aqui, se não dá, esses psiquiatras, esses psicólogos também vão nas casas”

Outra estratégia é o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, avaliado como fundamental para a prestação da assistência:

“o agente comunitário vai na casa, então dá prá gente saber se o cara tá tomando o remédio ou não, não preciso esperar uma semana. E isso é fácil prá gente fazer porque o cara que tá lá, o especialista, ele passa a medicação ‘daqui um mês você volta, daqui três semanas você volta’ nessas três semanas, você não sabe, se o cara não vem também. Aqui não, se ele faltou de manhã, à tarde o cara tá lá na casa dele, o agente comunitário ‘Escuta, o que aconteceu? Que você não foi na consulta?’ Então essa proximidade, isso facilita muito no tratamento”

Ampliada a concepção de *necessidade de saúde*, amplia-se também a *complexidade* das intervenções e estratégias, cujo objetivo final é a melhora da qualidade de vida da população. Os trabalhadores indicam os campos ampliados de intervenção para a satisfação das necessidades da população:

1. consulta médica
2. grupo terapêutico
3. dispensação de medicamento
4. assistência jurídica e social
5. estratégias intersetoriais

como se segue:

“a gente tenta responder ao máximo que a atenção básica pode ir. Se for uma necessidade orgânica de saúde, dela tá doente, aí passa em consulta, o médico dá o diagnóstico, é dado a medicação, se ela se enquadra em algum dos grupos, ela é direcionada pra esses grupos”

“se é uma demanda de ordem até social, a gente tem os nossos órgãos que são referência pra gente. Se precisa de uma ajuda jurídica a gente encaminha, se é uma questão social, a gente também tenta encaminhar. Mas a gente tenta dentro do nosso campo de ação, resolver aqui, só que quando não conseguimos a gente tem a quem reportar, né? E aí a gente passa pra esses responsáveis e eles tentam resolver e da mesma forma que nós somos referências pra algumas coisas, então outros serviços referenciam pacientes pra cá”

“se a gente vê que o bairro carece de algum recurso, a gente tenta, conseguir. Se tem uma criança fora da escola, a gente tenta de toda forma conseguir a vaga, porque às vezes o principal canal de comunicação que o usuário tem no sistema, no município, é a saúde, então é o único canal que ele vê aberto, então ele entra, e ali a gente tenta, a gente liga, explica e geralmente a gente é super bem atendido, não tem problema”

A finalidade do serviço não é somente o tratamento da patologia, mas também a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos:

“acho que todo paciente que entra aqui, ele é olhado de uma forma ampla mesmo, né? Mesmo que o problema agudo dele tenha sido solucionado, a gente abre um leque de opções pra que ele cuide melhor de si, né? E que ele use melhor o serviço. Então a gente fala, oferece pra essas pessoas o que é direito dela. A gente sempre procura a trabalhar as questões de saúde dos usuários dessa forma, porque é um serviço que se propõe a isso, senão a gente teria que mudar o nome, mudar a proposta, mudar a estratégia, porque a gente não quer cuidar de paciente que tá só com doença aqui, a gente quer manter a saúde das pessoas e evitar que elas tenham, vamos dizer, uma descompensação de algum agravo que ela já tenha instalado”

Percebe-se que há clareza da função estratégica da UBS com PSF implantado, onde o processo de produção de ações de saúde está voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença. Tal clareza está relacionada à orientação do Ministério da Saúde, onde o PSF se configura como um programa prioritário.

A UBS com Unidade de Apoio, por sua vez, disponibiliza as seguintes respostas para as *demandas* por ações de saúde mental da população assistida por ela:

1. grupo de psicoterapia;
2. consulta psiquiátrica e tratamento da doença manifesta;
3. reinserção social como sinônimo de reinserção no trabalho;
4. mediação da relação entre o usuário e familiares;

“é ofertado, psicoterapia geralmente. A maior queixa é porque pela alta demanda, sempre é grupal, não tem como fazer individual. O pessoal reclama muito inclusive, gosta muito da individual, até entrar na grupal e saber como é que funciona, é um sufoco, existe sim a indicação pra psicoterapia individual, existe sim a indicação pra psicoterapia grupal e eu mantenho a psicoterapia individual nos casos em que não há condições de trabalhar com a pessoa em psicoterapia grupal”

“nesse grupo tira-se também uma demanda pro atendimento da psiquiatria, porque eu tenho uma demanda grande de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, e outras né?”

“a gente consegue alguns programas gratuitos que existem de empresas, mas que quando fala, deficiência mental eu ainda consigo, se é um retardo leve eu ainda consigo, aí quando você fala de uma deficiência provocada por uma crise, se é uma simples depressão já tá fora desses programas. Eles até falam ‘olha tamos com inscrição aberta, mas olha não me manda se for depressão, se for bipolar, não quero, eu quero deficiente mental leve, ou portador de necessidade especial, auditivo, visual, etc. Então essa reinserção é uma coisa delicada e eu fico preocupada porque vai cronificando, porque ele melhora, ele espera realmente, novamente ser aceito, não consegue ser aceito, aí ele novamente caí e volta pro CAPS, e fica como se fosse uma peteca que vai e volta, acaba que nunca perde o vínculo nem aqui, nem lá”

“o que a gente coloca à disposição no caso dessa usuária, é mediação, conversas

regulares com a usuária e está família, prá justamente fazer essa discussão”

O Centro de Atenção Psicossocial, dada sua especificidade, qualifica de forma mais clara as diferenças entre *demanda* por ações de saúde e *necessidades de saúde*. Admite que quando a *demanda* é por tratamento, a resposta é construir um projeto terapêutico singular, que faz sentido na vida desse sujeito e que questiona o cardápio pronto:

“eu posso até decodificar que a necessidade é por tratamento, é por cuidado, é por acompanhamento e aí que acompanhamento, que cuidado, que modalidade de assistência eu vou oferecer? Não só como pedem as APACS, em frequência, quantas vezes, se ele é intensivo, semi- intensivo, ou não-intensivo, mas o que que pode fazer sentido prá essa pessoa, o que que pode linkar com aquilo que ela veio pedir além do cardápio básico, os grupos, terapia”

Ampliado o conceito de *acolhimento*, que por sua vez amplia a concepção de *necessidades de saúde*, tal como acontece no PSF, ampliam-se os desafios na construção das respostas, e não apenas cuidados no campo sanitário ou do tratamento, para as *necessidades* de ordens diversas, como:

1. o direito ao trabalho;
2. o direito ao ócio;
3. o direito ao respeito;
4. o direito de agenciar encontros, que incluam o *fora* do serviço, no campo cultural;
5. o direito de produzir acontecimentos e eventos que construam ou refaçam sua rede de apoio e que não se restringem ao campo sanitário;
6. o direito a ter direitos individuais e coletivos;
7. a necessidade de implicar o coletivo nas questões dos moradores de rua.

“as respostas podem ser múltiplas, por inserção no trabalho, por exemplo, isso é uma coisa bacana quando cê vai trabalhando com os usuários”

“também tem uma coisa do fazer, que tem que fazer, tem um paciente que é ótimo, que é uma graça, e ele fala: ‘mas que mania vocês têm de achar que eu tenho que ir no clube, que eu tenho que ir no Centro Cultural, que eu tenho que trabalhar, ele inclusive fala: ‘eu não nasci pro trabalho gente, eu não nasci prá sofrer’, eu acho ótimo porque é isso, dá licença, nem todo mundo precisa das mesmas coisas, né?”

“ela dizia isso, ‘então você tá acreditando em mim, porque como eu sou paciente e ela é técnica’. Eu entendo de que lugar ela tá falando, de ser levada em consideração. muitas vezes um familiar, ou sei lá quem que tá acompanhando, fica piscando, fica fazendo um monte de careta, tipo, ‘aí, não leva em consideração’. E às vezes fica surpreso inclusive, ‘nossa, mas você acreditou nele?’ Acho que essa é uma atitude básica de resposta a uma necessidade de subjetivação, de validar que é um lugar deste jeito, que pode falar coisas que eu não entendo, inclusive o problema não é só dele, é meu inclusive, vou ter que fazer um esforço pra entender, o que que ele tá falando.

o que vai mudando o que a gente pretende é, não só o que pede lá APAC se ele mudou de intensivo pra semi-intensivo, pra não-intensivo, mas que projeto terapêutico você pode ir construindo? Isso é uma coisa que a gente já vem fazendo a alguns anos de cuidar muito da entrada, de também não entrar na totalidade do CAPS, segunda, terça, quarta, quinta e sexta, de manhã e de tarde. Então como é que você pode propor um projeto terapêutico que inclua o fora”

“algumas necessidades se expressam assim ‘eu não tenho amigos, eu não tenho com quem sair, eu não tenho, não tenho, não tenho, não tenho’ né? É muito legal quando a gente consegue possibilitar que o espaço institucional sirva prá pessoas se encontrarem, não só durante a semana, mas que elas possam experimentar se encontrar em outros lugares”

“não só orienta mas vai junto na conquista de benefícios básicos prá que ela possa se locomover, prá que ela possa arrumar o seu barraco, prá que ela possa ser um sujeito de direito. E de direito a um benefício, porque ela não tá podendo trabalhar e ganhar por isso”

“chegava até o CAPS uma solicitação da comunidade pra que tomássemos alguma providência já que o sujeito tava na porta, ou na calçada da sua casa, ou do seu comércio, parecia claramente um doente mental, sujando sua calçada e se a gente não ia fazer alguma coisa, tomar alguma providência, se seríamos omissos. E fazer alguma coisa a maioria das vezes é ‘retire esse lixo humano daqui, que suja minha calçada, que fede, etc. como é que vocês não vão internar? E aí detonar toda uma conversa que eu acho interessante, tanto com essa população, em algumas

organizações da comunidade, como Conselho de Segurança. É bastante interessante fazer essa discussão com as pessoas, tanto dos seus direitos de cidadão, de ter a sua via pública melhor cuidada, ou ter uma intervenção do poder público no sentido de mediar essa situação, que é assim que a gente traduzia, mas de implicar essa comunidade nessa história porque as pessoas são pessoas, não são lixos humanos. E que esse é um problema de todos: dos serviços de saúde mental, do posto de saúde, da polícia, do Conselho de Segurança e da comunidade. Então vamos ver que equação é possível, que abordagem é possível com esse sujeito e nunca nos furtamos a fazer uma intervenção com o sujeito, oferecendo o que pudesse ajudá-lo”.

5 Síntese das dificuldades e das facilidades para a construção da rede de serviços no território, pela voz de seus construtores

Coerentemente com a escolha do objeto de estudo e da orientação metodológica da pesquisa, optou-se por apresentar a síntese (sempre provisória) do trabalho pela voz dos atores sociais que são os produtores das ações de saúde mental da Subprefeitura de Pinheiros.

a. As dificuldades e as facilidades no nível estrutural: a direção municipal do processo de produção de ações de saúde

I. **POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS** da Secretaria Municipal de Saúde (ou a ausência de) e o limite do nível de resolutividade dos serviços, que não têm governabilidade sobre ela, foi apontada como uma *dificuldade* que determinam ao longo do tempo:

- deficiência *quantitativa* de recursos humanos

“somos poucos profissionais aqui na unidade [...] aqui a gente tem que dar conta de tudo [...] na verdade faltam algumas coisas aqui na unidade, falta uma parte do serviço social que nós não temos [...] tínhamos um clínico [...] infelizmente a gente perdeu esse profissional”

“a principal dificuldade que eu vejo na organização é a falta de recursos humanos, acho que se melhorar recursos humano, melhora substancialmente a organização e a qualidade.”

“existem dificuldades que não seriam de organização propriamente dita, mas na falta de profissionais, aí é uma questão de RH que extrapola nossa vontade, nosso poder”

- falta de investimento na *capacitação profissional*

“uma dificuldade importantíssima que eu já falei, é a capacitação, a questão da

capacitação dos funcionários [...] todos, técnicos e não técnicos”

“a gente faz supervisão institucional, paga do bolso porque não temos nenhum financiamento nesse sentido”

“as dificuldades têm a ver com a qualificação [...] um programa do Ministério que chama Qualificação dos CAPS, que é um programa de supervisão, clínico e institucional [...] o município de São Paulo é quase nada contemplado porque os trocentos CAPS que tem pelo país, estão começando agora, então a gente nunca é prioridade [...] o município de São Paulo precisa ser visto, é a maior cidade da América Latina, uma das maiores do mundo, que ficou com oito anos de atraso, que tem uma responsabilidade, uma função, na reforma, importantíssima, não pode ficar atrasada desse jeito, pelo amor de deus”

- desvalorização da força de trabalho

“a gente tem uma carência de recursos humanos, têm poucos médicos, por exemplo, e aí é uma questão de política de recursos humanos, de salário, de valorização, quer dizer, isso é lá de cima, é da secretária, é do prefeito. Não adianta alguém, um subprefeito, como já foi, ou um coordenador de regional e tal, ele não tem autonomia pra aumentar o salário dos profissionais da região dele, por exemplo”

II POLÍTICA LOCAL DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE e a organização da produção de ações de saúde evidenciam, segundo os entrevistados, o número insuficiente de serviços de saúde e insuficiência *quantitativa* da oferta de atenção especializada:

“está extremamente parco na oferta de serviços de tratamento, psiquiatria tá um problema na prefeitura, a gente tá com pouco psiquiatra”

“eu acho que a gente tem poucos serviços [...] isso prejudica muitíssimo, isso atrapalha a organização do serviço sem dúvida nenhuma”

“alguma coisa a gente faz via encaminhamento com o setor de neurologia, do Call Center é feito agora online, sempre com uma certa dificuldade porque a gente tem um número de cotas específica [...] com cotas, você diariamente tá entrando nesse sistema e muitas vezes você não consegue fazer o agendamento, então a gente tem uma demanda reprimida em algumas áreas”

“acho que é uma dificuldade de organização é uma necessidade, o atendimento imediato que a gente não consegue fazer.”

“com relação à abrangência [...] esse serviço é pensado para uma população de duzentos mil habitantes e tem oitocentos e setenta e dois [...] É um processo que vai se completando, enquanto não se completa, os que existem tem áreas muito maiores do que deviam, mas é um processo que tá em crescimento ainda, é uma coisa natural do tempo de instalação”

“a demanda é alta [...] a única sofisticação que a gente pode se dar o luxo aqui é você atender criança, adulto e o adolescente [...] especialidade é X, Y, Z, não tem, você tem realmente ser bombril, ainda bem que eu tenho uma formação bastante aberta”

“a gente pensa bem na qualidade do atendimento [...] acho que deixa a desejar no sentido de dar mais tempo pro profissional poder trabalhar mais tranquilamente [...] a gente trabalha com a agenda muito apertada [...] a gente quer a população receba o atendimento e acho que acaba sobrecarregando, muitas vezes sobrecarrega o profissional”

“eu acho que precisaria mais é de atividades nos finais de semana e também no período noturno”

III POLÍTICA LOCAL DE MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, que segundo os pesquisados, resulta em carência de recursos, em falta de investimento para operacionalização de projetos terapêuticos e desgaste do trabalhador, compromete a continuidade e a qualidade do tratamento:

“não tenho ambulância prá mandar [...] a gente tem que tirar não sei de onde [...] isso que eu acho duro, acho que às vezes a equipe vai ficando de saco cheio, vai ficando muito cansada, porque ela fala, ‘gente, vamos fazer o que, usar o carro próprio?’ [...] que se acontece alguma coisa tá ferrado também [...] no limite fica assim ‘mas faz só o que você pode’ [...] ‘você é que tá querendo fazer demais’. Eu não estou querendo fazer demais, eu estou querendo fazer o meu papel, prá eu fazer o meu papel, às vezes, eu precisaria sim de uma condução que trouxesse o cara pra cá, por exemplo”

IV FALTA DE ESTRATÉGIAS E RECURSOS PARA ACESSAR O TERRITÓRIO produzem limites na potência dos projetos de intervenção no campo da cultura e da inserção no trabalho:

“prá articular a história do Cordão [...] tem que ter ajuda financeira, a pessoa tem que batalhar muito [...] é muito desgastante porque isso não é dado, você faz um projeto [...] o esforço que você tem que ter em tudo que você possa imaginar”

“o planejamento, o que você precisa fazer internamente, a Associação que precisa tá ligada prá você poder vender o seu produto [...] são detalhes [...] requer muita coisa, muito planejamento, com muito pouco”

“a gente não tem método prá ir até a comunidade, que eu acho que se a gente tem um pouco mais esse papel da atenção básica aqui, ao meu ver, não precisaria ser PSF para ir à comunidade, como a gente fazia lá no começo da gestão de 90, da Erundina, a Unidade Básica não ficava só sentada, esperando chegar”

V PARCERIA COM DISPOSITIVOS SOCIAIS E O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE produzem facilidades na organização do processo de produção de ações de saúde:

“a Escola é grande parceira na formação, na capacitação da equipe e especialmente da equipe de apoio [...] isso é precioso, a parceria é preciosíssima”

“no caso do Bar BiBiTanTã, com a Associação Franco Basaglia e o projeto cultural também [...] a gente nesses dois projetos, do Cordão Bibi-Tantã e do Bar BiBiTanTã, a gente tem exercido mais o trabalho intersetorial [...] mais do que interdisciplinar, é intersetorial”

“sem dúvida nenhuma, eu acho que conquistamos muito nesses anos todos de SUS, apesar do atraso de São Paulo, mas de Reforma Psiquiátrica, a gente conquistou a legislação, as portarias, etc., agora a luta continua. Porque a legalidade ajuda muito, você fala de um outro lugar”

b. As dificuldades e as facilidades no nível particular: a organização da rede de saúde mental de Pinheiros

A organização do processo de produção de ações de saúde, na lógica de rede, implica numa horizontalização dos serviços, sendo o acesso determinado de acordo com as suas necessidades, e não de acordo com um fluxo pré-estabelecido, modelo esse reafirmado no Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 2005.

Deve-se atentar ainda que ao se transferir a prestação da assistência em saúde mental do hospital psiquiátrico para o território ao qual pertence o sujeito, fortaleceu-se a necessidade de integração dos serviços de saúde entre si e entre os equipamentos sociais da comunidade em que se inserem (Rotelli, 1990).

Assim, para a constituição de uma rede de cuidados não basta o estabelecimento de diversos equipamentos de saúde totalmente desarticulados entre si, pelo contrário: a rede de atenção à saúde mental se estabelece na medida em os serviços de saúde são permanentemente articulados entre si e com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades.

Somente a organização em rede é capaz de responder à complexidade do *objeto de atenção* em questão, ou seja, a vida das pessoas que vivem em desvantagem social, não só, mas também porque portam algum tipo de transtorno psíquico, de modo que “é a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005).

A rede de atenção à saúde mental é composta por CAPS, CAPS III, serviços residenciais terapêuticos (SRT), centros de convivência e cooperativa (CECCO), ambulatórios de saúde mental, hospitais gerais, entre outros e caracteriza-se por ser essencialmente pública, de *base municipal* e

com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

I REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL no território de Pinheiros, segundo os trabalhadores, embora fundamental, é frouxa para uns e facilitadora para outros:

“já falei um pouquinho do que eu penso dessa articulação, eu acho que ela está pobre ainda, não está bem articulada, a gente não consegue conversar dos nossos casos em comum [...] lógico que alguns a gente consegue, mas outros, na maioria dos casos não [...] as articulações com os projetos que a gente dá o apoio, por exemplo, como o PSF, acaba sendo feita por integrantes da nossa equipe e as informações ficam na pessoa”

“a articulação ela é precária, ela não acontece [...] não tem a rede, não tem esse fluxo de trabalho [...] ainda não temos as residências terapêuticas, tem muito recurso que até hoje a gente não conseguiu ampliar”

“ninguém funciona em rede, a gente fica querendo formar, porque é assim que a gente se sustenta [...] quem vivenciou essa experiência sabe que é isso que faz a roda girar”

“outro facilitador é que a rede na região, perto do resto de São Paulo, tá razoavelmente organizada, então a gente ainda sabe onde que referencia as coisas, nem sempre isso é rápido, mas existe”

“É uma articulação, eu acho que a gente pode considerar boa”

“Não, muito boa, é uma coisa é a central de vagas, outra coisa é a gente ser referência prá essas duas unidades, essa referência com as duas unidades é perfeita, mandou a gente recebeu, na mesma semana, então, que é esse grupo de escuta, a gente absorve de imediato, e da UBS/PSF às vezes é no grupo de escuta, às vezes já agenda até diretamente”

- tal condição de rede resulta em *dificuldades* para articular *diferentes intensidades de cuidado* como internação em hospital geral na atenção à crise, na ausência de CAPS III:

“muitas vezes o PS dá um atendimento insatisfatório, mal vê o paciente, seda ele, dá um soro, depois manda ele de volta prá mesma situação, depois de algumas

horas, ele tá precisando de mais do que isso [...] a gente manda um encaminhamento às vezes bem claro, por escrito da situação, da condição de risco do paciente e mesmo assim a gente tem um retorno muito desagradável, em termos da necessidade que não é bem olhada”

“a gente usa o Pronto-Socorro, muitas vezes conversando, falando da nossa co-responsabilidade como hospital-noite ‘mas eu não vou poder usar’ ‘vai ter que poder, sei lá, vamos ter que dar um jeito, que nós vamos fazer? Você não vai internar no Vera Cruz, porque ele precisa ficar sei lá quantas noites, durante o dia ele vem pra cá”

“quando a gente tem que medicar o paciente é mais fácil, do que quando a gente tem que encaminhar pra outros tipos de serviços, ou mesmo na região aqui, é difícil a gente conseguir esse tipo de inserção do paciente”

“não tem muitas vagas mesmo, às vezes numa situação de maior urgência, pra uma internação [...] a gente fica muito angustiado e com a dificuldade de achar essa internação, muitas vezes tem que ser rápida, o paciente, às vezes, está numa condição de risco mesmo, de suicídio sério”

- *dificuldade para prestar atenção especializada para usuários e dependentes químicos:*

“os profissionais de outra parte não estão preparados pra lidar muito com a questão de álcool e drogas, é uma questão que apavora [...] profissionais que na verdade seriam perfeitamente capazes de fazer essa coisa, não se sentem, porque, eu não sei [...] se apavoram muito com essa questão de drogas, é uma questão que cria uma distância, medo de envolvimento com o tráfico, uma coisa muito complicada”

- *dificuldade para a criação e execução de estratégias de inclusão social e inserção no trabalho. Nenhuma proposta aproxima-se do trabalho como direito, mas como forma de adaptabilidade social. Tal perspectiva evidencia distanciamento dos serviços não especializados das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, diferente da concepção do serviço especializado, relatado adiante:*

“a inserção deles (portadores de sofrimento psíquico) na sociedade é muito difícil [...] o CECCO que deveria estar dando conta dessa demanda, e que eles não têm

uma aderência satisfatória, não têm mesmo. Eu acho que os CECCOS tão sempre tentando se adequar, e daqui a pouco, eu acho que eles também encontram o seu caminho”

“uma coisa que nos falta é essa ação mais voltada para uma reintegração social, profissional”

“dificuldade de reinserção social dos usuários”

“há uma dificuldade nossa, aqui, inclusive por não ter o profissional assistente social de organização dessa realocação dentro da sociedade [...] a gente na verdade procura as pessoas que têm boa vontade, fazer o melhor que podem, mas a gente, eu tenho certeza que se tivesse alguém do metiê [risos], essa coisa andaria melhor [...], ter contatos mais claros na reinserção no trabalho, é uma falha que a gente não consegue ir adiante [...] mas os jovens eles tem condição de trabalho, ele só não tem a credibilidade social e a formação”

“reinserção no mercado formal [...] mas é difícil porque eles perderam tempo de formação, então isso é uma das coisas que a gente vai atrás e vai mal atrás, não temos assistente social, ninguém sente que essa é a sua área”

- falta um sistema de informação:

“teria que se pegar uma estatística, se a gente fosse falar em termos da demanda em termos de saúde mental também nas outras unidades [...] acho que é algo que falta, essa informação mais catalogada, mais quantificada mesmo”

“acho que não tem um instrumento adequado pra ter isso com clareza [...] a gente teria que ter um quadro, um fórum talvez anual de todos os equipamentos, pra tentar ver isso em termos do tipo de procura [...] eu acho que teria que ser mais bem caracterizado, acha que com levantamentos estatísticos mesmo”

II ENCONTROS MENSAIS COM GERENTES DOS SERVIÇOS

da rede com o gestor local da Supervisão de Saúde Lapa/Pinheiros são avaliados como facilitadores da organização da rede, com intuito de garantir a oferta de serviços:

“a gente vem conseguindo fazer uma reunião da rede Pinheiros mais sistematicamente, mensalmente com os equipamentos [...] ‘como é que nós vamos funcionar, qual é o fluxo, o que faz cada serviço, aonde que a gente replica a ação,

aonde que a gente pode se potencializar mais”

“eu digo que em Pinheiros corre legal porque tem um espaço oficial de discussão de fluxo, de estabelecimento de prioridades da região”

III APOIO MATRICIAL se fez necessário devido à elevada *demandas de saúde mental no PSF*. Tal suporte conforma-se como uma *facilidade* para a adesão ao tratamento por conta da: facilidade de acesso e inclusão de todos os profissionais, da atenção primária ou especializada, na elaboração do projeto terapêutico, garantindo uma melhor qualidade à assistência:

“devido a essa grande demanda, se viu a necessidade de se ter um grupo de apoio [...] hoje na unidade a gente tem um grupo de apoio, composto por um psiquiatra e três psicólogos e ajudam a gente na condução dos casos, porque se não fosse assim a gente não conseguiria dar conta, sinceramente”

“mas foi uma coisa onde todos os membros da equipe participaram da discussão [...] desde o agente comunitário [...] até o da equipe universitária, então isso melhora demais a qualidade da assistência e o paciente sente isso, imagina você ter que deslocar o paciente pra um serviço, onde ele tem que pegar ônibus, o cara tem de repente síndrome do pânico, ou é um autista, ou é uma pessoa que tem muita dificuldade de locomoção, às vezes ela não vai na consulta, porque é muito trabalhoso. Aqui não, ela vem andando, então isso facilita muito a adesão ao tratamento, a melhora do quadro e é perto”

IV APOIO DA REGIONAL PARA A SUSTENÇÃO DE PROJETO INSTITUCIONAL também foi informado como uma *facilidade* para a organização da rede de serviços não território de Pinheiros:

“isso também, quero registrar, que quando nós fomos fazer uma conversa com a regional [...] uma assessora que dizia isso, ‘o projeto é nosso, não é o projeto seu [...] foi maravilhoso, na verdade reconhecer que tem pessoas na administração pública regional comprometidas com um projeto que ela nem sabia que existia, mas a gente levou, levamos documentação, a legislação, é facilitador”

Entre as estratégias e instrumentos desenvolvidos para a

consolidação da Reforma Psiquiátrica, chama a atenção o fato dos dispositivos fundamentais como as residências terapêuticas e CAPS III não serem citados.

c. As dificuldades e as facilidades no nível singular: a organização dos serviços de saúde para responder às necessidades de saúde mental da população

O processo de desinstitucionalização, na perspectiva da luta antimanicomial, foi citado como uma diretriz da organização da rede de cuidados em saúde mental. Contudo é interessante notar que mesmo após transcorridos mais de 20 anos desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a desinstitucionalização, eixo da Reforma Psiquiátrica, ainda tem um delineamento tênue enquanto diretriz do processo de produção de ações de saúde mental no nível local.

Os processos de desinstitucionalização com o objetivo de transformar as relações de poder estabelecidas nas instituições entre trabalhadores e trabalhadores, trabalhadores e usuários, de modo a eliminar procedimentos coercitivos e violentos de natureza física e/ou moral corrobora a necessidade de construção da complexa rede de serviços substitutivos, e não alternativos, ao hospital psiquiátrico.

A organização do serviço e a estruturação da rede de cuidados, manejada pela equipe ao concretizar o projeto assistencial é mediada por um conjunto de *saberes* e uma “específica modalidade de conhecimento, denominada saber operante, técnico ou tecnológico” (Peduzzi, 1998) que para constituir-se como *campo psicossocial* agrega o *saber não científico* (do ator social comunitário, dos recursos do território, entre outros) e do usuário (indivíduo e familiar) (Aranha e Silva, 2005).

O *campo psicossocial* é o lugar onde a ação de saúde é produzida e

quem a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o *saber* e o *poder* aderente ao seu *lugar social*. Desta forma, as práticas concretas representam ou reproduzem dada ideologia e o *lócus* onde cooperam ou rivalizam é a equipe de trabalho. Esta é a dimensão *singular* do trabalho em saúde (Aranha e Silva, 2005).

A dimensão *singular* trata, portanto, da organização do serviço (*como*), do modelo de atenção em saúde mental operado institucionalmente (*para que*) e da capacidade do serviço produzir saúde (*para quem*) que se relaciona com o nível de satisfação de clientela e trabalhadores, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais (Aranha e Silva, 2003).

Assim, no *campo psicossocial*, a equipe de saúde - (*quem – a força de trabalho*), deve desenvolver aos menos duas habilidades: atender a população sustentando o vínculo do *cuidado em si*, e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço produzindo coletivamente *a ação de saúde* no âmbito da coexistência social (demandas de ordem jurídica, de sociabilidade e agremiação, lazer, habitar e coabitar espaços privados ou públicos).

I A FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO é o lugar onde a equipe exerce sua função social de produzir ações de saúde e pode ser um coletivo que *facilita* ou *dificulta*. De acordo com os entrevistados, profissionais não capacitados são apontados como uma dificuldade para a organização do trabalho, uma vez que a falta de ação competente de cada um, torna mais difícil o acolhimento dos usuários, acrescentando ainda que os auxiliares de enfermagem são os que têm mais dificuldade de atuar com a população que demanda *atenção em saúde mental*:

“um elemento facilitador da organização desse serviço é que essa equipe técnica daqui, ela não foi unida aleatoriamente como todos os serviços são da prefeitura [...] é uma equipe que se procurou, se escolheu quando estavam exilados do PAS. Fez

um projeto comum, apresentou esse projeto, teve esse projeto aceito e passou a fazer parte de uma equipe”

“a gente trabalha com questões muito difíceis, com situações graves, sofridas e com uma instabilidade muito grande, da vida em geral, da relação com o tratamento, por parte dos nossos pacientes e eu sinto no geral que a equipe se apóia mutuamente”

“tenho bastante confiança nas pessoas que trabalham comigo, na disponibilidade delas [...] uma equipe que deseja muito ver o resultado e é disponível para pagar uma supervisão se for o caso, disponível pra extrapolar um horário se for possível, disponível para estar no lugar do outro se for necessário”

“a boa vontade, a competência das pessoas aqui da equipe é bem legal. Acho que são pessoas abertas, inclusive para uma autocrítica bem honesta, são pessoas que quando vão fazer a crítica também fazem de uma maneira cuidadosa”

“seria necessário que tivesse uma reciclagem acho que meio que até periódico nesse olhar pra pessoa mesmo [...] não só recebê-la como um número, mas com qualidade”

“a gente não pode ser especialista [...] você vai aí fora você tem a psicóloga que é especialista em sei lá, bipolar, em síndrome do pânico. Aqui você tem absolutamente tudo [...] se você for pensar no acolhimento ideal, você teria que ter sim um preparo dos profissionais, e aí eu acho que é muito mais do pessoal da enfermagem, auxiliar de enfermagem, para ter esse entendimento”

“acho que tem desinformação mesmo do SUS [...] as pessoas falam cada coisa, que você fala [...] de que lugar tão falando [...] gestores que não sabem o que é equidade, por exemplo, que é triste de ver”

- **prós e contras de um serviço pequeno:**

“facilita no contato, você participar todos de um mesmo processo, e, e isso ajuda a integrar as ações, a superar às vezes diferenças pessoais, tudo isso ajuda, o fato de ser uma unidade pequena”

“teria que ser uma unidade maior para dar conta de populações específicas, crianças de rua”

“a gente sente falta de uma sala grande, por exemplo, onde você pudesse fazer trabalhos corporais [...] trabalhos de relaxamento, trabalhos de movimento [...] recursos que a gente até tem, em termos de conhecimento pra fazer, mas não tem espaço físico adequado, não dá prá fazer grupo”

“o fato de ser uma unidade pequena, isso facilita e dificulta em aspectos diferentes, por exemplo [...] dificulta às vezes porque as pessoas saem de férias, faltam, ficam doentes, então muitas vezes por conta disso, uma unidade pequena é difícil de você organizar [...] a gente precisa do desdobramento da boa vontade dos outros, assim de forma bastante decisiva”

II COMPREENSÃO DA GERÊNCIA DO SERVIÇO ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL é avaliada como fundamental e um *facilitador* da organização do trabalho e que o restante da equipe também se sensibiliza:

“a maior parte dos chefes até a um tempo atrás, não sabia muito bem o que era saúde mental e isso a gente sofria bastante [...] eu acho que o facilitador vem bem da chefia”

“o engraçado, todos os profissionais também ficam mais sensíveis, porque obviamente tendo o apoio da chefia, eles também se sentem mais à vontade de tá trocando informações, então você vai ver o prontuário com uma anotação, encaminhando, questionando [...] existe uma compreensão melhor”

III SOBRE A OFERTA DE CUIDADOS E TRATAMENTOS não se observou discussões teóricas ou conceituais, mas identificou-se problemas operacionais, bastante vinculados à *falta*: de adesão da população, dificuldade de acesso ao serviço de saúde durante o período diurno, visto que os usuários trabalham e falta de adesão da família:

“agora é sempre um trabalho quando a demanda é localizada pela gente, é sempre um trabalho mais difícil, esse grupo tá sempre meio esvaziado, sempre alguma coisa que você precisa trabalhar muito em cima pra acontecer”

“isso é um problema do tratamento, quando ele começa a competir com o trabalho, o fato de a gente funcionar em horário comercial é complicado”

“e também, da adesão da família, eu acho que a família também às vezes está com seus próprios problemas, trabalhando e acaba dando pouca atenção pro doente de saúde mental”

“na verdade nós temos um buraco que já faz muito tempo e não sei como resolver, porque ninguém se oferece, acho que eu vou fazer um grupo de familiares que é um

espaço que falta, que é fundamental [...] as abordagens familiares são nucleares”

- a necessidade da medicalização criteriosa e a intervenção medicamentosa desnecessária foram relatadas como *dificuldades* do processo de trabalho, visto que a visão organicista do processo saúde/doença ainda é hegemônica:

“a princípio tem toda uma linha que é consenso dos profissionais e da supervisão de que o paciente psiquiátrico, paciente de saúde mental é medicalizado demais, se utiliza muito pouco dos outros recursos e que, agora é contramão da grande linha dominante que é a linha organicista, então você tem uma demanda de que se medicalize, e o paciente vem medicado, ele precisa continuar a medicação, não pode interromper, é complicado”

“á uma dificuldade que eu tenho mesmo, de pensar CAPS desse jeito, com as permanências de 15 anos, de 20 anos. Eu acho que teria que ter um jeito mais dinâmico da gente poder fazer essas coisas, e fazendo essas avaliações, dos usuários, com as nossas propostas de equipe, e que isso vá mudando”

- longa permanência dos usuários no serviço é apontada como um problema a ser enfrentado, porque parece consumir tempo da equipe e os resultados não são visíveis facilmente:

“eu tive os meus pacientes, os mesmos de sempre, que eu sou referência, que eu caminhei, que eu atendi a família de cada um, porque eu acredito que nuclearmente, durante os processos você consegue fazer pequenas mudanças legais, pra promover alguma melhora, algum tipo de produção e aí “como foi seu dia, né?”, você não sabe falar o que você fez, é muito louco isso”

- espaços protegidos para egressos de hospitais psiquiátricos foi sugerido por um trabalhador, mas nem de perto aproximam-se da proposta de residência terapêutica:

“alguma coisa pros egressos, não é hospitalização, nada disso, não é segregar, é eles terem um lugar sim, onde eles vão ser vistos como uma pessoa, como um indivíduo, onde eles de uma certa forma tenham um acompanhamento, tenham a sua produtividade, ou seja, são respeitados, se sentem úteis e tem uma vida normal

com a chance de fazer família, mas é claro que isso é um projeto muito faraônico, por que se não você cai logo na segregação, tá? [...] você logo observa no familiar e também no perfil porque as pessoas não sabem lidar e a sociedade não tá preparada, apresentou uma crise, vamos ver se a gente consegue aposentar que aí com a aposentadoria eu já posso pagar uma série de coisas, não pra pessoa, mas pra própria família, reverte pra própria família”

IV ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL NO PSF é uma possibilidade compreendida como *facilitadora* do trabalho e poderia impactar positivamente na qualidade da assistência prestada:

“ter um profissional especialista da área de saúde mental dentro da unidade, como funcionário, cumprindo uma carga horária diária para atender as questões de saúde mental, ou se não atender, mas dar um apoio, dar uma assessoria, alguma coisa mais próxima”

V SUPERVISÃO INSTITUCIONAL é compreendida como um processo facilitador da organização do trabalho e produtor de práxis, particularmente quando abordados processos de trabalho fronteiriços com a saúde mental, como os de inclusão social e inserção no trabalho. Os projetos nesta dimensão não são citados pelos serviços *não especializados* e são estranhos mesmo para uma parcela do serviço especializado:

“como é que esses projetos, o Bar BiBiTanTã e o Projeto Cultural, que era referido por alguns colegas da equipe, como ‘o seu projeto’ ou ‘eu tenho uma crítica a fazer à direção e à coordenadora do projeto cultural’, e aí vinha ‘porque o projeto cultural, na verdade, ele não atinge todas as pessoas’ e aí foi maravilhoso quando a supervisora falou ‘mas o Projeto Cultural, é de quem?’ ‘o projeto cultural é da fulana e da sicrana? Ele não é um dispositivo do CAPS?’ ‘onde estão as pessoas que estão no período, quando acontece o projeto cultural, para facilitarem a adesão de mais usuários?’”

VI a defesa dos direitos de cidadania e do DIREITO AO TRABALHO E PRODUÇÃO DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NO CAMPO DA CULTURA são atribuições inalienáveis do Centro de Atenção Psicossocial, único entre os serviços que por sua condição particular, relata duas experiências que promovem ações de saúde mental segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica:

“a gente tem achado que esses projetos têm um impacto, não só na vida dos usuários mais diretamente envolvidos, tem um impacto na comunidade, tem um impacto social”

“alguma coisa que tem um lugar no mundo, mesmo, não é um lugar café-com-leite, é um lugar de verdade ‘Oi, olha, eu sei varrer, eu sei lavar louça’, é muito interessante as pessoas chegarem dizendo o que elas sabem, ‘eu sei alguma coisa, eu posso oferecer o meu serviço’, é um lugar de subjetivação, é eu sujeito, sei alguma coisa, o que a gente ouve o tempo é ‘ eu não sei, eu não tenho, eu nada, eu nada, eu nada’”

“então cabe perguntar se as outras atividades também provocam esse fomento, essa possibilidade de subjetivação. Que se não provocam, talvez elas tenham que ser eliminadas, né? Então, eu tô muito mobilizada com isso, né? Feliz”

VII CAMPO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA SERVIÇO-ESCOLA:

participar do *processo de formação* de alunos de graduação em saúde provoca *consciência práxica do processo de trabalho dos trabalhadores do serviço e da universidade*:

“acho que participar da formação dos alunos é fundamental, mas ser instigado e cutucado pelos alunos também é fundamental, porque nos ajuda a ficar com essas perguntas o tempo todo ‘o que eu faço, por que eu faço, como é que eu faço, a que responde isso que eu faço’”

“eu acho que seria bem legal se a gente tivesse uma proposta em estágio que pudesse proporcionar esse tipo de circuito [...] o aluno “ah o M. é do PSF, eu conheci a família dele lá, então eu quero ver o que ele tá fazendo lá no CAPS, e aí eu vou ver o que é discutido realmente [...] essa história, pra onde vai?” Deu pra entender? Isso é sonho. Não sei se aluno consegue isso”

Este estudo não pode ter a pretensão de propor conclusões definitivas

sobre o processo de *produção de ações de saúde mental num dado território da cidade de São Paulo*.

Mas, ao finalizar o Relatório da Pesquisa, é necessário apontar algumas linhas de reflexão a partir das questões abordadas ao longo do estudo, na tentativa de sinalizar alguns aspectos relevantes para a proposição dos diálogos necessários entre os atores sociais envolvidos: gestores, gerentes, consumidores e instituições de ensino, além de indicar rumos serem desenvolvidos em investigações posteriores.

6 Referências Bibliográficas

1. Alves DSN, et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual: diretrizes e estratégias. In: Amarante P. Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. (pág. 197-204). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
2. Amarante P, Giovanella L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p.113-46.
3. Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES. Fim do século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999.
4. Amarante P. O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
5. Aranha e Silva, AL. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à reprodução da vida [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997.
6. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
7. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Lat Am Enferm. 2005; 13(3):441-9.
8. Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice*. Taubaté: Universitária; 2001.
9. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2005.
10. Basaglia F. Scritti II (1968-1980): dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982. Il Concetto di salute e malattia. p. 362-81.
11. Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? Revista Nursing. 2003; 64(6):27-34.
12. Bez Jr A. As necessidades de saúde e a prática de enfermagem no âmbito da extra-internação : revisitando os significados em saúde coletiva [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
13. Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 2001. Compreender; p. 693-713.
14. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
15. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
17. Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas à assistência em saúde mental. In: Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 243-52.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III. In: Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 125-36.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília; 2006. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em 20/01/2008.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção – Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.
23. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(3):450-2.
24. Cambraia C. Política de saúde mental no Estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
25. Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

26. Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado. São Paulo: Cad. saúde pública. 2005; 21(4):1260-8
27. Cecílio LCO, Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ ABRASCO; 2001.
28. Dias CB, Aranha e Silva AL. Caracterização do perfil dos integrantes da equipe multiprofissional atuantes no CAPS II. In: XIII Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo – SIICUSP. Ribeirão Preto; 2005.
29. Dias CB, Aranha e Silva AL. Caracterização do perfil e da ação do enfermeiro atuante no CAPS II. In: XII Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo – SIICUSP. Ribeirão Preto; 2004.
30. Donnangelo C. Saúde e sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
31. Egry EY. Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
32. Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
33. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999; 2(15):345-53.
34. Freud S. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
35. Goldberg JI. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1998.
36. Heller A. Teoria de las necesidades em Marx. Barcelona: Península; 1986.
37. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979
38. Karol E. Território e Territorialidade da Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional - F.A.S.E. - estudo sobre Território e organização não-governamental [dissertação]. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2000.
39. Leopardi MT. Necessidade de Saúde e cidadania. Texto contexto enfermagem. 1992; 1(1): 53-73.
40. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPY; 1986.
41. Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho em enfermagem. Rev Bras Enferm. 1999; 52(1): 54-66.
42. Mari JJ; Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral, 1997.

Disponível em: <http://polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm/> Acesso em: 01 fev. 2008

43. Marx K. O capital: crítica da economia política. 14^a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1944.
44. Melo Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. Cad saúde pública. 1995; 11(1):5-33
45. Mendes EV et al. Território: conceitos chaves. In: Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO; 1993. p. 166-9.
46. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades (mimeo). São Paulo: CEFOR; 1992.
47. Meola ME. Plano de trabalho gerencial: centro de atenção psicossocial adulto Itaim Bibi. In: Projeto utilizado para a inscrição no concurso público para coordenador de unidade de saúde (mimeo): São Paulo; 2004
48. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
49. Ministério da Saúde. Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência a Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
50. Ministério da Saúde. Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica – produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria nº .676 GM/MS de 03 de junho de 2003
51. Neves JL. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. São Paulo: Caderno de pesquisas em administração. 1996; 1(3). Disponível em (<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>).
52. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.
53. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad saúde pública. 2006; 22(5): 1053-62.
54. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.
55. Relatório final da 2^a Conferencia Nacional de Saúde Mental; 1992 dez 1-4; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 1992
56. Relatório final da 3^a Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-5; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

57. Rotelli F, Mauri D. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.
58. Santos M. Técnica, espaço, tempo : globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo : Editora Hucitec; 1994.
59. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Editora Record; 2001.
60. Secretaria Municipal de Saúde. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo; 2002.
61. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica e PSF. Documento norteador: compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo; 2005. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/DocumentoNorteador-Abril2005.php/>. Acesso em 10 dez. 2007.
62. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>. Acesso em 26 abr 2008.
63. Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas; 2002 ago.11-4; São Paulo, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
64. Yin RK. Case study research: design and methods. Newbury Park: Sage, 1990. p.19-23

APÊNDICE A - Termo de Autorização

Secretaria Municipal de Saúde

Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Cristiane Bergues Dias, portadora do RG 3517201-8, mestranda regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, vinculada à área de concentração de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da Prof. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva, portadora do RG 10677237, venho por meio desta, solicitar a autorização para coleta de dados da pesquisa intitulada *Organização dos equipamentos de saúde frente às necessidades de saúde mental de uma dada região* realizada junto aos profissionais da equipe multiprofissional e aos gerentes dos dispositivos de saúde da subprefeitura de Pinheiros.

O objetivo do estudo será:

Identificar como os serviços públicos de saúde se organizam para atender às necessidades de saúde mental da população da sua área de abrangência e quais são as necessidades de saúde mental reconhecidas pelos profissionais como objeto do processo de produção em saúde mental.

Havendo interesse, me comprometo a apresentar os dados obtidos pela pesquisa, ao término do estudo.

Contando com sua compreensão, antecipadamente agradecemos.

Cordialmente,

Cristiane Bergues Dias
Pesquisadora

Ana Luisa Aranha e Silva
Orientadora

APÊNDICE B - Carta de Autorização

Gerente do Serviço Público de Saúde

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Cristiane Bergues Dias, portadora do RG 3517201-8, mestranda regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, vinculada à área de concentração de Enfermagem Psiquiátrica, sob orientação da Prof. Dra. Ana Luiza Aranha e Silva, portadora do RG 10677237, venho por meio desta solicitar a autorização para coleta de dados da pesquisa intitulada *Organização dos equipamentos de saúde frente às necessidades de saúde mental de uma dada região* a ser realizada no serviço de saúde _____, junto aos profissionais da equipe multiprofissional e aos gerentes do serviço.

O objetivo do estudo será:

Identificar como os serviços públicos de saúde se organizam para atender às necessidades de saúde mental da população da sua área de abrangência e quais são as necessidades de saúde mental reconhecidas pelos profissionais como objeto do processo de produção em saúde mental.

Havendo interesse, me comprometo a apresentar os dados obtidos pela pesquisa, ao término do estudo.

Contando com sua compreensão, antecipadamente agradecemos.

Cordialmente,

Cristiane Bergues Dias
Pesquisadora

Ana Luisa Aranha e Silva
Orientadora

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, eu, _____ me disponho a participar da pesquisa intitulada *Organização dos equipamentos de saúde frente às necessidades de saúde mental de uma dada região* sob responsabilidade da Professora Ana Luisa Aranha e Silva do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O meu consentimento em participar da pesquisa deve-se ao fato de ter sido informada pela pesquisadora que:

1. O objetivo do estudo é identificar como os serviços públicos de saúde se organizam para atender às necessidades de saúde mental da população da sua área de abrangência e quais são as necessidades de saúde mental reconhecidas pelos profissionais como objeto do processo de produção em saúde mental.
2. A coleta do material será realizada pela própria pesquisadora e se dará por meio de entrevista semi-estruturada e gravada em fita cassete, para transcrição posterior. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para este estudo, com finalidade de pesquisa.

A participação no estudo é voluntária. Há liberdade para desistência do estudo em qualquer fase da pesquisa, inclusive durante ou após a coleta de dados, sem qualquer risco de penalização ao entrevistado. Será garantido o anonimato dos sujeitos do estudo na divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados confidenciais. Os possíveis gastos decorrentes da participação do estudo serão ressarcidos pela pesquisadora.

Havendo interesse, os dados obtidos pela pesquisa serão disponibilizados aos sujeitos do estudo, ao término do mesmo.

Caso precise, posso entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones (11) 30617601, (11) 81368565 ou (11) 85054140 ou pelos e-mails: anaranha@usp.br ou crisbe@usp.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos desta pesquisa favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n. 419 – CEP 05403-000 - São Paulo – SP. Telefone: 30617548 ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de São Paulo. Rua General Jardim, 36 - 2º andar. Telefone 3218.4043. e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados

Identificação do sujeito:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Graduação: _____ Ano: _____ Pós-Graduação: _____ Ano: _____

Tempo de atuação no presente serviço de saúde: _____

Quantidade de vínculos empregatícios: _____ Carga semanal de trabalho: _____ hs

Roteiro da entrevista:

1. O que você entende por saúde/doença? O que você entende por saúde/doença mental?
2. Fale-me sobre o território no qual o serviço de saúde em que você trabalha está inserido.
3. Qual a finalidade do serviço de saúde em que você trabalha?
4. Quais são as necessidades de saúde mental da população assistida pelo serviço?
5. Como você capta/ identifica as necessidades da população do território/área de abrangência da unidade?
6. O que é feito para atender às necessidades de saúde mental dessa população?
7. Com relação aos moradores do território que buscam o serviço de saúde, o que eles buscam em termos de saúde mental? O que é feito com essa demanda?
8. Como se dá a organização do processo de produção de ações de saúde mental no território?
9. Como se configura a rede de cuidados em saúde mental na região de inserção desse serviço? Que diretriz organiza essa rede?
10. Como se dá a articulação do serviço com os demais serviços de saúde da região para atender as necessidades de saúde mental? Há articulação com demais equipamentos sociais que não da área de saúde?
11. Há dificuldades na organização do serviço frente às necessidades de saúde mental que se apresentam ao serviço? Se sim quais são elas?
12. Há elementos facilitadores na organização do serviço frente às necessidades de saúde mental que se apresentam ao serviço? Se sim quais são eles?
13. Fale sobre o seu conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O que você acha da Reforma Psiquiátrica?

ANEXO I – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 12 de abril de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Cristiane Bergues Dias

Ref.: Processo nº 621/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Organização dos equipamentos de saúde frente às necessidades de saúde mental de uma dada região.**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fátima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em exercício.

ANEXO II Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de
Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 21 de maio de 2007

PARECER Nº 117/07 – CEP/SMS
CAAE:0058.0.162.000-07

PARA
CRISTIANE BERGUES DIAS
SRA PESQUISADORA

PARECER CONSUBSTANCIADO: PROJETO –58/07

I - Identificação

Título do projeto: “Organização dos equipamentos de saúde frente às necessidades de saúde mental de uma dada região”

Pesquisador responsável: Cristiane Bergues Dias

II – Objetivos.

Identificar as necessidades de saúde mental reconhecidas pelos profissionais como objeto do processo de produção em saúde mental e como os serviços públicos de saúde se organizam para atender a essas necessidades

Objetivos específicos:

Identificar as necessidades de saúde mental reconhecidas pelos profissionais dos serviços de saúde

Identificar como o serviço de saúde mental busca satisfazer as necessidades de saúde mental

Verificar quais são os fatores facilitadores e quais são os fatores limitantes do processo de produção de ações em saúde mental

Identificar como o serviço de saúde busca satisfazer as necessidades de saúde mental

III - Sumário do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestrado na escola de Enfermagem da USP. O estudo será exploratório que abordará os aspectos quantitativo e qualitativo da subprefeitura de Pinheiros, na região centro-oeste (1 CAPS II, 1 CAPS ad e 3 UBS)

Foram apresentados roteiros de entrevista semi-estruturada, distintos para profissionais e gerentes, adequado para os objetivos pretendidos. Serão entrevistados os profissionais da equipe multiprofissional e gerentes dos serviços de saúde. Estes profissionais deverão atuar na unidade há pelo menos um ano. Serão coletadas informações do SIA-SUS junto aos gerentes da unidade.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

PARECER Nº 117/07 – CEP/SMS
CAAE:0058.0.162.000-07

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de
Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

A estrutura do protocolo está adequada. O trabalho não trará riscos e a autora comprometeu-se ao sigilo das informações resultado, bem como ao retorno dos resultados aos participantes da pesquisa.

1. Retorno de benefícios: o trabalho será importante para a Secretaria Municipal de Saúde e a discussão possibilitará a elaboração de propostas de intervenção.
2. O termo de consentimento e forma de obtê-lo estão adequados. A linguagem está adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, foi feita descrição suficiente dos procedimentos, e o sigilo foi garantido.
3. Informação adequada quanto ao orçamento. A pesquisa não trará nenhum gasto para a Secretaria. A pesquisadora recebe bolsa do CNPq e todas as despesas serão absorvidas por este recurso

V – Parecer do CEP: APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- 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 ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. 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. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS