

UNIFESP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

NATALIA CAMARGO ANGEL

**PELOS CAMINHOS DO CAPS: UM OLHAR SOBRE A OFERTA E A DEMANDA
PRODUZIDAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Santos/SP

2017

NATALIA CAMARGO ANGEL

**PELOS CAMINHOS DO CAPS: UM OLHAR SOBRE A OFERTA E A DEMANDA
PRODUZIDAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dra. Laura Camara Lima

Santos/SP

2017

A581p

Angel, Natalia Camargo, 1991 -

Pelos caminhos do CAPS: um olhar sobre a oferta e a demanda produzidas em um serviço de saúde mental. / Natalia Camargo Angel; Orientadora: Profa. Dra. Laura Câmara Lima. – Santos, 2017.

116 f.: il. color.; 30 cm.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2017.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Análise Institucional. 4. Oferta e demanda. 5. Analisadores. I. Lima, Laura Câmara, Orientador. II. Título.

CDD 610.7

NATALIA CAMARGO ANGEL

**PELOS CAMINHOS DO CAPS: UM OLHAR SOBRE A OFERTA E A DEMANDA
PRODUZIDAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Aprovada em 23/08/2017.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz

Profª Dra. Florianita Coelho Braga Campos

Profª Dra. Maria Izabel Calil Stamato

Profª Dra. Marina Tucunduva Bittencourt Porto Vieira
(Suplente)

*Dedico este trabalho aos usuários e
trabalhadores do CAPS Praia*

AGRADECIMENTOS

Ao meu parceiro, amor e amigo Leandro, por toda a paciência e companheirismo com que me apoiou e incentivou, participando ativamente de todo este percurso. Sem você teria sido muito mais difícil!

Aos meus pais, Jordi e Lucely, que sempre acreditaram em mim, e vibraram comigo cada conquista. E também ao Edison e à Karen. Obrigada por tudo!

Aos meus sogros, Emanuel e Eliana, que me receberam como uma filha em sua casa, por todo apoio e carinho, que me permitiram concluir este trabalho.

À minha Yaya, sempre presente, por todo amor e carinho, que ajudaram a tornar essa jornada mais leve.

A minha orientadora, Laura, pelas importantes provocações e ensinamentos neste período, que guardarei com muito carinho.

Aos professores Alexandre e Florianita, pelas importantes contribuições na qualificação da pesquisa.

Aos professores do Mestrado Profissional, que contribuíram intelectual e afetivamente para esta caminhada.

À Luciana Cescon, pelas suas importantes contribuições ao CAPS Praia com sua pesquisa e seu trabalho, e que fez nascer em mim o desejo de ingressar no mestrado profissional, encantada por suas possibilidades.

À minha professora Roseine, que se tornou uma amiga, e que contribuiu para as primeiras idéias sobre a pesquisa e o pesquisar.

À minha querida amiga e madrinha Marissa, que me incentivou a ingressar neste mestrado, ajudando inclusive a conceber a primeira versão do projeto de pesquisa.

A todos os colegas de turma do Mestrado Profissional 2015, pela partilha mais do que especial deste período que foi marcado por risadas, lutas e trocas muito significativas.

Aos meus companheiros de trabalho, pelos encontros tão intensos e ricos, que me fizeram crescer tanto! Por compreenderem minha ausência e terem contribuído com a existência e possibilidade desta pesquisa. Em especial às minhas chefes e amigas Eliana e Adriana, por quem nutro verdadeiro carinho e gratidão. Sem o apoio de vocês, em momentos diferentes, esta trajetória não teria sido possível. E Lucy, grande parceira que tantas vezes segurou as pontas para que fosse possível frequentar as aulas.

Ao meu grande professor e mestre Antônio Manzione, por ter plantado em mim sementes boas, que a cada dia florescem no desejo de viver uma vida que valha a pena.

A todos os meus amigos, que fazem parte de quem eu sou, tornando meu caminho mais colorido. Neste trabalho também há vestígios de cada um.

*“A utopia está no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia? Serve para isso: para que
eu não deixe de caminhar”.*

Fernando Birri

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo de reestruturação e reorganização da atenção à saúde mental no Brasil, que vem sendo consolidado ao longo dos anos e teve como importante marco a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na perspectiva da desinstitucionalização. Partindo do pressuposto de que a atenção à saúde mental sofre uma fragmentação nas diferentes ofertas disponíveis neste serviço, devido ao modo como este é concebido e viabilizado pela gestão pública e pela forma como ele é efetivado na prática cotidiana dos profissionais. Esta pesquisa foi concebida considerando algumas referências da Análise Institucional, como os conceitos de análise da implicação, instituinte e instituído, análise da oferta e da demanda, e analisadores. Esta escolha se justificou pela intenção de ampliar a compreensão, considerando as diferentes instituições envolvidas no CAPS enquanto equipamento de saúde mental, bem como os diferentes atravessamentos dos desejos e dinâmicas das relações envolvendo profissionais, usuários, gestão e sociedade. O modo como o serviço se organiza sofre interferência das ações políticas, uma vez que, em consonância com a perspectiva da Análise Institucional, conforme descrito por Baremblytt (1992), o conceito de instituição não se encerra na organização formal, que carrega consigo suas normas e regras, mas constitui em produtos historicamente construídos por uma sociedade que produz e reproduz as relações sociais e se instrumentaliza em estabelecimentos e/ou dispositivos. Sendo assim, a instituição saúde mental vai muito além do CAPS enquanto serviço organizado, e, sobretudo, este serviço em que a pesquisa se deu, e traz consigo toda uma história de paradigmas. Portanto, este equipamento é constituído por um emaranhado de forças refletidas nas ações produzidas pelos profissionais. Organiza-se com fluxos pré-estabelecidos, e estes fluxos (necessários ao funcionamento do serviço e da rede) determinam as relações dos profissionais entre si e destes com os usuários, considerando o que podemos chamar de múltiplos CAPS dentro de um, ou um CAPS que permite múltiplos caminhos para os profissionais e usuários, em uma multiplicidade de faces deste serviço em suas particularidades. Estes fluxos serviram de analisadores, permitindo uma melhor compreensão das nossas ofertas, e das demandas que chegam até nós. Este estudo teve como objetivo analisar a oferta e a demanda de atendimento em um CAPS III, a partir da compreensão das dinâmicas envolvidas nas práticas dos profissionais na construção e efetivação dos fluxos do usuário no serviço, buscando refletir sobre a proposta da política de saúde mental atual e a complexidade de sua execução, e do que é possível construir com os recursos disponíveis na esfera do real. Para isso, considerando a perspectiva de pesquisa adotada, em consonância com a própria proposta do Mestrado Profissional, realizei análise da implicação, a fim de compreender meus envolvimento, sentimentos, motivações e percepções com relação ao trabalho e à pesquisa; busquei também mapear o fluxo dos usuários; identificar elementos analisadores na organização do serviço na gestão da demanda e da oferta de atendimento; e analisar o instituinte e o instituído na dinâmica da organização do serviço. Neste sentido, procurei olhar de modo mais amplo para este serviço de saúde mental específico que foi estudado, considerando suas peculiaridades. Procurei também compreender melhor as relações entre as diversas linhas de força que constituem o serviço tal como está neste momento, neste contexto específico, a partir de todas as influências históricas envolvidas em sua construção e manutenção. Para caracterizar a demanda que chega ao serviço e os encaminhamentos iniciais, realizei pesquisa a todos os prontuários abertos de um período de 11 meses, de agosto de 2015 a junho de 2016, em um total de 266 prontuários. Os dados obtidos na pesquisa documental foram analisados por meio de uma ferramenta de análise

descrita por Merhy (1997), chamada de “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”. Este fluxograma propiciou a identificação de alguns elementos analisadores que permitiram compreender melhor a dinâmica do serviço e das instituições envolvidas. Para uma visão ampliada no tocante à organização do serviço, considerando as singularidades dos sujeitos envolvidos e a complexidade das dinâmicas que envolvem a efetivação da atenção, foi utilizado complementarmente o recurso do grupo focal com os trabalhadores da unidade, visando apreender as forças dinâmicas envolvidas no olhar dos profissionais ao se depararem com sua prática de falarem sobre ela na organização do fluxo com relação à oferta em resposta às demandas que são assimiladas como tal. O material do grupo focal foi analisado utilizando a Análise do Discurso, tomando como referenciais de análise os conceitos da Análise Institucional. A realização deste estudo foi um recorte, um olhar de dentro, em um momento muito peculiar. E que, com suas peculiaridades, foi construindo e reconstruindo o CAPS ao longo da história. Foi visto que tanto a história da saúde mental, como a história da loucura e da Reforma Psiquiátrica, são a todo momento construídas, desconstruídas, reconstruídas. Este estudo em nenhum momento se propôs a encontrar respostas para as diversas questões levantadas. Deixou aberta uma série de questionamentos, que servem mais para problematizar e possibilitar reflexões do que para encontrar respostas sobre a nossa construção diária do CAPS.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Análise Institucional, Oferta e demanda, Analisadores.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform is a process of restructuring and reorganization of mental health care in Brazil, which has been consolidated over the years and had the creation of the Centers for Psychosocial Attention (CAPS), from the perspective of deinstitutionalization. I start from the assumption that mental health care is fragmented in the different offers available in the service, due to the way it is conceived and made feasible by the public administration and the way it is put into practice in the daily practice of professionals. This research was conceived as a reference of Institutional Analysis, as concepts of analysis of implications, institute and instituted, analysis of supply and demand, and analyzers. This is an application that is based on the intention to broaden understanding, considering how different institutions involved in CAPS as mental health equipment, as well as different recipients of desires and dynamics of relationships involving professionals, users, management and society. What is the concept of organization does not suffer interference from political actions, since, in accordance with a perspective of Institutional Analysis, as described by Barenblitt (1992), the concept of institution does not end in formal organization, which carries with it its Norms and rules, but constitution in products historically constructed by a society that produces and reproduces as social relations and if instrumental in establishments and / or devices. Thus, the mental health institution goes far beyond the CAPS as an organized service, and, above all, this service in which the research took place, and brings with it a whole history of paradigms. Therefore, this equipment is constituted by a tangle of forces reflected in the actions produced by professionals. The service is organized with pre-established flows, and these flows (it applies to the service of the service and to the network) determine how relationships of the professionals themselves and these with the users, considering what we can call multiple CAPS within one, or A CAPS that allows multiple paths for professionals and users, in a multiplicity of resources for the service in its particularities. These flows served as analyzers, allowing a better understanding of the offers, and the demands that come to us. This study aimed to analyze the supply and demand of care in a CAPS III, from the understanding of the dynamics involved in the practices of professionals in the construction and effectiveness of user flows in the service, seeking to reflect on the proposal of the mental health policy And the complexity of its execution, and of what can be built with the resources available in the sphere of the real. Therefore, considering the research perspective adopted, in line with the proposal of the Professional Master's Degree, I carried out an analysis of the implication in order to understand my involvement, feelings, motivations and perceptions regarding service and research; I also tried to map the stream of users; Identify analyzing elements in the service organization in the management of demand and service provision; And to analyze the institute and the instituted in the dynamics of the organization of the service. In this sense, I have sought to look more broadly at this particular mental health service that we are studying, considering its peculiarities. I also sought to better understand the relationships between the various lines of force that constitute the service as it is at this time, in this specific context, from all the historical influences involved in its construction and maintenance. In order to characterize the demand that arrives at the service and the initial referrals, I carried out a survey of all the medical records open for a period of 11 months, from August 2015 to June 2016, in a total of 266 medical records. The data obtained in the documentary research were analyzed by means of an analysis tool described by Merhy (1997), called "flow chart analyzer of the care model of a health service". This flowchart allowed the identification of some analyzing elements that allow a better understanding of the dynamics of the service and of the

institutions involved. For an expanded view of the organization of the service, considering the singularities of the individuals involved and the complexity of the dynamics involved in the effectiveness of care, the focal group's resource was used in conjunction with the unit's workers, aiming at apprehending the dynamic forces involved in the service. View of professionals as they come across their practice of talking about it in the organization of the flow in relation to the supply in response to the demands that are assimilated as such. The material of the focus group was analyzed using Discourse Analysis, taking as reference of analysis the concepts of Institutional Analysis. The realization of this study was a cut, a look from the inside, at a very peculiar moment. And that, with its peculiarities, was building and rebuilding the CAPS throughout the history. It has been seen that both the history of mental health, and the history of madness and the Psychiatric Reform, are at all times constructed, deconstructed, reconstructed. This study at no time set out to find answers to the various issues raised. It left open a series of questions, which serve more to problematize and enable reflections than to seek answers about our daily construction of the CAPS.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Reform, Institutional Analysis, Supply and demand, Analyzers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica da origem da demanda.....	49
Figura 2: Linha do tempo – Diferentes modos de entrada dos usuários no serviço.....	60
Figura 3: Representação gráfica dos primeiros encaminhamentos após a triagem.....	63
Figura 4: Fluxograma Analisador do CAPS Praia 1 - Modo de funcionamento atual.....	66
Figura 5: Fluxograma Analisador do CAPS Praia 2 - Entrada pelo grupo de acolhimento.....	67
Figura 6: Fluxograma Analisador do CAPS Praia 3 - Com triagem e grupo de acolhimento..	68
Figura 7: Gráfico com evolução dos beneficiários dos planos de saúde.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AMBESP – Ambulatório de Especialidades

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas

HD – Hospital Dia

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PAI – Pólo de Atenção Intensiva

PSF – Programa de Saúde da Família

PS – Pronto Socorro

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SEACOLHE – Seção de Acolhimento

SECASA - Seção Casa de Apoio à Solidariedade ao Paciente de Aids

SECRAIDS - Seção Centro de Referência em DST/Aids

SM – Saúde Mental

SENAT – Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente

SERP – Seção de Reabilitação Psicossocial

SEVREST – Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TMSP – Transtorno Mental Severo e Persistente

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Apresentação e problematização.....	15
1.2. O cenário local.....	24
1.3. A complexidade do serviço real.....	33
2. OBJETIVOS.....	37
2.1. Objetivo geral.....	37
2.2. Objetivos específicos.....	37
3. TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	38
3.1. Considerações gerais.....	38
3.2. Produção dos dados.....	39
4. ANÁLISE DE DADOS.....	43
4.1. Análise da implicação.....	43
4.2. Análise dos prontuários.....	48
4.2.1. Origem da demanda.....	48
4.2.1.1. Diferentes modos de entrada dos usuários no serviço.....	53
4.2.2. Primeiros encaminhamentos.....	62
4.2.3. Fluxogramas analisadores e seus analisadores.....	65
4.3. Grupo focal.....	72
5. DISCUSSÃO.....	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	100
Anexo I – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde/COFORM.....	104
Anexo II – Parecer consubstanciado do CEP.....	106
Anexo III – Parecer consubstanciado do CEP – Emenda.....	111
Apêndice I - Termo de Autorização para Coleta de Dados.....	115
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	116

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação e problematização

Sou psicóloga de formação, e em 2012, ainda na faculdade, ingressei no serviço público da Prefeitura de Santos, em um cargo administrativo. Fui designada para trabalhar na sede da Secretaria Municipal de Saúde, onde trabalhei por cerca de um ano e meio. A saúde mental sempre foi uma área de meu interesse, e desde que adentrei na prefeitura como servidora, solicitei ser transferida para um dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), que na época eram chamados NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). Em 2014, depois de tantas solicitações, consegui minha transferência para o NAPS III (hoje chamado CAPS Praia), tendo sido designada como Chefe de Atividades Administrativas.

Sempre me interessou a questão da saúde mental e a história da loucura na nossa sociedade, a constituição dos serviços, a idealização e a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, as conquistas nessa área. E ir trabalhar no CAPS foi um grande presente. Ao adentrar o serviço, mesmo que em função administrativa, sempre me incluí e fui incluída como parte da equipe de trabalho, sempre estive imersa nas diversas atividades do serviço. Ainda que não estivesse no papel de psicóloga, não é possível desvestir essa parte de mim tão importante. Meu trabalho sempre foi permeado pela busca de extrair todo o aprendizado possível e de fazer um trabalho administrativo mais atento a questões do coletivo e das relações, que o fato de ser psicóloga me auxilia a ter.

O interesse na realização desta pesquisa partiu da minha experiência pessoal de trabalho, ao ver o quão complexo é a concretização de um CAPS, nos seus diferentes aspectos. Durante a faculdade havia realizado estágios na saúde mental, no SENAT (Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente) e na SERP (Seção de Reabilitação Psicossocial), mas não tive nenhum contato com os CAPS. E ao chegar neste serviço, senti uma contradição entre como eu o idealizava e como ele se concretizava, com dificuldades às quais eu nem podia imaginar, de várias ordens: escassez de profissionais, profissionais adoecidos, falta de material, de recursos, de transporte, etc.

Sempre pensei em como todas estas questões interferem no modo de cuidar, de acolher e de tratar de pessoas com sofrimento mental. Muitas vezes me deparei com a reflexão de que

a energia dos profissionais acabava por ser direcionada do cuidado com o usuário e seu protagonismo para lidar com estes atravessamentos e dificuldades na efetivação do trabalho, e que comprometiam a qualidade do atendimento prestado. Me chamava atenção também o grande fluxo de atendimentos do ambulatório, em detrimento das ações efetivas dos CAPS, na atenção aos pacientes graves. E vi, nesse mestrado profissional, a possibilidade de realizar uma pesquisa que me fizesse compreender melhor essa questão, e poder construir um conhecimento que problematizasse e contribuísse para a concretização de um serviço efetivo, pautado pela luta por direitos, e protagonismo do usuário.

Parto então do pressuposto de que a atenção à saúde mental sofre uma fragmentação nas diferentes ofertas de serviço disponíveis no CAPS e na rede de atenção, devido ao modo como o equipamento é concebido e viabilizado pela gestão pública e pela forma como ele é efetivado pelos profissionais, na prática cotidiana que desenvolvem. Esta questão pode ser pensada de modo geral, considerando que todo serviço passa por estes atravessamentos, mas me refiro aqui a este serviço específico, que é meu local de trabalho e objeto de pesquisa.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde abertos, de base comunitária, componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), modelo de atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Modelo este que estão em validade hoje, no momento da escrita, mas como toda política pública, está constantemente ameaçado por detratores que ensejam voltar a padrões anteriores. Foram criados para serem o lugar de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais *“cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”* (BRASIL, 2004).

As prerrogativas deste serviço, enquanto equipamento estratégico pensado na atual política de saúde mental para ser o organizador da rede em torno do usuário, e o modo como este tem sido organizado, atravessa as relações intra e interinstitucionais. Mais precisamente, a atenção à saúde mental se estabelece em meio a fluxos institucionais que permeiam as relações entre os profissionais e entre estes e os usuários, e são ao mesmo tempo permeados por elas.

Neste sentido, considero que este serviço é constituído por um emaranhado de forças refletidas nas ações produzidas pelos profissionais. Forças estas que dependem inclusive de conjunturas políticas e planos partidários. Até mesmo no seu modo de conceber e organizar o

fluxo interno, gerenciar a demanda que chega, organizar a oferta de serviços, uma vez que muitos dos processos de trabalho são definidos coletivamente, nos espaços de reunião de equipe, ainda que alguns sejam prescritos pela gestão. É possível dizer que na maioria das vezes a gestão dita “o que”, e o serviço se organiza para estabelecer e gerenciar o “como”. E tanto uma questão como a outra são produzidas no seio de uma sociedade marcada pelas lutas históricas que envolvem a questão da loucura, bem como dos diferentes modos de sofrimento psíquico.

Esta pesquisa foi concebida considerando alguns referencias da Análise Institucional, como os conceitos de análise da implicação, instituinte e instituído, análise da oferta e da demanda, e analisadores. Esta escolha se justifica pela intenção de ampliar a compreensão, considerando as diferentes instituições envolvidas no CAPS enquanto equipamento de saúde mental, bem como os diferentes atravessamentos dos desejos e dinâmicas das relações envolvendo profissionais, usuários, gestão e sociedade, buscando compreender o tempo todo o lugar de onde falo. Sabendo que este é um olhar, de um lugar, dentre tantos possíveis, e, por isso mesmo, não tem a pretensão de encerrar o assunto com conclusões, mas sim possibilitar reflexões sobre este serviço, a partir das questões que são levantadas ao longo deste estudo.

Considerando a Reforma Psiquiátrica e a complexidade do serviço com a qual me deparei, iniciei esta caminhada com os seguintes questionamentos: Quem é o usuário que chega até nós hoje? Qual sua demanda? Como cuidamos (ou não cuidamos) deste usuário a partir de como entendemos (ou estabelecemos) o que é cuidar? Qual é o entendimento da sua demanda e que oferta o serviço tem para responder a essa demanda assimilada (ou produzida pelo tipo de oferta). Ou podemos pensar por outro lado: Que tipo de ofertas de serviço estamos disponibilizando e como os usuários/população estão entendendo, assimilando e traduzindo em forma de demanda?

Baremblytt (1992), citando o institucionalista Guilhón de Albuquerque, diz que

(...) toda organização de prestação de serviços transmite um recado de maneira mais ou menos consciente ou inconsciente, durante o processo de oferta de suas prestações, que consiste aproximadamente em passar ao usuário uma mensagem que diz: “eu tenho o que lhe falta e, além disso, você não entende, não sabe em que consiste”. (...) Quem demanda, demanda alguma coisa que já lhe fizeram acreditar que não tem e que o outro tem. Mas é tão complexa, tão sutil, tão técnica, que ele não sabe o que é (p. 69).

Nesse sentido, busquei analisar os diversos tipos de oferta de prestação de serviços existentes atualmente no CAPS, a fim de compreender que mensagens, conscientes ou inconscientes, estamos passando aos nossos usuários de que lhes carece e que nós supostamente temos a solução.

Optei aqui por enfatizar a questão da “atenção” à saúde mental ao invés de cuidado – embora utilizemos este termo algumas vezes – pois não é este o cerne de nosso interesse aqui. Desejei neste trabalho compreender melhor as relações entre a oferta e a demanda produzidas neste serviço de saúde mental. Num primeiro momento, é possível se perguntar: Oferta de que? De cuidado? Também. Mas não é só cuidado que ofertamos. Muitas vezes nossas ações e ofertas não têm nada a ver com cuidado. Atenção é um termo mais apropriado, embora nem sempre todas as ações também sejam exatamente atenciosas. E um dos interesses dessa pesquisa é ir observar e buscar acompanhar algumas ofertas mais de perto, para entender em que outros caminhos ou possibilidades elas se desdobram.

No calor do cotidiano do trabalho, percebo que as singularidades dos sujeitos (profissionais e usuários) se refletem no modo como é feita a demanda, sua intensidade, e na oferta da atenção, seja no nível do trabalho de cada profissional da equipe, seja no nível do serviço em si (considerando os atores que nele interferem no âmbito da gestão pública, em todos os níveis). E foi por entre essas contradições, dúvidas, certezas e questionamentos que procurei caminhar, visando entender os porquês e os atravessamentos envolvidos nas relações de cuidado/atenção/serviço, e das forças envolvidas nos movimentos de mudança e nos momentos de estagnação, e que também me envolvem.

Estas forças são descritas por Baremblytt (1992) como as duas importantes vertentes de uma instituição: o instituinte e o instituído. A primeira caracteriza os momentos de transformação de uma instituição, e a segunda seria o produto, o resultado desta transformação, que se consolida e permanece por um tempo. Segundo este autor, “*O instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como um resultado*” (p. 32). Mas que, em breve, estará desencadeando outros processos, pois as contradições sempre virão se contrapor às situações estabelecidas, alimentando o permanente movimento da história.

O modo como o serviço se organiza para atender os usuários da saúde mental sofre interferência das ações políticas, uma vez que, em consonância com o pensamento de

Baremblytt (1992), o conceito de instituição não se encerra na organização formal, que carrega consigo suas normas e regras. As instituições são produtos historicamente construídos por uma sociedade que produz e reproduz as relações sociais e se instrumentaliza em estabelecimentos e/ou dispositivos, que permanecem operando ao longo de um período de tempo (RODRIGUES e SOUZA, 1987 apud ROSSI e PASSOS, 2014). Sendo assim, a instituição saúde mental vai muito além do CAPS enquanto serviço organizado, e, sobretudo, este serviço em que a pesquisa se deu, e traz consigo toda uma história de lutas, consolidação e superação de paradigmas.

Ao longo da discussão, retomo alguns aspectos históricos, para auxiliar na compreensão dos paradigmas envolvidos na instituição saúde mental e como fomos construindo um serviço tal como o que existe hoje. O objetivo é fazer uma análise deste CAPS específico, embora considere que este serviço reproduz uma estrutura que transcende o contexto local e está inserido em todo um contexto histórico-social e se construiu num emaranhado de forças e interesses diversos, que dizem de como nossa sociedade vê a loucura e como o poder público se organiza para acolher as pessoas com sofrimento psíquico, e continua se construindo. E diz também de como os profissionais, com suas singularidades e histórias (de mais ou menos luta) pessoais e profissionais, dão vida a um serviço idealizado e prescrito por normas legais criadas em meio a lutas por direitos, e que descrevem como este serviço deve ser, indicando princípios e diretrizes para sua efetivação.

A trajetória de cuidado em saúde mental historicamente compreende desde a marginalização e institucionalização, até o atual olhar que entende como melhor forma de cuidado o respeito aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e sua reinserção na sociedade, tendo como principal estratégia a atenção em serviços territoriais abertos, na perspectiva da ampliação dos direitos e da constituição de sujeitos, anteriormente enclausurados no lugar do “louco”, segregados do convívio social (KINOSHITA, 1996). Para buscar uma compreensão do modo como o CAPS está exercendo o papel ao qual se propõe, procurei refletir sobre o cenário atual das políticas públicas voltadas a garantir os direitos da pessoa em sofrimento psíquico, analisando as dinâmicas de trabalho que lhes dão vida.

O entrelaçamento dos saberes e dos diversos sujeitos envolvidos neste serviço, considerando tanto os trabalhadores como os usuários, acontece de modo complexo, posto que se trata de múltiplas singularidades que se encontram em meio a um emaranhado de

linhas de força, que provêm das políticas públicas, das ideologias, das questões pessoais de idade e gênero, da sociedade, etc., e que interferem (ou determinam) o modo como se dá este processo de cuidado e de encontro. E, muitas vezes, diante da complexidade deste entrelaçamento, não se torna possível acolher a singularidade do usuário que chega e se apresenta a partir de sua própria experiência, uma vez que ele deverá seguir (será encaminhado por) um caminho institucional que se espera que ele percorra.

Este caminho dos usuários dentro do serviço e da rede de atenção em saúde, na especificidade de cada caso, é tecido a partir das possibilidades despertadas no encontro entre profissional e usuário, suas capacidades e incapacidades, suas necessidades e possibilidades, suas afinidades e desafetos, podendo considerar-se também a equipe, o território, a gestão, e as condições reais de trabalho encontradas, além da qualidade do relacionamento com outros serviços. Contudo, na maioria das vezes, este caminho já está pré-estabelecido em um fluxo criado dentro do serviço e/ou da rede, que de certo modo engessa a conduta dos profissionais, que só podem agir dentro daquele cardápio de ofertas, ao qual os usuários também estão submetidos, mesmo que este não responda às suas necessidades.

O serviço se organizou com determinados fluxos pré-estabelecidos, e estes (necessários ao funcionamento do serviço e da rede) determinam as relações dos profissionais entre si e destes com os usuários, considerando o que podemos chamar de múltiplos CAPS dentro de um, ou constatando a multiplicidade de faces deste serviço em suas particularidades. Estes fluxos serviram de analisadores, permitindo uma melhor compreensão nossas ofertas, e assim, as demandas que chegam até nós. A concepção de fluxo da qual estou me valendo é descrita por Merhy (1997) como sendo um modo básico, uma síntese de todos os processos chave que ocorrem e caracterizam um serviço de saúde. Esse olhar para os fluxos teve como objetivo identificar analisadores que permitissem uma compreensão dos processos envolvidos na dinâmica do serviço.

Segundo Baremlitt (1992), o conceito de analisador está próximo do que a psicanálise considera como *derivados do inconsciente*, que seriam elementos privilegiados dentro do material que o paciente apresenta para ser analisado, como os sonhos, os atos falhos, chistes, delírios, etc. Os analisadores falam das forças presentes nas instituições assim como conceito psicanalítico fala das forças contidas no inconsciente. São os analisadores que denunciam as forças presentes na instituição, seus movimentos, seus campos de atuação, tais

como elas são percebidas por um pesquisador implicado, que se coloca em posição de análise, o que significa manter a tensão entre estar envolvido o suficiente para entender o que está em jogo, e estar distanciado o suficiente para manter uma postura crítica e não reativa. Estes apenas se diferenciam do conceito da psicanálise, em primeiro lugar, por não privilegiarem efeitos verbais. E, em segundo lugar, pois sua função não é apenas exprimir, manifestar, denunciar. Um analisador contém em si mesmo elementos para se auto-entender e iniciar o processo de auto-esclarecimento, quando assim assumido por seus protagonistas. Deste modo, procurei utilizar a análise destes fluxos como guia para entender e operar a análise da demanda e da oferta no serviço do qual faço parte, de modo a instrumentar os trabalhadores a provocarem outras mudanças que ajudem a superar as contradições paralisantes.

Baremlitt (1992) aponta que o conceito de *demanda* muitas vezes é tomado pela idéia de necessidades básicas indiscutíveis e universais. Contudo, aponta questionamentos feitos pelo institucionalismo com relação a esta questão, defendendo, inclusive, que não existem demandas naturais ou espontâneas. A noção de necessidade, segundo este autor, é sempre produzida, e a demanda, a partir desta concepção, passa a ser modulada. Como exemplo, refere que *“aquilo que os povos pensam que todos os membros de uma população e todos os povos do mundo precisam como ‘mínimo’ não existe. Este mínimo é gerado em cada sociedade e é diferente para cada segmento da mesma* (p. 17).

Segundo Silva et al. (2007, p. 159), *“(...) as necessidades de saúde também expressam a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos que procuram estes serviços”*. Cecílio e Lacaz (2012) reforçam ainda que a produção destas necessidades leva em conta inclusive as possibilidades que determinada sociedade tem de reconhecê-las, nomeá-las como necessidades e, a partir daí, buscar atendê-las.

Procurei me ater primeiramente a saber qual o tipo de oferta real existe atualmente no CAPS Praia, e mais precisamente, a de que modo estamos produzindo esta demanda, que se reflete na oferta existente. Esse debate pode extrapolar os limites desta pesquisa, compreendendo-se aspectos da sociedade atual, embora não se desqualifique a necessidade de melhor compreender os aspectos locais e pontuais desta questão que nos é levantada.

O conceito de oferta nos serviços de saúde apontado por Travassos et al. (1999, apud PINHEIRO, 2006), se refere à disponibilidade, ao tipo e ao aspecto quantitativo de recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) na atenção à saúde. A oferta é ainda influenciada *“(...*

pela sua localização geográfica, pela cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador, isto é, o estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde” (PINHEIRO, 2006, p. 71).

Com relação ao conceito de demanda, Pinheiro (2006) descreve como a atitude do indivíduo em procurar pelos serviços de saúde e se beneficiar com o atendimento, o que poderia ser entendido como encontrar uma oferta correspondente. A autora fala também sobre o conceito proposto por Arruda (1998, in PINHEIRO, 2006), que acrescenta que nem sempre a demanda que chega ao equipamento será a expressão da necessidade, ou seja: pode haver uma necessidade que não acessou o serviço. Talvez por não ter sido encontrada uma oferta para aquela necessidade, ou por desinformação sobre a possibilidade de solução de seus problemas, desconhecimento destes, dificuldades de acesso aos serviços, ou mesmo a inexistência de oferta dos serviços desejados. Ou ainda porque o serviço filtra, ele só reconhece necessidades que venham sob alguns formatos e rejeita outras disformes. Conforme mencionado anteriormente, segundo os conceitos da Análise Institucional toda demanda é produzida e modulada por meio de ofertas de serviços. E foi esse exercício, de perceber, observar e analisar essas modulações e regulações das demandas e das ofertas realizadas no equipamento, que procurei fazer nessa pesquisa.

De todo modo, a leitura da análise institucional, expressa no pensamento de Baremlitt (1992) fala da impossibilidade de se separar os dois conceitos, pois não se trata de coisas distintas. Demanda e oferta se constituem no mesmo processo, único, imbricado e implicado, impossibilitando a análise de seus componentes separadamente.

Pinheiro (2006) analisa ainda que esta tendência a olhar dicotomicamente para as questões de oferta e demanda está relacionada a conceitos econômicos clássicos, validados por uma relação de consumo. De um lado, estão os consumidores ou usuários, e de outro, os prestadores de serviço e seus agentes. Sob esta ótica, oferta estaria apenas relacionada aos profissionais e aos gestores dos serviços e demanda apenas relacionada aos usuários, não se permitindo enxergar a relação entre eles, e nem uma inversão de papéis. E, no entanto, os profissionais e os gestores também têm demandas e exigências e os usuários também chegam carregados de ofertas de palavras, gestos e expressões de sentimentos e dores, que eles trazem para o equipamento e descarregam nos profissionais. Esta visão tende inclusive a olhar de maneira estática para estas categorias, a partir desta dicotomia, descolando-as do contexto em

que estão inseridas. Em contraposição, os profissionais também têm suas demandas, suas expectativas, inseridas em todo um contexto social que envolve, inclusive, suas escolhas profissionais e o significado de estar atuando em saúde mental.

Além disso, considero que entre o que se preconiza nas políticas e o que se vivencia na prática existe um espaço permeado pela singularidade dos encontros e das possibilidades institucionais e pessoais. E é justamente por este espaço de tensão que busquei caminhar com esta pesquisa, no sentido de compreender a atenção à saúde mental pela via do trabalho real, considerando sua complexidade e singularidade (espaço-temporal inclusive).

Nesse ínterim, ressalto que o debate atual sobre esta mudança paradigmática do modo de conceber e operar a atenção à saúde mental tem colocado em questão os avanços e retrocessos vivenciados neste campo. No final de 2015, Roberto Tykanori Kinoshita, militante da luta antimanicomial desde 1980, foi destituído da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, sendo substituído por Valencius Wurth Duarte Filho, ex-diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, que já foi o maior hospital psiquiátrico da América Latina. Após inúmeros protestos e manifestações, este último foi exonerado do cargo em maio de 2016.

Com estas recentes mudanças políticas, têm sido trazidos à tona questionamentos sobre esta ruptura com o modelo anterior, fazendo-nos refletir sobre como este paradigma da cidadania está sendo vivenciado e também sobre as novas demandas que estamos produzindo nos serviços de saúde mental. Ao mesmo tempo em que se vivencia mudanças e ecos do movimento antimanicomial, ainda vivo e pulsante, por um outro lado, como força contrária, vemos um novo movimento manicomial, como esta situação na Coordenação Nacional. Ao mesmo tempo em que se constroem novos paradigmas e possibilidades, se destroem e reconstroem outras. E é plausível pensar que as mesmas tensões que estão provocando esse embate de forças também estão alterando, ainda que quase imperceptivelmente, os jogos de força locais, por onde caminhei com esta pesquisa.

1.2. O cenário local

Segundo a Análise Institucional,

(...) a história não é apenas a reconstrução do que já aconteceu e que já está, de alguma maneira, morto, obsoleto, definido – “o que foi, já foi”; senão que a história consiste em uma localização daquilo que, de alguma forma, começou, teve início em um passado. Mas o interesse da história institucionalista é o de reconstruir o passado enquanto ele está vivo no presente, enquanto ele está atuante e pode determinar ou já estar determinando o futuro (BAREMBLITT, 1992, p. 42).

Nesse sentido, procurei abordar brevemente a Reforma Psiquiátrica em Santos, considerando o contexto em que esta se deu, e contar um pouco da história do CAPS Praia, buscando refletir, a partir do lugar de trabalhadora e pesquisadora, sobre como construímos este serviço em particular. E buscar compreender quais são as aproximações e os distanciamentos com relação ao serviço idealizado, nas diversas publicações que se sucederam ao longo dos anos, referentes aos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, além de tentar compreender o lugar que ele ocupa na rede e no imaginário dos usuários, profissionais e gestores.

A cidade de Santos tem uma relevância histórica na Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo implantado a primeira Rede de Atenção Psicossocial do país, com a abertura dos cinco NAPS (agora nomeados CAPS), pensados com uma lógica antimanicomial, com base na noção de território, após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (KINOSHITA, 1996).

Esta intervenção ocorreu em maio de 1989, pela Prefeitura Municipal de Santos, após inúmeras denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes. Em relatório da Secretaria de Estado da Saúde (SUDS-R52), haviam sido apontadas diversas irregularidades técnicas, como hiper lotação e falta de profissionais. Contudo, a intervenção considerou que a modificação da situação calamitosa não se reduziria a adequar o hospital às normas técnicas, mas sim de tratar das condições dignas e recuperação da cidadania dos pacientes, “*mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade*” (KINOSHITA, 1996, p. 40).

Este autor aponta ainda que a desconstrução da “velha ordem” e modificação real da instituição, visando a extinção das violências, exigia a construção de uma “nova ordem”, a partir de uma nova lógica e de um “*novo padrão de relacionamento entre todas as pessoas,*

incluindo pacientes, funcionários, técnicos e equipe dirigente” (pg. 41). Foi assim que se iniciou o processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde mental na cidade.

A “velha ordem” remete à hospitalização da loucura. Contextualizando um pouco mais na história, em meados do século XVIII, na França, o médico Philippe Pinel postulou que os asilos – que eram antes hospedaria para todo o tipo de desditosos que não tinham espaço na sociedade – fossem destinados somente aos doentes mentais, dando ao internamento características médicas e terapêuticas. O entendimento do louco enquanto representante de risco e periculosidade social *“inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por essa categoria profissional”* (AMARANTE, 2009, p. 24). E que hoje ainda se percebe uma ordenação médica no tocante ao tratamento da loucura. Ainda que se preconize uma atenção interdisciplinar, o que parece na prática no serviço, é que são os psiquiatras que detêm maior poder nesta interação entre os saberes.

O movimento antimanicomial no Brasil teve influências internacionais, principalmente da antipsiquiatria, na Inglaterra e da psiquiatria democrática italiana, movimento coordenado por Franco Basaglia. Numa crítica ao modelo do manicômio como instituição de cura, a reforma psiquiátrica passou por um longo percurso, inicialmente dentro dos próprios hospitais e posteriormente atingindo a sua periferia, até ser realmente efetivada. E, considerando os aspectos que vão para além da inauguração dos serviços, fica o questionamento: Será que podemos dizer que isso realmente aconteceu?

Na década de 1960 um grupo de psiquiatras inaugura na Inglaterra a antipsiquiatria, em meio aos movimentos *underground* da contracultura, buscando buscava um diálogo entre razão e loucura, *“(...) enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles”* (AMARANTE, 2009, p. 44). Esta concepção teve grande importância na possibilidade de rompimento com a institucionalização enquanto tratamento para a loucura. Meyer (1975, apud AMARANTE, 2009, p. 42), descreve este movimento como

(...) denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente (...) veiculando um ideário ricamente polêmico. (...) A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula.

Neste mesmo período, Franco Basaglia coordenou o movimento da psiquiatria democrática italiana, que passou também a colocar em questionamento a prática psiquiátrica hospitalar, com propostas que vislumbravam protagonizar o cuidado no território em detrimento do foco institucional, deixando a doença de ser o objeto da clínica, passando a considerar o indivíduo, que havia sido segregado da sociedade exercendo estritamente o papel de doente. Os pacientes participaram ativamente do processo de mudança que criou os Centros de Saúde Mental e, em 1980, foi abolido oficialmente o hospital psiquiátrico. Não se tratava apenas de humanizar o hospital, mas de uma mudança paradigmática para o resgate da cidadania das pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2009).

Foi sob estas influências que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu ou se inaugurou, com importante marco do movimento em Santos. Voltando a este contexto, logo após esta intervenção, em 1989, o Hospital Anchieta foi dividido em cinco enfermarias que seguiam uma divisão dos cinco territórios da cidade, de modo que todos os pacientes e familiares de uma região pudessem ser atendidos e referenciados a uma mesma equipe. Nos anos seguintes estas equipes e seus pacientes e familiares foram sendo deslocados para a implantação dos NAPS enquanto as suas enfermarias iam sendo desativadas respectivamente. O NAPS III foi inaugurado em maio de 1992, em um espaço anexo a uma Policlínica. Constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, contudo, para atendimento ao público em geral o horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. No período noturno e aos feriados e finais de semana, o atendimento é restrito aos usuários acolhidos ou internados.

As principais características dos NAPS eram: a garantia de asilo (considerando que podem haver situações em que um distanciamento – que não se trata de isolamento nem de reclusão – das condições habituais de vida seja necessário em alguns momentos de crise); a disponibilidade, tanto dos serviços como dos trabalhadores, com respostas rápidas e com uma lógica plástica adequada a complexidade das singularidades; a inserção no território, tendo sido a cidade dividida em cinco áreas; a prioridade aos projetos de vida, capazes de promover a qualidade de vida e não mais a mera atenção aos momentos de crise; o processo de valorização dos sujeitos, com aumento de poder contratual nas relações e autonomia (KINOSHITA, 1996).

Nos anos seguintes foram implantados os cinco NAPS, uma unidade de reabilitação psicossocial, uma seção lar-abrigo, para usuários egressos do hospital psiquiátrico com vínculos familiares rompidos, que recentemente se dividiu e foi transformado em dois Serviços Residenciais Terapêuticos e a retaguarda de atendimento psiquiátrico às urgências/emergências nos Pronto-Socorros, além do Núcleo de Atenção ao Toxicodependente, que atualmente foi renomeado CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas).

A criação dos NAPS, constituintes da primeira RAPS do país, foi concomitante com as publicações das primeiras portarias voltadas à normatização da atenção à saúde mental. Em 1992 foi publicada a Portaria SNAS/MS Nº 224, que definiu que os NAPS/CAPS são unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, *segundo definições do órgão gestor local*. Com a publicação da Portaria GM/MS 336, de 2002, foi utilizada apenas a nomenclatura CAPS, e não mais NAPS. Desde então todos os NAPS de Santos foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde como CAPS III, por serem serviços com funcionamento 24h, considerando ainda a população do município, conforme descrito na Portaria. Contudo, até recentemente, ainda era utilizada a nomenclatura NAPS para os serviços em Santos, como nome fantasia.

A atual Coordenadoria Municipal de Saúde Mental propôs, em 2016, que a mudança dos nomes fosse feita na reorganização administrativa da prefeitura, considerando a natureza do serviço em consonância com as Portarias que os regem, e em 2017 foram alterados oficialmente os nomes das unidades na Prefeitura. A escolha do novo nome foi levada para discussão em assembleia, que é um espaço semanal de discussões, reflexões e deliberações sobre o serviço e seu funcionamento, composta por usuários e trabalhadores. Um usuário propôs o nome CAPS Praia, e o nome foi bem aceito por todos. Este nome faz referência à proximidade com a praia e à região de abrangência, que corresponde a alguns bairros na região da orla. Parecendo demonstrar a gestão porosa o suficiente para assimilar também a demanda ou a oferta dos usuários, enquanto participantes da escolha de algo tão significativo como o nome do serviço.

Por meio da Portaria 336 (BRASIL, 2002), o governo federal estabeleceu normas de financiamento e organização de serviços comunitários, criando também novos mecanismos

para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país, além de definir as diversas modalidades de CAPS, os quais passaram a expandir-se. Esta publicação definiu o funcionamento do CAPS, na modalidade III como:

Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

Apenas em 2011 foi publicada a Portaria n. 3088, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta portaria definiu os componentes da Rede e os pontos de atenção, que envolve diversos setores como atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Em Santos, contudo, desde o início da construção dos novos serviços a atenção foi pensada num modelo não só de base territorial, mas em rede, com a instituição de alguns serviços que compõem a rede atual desde muito antes da publicação desta Portaria.

Delgado et. al (2007) defendem que *“A articulação em rede dos vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental”* (p. 57). Nesta direção, este novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil foi pensado na lógica de uma rede de atenção, com base comunitária, ou seja, partindo da noção de território.

A Rede de Atenção Psicossocial que compõe a região de abrangência do CAPS Praia hoje é composta por: retaguarda para urgência e emergência psiquiátricas na UPA Central (Unidade de Pronto Atendimento), que é compartilhada por todo o município, ou seja, não é restrita ao território de abrangência deste CAPS; atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do Embaré, Aparecida, Ponta da Praia e Conselheiro Nébias, Unidade de Saúde da Família de Caruara e Monte Cabrão; um CAPS-AD (Álcool e Drogas), uma Seção de Reabilitação Psicossocial, um CAPS-ADIJ (Álcool e Drogas Infanto-Juvenil), que são também unidades únicas que atendem todo o município, e uma Seção Centro de Valorização da Criança. Também fazem parte da Rede os ambulatórios de especialidades do município (AMBESP) e do estado (AME), assim como o Serviço de Referência em DST-AIDS (SECRAIDS), Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador (SEVREST) e o Instituto da Mulher.

Vale frisar que esta composição da rede é uma composição teórica. Na prática, essa rede funciona de modo ora mais ora menos frágil, e alguns equipamentos citados são mais ativados do que outros. Em uma verdadeira “Rede” não deveria haver um único sentido, que corresponde mais a uma lógica de encaminhamento. E deveria sim se trabalhar em uma lógica de “compartilhamento” dos casos. Mas, na prática, isso na maioria das vezes não acontece. E existem também alguns recursos acionados pelo CAPS que não compõem esta rede formal, como é o caso por exemplo, das universidades, para as quais os usuários são encaminhados quando se identifica a necessidade de psicoterapia, que é um recurso que a rede formal não oferece. Mas, que por fazer parte dos equipamentos acionados, passam a compor a RAPS.

Inicialmente, quando o serviço foi instituído, o atendimento era destinado às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, portanto, a população atendida era quase que totalmente constituída por egressos de hospitais psiquiátricos, em atendimento integral. Com o passar dos anos, o atendimento psiquiátrico ambulatorial foi se agregando ao serviço, e atualmente os CAPS atendem também todas as outras demandas de Saúde Mental, nomeadas como “casos leves”, como depressão e ansiedade (GONZAGA e NAKAMURA, 2015).

A unidade funciona, desde 2010, em um grande sobrado (um imóvel alugado pela Prefeitura), com uma garagem à frente e uma área externa ao fundo. A divisão física entre os espaços do serviço (Ambulatório e Hospital-Dia/Intensivo) se dá por uma porta. Na parte da frente do sobrado, ficam dois consultórios médicos, dois banheiros (de uso dos usuários de ambulatório, HD e convivência) e a recepção – espaço que constitui o ambulatório. Na parte detrás do piso térreo, existe uma sala de convivência, onde acontecem a maioria das atividades e oficinas, um pequeno jardim com uma piscina inutilizada, onde os usuários realizam as refeições, a copa, um banheiro de uso restrito de funcionários e outro consultório. No andar superior, encontra-se a sala de administração, que é também a minha sala, local onde realizo grande parte do meu trabalho, embora meu fazer não se restrinja a este espaço, permeando todo o equipamento, inclusive em uma necessidade de cuidar e observar o aspecto físico e sua preservação, já que sou a pessoa responsável por acionar os serviços de manutenção quando necessário. E eu também sinto necessidade de estar com os usuários e me envolver em algumas atividades. Esta sala de administração não é exclusivamente do administrativo, é também a sala da chefia e constitui-se um espaço para uso de todos, e tem um fluxo de pessoas muito dinâmico. Os únicos dois computadores da unidade ficam nesta sala, e são compartilhados pela equipe administrativa, pela chefia, pela farmacêutica para controle diário do estoque em planilhas, pelos profissionais de nível superior, quando da necessidade de realizar alguma pesquisa, acompanhar algum usuário na realização de alguma atividade que necessita do computador, ou fazer algum relatório, etc. Esta sala contém um closet, que é utilizado como sala de arquivo, e um banheiro de uso dos funcionários. Também fica neste piso uma sala que é utilizada para reuniões da equipe, o posto de enfermagem e os dois quartos (masculino e feminino, com três leitos cada) para internação, sendo um deles uma suíte e outro contém um banheiro externo, que fica ao lado do quarto.

A condição do espaço físico está de modo geral muito precária. Ao longo dos anos várias coisas foram se deteriorando e não recebendo a devida manutenção. O aspecto de muitas salas, inclusive dos consultórios, recepção e quartos dos internados, é de um ambiente sucateado, descuidado. Portas trocadas que não recebem pinturas, infiltração, paredes descascadas, luminárias soltas, móveis quebrados. Isto reflete um descuido e/ou desinvestimento financeiro por parte da administração pública, que se vê em diferentes serviços públicos, mas que neste caso específico pode ser interpretado como um reflexo da não priorização da saúde mental na gestão. E demonstra que mesmo após a Reforma há uma

força contrária que não proporciona a manutenção do estado de renovação e Reforma. O CAPS precisa tanto da Reforma quanto de reforma, para estar em consonância com os princípios de acolhimento e tratamento, bem como da humanização e outros preceitos do SUS.

A unidade funciona como referência de atendimento adulto em saúde mental da rede de atenção psicossocial da região da Orla, que abrange os seguintes bairros: Aparecida, Embaré, Boqueirão, Ponta da Praia, Estuário e Área Continental (Caruara e Monte Cabrão). A população atendida corresponde a um total de 121.137 habitantes, de acordo com dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010. Trata-se de uma população bastante heterogênea no tocante às características sócio-econômicas, abrangendo bairros com uma população de alto poder aquisitivo e outros com maiores vulnerabilidades. Ao usar a nomenclatura referência, é preciso esclarecer que não me refiro aqui ao termo comumente usado na área da saúde para designar os equipamentos que são acionados via encaminhamento da atenção básica, mas apenas para identificar que, em uma divisão territorial, este CAPS é responsável por estes determinados bairros.

Os usuários podem ingressar no serviço tanto por demanda espontânea, como por encaminhamentos de outros serviços. Optamos por utilizar este termo, pois é como comumente se designa em saúde que um usuário buscou o serviço sem necessidade de encaminhamento prévio. Contudo, conforme é nosso objetivo analisar nossa demanda considerando que parte sempre de uma oferta anterior, admitimos que não se trata exatamente de uma espontaneidade. O acolhimento dos usuários que chegam ao serviço passou por diferentes modos, ao longo do tempo de existência da instituição. Essas diferentes práticas, os fluxogramas nos diferentes momentos e as mudanças mais recentes foram objeto de análise nesse estudo.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais do CAPS, seja dentro do serviço, seja no território, como parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, estão: acolhimento diurno em hospital dia; internação em situações de crise; oficinas terapêuticas (pintura, culinária, leitura e pintura em panos de prato); atividades de reabilitação psicossocial; acompanhamento em situações da vida cotidiana; atendimento médico; medicação assistida; atendimento familiar; assembléias; grupos terapêuticos, como um grupo de homens, que é acompanhado por um psicólogo e um acompanhante terapêutico para falar

de questões do universo masculino, e um grupo de HD, que no início era composto apenas por usuários que já tiveram alguma vivência significativa de perda de contato com a realidade, mas que com o tempo foi se constituindo também com as demandas mais diversas, mas ainda mantém o caráter de ser um grupo fechado, com objetivo de constituir-se em um espaço seguro, valorizando laços de confiança e vínculo entre os participantes; grupos de acolhimento (para pacientes que iniciam o tratamento no CAPS, após a triagem e antes da consulta médica); terapia comunitária, que acontece tanto no CAPS como em um espaço comunitário que utilizamos; visitas domiciliares; reuniões de rede, encaminhamentos a outros serviços, entre outras.

Os modos de atendimento no CAPS Praia são categorizados em intensivo (internação e acolhimento), semi-intensivo (HD) e não intensivo (convivência e ambulatório). Quando um usuário é inserido nos modos intensivo e semi-intensivo, se estabelece um técnico de referência (profissional de nível superior). Este técnico fica responsável por elaborar, com o usuário, seu PTS, e acompanhar o seu tratamento. Para os casos do ambulatório, a oferta se restringe a atendimento médico com retornos agendados de três em três meses, resguardadas as exceções em casos de urgência, quando os retornos podem ser antecipados.

A equipe é composta por quatro psicólogos (dentre eles a chefe do serviço), um terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma enfermeira, dois acompanhantes terapêuticos de nível médio, 15 técnicos de enfermagem (nove no período diurno e seis no período noturno), duas oficiais de administração (das quais uma sou eu, chefe de atividades administrativas e pesquisadora) e três médicos, além dos serviços terceirizados de limpeza e copa.

Cabe ressaltar que o serviço pesquisado já recebeu intervenção anterior produzida por uma pesquisa de Mestrado Profissional no tocante à questão da atenção ao suicídio (CESCON, 2015). A realização desta pesquisa deixou várias marcas positivas na equipe de trabalho como um todo, tanto os profissionais de nível superior, como de nível médio, uma vez que abordou os sentimentos e afetações dos profissionais diante das demandas que os usuários trazem, possibilitando entrar em contato com suas emoções e fragilidades no envolvimento com o outro nessa relação de cuidado. Em vários momentos estes efeitos são trazidos à tona, e esta intervenção é lembrada de forma positiva, auxiliando a rever os processos e afetações que o trabalho traz para os profissionais.

1.3. A complexidade do serviço real

O motivo de separar um espaço do texto para falar sobre a complexidade do serviço real está estritamente relacionado à própria motivação deste trabalho. Um serviço de saúde mental é complexo por sua natureza. Mas a complexidade de que falo aqui se refere à própria dinâmica e o modo como o serviço vai se constituindo ao longo do tempo. E que se aproxima e se distancia do que foi prescrito nas políticas, pelas inúmeras possibilidades de encontro, que se desdobram na construção e reconstrução do serviço a todo momento, e também a depender das políticas públicas municipais vigentes, da entrada e saída de funcionários, das capacitações e interesses dos profissionais, entre outros fatores vivos que compõem o contexto do trabalho em saúde mental.

Delgado et. al (2007) aponta um importante aspecto da constituição real dos serviços, que merece ser considerada na avaliação de qualquer trabalho em saúde, em especial de saúde mental, qual seja:

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (p. 40).

A lógica onde faz sentido a existência deste serviço tem base na noção de uma atenção em rede, na articulação entre os diferentes serviços e recursos/equipamentos disponíveis no território, tendo como protagonista o próprio usuário. Mas, na prática, muitas vezes não é isso que acontece, por diversas razões que buscaremos compreender melhor com este trabalho. Muitas vezes me deparo com situações em que a equipe, engajada com a luta antimanicomial, toma decisões que vão de encontro a esta lógica, muitas vezes sem se dar conta. E acaba por reproduzir uma lógica dicotomizada entre ambulatório e manicômio. Pretendo entender com este trabalho o que neste CAPS restou (e se reatualiza) da estrutura manicomial, e o que ele traz da Reforma, sendo que o objetivo está mais voltado à problematização do que a uma solução da questão.

Toda a Reforma foi pautada na militância, na luta por direitos, que resultou em uma série de normas legais que descrevem e buscam garanti-los, como é o caso da importante Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos

mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Todas estas normativas representam ganhos que esta luta alcançou e busca ainda hoje manter, por meio dos diferentes coletivos e frentes de luta antimanicomial espalhados por todo o país.

E não posso esquecer de mencionar que hoje existe toda uma força contrária a esta luta, com diferentes situações que colocam em questionamento os avanços conquistados, como a tentativa de abertura de novos leitos em hospitais psiquiátricos, por exemplo. Esta luta não acabou, e se reapresenta a cada dia, sob nova faceta. Tanto ao nível da gestão, como ao nível da atuação dos profissionais dentro das equipes, diariamente.

Sobre este aspecto, Luzio e Yasui (2010, apud DOBIES e L'ABBATE, 2010) alertam que a tendência à regularização é um risco, quando os processos de transformação vão perdendo as bases nos movimentos sociais e deslocam o foco de luta para o interior do aparelho estatal, como ocorreu com a Reforma Sanitária e tem ocorrido com a Reforma Psiquiátrica, pois a “(...) ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS transforma a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores em uma servidão a normas e portarias” (p. 22).

Silva et. al (2009), afirmam que no CAPS muitas vezes o trabalho não pode ser minuciosamente prescrito, não havendo a previsão de uma rotina de trabalho, considerando que todas as operações se dão na linha de frente. E que “*A forma como se ‘produz’ o serviço de reabilitação psicossocial não permite o planejamento antecipado de algumas atividades*” (p. 117). Isso se dá devido à dinamicidade do serviço e da demanda dos usuários, e de certa maneira pode-se dizer que determina os processos de trabalho.

Esta preocupação que estes autores descrevem pode ser pensada tanto numa esfera macro, de organização da rede, na lógica do compartilhamento/encaminhamento dos casos entre os diferentes serviços disponíveis no município, mas pode também ser pensada de forma micro, entre as equipes, na organização interna do serviço. Para a própria organização dos equipamentos, como em todo serviço de saúde, algumas condutas acabam por ser normatizadas, e isso é necessário para a própria organização do serviço. Mas como apontam os autores, deve-se tomar cuidado com o excesso de normatização, pois assim corre-se o risco de se enrijecer um fazer, que na saúde mental deve ser sempre dinâmico, sempre disponível ao novo. E que deve considerar o singular do encontro entre profissional e usuário que chega

ao serviço necessitando de algo, e que deve ser protagonista do seu cuidado, por meio do Projeto Terapêutico Singular.

Cabe também buscar compreender outros aspectos da rede de atenção à saúde em geral de Santos, em que estão contidos diferentes atores e diferentes demandas, que muitas vezes acabam por se desdobrar para além do que foi prescrito na política e que esbarra nas singularidades locais. Pode-se tomar como exemplo a inexistência de um serviço ambulatorial em saúde mental no município, fazendo com que toda a demanda tenha sido absorvida pelos CAPS.

Com relação a esta questão, em contrapartida, pensa-se na estratégia do matriciamento em saúde mental como uma alternativa possível, ainda que no cotidiano se vivencie muitas dificuldades em sua efetivação. O município tem investido em ações relacionadas a esta política, mas na prática a atenção ainda acaba por se dar em uma lógica de encaminhamento, baseada, muitas vezes, na oferta de medicamentos.

Segundo Lancman (2009), alguns estudos têm demonstrado que o cuidado aos usuários com transtornos psíquicos pela atenção básica *“tem sido medicalizado, hospitalar e fragmentado e que os profissionais e as famílias têm reproduzido a lógica das internações psiquiátricas”* (p. 19). E complementa ainda que a forma de atenção da Estratégia de Saúde da Família, nestas situações, não tem sido capaz de subverter a lógica biomédica de cuidado, apresentando, assim, uma dissonância com os princípios da reforma psiquiátrica. O que se percebe ainda é uma oferta de cuidado medicamentoso apenas, ainda que nesta tentativa de se compartilhar os casos entre os serviços de saúde mental e atenção básica a partir do matriciamento ou do atendimento no próprio CAPS.

Lancman (2009) aponta a necessidade de se observar a complexidade do processo de mudança de estrutura e paradigma, considerando que os serviços sofrem de grande precarização de diferentes ordens e instâncias, o que interfere na forma como se organizam para oferecer o cuidado em saúde mental, além das oscilações políticas, que muito interferem na dinâmica de organização dos serviços. De acordo com esta autora *“Segundo a forma como é organizado, o trabalho pode levar seus agentes a diversos tipos de desgaste, à perda da expectativa de realizá-lo com qualidade e à desmotivação psíquica para desenvolvê-lo”* (p. 12).

A forma atual da organização dos serviços é influenciada e caracterizada pela atuação de trabalhadores que participam de uma lógica que muitas vezes não é clara no que tange ao tipo de atendimento oferecido. Desta forma, acabam por ser estabelecidos fluxos “não-ditos” no cuidado compartilhado entre atenção básica e saúde mental e no cuidado aos casos graves, bem como aos casos leves, onde o local principal da atenção será a atenção básica. Lancman (2009) afirma que

(...) estudos demonstram que a organização do trabalho e a maneira como se realizam as várias atividades em cada unidade têm sido determinadas muito mais por acordos internos à equipe e suas condições de execução do que em função do modelo conceitual que gerou esses serviços. Assim, cada equipamento vai construindo e definindo seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe (p. 16).

Nesse sentido, busquei olhar de modo mais amplo para as questões que envolvem demanda e oferta neste serviço de saúde mental específico, que foi objeto de estudo desta pesquisa, com suas peculiaridades. Visei compreender melhor as relações entre as diversas linhas de força que constituem o serviço tal como está neste momento, neste contexto específico, a partir das influências históricas envolvidas em sua construção e manutenção, e das singularidades dos sujeitos que o compõem neste momento.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a oferta e a demanda de atendimento em um CAPS III, a partir da compreensão das dinâmicas envolvidas nas práticas dos profissionais na construção e na efetivação dos fluxos dos usuários no serviço, buscando refletir sobre a proposta da política de saúde mental atual e a complexidade de sua execução.

2.2. Objetivos Específicos

- Realizar análise da implicação, a fim de compreender meus envolvimento, sentimentos, motivações e percepções com relação ao serviço e à pesquisa;
- Mapear o fluxo dos usuários no serviço;
- Identificar elementos analisadores na organização do serviço, mais especificamente na gestão da demanda e da oferta de atendimento, por meio da observação dos fluxos e das falas dos profissionais.
- Analisar o instituinte e o instituído na dinâmica da organização do serviço.

3. TRAJETÓRIA DA PESQUISA

3.1. Considerações gerais

Para alcançar os objetivos da pesquisa, caminhei por um percurso de escolha do método que levou em consideração diversas contradições e dificuldades que envolvem a minha participação como pesquisadora-trabalhadora. Esta característica do Mestrado Profissional apresenta, por si só, efeitos tanto na pesquisa, em suas diversas escolhas e análises, como na atuação profissional concomitantemente. O trabalho da pesquisa está permeado pelas intercorrências institucionais que ocorreram por todo o período, desde a construção do projeto até a análise dos dados. Isto remete à importância da análise da implicação em situações como esta, para ampliar a riqueza de possibilidades e entendimento de que o olhar dado às questões aqui pesquisadas está carregado de uma história e de um envolvimento particular com o campo de pesquisa.

Considerando a natureza do problema da pesquisa e do objeto de estudo, foi escolhida a abordagem exploratória e qualitativa, uma vez que desejei enveredar pelo campo dos significados (MINAYO, 2004). A abordagem qualitativa permite acesso a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, alcançando, desta forma, uma compreensão mais profunda e detalhada dos fenômenos estudados (MARCONI e LAKATOS, 2004). Segundo Ferignato e Carvalho (2011, p. 664), “(...) a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida”. E foi exatamente por este mundo das experiências vividas, por mim, pelos colegas e pelos usuários, que busquei caminhar.

O método de estudo escolhido foi o estudo de caso. Segundo Araújo et. al (2008), a escolha pelo uso deste método é importante quando o pesquisador procura investigar interações entre fatores relevantes de uma determinada situação, tendo como objetivo descrever ou analisar o fenômeno, apreendendo sua dinâmica. Yin (2001) ressalta ainda o uso dessa metodologia de investigação quando se pretende entender um fenômeno real em profundidade englobando importantes condições contextuais.

Delimitei como unidade de análise do estudo de caso o CAPS Praia. E, deste modo, foi preciso considerar como contexto a instituição saúde mental, as relações da sociedade com o

sofrimento mental e mais especificamente a Rede de Atenção Psicossocial do município de Santos/SP.

Gondim (2003, p. 150) afirma que *“os teóricos críticos, construtivistas e participacionistas ressaltam que a relação nas ciências sociais é do tipo sujeito-sujeito, ou seja, o que é investigado não é independente do processo de investigação e, sendo assim, o conhecimento produzido é valorativo e ideológico”*. Nesse sentido, admiti e valorizei o caráter avaliativo e implicado do processo de investigação neste campo, que vislumbra reflexões sobre a organização do serviço e seu atendimento às pessoas com sofrimento mental.

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e foi aprovada também pelo Comitê de Ética da UNIFESP pela Plataforma Brasil sob Parecer de número 1.641.785. Foi disponibilizado ao responsável pelo serviço o Termo de Consentimento de Coleta de Dados (TCCD) (Apêndice I), que garante a utilização dos dados obtidos apenas para fins científicos.

3.2. Produção dos dados

Busquei situar e caracterizar o funcionamento da unidade utilizando-me de revisão bibliográfica e pesquisa documental, bem como da construção de um fluxograma para analisar a organização do serviço. Gil (2010) apresenta pontos de semelhança entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, diferenciando-as na medida em que a primeira se refere a material já elaborado, ou seja, documentos, estudos e/ou trabalhos publicados por outras pessoas, e a segunda se caracteriza pela investigação de documentos, registros, em outras palavras, materiais que não ainda não passaram por um tratamento analítico, como foi o caso.

Realizei pesquisa documental (GIL, 2010) nos prontuários no período de 11 meses progressos ao início da pesquisa. Foi justificado o critério do recorte do tempo considerando que o objetivo é analisar o fluxo de atendimento dos usuários no período atual. Pretendi, assim, produzir dados que permitissem analisar que formas de atendimento/assistência

estamos oferecendo e a que tipo de demandas estamos atendendo, e como estamos operando esse atendimento, ou que estamos deixando de atender.

Ressalto que o que está sendo considerado como demanda nessa análise é o dado contido no prontuário, ou seja, o que o profissional que atendeu o usuário caracterizou como tal. Trata-se, portanto, um dado indireto, uma vez que não o iremos coletar diretamente qual era a demanda dos usuários quando chegaram ao serviço. Não foi possível aprofundar na análise da demanda dos usuários, porque essa pesquisa foi pensada dentro do quadro da educação permanente, e não da educação em comunidade, e tinha que limitar o campo, para ter condições de levar a cabo. Abordei os dados presentes nos registros dos atendimentos, considerando, inclusive, que suas imperfeições, falhas e omissões podem ser analisadas, tanto quanto os dados que efetivamente estão presentes.

Visando atender aos objetivos desta pesquisa, foram investigados nos prontuários a demanda principal da ficha de triagem, origem do usuário (se espontânea ou por meio de encaminhamentos de outros serviços), hipótese diagnóstica, e qual o primeiro encaminhamento dado após a triagem e as ações subsequentes (atividades, encaminhamentos, etc.).

Os dados produzidos a partir da pesquisa dos prontuários nos possibilitaram uma visão dos fluxos e da oferta e da demanda presentes no serviço, a partir de informações que demonstram inclusive os modos de se fazer os registros, e de como o serviço é organizado. É um recorte, e apenas uma ferramenta para analisar o fluxo. Contudo, para uma visão ampliada no tocante a organização do serviço, considerando as singularidades dos sujeitos envolvidos e a complexidade das ações e a vivacidade dos movimentos instituinte e instituído, que compõem a efetivação do serviço, foi utilizado, complementarmente, o recurso do grupo focal com os trabalhadores da unidade.

Gatti (2005, in LOPES, 2014, p. 483), com base em estudos de Powell e Single (1996, p. 449), define o método do grupo focal como *“um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”*. Segundo Trad (2009, p. 780), esta técnica difere da entrevista individual por *“basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa”*, e é justamente por este motivo que optei por este recurso, pois parto do pressuposto de que as instituições são produzidas histórica, dinâmica e coletivamente,

sofrendo influência de diferentes atores para sua constituição. E, portanto, seria mais válido apreender estas forças e atravessamentos com os indivíduos em grupo do que individualmente. Ainda segundo este autor, o debate entre os participantes permite que os temas abordados sejam mais problematizados que numa situação de entrevista individual. A utilização desta ferramenta teve como objetivo apreender as forças dinâmicas envolvidas no olhar dos profissionais ao se depararem com sua prática, de falarem sobre ela, na organização do fluxo com relação à oferta, em resposta às demandas que são assimiladas como tal.

A escolha por esta metodologia também se deu no sentido de ao mesmo tempo dar uma devolutiva aos profissionais sobre os fluxos e o real do trabalho, para que eles validem ou não as observações feitas e para que eles percebam as distâncias entre o que eles pensam fazer e o que efetivamente fazem. E, ao mesmo tempo, propiciar uma reflexão coletiva sobre os processos de trabalho. Esta abordagem tem relação inclusive com a proposta do Mestrado Profissional, cujo objetivo vai para além da produção de um conhecimento, mas beira a intervenção por estar implicada na realidade viva. Deste modo o próprio processo de produção dos dados está produzindo efeitos na realidade do serviço, afetando e sendo afetado pelo campo a todo tempo.

Para o grupo focal, a escolha dos participantes foi feita com base no critério de disponibilidade dos sujeitos. Foi feito um convite a todos os trabalhadores da unidade, sendo que se dispuseram a participar oito (do total de 30) profissionais. O dia de sábado foi escolhido porque espontaneamente os profissionais já usavam esse dia para algumas reuniões extraordinárias que faziam, e porque foi o dia que pareceu congregar mais quórum. Contudo, na data agendada apenas puderam comparecer cinco: uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e três psicólogos. Penso ser importante considerar sobre a pequena adesão ao convite, visto que o convite se estendeu a todos os profissionais da equipe. É possível inferir sobre uma possível não disponibilidade dos profissionais, ou talvez não tenha ficado muito claro um sentido para esta participação, ou mesmo pelo fato de os profissionais estarem muito sobrecarregados com o trabalho.

Foram explicados aos participantes os objetivos e procedimentos deste estudo, com o convite e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), com base nas exigências da Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012), que foi devidamente assinado por todos os participantes. O grupo foi dividido em quatro momentos: (1)

Apresentação dos objetivos da pesquisa; (2) Foram feitas das seguintes perguntas disparadoras: O que nós entendemos como cuidado no CAPS? Estamos oferecendo esse cuidado? O que poderia ser mudado para melhorar essa oferta?; (3) Apresentação dos dados coletados dos prontuários; e (4) Encerramento.

Escolhi perguntar sobre cuidado ao invés de perguntar diretamente sobre oferta e demanda, para não enviesar o olhar e trabalhar com esta análise de modo indireto, possibilitando que estes se expressassem de modo mais livre. Parti do pressuposto de que o modo como os sujeitos entendem o cuidado se reflete no modo como entendem qual a demanda do serviço e se organizam para atendê-la. Em consonância com o referencial teórico utilizado, posso dizer que a produção de uma demanda a partir de determinadas ofertas de serviço é pautada no entendimento dos profissionais sobre o que seria o cuidado que o serviço deve oferecer, e sobre o que querem ou precisam os usuários.

O encontro teve duração de 98 minutos. Gondim (2001, in TRAD, 2009) refere-se à importância da delimitação do tempo dos grupos a partir do que chama de “critério de saturação”, pois os grupos se esgotam quando não se apresentam novidades em termos de conteúdo e argumentos, tornando-se os depoimentos repetitivos e previsíveis, o que pode acontecer quando o encontro se torna muito longo. O tempo já havia sido delimitado previamente, e foi considerado no planejamento do encontro, visando ter mais de uma hora e meia e não ultrapassar o período de duas horas. Considerando este mesmo critério, e o conteúdo do tema abordado, foi suficiente a realização de apenas um encontro, a fim de apreender a estrutura dos significados.

O grupo focal foi gravado e transcrito integralmente, sendo que todos os nomes foram substituídos por nomes fictícios, tanto os nomes dos sujeitos quanto os nomes de usuários e outros profissionais que os sujeitos mencionam durante as falas.

4. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi feita em três etapas. Primeiramente, realizei uma análise da implicação, que foi sendo tecida ao longo de todo o processo de construção do trabalho, em um constante exercício de olhar para meu envolvimento tanto com o equipamento como com a pesquisa, para nortear as análises dos resultados, tendo clareza de onde falo e quais atravessamentos permearam meu olhar e minhas análises dos resultados. Em seguida, na análise dos prontuários, construí alguns fluxogramas dos diferentes modos de operar o serviço, na gestão de sua demanda e da oferta de atendimentos, e pude ver e refletir sobre a entrada, permanência e saída dos usuários, sobre quais são os primeiros encaminhamentos, como são tomadas as primeiras decisões, e as relações com a Rede. Por fim, na análise do grupo focal, procurei dar voz ao coletivo, buscando compreender as forças envolvidas na dinâmica da organização do serviço, inclusive com a apresentação dos dados da pesquisa nos prontuários, e acompanhar as reflexões que os profissionais fizeram a partir daí. Busquei analisar, inclusive, a realização do encontro, contextualizando o momento em que ocorreu.

4.1. Análise da implicação

Para fazer um trabalho desta natureza, é essencial que nos debruçemos sobre nós mesmos, olhando para nossa relação com a instituição, com o equipamento, e com os diferentes dispositivos utilizados para tal análise. E foi isso que procurei fazer, em todas as etapas deste processo. Posso dizer que desde o início da pesquisa esta questão foi importante para mim, e principalmente na ocasião das análises, busquei o tempo todo considerar o lugar de onde eu estou olhando e falando, meus envolvimento, sentimentos, motivações e intenções.

Diferentemente das abordagens tradicionais de ciência, que consideram o pesquisador como um sujeito neutro, as pesquisas neste referencial assumem a não neutralidade, considerando o pesquisador como elemento do campo de pesquisa, que modifica e é modificado pelo objeto de pesquisa e pelo próprio ato de pesquisar (FORTUNA et. al, 2016). Sob esta ótica, toda análise é “uma”, dentre tantas possíveis, mas única possível neste momento, inserida neste contexto, com esta história.

O conceito de implicação foi trabalhado por Lourau e Lapassade em discussão e articulação com o conceito de transferência e contra-transferência da psicanálise (MONCEAU, 2008).

A proposta de analisar nossas implicações é uma forma de pensar, cotidianamente, como vêm se dando nossas diferentes intervenções. (...) Colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades - consideradas absolutas, universais e eternas - seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que elas se agenciam, é romper com a lógica racionalista ainda tão fortemente presente no pensamento ocidental. A análise de implicações traz para o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa/intervenção de ser bem sucedida (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008, p. 144).

Fortuna et. al (2016) ressaltam ainda que essa perspectiva de considerar o pesquisador como parte do estudo é muitas vezes negligenciada e desvalorizada nas pesquisas tradicionais, que consideram esses aspectos como negativos, *“por serem de cunho subjetivo e por interferirem na parcialidade do pesquisador comprometendo a qualidade da análise”* (p. 02). É muito comum, nesse campo, que se parta de uma noção dicotômica entre o que é subjetivo e o que é objetivo, tendendo a considerar este último como de maior valor.

Na perspectiva adotada por esta pesquisa, o subjetivo tem valor, abrange a riqueza do campo de pesquisa, do qual eu como trabalhadora e pesquisadora faço parte. Para a análise institucional a implicação não é algo de que se possa abdicar. Ela diz de nossos envolvimentos e afetações e isso faz parte do processo de estar com, seja trabalhando ou pesquisando, desejemos ou não. E foi nessa perspectiva que me debrucei sobre meu envolvimento com o campo, que é ao mesmo tempo campo de trabalho e campo de pesquisa, campo de projeção de desejo e campo de frustrações. E descobri que isso, inclusive, faz toda a diferença, porque nem que eu quisesse seria neutra. E fazer esta análise da implicação foi ser mais honesta quanto aos meus envolvimentos. E isso é muitas vezes intenso e difícil de ver, mas me propus a fazer, em consonância com a perspectiva de pesquisa que estou adotando. E mesmo esta análise deve ser considerada como “uma”, com os recursos internos de que disponho neste momento, e as afetações provocadas pelo campo, pelas relações que vou entretendo com colegas, orientadora, e com outros pesquisadores.

Monceau (2008) fala da distinção entre dois tipos de implicação: primária e secundária. A primeira está relacionada com a situação em si, a instituição, o equipamento, com suas dinâmicas e processos. E a segunda tem a ver com um campo de análise específico, podendo ser considerada a implicação do pesquisador na própria pesquisa. No meu caso, busco fazer um pouco das duas, pois antes de ser pesquisadora neste CAPS, sou trabalhadora, e estes dois papéis passaram a estar o tempo todo entrelaçados.

Como disse anteriormente, sou psicóloga de formação. Atuo no CAPS no setor administrativo há pouco mais de três anos. E, como pesquisadora, me coloco no papel de observadora da realidade que cotidianamente produz um determinado modo de cuidar. Certamente a minha formação e a minha atuação, perpassadas pelo diferentes e simultâneos papel de profissional/pesquisadora, e em um determinado momento, ainda que curto, psicóloga/administradora/chefe, produziram efeitos tanto em mim, como no campo de pesquisa. Delimito este curto espaço de tempo na chefia, pois, embora o tempo todo estivesse como chefe de atividade administrativa, na prática, o papel deste tipo de chefia (em Santos, especificamente), está mais relacionado a uma responsabilização pelas questões administrativas da unidade, do que um papel de gestão em si. Diferentemente da chefia de seção, que responde pelo equipamento e é superior hierárquico com relação aos demais trabalhadores do serviço.

É uma tarefa árdua buscar envolver-me de formas diferentes com o local que ao mesmo tempo é campo de pesquisa e local de trabalho. Assumir um posicionamento ético que envolve estranhar o familiar, deixando de lado certa arrogância que envolve o conhecimento teórico/científico para entregar-me a uma vivência é muito mais difícil do que ir a campo com verdades a serem testadas. É por isso que a experiência do mestrado profissional é particularmente especial e produz efeitos no pesquisador, tanto como no campo, desde o início do processo.

Considerando na minha trajetória pessoal, penso que ser psicóloga atuando em setor administrativo dentro de um CAPS, e ao mesmo tempo ser pesquisadora neste serviço, é um lugar privilegiado para certos olhares. O meu envolvimento com as questões de cuidado em si é relativo, indireto. O que pode me proporcionar um lugar entre a experiência e a observação com certo distanciamento. E que é lugar também de desejo, de experiência e de aprendizado. Um desejo de atuar como psicóloga, uma busca pelo aprendizado da vivência no CAPS, uma

experiência muito rica, de crescimento em meio as diversas dificuldades do fazer cotidiano, que não são poucas.

Na realidade, falo de uma experiência, mas de uma experiência que não é o lugar de atuar diretamente com os usuários. Atuo na organização do serviço, participo da dinâmica e de todo o processo de discussões e reflexões sobre os processos de trabalho, mas não atuo diretamente no cuidado. Ao mesmo tempo em que esse lugar pode ser um lugar privilegiado para certas análises, envolve certo viés do prescrito, do distante, e do desejanter, inclusive. Essa questão merece ser tratada para melhor entender o lugar de onde falo, considerando que a implicação é a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição. E acredito inclusive que foi este papel de psicóloga atuando no administrativo que me fez voltar a atenção para a questão da oferta e da demanda.

Durante este percurso no CAPS, passei por diferentes papéis, embora no mesmo cargo. No início, meu papel era mais passivo, de observação. Fazia minhas atividades administrativas, sem muito envolvimento com a equipe técnica. Era um lugar de sonho, um lugar onde eu queria estar e pedi para estar. Via o CAPS como uma escola para mim. Com o passar do tempo, fui me inserindo mais nos processos coletivos, passando a assumir um papel de inclusão nas decisões, nas interlocuções.

Em um determinado momento, durante a realização da pesquisa, substituí a antiga chefe de seção em suas férias, e foi um outro lugar, um outro envolvimento, que refletiu inclusive em no meu modo de estar para a pesquisa. Neste momento os olhares foram mais difíceis. Ser trabalhadora e pesquisadora é mais fácil do que ser chefe e pesquisadora. Mas foi um período curto, pois esse lugar não me agrada. A chefia administrativa, embora também seja um cargo de chefia, é muito diferente da chefia do equipamento. Neste último, a atuação acaba por ser muito condicionada, moldada inclusive, pelas relações com a gestão municipal. E na chefia administrativa a atuação é mais livre, intra-muros, minha relação é mais com a equipe, embora em algumas situações também me sinta de mãos atadas pelas limitações de um trabalho no serviço público, que não vou pormenorizar aqui, pois não é meu foco.

Algum tempo depois, unidade ficou sem chefia. A antiga chefe (que estava na chefia há sete anos), solicitou durante meses sua saída da chefia, mas a gestão não encontrou substituto. Após quase um ano de solicitações, ela deixou o cargo. E ninguém da unidade quis assumir a chefia em caráter definitivo. A coordenação municipal não encontrou alguém que a

substituísse, e a unidade passou oito meses sem chefia, dos quais cinco fizeram parte do recorte de tempo pesquisado na produção dos dados dos prontuários.

Esse período foi muito desgastante para todos, mas foi particularmente difícil para mim. Pois, embora não estivesse como chefe, e tivesse buscado deixar claro, tanto para a coordenação como para a equipe que não queria, muitas das questões administrativas que são de responsabilidade do chefe e que deviam ser feitas, acabavam recaindo sob a minha responsabilidade, pois não tinha quem fizesse. E eu não conseguia ver um modo de não fazer. Mesmo o enfrentamento para dizer não, que em alguns momentos eu fiz, é desgastante. Isso trouxe efeitos para mim que carrego até hoje. Efeitos positivos e negativos. Foi um período muito difícil, muitas vezes de sofrimento e cansaço, mas sinto que cresci muito com esta experiência. Adquiri maior maturidade profissional e respeito perante a equipe.

Esses oito meses foram bem no meio da pesquisa. Quase todo o período de produção dos dados ocorreu neste período, e isso é melhor descrito mais adiante. E, certamente, este fato refletiu no modo de olhar para o equipamento, para as relações e para a própria organização do serviço. Falar sobre a história do serviço é também falar sobre minha história no serviço. Não consigo separar as coisas, e nem é minha intenção. Minha história que começa como psicóloga recém-formada que chega a um serviço de saúde mental, cheia de anseios e desejo para compor esta vivência, e que pouco tempo depois vira mestrandia, mistura-se nos diversos papéis dentro do equipamento: de administrativo, corpo técnico, chefia, pesquisadora.

Este período sem chefia fortaleceu a equipe em alguns aspectos, mas também fragilizou em outros. Podemos dizer que uma parte da equipe se fortaleceu enquanto grupo de trabalho, estando sensível às dificuldades dos colegas, mas de certo modo houve alguns rompimentos, dificuldades de relacionamento e certas organizações que careciam de um papel de alguém de fora (ou não tão de fora assim), mas isso será melhor abordado também mais adiante.

Durante este tempo, passei no concurso público da mesma prefeitura para o cargo de psicóloga, e em julho de 2017, quase ao final da elaboração da dissertação, fui nomeada e em agosto iniciei no outro cargo, em outro serviço da saúde, mas não na saúde mental. Deste modo, fica claro que esta história foi de fato um recorte tanto na história do equipamento como na minha história, compondo um ciclo da minha vida profissional, que corresponde

também ao período da pesquisa. Como eu, outros profissionais já vieram ao serviço, deixaram suas contribuições e se foram, e outros ainda virão. Percebe-se nesse atravessamento da história socioeconômica e política que os equipamentos públicos hoje são mais lugares de passagem que de fato lugares de fixação para seus trabalhadores. E isso com certeza tem seus reflexos no tipo de oferta e de demanda que é produzido.

Todo este movimento de olhar para minha relação com o serviço e com a pesquisa serviu para perceber que nunca somos neutros. Basta assumirmos essa perspectiva e essa postura ético-política, de se colocar em análise e de colocar de lado certezas, procurar se abrir a possibilidades, para podermos falar honestamente dos nossos lugares, posicionamentos, observações e experiências. E talvez, assim, produzir um conhecimento que faça sentido para nós e que possivelmente encontre eco em outros profissionais e serviços semelhantes.

4.2. Análise dos prontuários

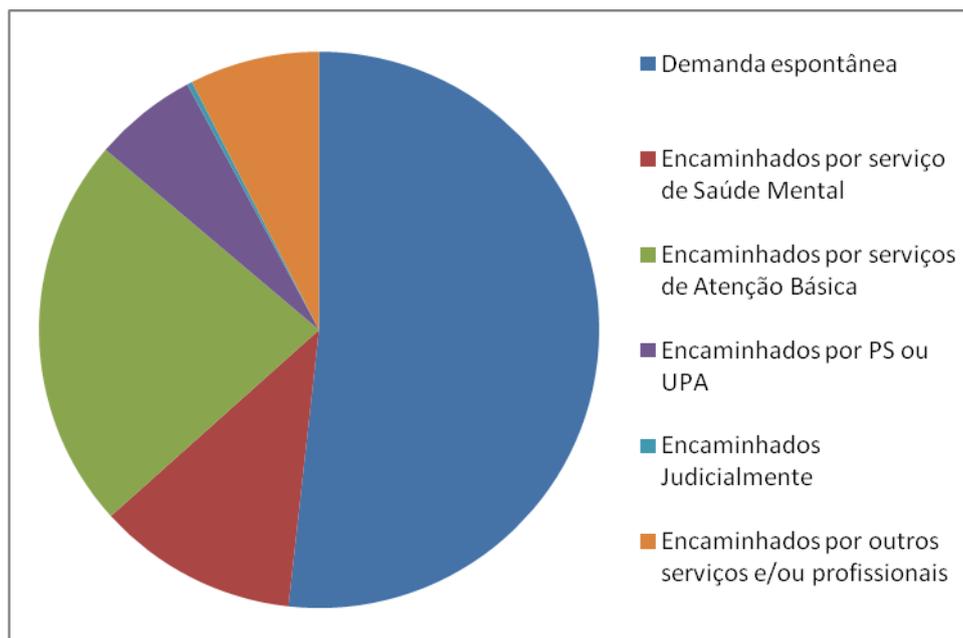
Para caracterizar a demanda que chega ao equipamento e as primeiras condutas dos profissionais a partir do primeiro atendimento, realizei pesquisa a todos os prontuários abertos em um período de 11 meses, de agosto de 2015 a junho de 2016, em um total de 266 prontuários. A idéia inicial era analisar o período de um ano pregresso ao início da pesquisa. Contudo, ao iniciar, percebi que os prontuários abertos no mesmo mês de início da pesquisa (julho/2016) continham ainda poucas informações que pudessem elucidar a respeito da oferta de serviços, visto que tinham justamente acabado de ser abertos com a triagem e em sua maioria os usuários tinham comparecido apenas uma vez ao serviço. Utilizei esta informação como dado, contudo, para fins de análise primeira dos fluxos, tomei como referência os prontuários do período mencionado.

4.2.1. Origem e análise da demanda

O primeiro dado observado na pesquisa aos prontuários foi a origem da demanda, ou seja, de que modo o usuário chegou ao serviço, de onde foi encaminhado, ou se procurou atendimento espontaneamente (por iniciativa própria). Dos 266 prontuários abertos neste

período, 138 pessoas (51,8%) procuraram o serviço espontaneamente, o que chamamos de demanda espontânea; 61 pessoas (22,9%) foram encaminhadas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF); 31 pessoas (11,5%) foram encaminhadas por serviço de saúde mental para continuidade do tratamento (algumas vieram de outro município e outras de outros CAPS do município de Santos, em razão de mudança de endereço e conseqüente mudança de CAPS de referência, em razão da divisão de CAPS por território); 16 pessoas (6%) foram encaminhadas pelo Pronto Socorro ou Unidade de Pronto Atendimento; apenas um dos casos (0,3%) deu entrada no serviço por via judicial (demanda de internação compulsória) e os 20 restantes (7,5%) foram encaminhados por outros serviços e/ou profissionais, dentre eles: Ambulatório de Especialidades (AMBESP), Seção Centro de Referência em DST/Aids (SECRAIDS), Seção Casa de Apoio à Solidariedade ao Paciente de Aids (SECASA), dentista e psicólogo.

Figura 1: Representação gráfica da origem da demanda



O primeiro contato do usuário com o serviço é pela recepção. O usuário chega e é orientado sobre a inserção no serviço. O primeiro atendimento é chamado de “triagem”, que é feita por profissional de nível superior, que no serviço é denominado “técnico”. Em alguns momentos durante o período pesquisado, o primeiro atendimento foi em grupo, numa

atividade denominada “grupo de acolhimento”. A triagem e/ou grupo de acolhimento servem para acolher o sujeito que vem em busca de atendimento e avaliar a demanda, verificar se corresponde à demanda do CAPS (caso de sofrimento mental grave ou agudo), e, se for este o caso, tomar a conduta que julgar adequada, dentre as quais pode ser: marcar outro atendimento técnico, agendar consulta com médico psiquiatra, inserir em atividades desenvolvidas pelo serviço, etc. Se o técnico que fez a triagem avaliou que não se trata de caso para ser atendido no CAPS, é feita orientação ao usuário e encaminhamento ao local de atendimento adequado. Estas condutas não são as únicas possíveis, mas são as que foram encontradas nos prontuários, e que se convencionou fazer.

Para iniciar a discussão sobre o ingresso dos usuários no serviço, é importante, primeiramente, fazer algumas definições, buscando compreender o sentido do primeiro atendimento, seja em grupo, quando se denominou “grupo de acolhimento”, seja individualmente, quando comumente é chamado de “triagem”. Azevedo e Barbosa (2007) definem triagem como um primeiro atendimento no serviço, que tem como objetivo avaliar, selecionar e encaminhar aos locais/unidades adequados. Estes autores apontam a importância da triagem no sentido de identificar casos agudos e em risco de vida, e, contudo, falam da necessidade da articulação com os demais serviços da rede para prestar a atenção adequada.

Este tipo de atendimento, na perspectiva do CAPS, tem como objetivo avaliar se a demanda trazida pelo usuário que procura o serviço, seja por demanda espontânea, seja meio de encaminhamentos, corresponde ao tipo de demanda atendida por este serviço. Caso seja identificado que não se trata de caso para ser atendido no CAPS, a pessoa deve ser devidamente encaminhada ao serviço/atendimento adequado ao seu caso, qual seja: atenção básica, psicoterapia, ou outros serviços.

Esta noção de triagem se contrapõe, contudo, com a noção de acolhimento, entendida por Schmidt e Figueiredo (2009) como um primeiro contato, no qual todos os recursos do serviço serão levantados para dar conta do que é trazido pelo usuário e que será norteador do processo de cuidado. Nesse mesmo sentido, Leite et al. (1999 in AZEVEDO E BARBOSA, 2007), diferenciam triagem e acolhimento na medida em que a primeira o objetivo seria selecionar os que precisam da consulta e dispensar os demais, e o segundo visa ouvir e resolver os problemas na medida do possível. *“Acolher deve configurar-se como uma prática*

na qual o usuário passa a ser o sujeito central e justificador do processo assistencial” (p. 37).

Com relação aos dados da origem da demanda, é interessante perceber a predominância da chegada ao CAPS por demanda espontânea. O que não seria o esperado se se tomasse a política pública como modelo, uma vez que nessa previsão esperava-se que as demandas viessem de outros serviços da rede, notadamente a atenção básica, e voltasse para ela, ou ficassem no matriciamento. Mas, como também analisamos, hoje existe uma grande omissão nas políticas públicas de saúde mental, pois não há nada previsto para os casos leves. Segundo a política, o CAPS deve *“possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local”* (BRASIL, 2002). Ser regulador significa gerenciar, estabelecer, e não necessariamente ser a única ou principal porta de entrada, uma vez que as políticas devem estar em harmonia.

É importante considerar também, que, com relação aos usuários encaminhados por outros serviços de saúde mental não é possível saber como foi o ingresso no primeiro serviço desta natureza. Como adiantado na introdução, ao trabalhar com esta questão da demanda espontânea, é preciso considerar que, segundo a análise institucional, toda demanda é produzida. Portanto, não existe demanda espontânea. Este é apenas o modo que se convencionou chamar, em saúde, o ato de o usuário chegar ao serviço sem encaminhamento.

A porcentagem dos atendimentos de origem na atenção básica também é pequena. Muitos dos usuários que são encaminhados pelo CAPS para continuidade do tratamento na Atenção Básica, por meio da política de matriciamento, não têm cadastro prévio na Unidade Básica de Saúde. Não é possível fazer uma precisão deste dado, uma vez que o registro desta informação não é feito em prontuário, mas é uma informação que na prática observo ser muito recorrente. O não registro desta informação corresponde a uma avaliação (por parte do serviço) de que não é importante, e que serviria apenas para fins do encaminhamento adequado.

Esta questão do registro cabe ser mencionada, visto que é bastante precária. O serviço não é informatizado. A unidade conta com apenas dois computadores muito antigos na administração, para a utilização de todos os trabalhadores, e um computador na recepção, cujo

funcionamento é muito prejudicado, e, por esta razão, o uso fica restrito à recepção e estritamente para o cadastro dos usuários com nome e número de prontuários em uma planilha do Excel. Isto restringe muito a possibilidade de visualização de certos dados, que, quando necessários, é preciso fazer uma pesquisa manual diretamente nos prontuários, o que demanda tempo e recursos humanos para tal. Deste modo, é possível dizer que a própria rede de saúde não conhece sua demanda. E não está preparada para adaptar a oferta a ela. Conforme descrito pela política, é papel dos CAPS *“responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”* (BRASIL, 2002). E do modo como estamos fazendo (e em alguns aspectos não fazendo) os registros hoje, demonstram uma negligência nesta área, por parte do equipamento e da gestão municipal. Além do que, posso dizer que na minha experiência mista de administrativo, psicóloga e pesquisadora, percebi a importância da sistematização de dados para a alimentação das ações de maneira mais inteligente e integrada com a realidade.

Recentemente a prefeitura fez um contrato com uma empresa de informatização, e toda a atenção básica já utiliza registros e prontuários eletrônicos, o que gera facilmente os dados dos atendimentos e da população, mas este serviço ainda não abrange a saúde mental. Quando do início deste processo, recebemos da Secretaria de Saúde a informação de que os serviços da Coordenadoria de Saúde Mental seriam os últimos serviços da atenção especializada a receberem a informatização. Isto é, por si só, significativo, pois anuncia que a saúde mental não é priorizada, e que este pode ser apenas um exemplo deste modo de operar a gestão da saúde.

Os usuários que chegam por meio do PS ou UPA, necessariamente, chegam em crise. Caso contrário, teriam sido encaminhados para o serviço ambulatorialmente (entenda-se aqui casos que não são considerados de urgência/emergência). Os números apontados nos dados dos prontuários indicam que uma parte da demanda dos casos graves ainda fica de fora do tratamento antes da crise. Ainda que não se possa afirmar, esta questão leva ao seguinte questionamento: Se estes casos tivessem acessado o serviço antes, teria se podido evitar a crise? Cabe uma reflexão também sobre a qualidade da prevenção do adoecimento mental. Por que tantos casos graves chegam à uma situação de crise para poderem acessar o serviço? É claro que isso também tem a ver com o entendimento das famílias e dos próprios usuários sobre a necessidade de buscar ajuda. Mas é sempre uma via de mão dupla. Em que pese o fato

de que não houve a procura, pode ser que nós não tenhamos, enquanto serviço, servido de apoio ou demonstrado essa possibilidade.

O único caso que chegou por via judicial não acessou exatamente este serviço, de imediato. Quando o serviço recebe um ofício com ordem judicial de internação compulsória no PAI (Pólo de Atenção Intensiva), que é uma instituição fechada, um serviço do Estado, gerenciado por uma Organização Social, procedemos aos trâmites para a internação, ainda que não conheçamos o paciente. Faço uso deste termo aqui intencionalmente, pois penso que seria incoerente, numa situação como esta, dizer que se trata de um usuário da rede. Ele passa a ser usuário quando participa desta decisão com relação ao seu tratamento. Enquanto isso, ele é apenas paciente. Após a liberação da vaga pela central de vagas o paciente é internado diretamente no PAI, sem antes necessariamente passar em atendimento pelo CAPS, o que geralmente só acontece quando ele já é usuário do CAPS e a decisão pela internação é tomada em conjunto com o serviço, e, na maioria das vezes, a internação acontece inicialmente no próprio CAPS. Quando se trata de ordem judicial, a avaliação da necessidade de internação não foi da equipe do CAPS, que muitas vezes nem conhece o paciente.

4.2.1.1. Diferentes modos de entrada dos usuários no serviço

Para se ter uma visão clara da inserção de casos novos no período pesquisado não é possível apenas fazer uma média mensal, em razão do fato de que a entrada no serviço (primeiro atendimento) se deu de algumas formas diferentes no decorrer do referido período. Considero um dado analisador importante esta modificação de se deu algumas vezes em períodos tão curtos. Para maior compreensão, descrevi cada modo e o período correspondente.

Durante muitos anos – pelo menos desde o meu ingresso na unidade até meados de outubro de 2015 – a triagem era agendada. A pessoa que desejava ou necessitava passar por atendimento em psiquiatria se dirigia ao CAPS e agendava uma data para o primeiro acolhimento. Com a defasagem no quadro de profissionais no serviço, e o que chamamos de “demanda reprimida” – que significa a diferença entre o número de atendimentos que o serviço suporta e o número que pessoas que procuram atendimento – a agenda de triagens

sempre foi muito cheia e com um espaço de tempo entre o agendamento e o atendimento que girava sempre em torno de um a dois meses.

Em se tratando de um serviço de saúde mental, com sofrimento de ordem emocional, que não pode esperar, esta situação era muito ruim. Isto causava nos profissionais muita angústia, sentimento de impotência e questionamentos sobre a eficácia do próprio trabalho. Não oferecíamos o cuidado que as pessoas em sofrimento que chegam ao serviço mereciam e necessitavam. Esta questão já foi inclusive anteriormente discutida por meio de outro trabalho do mestrado profissional, mencionado anteriormente, que foi realizado por uma psicóloga que na época da realização da pesquisa atuava no serviço. Esta pesquisa tratava da atenção ao suicídio nos CAPS, e abordou vários pontos sobre o cuidar e a necessidade de se lançar o olhar sobre quem cuida, e sobre as afetações que as demandas de sofrimento causam nos profissionais (CESCON, 2015).

Durante o período pesquisado, o serviço passou por diversas mudanças em seu modo de funcionamento, que considerei como analisadores, pois se trata de mudanças na lógica do atendimento, e que ao mesmo tempo em que se identificou que um modo já não era mais adequado, fazendo-se uma análise sobre ele, promoveu-se uma mudança. Contudo, cabe ressaltar que estas mudanças não foram feitas num contexto de intervenção, e aconteceram dentro da dinâmica dos profissionais organizando-se enquanto serviço para encontrar a melhor forma de efetuar os atendimentos. Percebo e proponho a discussão de um processo instituinte vivo, onde houve várias tentativas de instituir novos processos, mais ou menos bem sucedidos e duradouros.

Como a unidade ficou sem chefia local de fevereiro a novembro de 2016 (à exceção de um período de cerca de um mês entre fevereiro e março, quando um dos médicos assumiu a chefia), todas as decisões no tocante à organização do serviço, bem como os fluxos internos, eram pensados e deliberados coletivamente entre os profissionais nas reuniões de equipe, também chamadas de reuniões de passagem de plantão. Estas reuniões sempre tiveram como objetivo discutir alguns casos e, especialmente, o plantão anterior, para melhor condução do plantão seguinte. Aos poucos, e principalmente neste momento em que se precisava falar sobre as decisões a serem tomadas, o espaço foi sendo muitas vezes tomado para discussões de organização do serviço. Mas que nunca conseguiam ser bem elaboradas, pois a urgência de algumas situações referentes ao plantão não permitia. Uma das questões que mais sofreu

alterações neste período, e que foi sempre deliberada em reunião, foi justamente o modo de se realizar os primeiros atendimentos, chamados de triagem.

A realidade, em meados de outubro de 2015, era uma longa espera dos usuários pelo primeiro atendimento. Após diversas discussões de como resolver este o problema das triagens (chamado de “problema”, pois o modo como fazíamos estava se mostrando ineficaz, inclusive pois muitas pessoas não compareciam às triagens agendadas quase dois meses antes), foi resolvido pelo coletivo que este primeiro acolhimento ocorreria em grupo. Um dos psiquiatras da unidade se dispôs a participar destes grupos, que seria composto então por ele e mais dois técnicos (que se revezavam na participação). Com isso, a demanda reprimida de triagens diminuiu e foi possível ofertar um acolhimento mais rápido a quem chega procurando atendimento.

Foi um modo de fazer e decidir muito peculiar. Cerca de um mês depois, este médico decidiu assumir a chefia. Ele estava disposto a trabalhar com grupos, e investir nesse tipo de atendimento no CAPS. Mesmo no cargo de chefia, não deixou de atender como médico e aos poucos todos os seus atendimentos de ambulatório passaram a ser agendados em grupos. Este duplo papel era bastante complicado, pois muitas vezes precisava deixar os atendimentos para resolver questões de chefia, e muitos atendimentos acabavam por precisar ser desmarcados em cima da hora, para participação em reuniões e atividades que a chefia exigia. E muitas vezes atender significava não estar presente no serviço como chefe naquele momento.

Estes grupos ambulatoriais, no início, eram heterogêneos, e alguns dias da semana eram reservados para atendimentos individuais, para as pessoas que não se sentiam confortáveis em ser atendidas em grupo. Depois de um período de cerca de um mês os seus atendimentos só eram agendados em grupo, e este se recusava a atender individualmente. Pouco tempo depois, este médico deixou a chefia. Foi um período curto, mas que demonstrou que muitas vezes uma categoria profissional se sobrepõe às demais, em especial a categoria médica. Ainda que as decisões fossem tomadas no espaço coletivo de reunião de passagem de plantão, muitas vezes a opinião do médico (e depois chefe) se fazia valer, com maior voz, entre as demais, algumas vezes com opiniões contrárias. Isso revela um analisador de que há muito do pensamento e interferência destes profissionais na gestão do equipamento, principalmente no momento em que o serviço ficou sem chefe.

Estou falando aqui de dois tipos de atendimento diferentes. De um lado falei das triagens, que são nosso foco aqui, que a partir de março de 2016 passaram a ser feitas em grupo, ao qual se denominou “grupo de acolhimento”, e de outro lado, falei sobre os atendimentos médicos ambulatoriais, que por um médico específico, passaram a ser realizados em grupo, e que mencionei apenas para contextualizar o ingresso da lógica de atendimentos em grupo que foi inserida no serviço.

Sobre o acolhimento inicial apenas em grupo, com o passar do tempo, percebemos que muitas vezes este formato funcionava muito bem para algumas pessoas e não funcionava para outras. Enquanto alguns usuários se sentiam acolhidos e à vontade para falar de suas questões nos grupos de acolhimento, muitas pessoas queixavam-se por terem que falar de suas questões em grupo, sentindo-se constrangidas. A partir disso, a equipe refletiu que apenas a realização dos grupos de triagem poderia resolver o problema da agenda, contudo, não atendia adequadamente à necessidade de acolher as pessoas que procuram o serviço em sofrimento. Seria uma demanda dos usuários de serem atendidos individualmente? Nesta leitura que o serviço fez do que necessitavam aqueles que chegam ao CAPS, parece haver o questionamento: é melhor esperar um mês ou dois para ser atendido individualmente ou ser atendido de imediato em grupo? No mínimo revela que nessa tomada de decisão, foram levadas em conta outras questões que não somente a demanda dos usuários.

Resolvemos então, já sem a longa “fila de espera” na agenda, estabelecer um plantão de triagens. Cada técnico passou a ficar responsável por um período e toda a semana foi coberta por plantonistas de triagem. Assim, quem chegava ao serviço era imediatamente atendido – em um total de três triagens por dia, e quando o número de pessoas naquele período era superior a este, era agendada para o período seguinte, a não ser as demandas urgentes, que sempre foram atendidas no mesmo dia, mesmo quando as triagens eram agendadas. Esse processo que pareceria ser ideal para atender à demanda, porque o usuário não espera e pode ser acolhido por profissional melhor preparado posteriormente mostrou seus inconvenientes e foi substituído por outros fluxos.

Esta questão da urgência não tem critérios objetivos, sendo que muitas vezes quem identifica se o caso corresponde à uma demanda de urgência que precisa ser atendida no mesmo dia é a recepcionista, que, oficialmente, ocupa cargo de oficial de administração que fica na recepção. Isto fala de uma carga de responsabilidade que é colocada nesta funcionária,

sem que tenha formação técnica para tal, e ainda que tivesse, não faria o atendimento no balcão e em um tempo reduzido. E me pergunto: Como avaliar a urgência, já que a capacidade de atendimento não permite atender a todos os que procuram o serviço no momento imediato?

Voltando à questão do atendimento em grupo, percebemos a eficiência em muitos aspectos, por exemplo, em razão da política de matriciamento. Com a participação do médico no grupo, a pessoa que estava dentro dos critérios para matriciamento – encaminhamento para continuidade do tratamento na atenção básica, em razão de não apresentar quadro de transtorno mental severo e persistente – já saía do grupo com o devido encaminhamento e receitas médicas para período suficiente até que pudesse ser agendada sua consulta na UBS ou USF.

E aqui fica mais um questionamento, que está para além da organização interna do CAPS, uma vez que entra no campo das pactuações em nível da rede municipal, com os Coordenadores da Saúde Mental e da Atenção Básica: O encaminhamento para matriciamento só pode ser feito com avaliação e assinatura de um médico? A atenção básica hoje não aceita encaminhamento por outro profissional de nível superior, com a justificativa de que os clínicos não se sentem confortáveis para prescrever psicotrópicos. Isto denuncia o quão frágil está nossa política municipal de matriciamento, em que os profissionais acabam por não oferecer apoio matricial, mas sim trabalham numa lógica de encaminhamento. E o matriciamento acaba por se refletir, para o usuário, em um profissional médico diferente que prescreve sua receita de medicamentos psicotrópicos.

Contudo, diante disso, em razão da lógica e da organização do município frente à política do matriciamento, apesar das triagens terem voltado a ser feitas sem agendamento, realizadas individualmente pelo técnico que passou a ser denominado “triador” (plantonista de triagens), resolveu-se manter o grupo de acolhimento. Este passou a ser um espaço entre o acolhimento inicial da triagem e o tratamento em si, que se daria ou no CAPS, ou na atenção básica. E apesar do nome, na verdade passou a ter muito mais um caráter de “triagem” do que de “acolhimento”, pois está mais voltado a triar, filtrar, identificar o que entra e o que não entra do serviço, o que fica e o que não fica, que é encaminhado a outros serviços ou locais, embora também seja o momento de acolhimento inicial de quem chega em sofrimento.

Londero (2010) descreve uma experiência de grupo de acolhimento no CAPS, como recurso alternativo, paralelo ao acolhimento individual, imediato a quem chega ao serviço buscando atendimento. Mas este acolhimento prescindia a presença do médico, e tinha como objetivo potencializar a escuta e servir como um espaço acolhedor para o sujeito que chega.

No nosso caso, eram agendados para o grupo os casos em que o técnico, na triagem individual, avaliava como casos leves e passíveis de serem encaminhados à atenção básica. Era como se o grupo fosse um espaço intermediário entre a atenção básica e o CAPS, um espaço para uma segunda avaliação e/ou para a chancela do médico, já que é o único que pode efetivamente encaminhar hoje, em Santos, para matriciamento. E para os casos considerados graves já no primeiro atendimento com o técnico, dentro dos critérios para continuidade no CAPS, se agendava consulta com o médico psiquiatra, com a média de espera entre um a dois meses. Dos prontuários abertos no período pesquisado, 33 das triagens (12,4%) foram realizadas em grupo, os quais foram compostos por uma média de 6 a 8 pessoas.

A realização do grupo estava atrelada à disponibilidade de um médico psiquiatra do serviço, que se dispunha a trabalhar desta maneira e acreditava no grupo. Em um determinado momento, este se negou a participar, segundo ele devido a informações colhidas em um congresso de que não poderia realizar este tipo de abordagem. Contudo, esta colocação se deu em um momento de tensões entre a equipe, quando muitas vezes, sobrecarregados com suas diversas demandas, os técnicos não conseguiam estar no grupo, priorizando outras demandas, urgentes e importantes, e muitas vezes o grupo aconteceu apenas com o médico, ou com o médico e um técnico, tendo, algumas vezes, a presença de estagiários.

Como nenhum dos outros psiquiatras da unidade se dispôs a trabalhar nesta abordagem do grupo, retornamos então à situação anterior, em que apenas se realiza a triagem individual. Uma das possibilidades do grupo era a possibilidade de medicar as pessoas que seriam encaminhadas para a atenção básica, por meio do matriciamento. Sem a presença do médico isto não era mais possível, então o grupo foi desfeito. Então esse dispositivo inovador, enquanto espaço intermediário entre o CAPS e a atenção básica, serviu na experiência, mas não foi consolidado, instituído.

Isto pode ser considerado um importante analisador, tomado como uma relação de causalidade, uma vez que foi simultânea a saída do médico com a interrupção do grupo por não mais se poder fazer o encaminhamento para a atenção básica, já que não se tinha mais a

prescrição de medicamentos. Demonstra que o principal sentido do grupo não era a terapêutica envolvida no processo grupal, mas a possibilidade de fornecimento de medicação às pessoas que ali chegavam com sofrimento, mas que não tinham o sofrimento correspondente ao público alvo do CAPS. Ou seja, a oferta que o serviço dispõe para estas pessoas é apenas a medicação e o encaminhamento para serviços fora da rede de saúde, nas clínicas das universidades particulares, em que não há garantia de atendimento nem a informação de se estas pessoas foram atendidas.

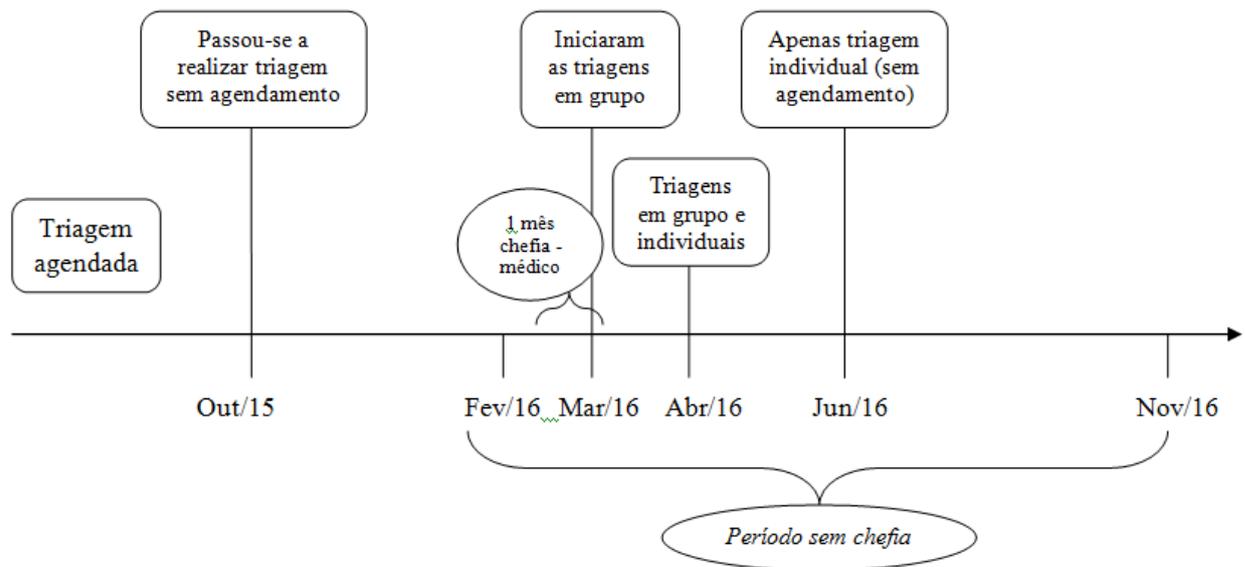
Esta situação representa o aspecto da medicalização da vida na nossa sociedade, que se traduz em uma intenção da medicina, e ao mesmo tempo, uma busca das pessoas por ela para lidar com “*aspectos da vida não reconhecidos como doenças, tais como: envelhecimento, tristeza, solidão, insônia*” (WANNMACHER, 2007, apud ROSA e WINOGRAD, 2011, p. 42). Além deste fenômeno, e geralmente associado a ele, existe a medicamentação, que seria a intervenção medicamentosa para controle dos aspectos psíquicos relacionados a determinadas situações cotidianas e que fazem parte da vida. E que corresponde também à busca da sociedade pelos medicamentos, uma vez que estabelece uma relação de dependência com estes e com este tipo de respostas, e que contraditoriamente é reforçado pelos próprios profissionais e serviços de saúde, e também pelos interesses econômicos relacionados.

Esta situação demonstra, ainda, a questão da autoridade médica em relação às outras categorias profissionais, que ainda é muito forte. Parece que a principal oferta do grupo era o medicamento, ainda que outras coisas, como a escuta e a interlocução com o coletivo também estivessem presentes. E sem o médico a equipe deliberou não haver mais o grupo, uma vez que este começou a partir da disponibilidade de um médico. E a potência da presença dos outros profissionais? Por que eles mesmos (e até certo ponto os próprios usuários) invalidam a própria possibilidade enquanto produtores de cuidados neste recurso? Será que isso reflete uma atitude de hierarquização ou mesmo uma acomodação em uma posição de passividade e recuo, por conta do medo de se responsabilizar por decisões que envolvem o tratamento e o cuidado dos usuários? Ou então, qual o sentido deles estarem ali no grupo com o médico? Na realidade a ausência do médico impossibilitava a prescrição de medicação e o encaminhamento direto para a atenção básica, e sem isso, os profissionais desistiram também do grupo. Tinha a força e a potência de ser uma avaliação interdisciplinar, mas quando o médico desiste, é como se estivessem apenas no papel de auxiliares.

Este fato da interrupção do grupo pela saída do médico é um importante analisador, indicando que o grupo também foi criado por conta de uma questão de facilidade e agenciamento do tempo (atender mais gente em menos tempo) e talvez não tanto por que seria considerado bom. Esta qualidade e potência do grupo e do olhar interdisciplinar, ainda que considerada importante, na prática foi colocada em segundo plano. Esta questão será aprofundada na análise do grupo focal, pois houve um momento em que o grupo refletiu sobre isto.

Para possibilitar uma melhor visualização dos períodos e modos de realizar os primeiros atendimentos no CAPS, fizemos uma linha do tempo com as informações relativas à gestão e à organização das triagens:

Figura 2: Linha do tempo – Diferentes modos de entrada dos usuários no serviço



Podemos observar que durante o período em que não havia gestor na unidade, a equipe se mobilizou de várias formas para tentar se reinventar diante da necessidade de atendimento. Pensou-se muito sobre a oferta de serviço, mesmo que não fosse tão consciente a noção de demanda. Isto por si só demonstrou a capacidade do grupo em trabalhar coletivamente, seja como defesa ou enfrentamento das dificuldades no trabalho. E a experiência mostrou que em um equipamento de atenção à saúde mental, em que não há muita possibilidade de prever o que irá acontecer, e o desenvolvimento que os usuários vão ter, a reflexão e a deliberação

coletiva parece ser um instrumento essencial, apesar do esforço e do desgaste que ele mobiliza.

Nos dados produzidos pela pesquisa, muitas vezes pôde-se notar uma hierarquia existente na relação entre os profissionais. Embora a reunião seja um espaço aberto a todos os profissionais, com o tempo, a predominância de ocupação deste espaço foi sendo dos técnicos de nível superior. Os médicos nunca tiveram por hábito participar, a não ser em situações muito pontuais, normalmente com agendamento prévio. Alguns técnicos de enfermagem também participam da reunião, mas poucos são os dias em que estão presentes, e dificilmente estão todos os profissionais que estão de plantão no dia. Com relação a esta hierarquia, pode-se dizer que neste espaço de deliberação muitas vezes há divergências de opinião na equipe sobre o *modus operandi*, e é aí que se percebe a falta do gestor. Alguém que pudesse fazer as arbitragens e agenciar uma comunicação não-violenta e garantir reconhecimento ou punições pelo trabalho realizado. E esses diferentes modos de participar do serviço e de suas decisões, revelam também os engajamentos e talvez das ideologias que movem os profissionais, e os modelos de cuidado aos quais eles servem.

Ainda assim, muitas foram as decisões tomadas sobre o cotidiano do trabalho e a organização de serviço, quase em uma característica de tentativa para ver como o serviço funciona melhor, numa disposição e disponibilidade para tentar. Nesse aspecto, vale frisar a necessidade de a todo momento se retomar a questão de que o serviço deve ser organizado sempre em função do melhor para o usuário. Contudo, em alguns momentos, pode-se pensar que talvez não tenha sido esta a única motivação. Como quando se pensou em fazer as triagens em grupo, uma das razões era esvaziar a agenda, e diminuir a demanda reprimida. Isto pode ser tomado como um modo de pensar na demanda do usuário para este não ficar sem atendimento, mas também é um modo de responder às necessidades de uma equipe pequena e sobrecarregada.

Diante destas reflexões, me coloquei a questão: O que fazemos no CAPS Praia, independente do nome dado, que mudou algumas vezes ao longo do tempo, está mais próximo da triagem ou do acolhimento?

Analisando os dados observados nos prontuários, é possível verificar que o primeiro atendimento realizado está em algum lugar entre estas duas diferentes e claras definições, ora tendendo mais para um lado, ora para outro. Ao mesmo tempo em que se procura identificar

tratar-se ou não de demanda do CAPS, objetivamente definida, os encaminhamentos mostram que muitos dos casos permanecem no serviço, sem que haja discussão sobre essa decisão e suas implicações, mesmo não se tratando de casos de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, ou ao menos permanecem por um período, antes de serem encaminhados à atenção básica, em um acolhimento inicial, ainda que a oferta seja apenas medicamentosa.

Interessante pensar que o objetivo da triagem seja identificar se o caso que chega corresponde à demanda do CAPS. Demanda significa busca, manifestação de uma necessidade. Esta própria busca pelo serviço, que faz com que a pessoa passe pela “triagem”, seja de que modo for, caracteriza uma demanda. Mas sua demanda será avaliada se o que ela traz como necessidade corresponde à oferta que o CAPS tem a oferecer, e para quem o CAPS oferece. Caso contrário, será encaminhada para outro serviço da rede adequado. Ou não. Pois muitas demandas não têm lugar dentro da rede, como é o caso de pessoas que tenham necessidade de psicoterapia. Não há nenhum ponto da rede que acolha esta demanda. Ou seja: nem toda demanda corresponde a uma oferta, e nem sempre as ofertas acolhem as necessidades, ainda que as demandas existentes tenham sido produzidas, e introduzidas no imaginário das pessoas por conta da apresentação (seja por parte deste serviço específico ou socialmente falando) de determinadas ofertas.

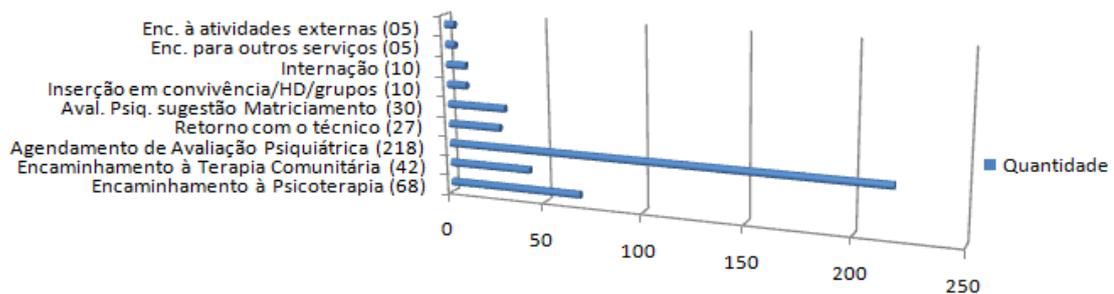
4.2.2. Primeiros encaminhamentos

As fichas de triagem, que dão origem aos prontuários, contêm a conduta do técnico, ao final, após sua avaliação do quadro. Dos prontuários pesquisados, os encaminhamentos iniciais adotados pelos profissionais (isolada ou cumulativamente) foram: 68 pessoas foram encaminhadas à psicoterapia, fora da rede pública de serviços; 42 pessoas foram encaminhadas à Terapia Comunitária, dentro da rede, no CAPS ou no espaço comunitário que o CAPS utiliza; 218 foram agendadas para avaliação com o médico psiquiatra; 30 foram agendadas para avaliação com o médico psiquiatra com sugestão de matriciamento (em grupo ou individualmente), que são os casos em que o técnico avalia como “casos leves”, na ocasião da triagem; 10 foram inseridos em hospital dia, convivência ou grupos; 22 foram avaliados no mesmo dia por médico psiquiatra em caráter de urgência, dos quais 02 foram internados no

CAPS e os demais foram inseridos em HD; 27 foram agendados para mais um atendimento com o técnico que realizou a triagem; 05 foram encaminhados para outros serviços – Seção de Referência em Saúde do Trabalhador (SEVREST), AMBESP (Geriatra), Seção de Acolhimento (SEACOLHE – Serviço da Secretaria de Assistência Social); e 05 foram encaminhados a outras atividades (atividades esportivas, físicas, de lazer, etc).

Estes dados foram demonstrados no gráfico abaixo, sendo que alguns encaminhamentos foram simultâneos, por exemplo, uma mesma pessoa pode ser encaminhada para psicoterapia, para terapia comunitária e ter recebido agendamento de avaliação com médico psiquiatra.

Figura 3: Representação gráfica dos primeiros encaminhamentos após a triagem.



Vale frisar que, conforme já mencionado, o serviço de psicoterapia não é ofertado no CAPS ou mesmo no serviço público de saúde no município de Santos. Quando o profissional avalia a necessidade de encaminhamento para atendimento em psicoterapia, encaminha para as clínicas-escola das universidades de psicologia que existem na cidade, que oferecem atendimento gratuito à população, ou projetos que oferecem atendimento a valor simbólico. Não há como saber se o usuário buscou o serviço ou se conseguiu ser atendido. É uma demanda que encontra um vácuo. Uma necessidade que o serviço não atende, nem tampouco a Rede.

Dos 218 agendamentos realizados para consulta com médico psiquiatra, 51 pessoas (23,4%) não compareceram para o atendimento e não procuraram mais o serviço. Isto é um dado muito relevante. Os nossos usuários demoram a ser atendidos, quando são atendidos, a oferta predominante é de atendimento com médico psiquiatra. A consulta é agendada. E quase

um quarto das pessoas não retorna. Isso demonstra que no mínimo talvez não estejamos sintonizados com as necessidades reais de atendimento. Será que é só de consultas médicas e prescrições de medicamentos que nossos usuários estão carecendo? Ou será que a pessoa tenha se sentido desencorajada em função do tempo de espera entre a triagem e a consulta? Ou mesmo tenha encontrado outros caminhos para seu sofrimento? Esta pessoa não estará sob a atenção e o olhar do serviço. Perde-se na rede, ou melhor, fora dela.

A maior parte dos atendimentos de triagem sai com consulta médica agendada. Esta é uma informação significativa, que parece simbolizar o modelo de atenção ainda predominantemente voltado na atenção médica e na medicamentação dos problemas de saúde mental, o que seria contrário à política preconizada pela reforma, que prevê o oferecimento de meios para que o usuário possa ser atendido em suas necessidades sociais, emocionais, e que ele possa recuperar sua inserção na vida social. É possível questionar também a hierarquia ou subordinação à autoridade médica, representando uma dificuldade em assumir a responsabilidade de avaliar o risco de cada paciente, indo na contramão do modelo multiprofissional, defendido pelos próprios técnicos.

O retorno com o técnico que fez a triagem se traduziria numa ampliação da avaliação e do acolhimento. Contudo, é um recurso pouco utilizado. E que reflete a falta de profissionais dentro do serviço, uma sobrecarga de trabalho. Reflete também que não se julga prioritário investimento no acolhimento e avaliações iniciais, ou se julga suficiente um encontro com a pessoa que chega em sofrimento para atendimento. Talvez ainda por uma motivação auto-defensiva da equipe em relação a possíveis demandas incontroláveis e falta de suporte.

O pequeno número de usuários inseridos em hospital dia reflete uma característica do CAPS, de que não predominam os usuários graves, cuja gravidade justifique uma permanência diária no serviço. O HD consiste no usuário passar o dia no CAPS, participando das atividades oferecidas ou não, e fazendo uso assistido da medicação, por um técnico ou auxiliar de enfermagem. Quando o usuário permanece o dia no CAPS, mas não toma a medicação assistida, chamamos de Convivência. A única diferença entre o HD e a convivência é o modo de tomada da medicação. Muitas vezes, conforme a pessoa vá adquirindo autonomia, passa do HD para a Convivência, o que demonstra que uma das coisas que o CAPS faz é educar o usuário com relação a tomada de medicação.

Esta diferença entre o HD e a convivência é um importante analisador, pois o HD remete ainda a uma caracterização do tratamento hospitalar, com o controle mais rígido da tomada da medicação. Enquanto a convivência estaria mais próxima de uma política de CAPS, ao menos no nome, em que se prevê uma ressocialização dos usuários e uma autonomia. O que simboliza esta autonomia é o modo como o remédio é tomado. Os usuários com menos autonomia são assistidos por um cuidado que carrega ainda um nome que carrega o cuidado hospitalar.

Existem dois grupos de Terapia Comunitária. Um acontece no próprio CAPS, e outro em um espaço comunitário que é utilizado pelos coordenadores deste grupo, que é composto por uma profissional que atua no CAPS e outra que atua na atenção básica. Geralmente o grupo de Terapia Comunitária que acontece no CAPS é composto pelos usuários em HD e convivência, e no outro espaço, pelos usuários de ambulatório. O usuário CAPS tende a se manter no equipamento, quando deveria ser incentivado a se apropriar dos espaços do território. Demonstrando uma manutenção da segregação e da institucionalização, talvez ainda como vestígio da idéia de isolamento como método de “tratamento” da doença mental, inconscientemente.

4.2.3. Fluxogramas analisadores e seus analisadores

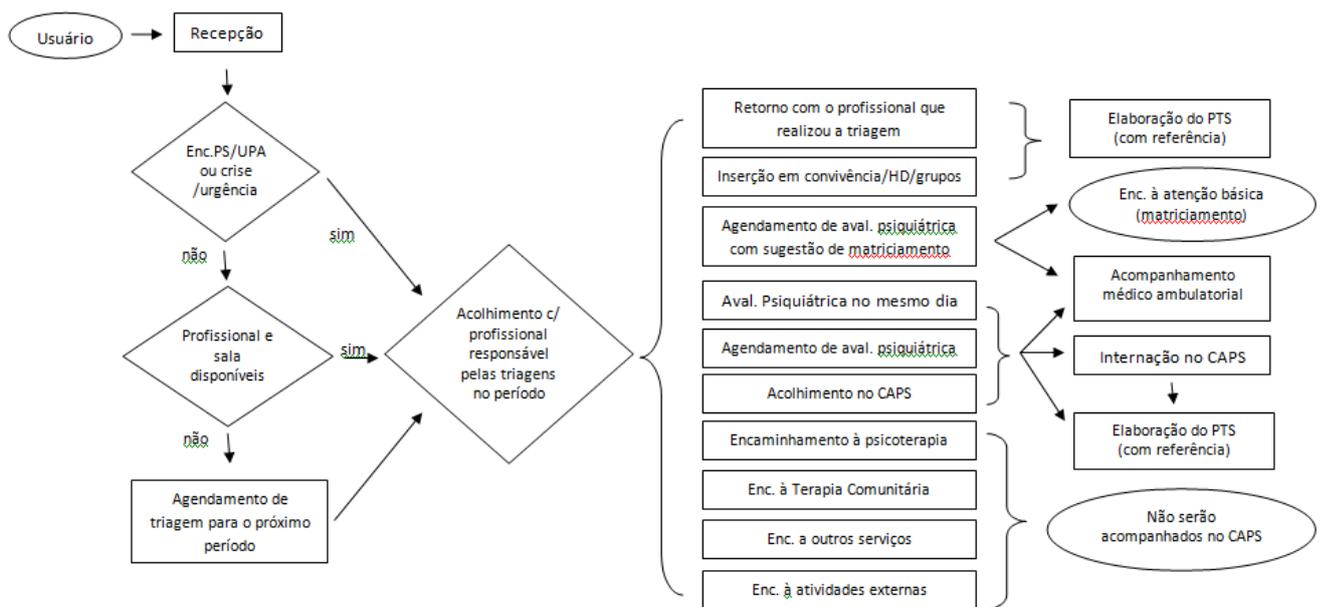
Os dados produzidos nesta etapa foram submetidos a uma ferramenta de análise descrita por Merhy (1997), chamada de “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”. Esta técnica consiste na construção de um diagrama utilizado por diferentes campos de conhecimento com a perspectiva de “*desenhar’ um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção*” (p. 04). Franco (2006) descreve ainda o fluxograma analisador como uma representação gráfica do processo de trabalho, que permite perceber os caminhos percorridos pelo usuário no serviço: entrada, percurso, decisões tomadas, ações e saída.

A representação gráfica do fluxograma analisador é realizada por meio de alguns símbolos: a elipse representa a entrada ou saída do usuário no fluxo do serviço; o losango indica os momentos em que há uma decisão a ser tomada para a continuidade do trabalho; e o

retângulo representa o momento em que se dá uma intervenção, uma ação em si (MERHY, 1997). Com base nesta perspectiva, foi construído o Fluxograma Analisador do CAPS pesquisado, com seu modo de funcionamento atual (figura 4).

Meu objetivo, contudo, ao utilizar esta ferramenta, não foi analisar o fluxo em si mesmo, como caminho “concreto”, se é que pode se falar em concretude. Desejei mapear este fluxo para poder compreender as nuances e as forças dinâmicas que envolvem a produção do trabalho e compõem o fluxo tal como está (considerando que ele é sempre mutável), para possibilitar um olhar mais esclarecedor sobre nossa oferta e demanda, e como estamos produzindo o serviço.

Figura 4: Fluxograma Analisador do CAPS Praia 1 - Modo de funcionamento atual



Na construção deste fluxograma tive intenção de visualizar os caminhos possíveis que o usuário pode percorrer dentro do CAPS, bem como considerar os momentos em que sai dele para acessar outros serviços (ou pelo menos é encaminhado para). Este fluxograma (figura 4) corresponde ao modo de funcionamento que existe atualmente. Contudo, como descrevi acima, os próprios modos de ingresso sofreram importantes mudanças ao longo do tempo. E isso merece ser considerado, pois permite uma incrementação na análise e uma melhor

compreensão das sutilezas e da complexidade do fenômeno analisado. Deste modo, construí também os fluxogramas correspondentes aos diferentes períodos, que serão apresentados a seguir.

As diferentes formas de realizar a entrada do usuário no serviço começam em todas as vezes com os fluxogramas descrevendo um primeiro caminho em comum: o usuário chega ao CAPS para atendimento. E então, dependendo do modo como o serviço está organizado naquele momento, a orientação que recebe na recepção é diferente.

Na realidade, todos buscam atendimento, mas alguns buscam o psiquiatra especificamente, e, mesmo assim, tem que passar pela triagem para acessar o serviço, abrir um prontuário, e ter sua consulta agendada. Isso diz de controle. O usuário não tem liberdade para acessar diretamente o psiquiatra. Mesmo que o busque, acessa o CAPS como um todo, e ingressa no seu fluxo de atendimento. Outros buscam atendimento psicológico, ou atendimento em saúde mental. Essa informação não é categorizada e nem se tem registro, pois não é colocado no prontuário. Apenas se agenda ou realiza a triagem e se registra a informação de se houve encaminhamento prévio ou não. Isso é também um analisador. Porque aqui se percebe que a falta de registro significa que o fato não é considerado como um fato real. Ele passa a se tornar inexistente. Essa é uma das demandas dos usuários que fica fora do repertório do CAPS e por isso não é nem ouvida, ela não ganha nem um registro.

Figura 5: Fluxograma Analisador do CAPS Praia 2 – Entrada pelo grupo de acolhimento

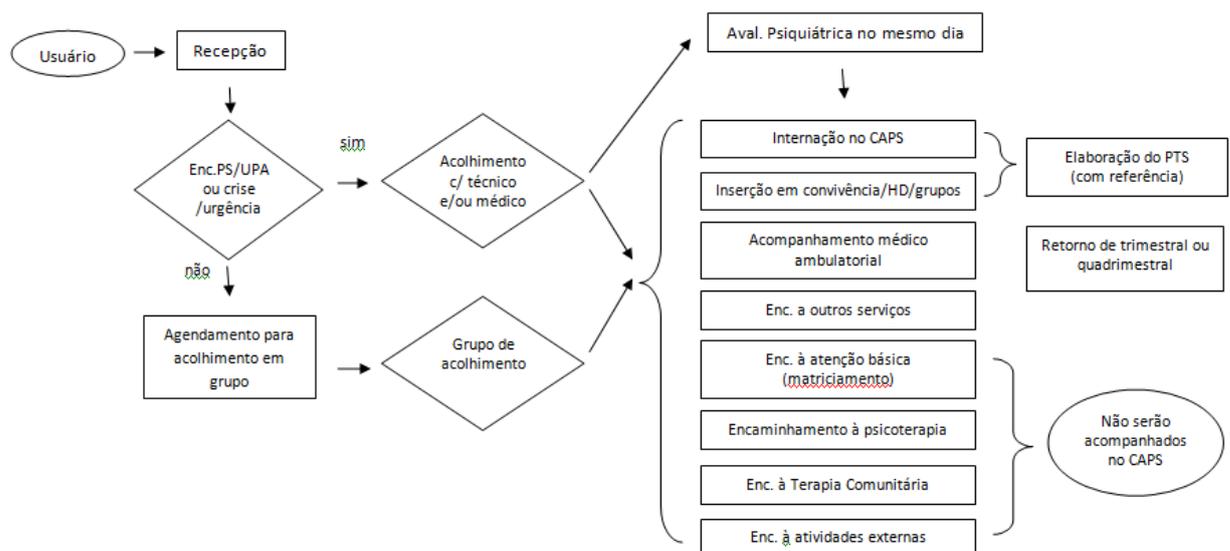
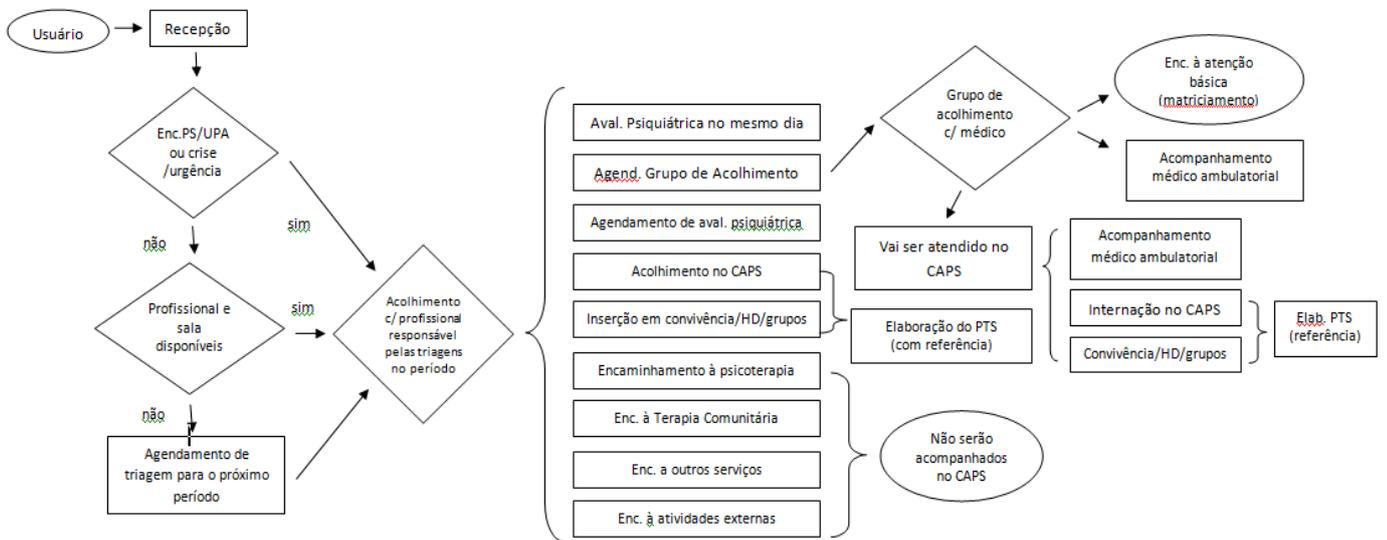


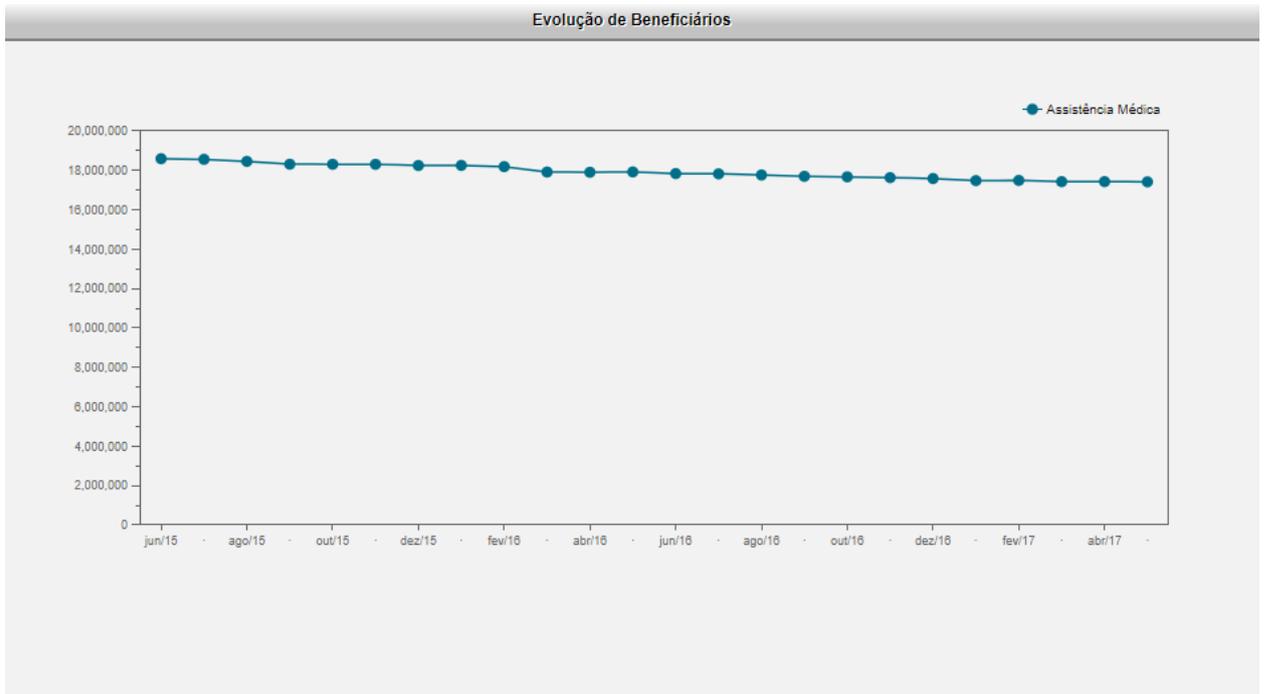
Figura 6: Fluxograma Analisador do CAPS Praia 3 – Com triagens e grupo de acolhimento



Todos os momentos em que houve mudança no modo de funcionamento representaram que o modo anterior não estava satisfatório. Mas... Para quem? Sempre que uma proposta de mudança é feita por algum dos profissionais, para ser aceita, é questionado pelo grupo se será melhor para o usuário. Se fala em nome do usuário, mas talvez essa fala represente com força também, ou mesmo principalmente, o interesse ou as necessidades dos próprios profissionais, nem que seja de se proteger e controlar um pouco mais situações de grande ansiedade. Quando falo em necessidades dos profissionais, me refiro também aos diferentes papéis e tarefas as quais os profissionais são convocados a cumprir. E isso esbarra em uma realidade concreta, que é a falta de investimento no serviço público, que se reflete na falta de profissionais e em outras faltas, como estrutura física adequada, transporte para realizações de atividades externas, recursos materiais, etc.

O volume de demanda que chega, traduzido como o número de pessoas que buscam o serviço para atendimento, tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Com relação a esta questão, fui buscar dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para verificar a autenticidade do que empiricamente percebemos no dia a dia no CAPS. Nos últimos anos muitos beneficiários estão deixando os planos de saúde, e retornando para o atendimento no SUS. Segundo dados da Agência, esta queda foi de quase 2 milhões no estado de São Paulo, entre junho de 2015 e abril de 2017, conforme mostra o gráfico abaixo:

Figura 7: Gráfico com evolução dos beneficiários dos planos de saúde



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Acesso em 09/07/2017.

E este intenso retorno à utilização do SUS, infelizmente não teve uma correspondência no aumento dos investimentos. No equipamento onde esta pesquisa foi realizada, o número de profissionais é o mesmo há muitos anos, e o aumento da demanda de atendimentos tem crescido nos últimos anos, com base nos números de prontuários abertos, com registros no serviço, a cada mês. Com isso, podemos inferir que a qualidade dos processos fica comprometida. E gera muitos tensionamentos nos modos de produzir a atenção à saúde mental. Talvez esse movimento externo, reflexo de forças político-econômicas e sociais esteja produzindo um contra movimento interno, que faz com que os critérios de seleção e triagem fiquem mais estritos para de alguma maneira filtrar e adaptar a demanda à possibilidade de oferta que os profissionais acreditam assimilar, sendo que esse processo se dá mais ou menos inconscientemente.

Além deste aumento de usuários que deixaram os planos de saúde e vieram buscar o atendimento no SUS, por meio dos CAPS, podemos inferir também que o aumento da busca por atendimento em saúde mental em si tenha aumentado, considerando os aspectos da nossa sociedade atual, como uma intensa tendência à medicalização e medicalização da vida. Sobre

este aspecto, não disponho de dados para afirmar, mas cabe a reflexão a respeito. Nesse sentido, Ehrenberg (apud ROSA e WINOGRAD, 2011, p. 42), afirma que “(...) *vários discursos científicos prometeram oferecer meios de aperfeiçoar a existência e corrigir suas insuficiências, tarefas que culminaram na medicalização da existência e na medicamentação do mal-estar psíquico*”. Talvez a demanda do CAPS tenha mudado também porque a sociedade também mudou. E o serviço está buscando modos de compreender e enfrentar esta questão, consciente disso ou não.

Os diferentes modos de fazer as triagens, neste período de poucos meses, refletem uma liberdade, disponibilidade e necessidade dos profissionais, para atender uma demanda ou produzi-la do modo como julgam melhor atender às necessidades dos usuários. E demonstra uma potência da ordem do instituinte, que busca uma mudança daquilo que não está bom. Revela também a efemeridade dos movimentos e a instabilidade social e econômica, que vão produzindo novos fenômenos, que vão modificando gradualmente o contexto onde se dá o cuidado em saúde mental. Questiona o modelo anterior e propõe uma mudança. Contudo, me pergunto se estas mudanças só falam de movimento. Na verdade, me parece que muitas vezes falam também de uma estagnação. No sentido de que as mudanças são direcionadas ao modo de entrar, mas entrando, pouca coisa muda ao longo do tempo.

Houve algumas interferências que fizeram com que o funcionamento após a entrada tenha sofrido alterações, para além da vontade da equipe, e do que estava planejado. Neste período, houve a saída de dois médicos. Um deles (o primeiro a sair) teve um desentendimento com a gestão com relação à condução de um caso. Este solicitou vaga de internação em hospital fechado (no Pólo de Atenção Intensiva – PAI), e, ao encaminhar a solicitação de vaga para a gestão, para procedimento junto à Central de Vagas, esta discordou, revelando um jogo de forças em que se sobrepôs a força política à avaliação técnica.

Após o conflito, o referido médico solicitou seu retorno ao Governo do Estado, pois estava atuando na prefeitura na condição de municipalizado. Menos de dois meses depois, uma outra médica também deixou a unidade, pois seu contrato com a prefeitura terminou, e não houve reposição por um período de mais de seis meses. Estes episódios não podem ser desconsiderados, dada a importância que têm no significado do que estamos fazendo, bem como a interferência que tiveram no modo de funcionamento do período que os sucedeu. Principalmente a saída do primeiro médico.

Sem entrar no mérito do caso em si, com sua especificidade, é importante refletir sobre como ainda internamos em hospital fechado, na contramão da reforma psiquiátrica. Este é um ponto de tensão, pois em alguns momentos, contraditoriamente, a própria equipe do CAPS solicita internações. E do que isto está falando? Geralmente estas solicitações se dão em situações em que a equipe decide em reunião que não consegue “dar conta” daquele caso, pelo fato de a unidade ser aberta, com a justificativa da necessidade de maior segurança para o usuário, e que aos finais de semana e à noite a equipe é composta apenas por dois ou três técnicos ou auxiliares de enfermagem, desta vez justificando o pedido para a segurança dos profissionais.

Essa situação é também um analisador precioso dos desafios dessa área. A reforma propõe uma abordagem do usuário como sujeito de direitos e não como paciente, mas por vezes os problemas de saúde mental comprometem a autonomia do sujeito ou fazem com que ele ultrapasse as barreiras do direito do outro e o ameace física e emocionalmente. Não há oferta para essa demanda. E o que se faz com as demandas dos profissionais? Por que os usuários seriam considerados sujeitos de demandas e não profissionais não? É uma lacuna que se mostra o tempo todo neste serviço especificamente. E que se reflete em uma série de desentendimentos e enfrentamentos dos profissionais entre si, que muitas vezes partem de perspectivas diferentes sobre esta questão.

Tanto uma justifica como a outra parece não considerar os paradigmas envolvidos em decisões como esta. É interessante pensar que, ao conversar individualmente com os profissionais durante o trabalho, ou mesmo no grupo focal, percebo que as opiniões são voltadas à liberdade do sujeito, na direção da Reforma. Demonstrando que algumas vezes existe um espaço de tensão entre o que se pensa e o modo com que se produz uma coerência (ou falta dela) na atuação. Mas essa é uma questão extremamente complexa, e é algo que nem sempre é pensado. Na maioria das vezes não.

O episódio da saída do médico também pode servir de analisador do modo de operar do serviço, pois retrata um conflito de interesses, com motivações ético-políticas divergentes, que falam justamente do modo de tratar a loucura. Mas não fala só disso. Fala também das relações de poder que exercem importante papel na atuação dos profissionais de saúde dentro das unidades, que esbarra na questão da liberdade profissional para tomar decisões.

De todo modo, a saída destes dois médicos afetou muito a qualidade do atendimento. E não só o atendimento médico, pois os técnicos acabaram por se envolver na recepção dos usuários que chegavam com consulta marcada, e/ou para informar aos usuários por telefone ou pessoalmente a saída do médico e a tentativa de resolver cada caso. Muitos usuários do ambulatório não conseguiam ter seus retornos na data prevista, o que significava ficar sem o atendimento e, conseqüentemente, sem o medicamento por um período. Esta situação pode ser vista como um analisador de como nossa oferta de serviço muitas vezes acaba por ser apenas medicamentosa. E isso parece se refletir também na busca de muitos dos usuários do ambulatório, que chegam ao serviço buscando atendimento médico para poder dar continuidade com o tratamento medicamentoso. Isso pode ser visto por meio dos dados dos prontuários, que indicam que das triagens realizadas, que mostram que dos 266 prontuários abertos no período pesquisado, 82% das pessoas saíram do atendimento de triagem com consulta psiquiátrica agendada.

Contudo, apesar disso, 51 pessoas (23,4%) não retornam para o primeiro atendimento médico, deixando o seguinte questionamento: Nossa oferta correspondeu de fato ao que elas vieram buscar? Ou nós as encaixamos nas nossas ofertas disponíveis, a partir dos nossos recursos enquanto equipamento de saúde? Com isso, podemos inferir que talvez exista um entendimento dos profissionais de que a demanda dos usuários é serem atendidos, e com as triagens em grupo não haveria mais tanta espera para o primeiro atendimento. Mas, depois, como vimos, isto não resolve a questão, que não se encerra na necessidade de um primeiro atendimento. Talvez a necessidade seja maior, e muito mais abrangente, e talvez nem o CAPS em si, seja como serviço idealizado, seja como real, possa dar conta. Falo de necessidades pessoais e sociais que estão relacionadas à saúde mental de uma população.

4.3. Grupo Focal

O material produzido por meio do grupo focal, conforme proposto por Gatti (2005, in LOPES, 2014), deve ter como foco de análise as opiniões levantadas a partir do jogo de influências mútuas que apareceram e se desenvolveram no contexto do grupo. Busquei compreender, por meio das provocações iniciais e da apresentação dos dados dos prontuários, alguns modos de operar os movimentos instituintes e instituídos, revelados por meio das

percepções e falas dos profissionais no coletivo, visando apreender estas forças na dinâmica da organização do serviço na gestão da demanda e da oferta. Para isso, após a transcrição integral da gravação do grupo, utilizei a técnica da Análise do Discurso, que segundo Caregnato e Mutti (2006), trabalha na busca pelos significados presentes no discurso dos participantes. E esses significados serviram de apoio para estabelecer as relações entre alguns elementos e situações que serviram de analisadores e os movimentos da equipe durante o período pesquisado.

O grupo focal foi realizado em um momento de muitas dificuldades para a equipe, de falta de muitos profissionais e recursos, de angústias, tensões políticas com a gestão local, reforçada pela ausência do chefe. O encontro aconteceu em um sábado. E três dias antes, em um feriado, um usuário muito antigo do serviço, que estava em HD, cometeu suicídio. Esse episódio foi particularmente muito marcante e simbólico para a equipe. Por ser um usuário antigo, que todos conhecíamos, e estávamos todos de algum modo ligados a ele, além de estar inserido em HD, freqüentando o CAPS. Apesar da pesquisa de Cescon (2015), que abordou a questão da atenção do suicídio, e das fragilidades que envolvem inclusive os profissionais no tocante a esta esfera, o sentimento foi de: não demos conta.

A equipe estava bastante sensibilizada. Já estávamos sem chefia há oito meses. Nesta contagem, não considero o período em que tivemos por um mês a chefia de um dos médicos, pois quando ele estava começando a se apropriar das questões que envolvem a gestão do serviço, pediu a saída do cargo. E este foi um período de muitas mudanças no modo de operar, como descrevi anteriormente, a exemplo dos atendimentos ambulatoriais em grupo e os diferentes modos de fazer a triagem.

Cerca de um mês depois da realização deste grupo focal, foi estabelecida a nova chefia do CAPS Praia (ainda na época NAPS III), que veio de uma unidade de saúde mental infantil, após processo de habilitação de gestores realizado pela Coordenadoria de Saúde Mental. Este processo foi desenvolvido com a abertura de um edital interno aos servidores da Secretaria de Saúde, com objetivo de identificar dentro da rede pessoas que tivessem interesse em se tornar gestoras de serviços da saúde mental. Foi algo inovador, pois normalmente as chefias são indicadas aos cargos pelos coordenadores, e nunca há uma seleção ou preparação. Foi ao mesmo tempo um processo seletivo e uma preparação para os futuros chefes. Digo no plural, pois algumas chefias de outros equipamentos também foram mudadas. Nenhum trabalhador

do CAPS Praia se inscreveu. Este processo de seleção de gestores representa o movimento de constantes contradições e contrapontos que envolve a efetivação da política de saúde mental nesta cidade. Uma cidade que foi pioneira na Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que vivenciou e ainda vivencia uma série de dificuldades para sua efetivação. Considerando ainda a complexidade que envolve a gestão municipal para além da política de saúde, com relação a questão dos recursos humanos e materiais, entre outras questões.

Na ocasião do grupo, já sabíamos que o processo estava em andamento e que em breve receberíamos o novo ou a nova chefe. Este fato apareceu no discurso dos participantes em vários momentos. Muitas falas foram no sentido de um efeito negativo por essa ausência do chefe, que refletiu na organização da unidade durante este período e acentuou dificuldades enfrentadas cotidianamente do serviço, pois os técnicos acabavam por desempenhar alguns papéis que havendo a figura do chefe, este exerceria.

Foram mencionados alguns pontos de vulnerabilidade no atendimento, que o grupo atribuiu às possíveis falhas no modo de operar, ou discrepâncias entre o que se deseja e o que se faz. Além de ter sido falado da falta de organização e essa ausência de uma pessoa no papel de liderança, que intermediasse as relações com a instância superior, para fazer um trabalho em nível de política pública municipal, foi mencionada a própria escassez de recursos e sucateamento do serviço – que o grupo interpretou ter sido potencializado por essa ausência do chefe para apontar e interceder junto à Coordenação e à Secretaria. Este ponto é importante de ser analisado: o coletivo manifestava sentimento de falta de muitas coisas: organização, líder e recursos, numa tentativa de abranger as vulnerabilidades, e se mostra enfraquecido em alguns momentos, em relação às próprias potências. E em outros momentos parece resgatar essa potência, numa tentativa de dar conta das dificuldades, fazendo valer a solidariedade coletiva.

Nesse ponto, o grupo pareceu, por meio das falas, idealizar o novo chefe que viria ou o chefe necessário como “salvador”, solução para grande parte dos problemas. Foi apontado também o cansaço diante da falta de diálogo com a gestão municipal e o grande volume de trabalho para poucos profissionais, demonstrando que o coletivo se sente pequeno e desmunido diante da tarefa que tem para realizar.

“(...) A gente gasta energia com coisas que a gente não precisaria e poderíamos estar dando mais energia para o objeto principal do CAPS, que a gente sabe bem qual é. E aí há questões institucionais mais micro aqui, de gestão... A falta de um chefe imediato (...) que não está aqui presente para nos dar esse apoio e esse suporte”.

Carlos, psicólogo

“Eu acho que... Me ocorreu pensar assim: como a chuva é importante ‘pro’ processo de fecundação das plantas, de uma lavoura, e tal... Claro que se chover numa determinada terra ali vai brotar alguma coisa, né? A chuva e a terra por si só vão fazer florescer alguma coisa. Agora, se você colocar um lavrador, que domine a arte de lidar com a terra, e ele preparar a terra, arar, fizer um manejo de pasto, e eleger que tipo de agricultura...Eu ‘tô’ falando da técnica. Eu ‘tô’ falando que se aquela terra produzia dez, ela vai produzir, sob a organização, sob a intervenção de um lavrador competente, cem, mil”.

João, psicólogo

Nessa fala também pode estar subentendida o fato que não conseguimos cuidar daquele usuário que se foi, símbolo que o cuidado não está sendo o foco do trabalho. Muitas vezes o trabalho não permite que o próprio trabalho se efetive. Ou não se pode fazer o trabalho no local de trabalho, porque há outros trabalhos (secundários, burocráticos) que se interpõem. E muitas vezes algumas reuniões familiares, visitas domiciliares, e mesmo reuniões, são marcados aos finais de semana, pelos técnicos que realizam um plantão de final de semana por mês, no sábado ou no domingo. E algumas reuniões já foram marcadas fora do horário de trabalho, extraordinariamente.

Com relação a um aspecto abordado anteriormente, quando da descrição dos modos de se fazer triagem, referente à potência da atuação em um grupo interdisciplinar no acolhimento inicial, em que o grupo foi desfeito quando o médico não mais se dispôs a participar, percebi que em um dado momento do grupo focal, refletiu-se sobre isso, indiretamente, e falou-se sobre a idéia de criar um novo grupo, mesmo que sem a presença do médico. Uma fala que reflete uma necessidade de um atendimento em grupo e de um segundo momento de avaliação, apontando uma responsabilização pelo usuário que expressa maior autonomia, que não corresponde a uma hierarquia com relação ao médico, necessariamente. E que demonstra,

agora, uma necessidade de maior disponibilidade de recursos na avaliação, e não necessariamente enviesado pelo fato de poder atender mais pessoas em menos tempo:

Carlos: *“Mas a gente podia reformular essas triagens, né?”*.

João: *“A gente tinha pensado em fazer um grupo nosso, interdisciplinar”*.

Carlos: *“Os técnicos fazendo as triagens...”*

João: *“Um segundo momento de triagem técnico. A gente podia fazer dois, a gente podia se revezar... Cada um assumir uma quinta. Isso seria um segundo momento de triagem”*.

Carlos: *“Isso seria em grupo? Um grupo de triagem, você acha?”*

João: *“É... De acolhimento inicial, a gente podia. Um grupo de acolhimento inicial”*.

Por mais que no fluxograma e na descrição da organização do trabalho se perceba uma motivação da equipe para a mudança, para repensar, rearranjar, adaptar a organização do equipamento, que pode ser entendido como uma força instituinte, presente e ativa, no grupo focal ficou claro que estas diversas mudanças carregam consigo uma dificuldade da equipe em manter os combinados e planejar o trabalho estrategicamente. Ao mesmo tempo em que por um lado essa instabilidade foi prejudicial, comprometendo o planejamento das atividades, por outro, impulsionou uma criatividade da equipe na procura por soluções.

De todo modo, isso foi apontado pelos profissionais com certa frustração. Parecem dizer que estas diversas tentativas de mudança são crises ou falências do instituído, e passos cambaleantes do instituinte que luta e, muitas vezes, perde. O instituído acaba por não deixar que o urgente – que seriam as mais diversas situações cotidianas dos usuários que chegam com suas urgências, do ambulatório, dos HDs, das triagens – dê espaço para o importante, que seria a organização, o planejamento estratégico que visa garantir a existência e coerência do projeto terapêutico do CAPS, enquanto serviço, para fazer o acompanhamento adequado dos casos graves e leves. E, assim, prevenir certas crises, que talvez pudessem ser evitadas com um acompanhamento mais sistemático.

“Eu acho que cuidar, oferecer cuidado, é quando a gente dispõe de todo nosso conhecimento, né... De toda nossa experiência, de tudo que a gente objetiva, de acordo com aquela demanda que aquela pessoa trás ‘pra’ gente. É se debruçar sobre aquilo. Porque uma vez eu assisti uma aula que clínica, ela nada mais é do que clinicar né, que vem de inclinar-se, que é se debruçar sobre aquela pessoa, ‘pra’ oferecer tudo que você tem, tudo que você sabe, com a finalidade maior que é melhorar a qualidade de vida, enfim, no que a pessoa traz como demanda. E eu acho que a gente não faz isso aqui. [pequenos risos de todos do grupo] Embora haja, tenha o desejo, né, a gente ‘tá’ aqui ‘pra’ isso, mas acho que infelizmente hoje a gente não consegue se debruçar sobre algo, sobre alguém, sobre uma demanda, eu acho que não”.

Maria, terapeuta ocupacional

“Sempre saio com a sensação de que poderia ter sido diferente, poderia ter feito de outra forma, poderia... Nem considerando os resultados, porque a gente... Eu lembro do João dizendo que a gente não tem uma... uma... um instrumental de avaliar, né? E não temos mesmo. Mas, eu ‘tô’ ficando com as coisas das emoções mesmo. Eu acho que a gente, infelizmente acho que a gente não ‘tá’ cuidando como a gente gostaria”

Ana, psicóloga

Estes recortes falam de algo idealizado, que está visto como podendo ser melhor, ou que foi colocado como sendo o desejo do coletivo de fazer um bom trabalho. Existe uma idealização de várias coisas: Desse lugar que é o CAPS, da política de saúde mental, da Reforma, e do cuidado que idealmente poderíamos ou gostaríamos de estar oferecendo (mais não estamos). O uso do condicional revela que no fundo não há esperança de que se faça e de que não se pretende fazer. Parece mais uma queixa que uma autocrítica ou que um plano de ação. E encontro, nestas falas, ressonância do desejo que me motivou a ingressar neste mestrado.

E essa falta de organização se reflete no que João definiu como uma “potência subutilizada” do conhecimento instrumentos de trabalho dos profissionais, que acaba por gerar sofrimento, sentimento de impotência, de que sempre poderia ter sido feito mais, ou melhor. Estas falas demonstram que o grupo se sente muitas vezes responsável pelo serviço

não atingir o lugar do “ideal” da oferta de cuidado e de serviços, ainda que responsabilizem a gestão e a falta de recursos.

No decorrer destes últimos meses, principalmente no período em que estávamos sem chefia, foram nos momentos mais críticos que aconteceram os principais movimentos para tentar romper com esta rotina de trabalho muitas vezes alienante. Alienante, pois fazia com que agíssemos sem refletir sobre as práticas, sempre “apagando incêndios”, lidando apenas com o urgente, que chega a todo momento. Esses movimentos foram, por exemplo, tentativas de separar espaços de encontros coletivos para falar sobre o trabalho.

Como mencionei anteriormente, a pesquisa de Cescon (2015), realizada cerca de dois anos antes dessa, impactou muito a equipe, positivamente. E um dos aspectos mais importantes foi no tocante a percepção da necessidade de refletir sobre nossa prática, e sobre como esta não reflexão pode ser prejudicial tanto para os usuários, como para os profissionais. Logo após a realização desta pesquisa, as reuniões de passagem de plantão das quartas-feiras passaram a ser destinadas para reflexões sobre o trabalho, leitura de textos, entre outras atividades. Mas, com o tempo, este espaço começou a ser tomado por demandas “urgentes, e que tinham que ser discutidas na reunião naquele dia”. É claro que algumas questões podiam mesmo ser assim tão urgentes, mas, aos poucos, fomos deixando de ter este cuidado de preservar as quartas feiras, e depois de alguns meses as reuniões de passagem de plantão voltaram a ser ocupadas apenas como espaço para discutir os casos do plantão anterior e planejar o seguinte, como ocorrem todos os dias. Desta forma, foi possível perceber que a pesquisa instituiu uma nova maneira de funcionar pouco a pouco e reascendeu a vontade de resistir e de criar novas soluções, mais convenientes e adequadas ao desejo dos trabalhadores, em relação à oferta que querem disponibilizar e talvez à demanda dos usuários. Entretanto, essas forças instituintes se esgotaram e a inércia fez com que os profissionais voltassem para a rotina mais alienante, e ainda que desgastante, menos custosa em termos energéticos.

Contudo, desde que vivenciamos esta prática de falar sobre o trabalho, mesmo quando não havia mais este espaço reservado, recorrentemente lembrávamos da necessidade disso, mas não conseguíamos nos organizar para tal. Apenas nos momentos mais difíceis, é que voltávamos a pensar nisso como uma possibilidade real. E assim se deu. Em um dado momento, que não saberia precisar, mas quando as coisas estavam bastante difíceis, nos propusemos a voltar a separar as reuniões de quarta-feira. Foi muito difícil, em alguns

momentos alguém chegava com uma demanda urgente. E geralmente quando isso acontecia, era acolhido pelo resto do grupo, que se sensibilizava com a possibilidade de aquele profissional ficar com aquela angústia da situação a se resolver ou pensar, só para ele. E então deixávamos de falar sobre os processos trabalho, para falar daquela demanda específica. Com isso, podemos também pensar não só em como o cotidiano engessa, com a força do instituído, mas também em uma possível dificuldade em olhar para nós mesmos e sobre nossa prática, ainda mais sem um mediador.

Com o tempo, fomos admitindo esta dificuldade, e entendemos então que não era possível manter um espaço para falar sobre o trabalho durante o período de trabalho, com todas as urgências acontecendo. Isso é um analisador. Não conseguimos, no trabalho, falar sobre o trabalho. Apenas se faz, se trabalha. Como se falar sobre o trabalho não fosse também trabalho. E marcamos um momento, fora do expediente de trabalho, mas no CAPS, em um sábado. Vieram muitas pessoas, e tivemos uma reunião de três horas. Foi um momento de escuta mútua, presença compartilhada, e apoio. Principalmente no primeiro encontro, pouco falamos sobre planejamento. Estabelecemos um espaço fora do expediente, mas que foi dedicado coletivamente ao auto-cuidado. A equipe se fortaleceu desde então. Mas, mesmo assim, não demos continuidade. Foi um momento de reação que não se instituiu. Como não era em um dia de trabalho, depois do segundo encontro tivemos dificuldade em acertar uma data possível para todos ou para a maioria. E acabamos por não falar mais disso, engolidos pelo cotidiano novamente. Talvez aqueles dois encontros deram algum alívio para a angústia que estávamos sentindo pelo trabalho solitário, engessado pela rotina, empobrecido em possibilidades (ou pelo menos era assim que era sentido), e como não havia mais esta urgência, deixou-se para depois. E este depois sempre vem em momentos de crise. Crise da equipe, do serviço e de sua organização. Não encontrar um horário comum pode também ser entendido como um indicativo de que o individualismo retornou, acima do coletivo. Em todo caso, só se desfez porque a angústia baixou.

A questão da gestão da demanda e da oferta é muito permeada pela dinâmica entre os trabalhadores, os direcionamentos fornecidos pela gestão municipal, a percepção de saúde mental de cada profissional, no momento em que vão planejar uma oferta de cuidado para uma população. Foi por isso que decidi usar o fio condutor do cuidado como tema disparador do grupo focal, ainda que esse não seja objeto central de atenção neste estudo, pois revela

expectativas dos trabalhadores sobre o trabalho e sobre o lugar que ocupam no equipamento e na sociedade.

E, nesse sentido, houve uma fala muito interessante de Francisca, assistente social:

“O problema é que, que nem o João falou... Ele acha que a gente cuida. Eu acho que a gente tem vontade de cuidar. Eu acho que na verdade a gente acolhe. A gente põe ‘pra’ dentro. Mas a gente não cuida, gente! Nós não temos condição de cuidar com esse corpo que a gente tem aqui de técnico. É impossível! Você põe “pra” dentro uma pessoa... Nós ‘távamos’ falando isso aqui ontem aqui... Da questão dos internados, né. Gente, eu não conversei com nenhum dos internados depois que eu voltei das férias! [há uma semana] Eu não sei... Porque... Eu só sei que a ‘Luciana’ ‘tá’ aqui, que é do NAPS II, mas não sei nada dela. A gente não sabe nada das pessoas, a gente não tem tempo de cuidar, que é você se debruçar, e é um monitoramento que você tem que fazer. É o planejamento. (...) Você tem que acompanhar aquela pessoa que você acolhe. Você por pra dentro não é nada”.

Além disso, é possível perceber que existe uma falta de perspectiva, por parte dos profissionais, de melhora no modo de funcionamento do serviço, e o desejo da maioria das pessoas da equipe de deixar o CAPS, e ser transferido para outros serviços, ainda que a saúde mental fosse um ideal profissional para eles. Mas o que se pode analisar disso? É possível pensar que isso indica um cansaço, uma impossibilidade de permanecer enfrentando as contingências externas e internas de cada um. Que se reflete em um desejo que caminha em uma direção oposta: deixar de trabalhar neste serviço. O desejo que antes era voltado para o ideal de trabalhar no CAPS, agora é voltado a partir, a não mais fazer parte. Esse movimento foi percebido e descrito por um dos psicólogos:

“Eu acho que tem dimensões diferentes, né. Eu acho que isso que a gente ‘tá’ o tempo todo tentando entender, o que dá pra fazer, o que que a gente pode fazer... Eu acho que a gente chegou num ponto agora meio crítico, assim, de tentativa de organização no caos, de plano de contingência. É um ponto onde começa a nascer em nós, uma parte do nosso grupo um desejo de não estar mais aqui. Eu acho que isso é muito expressivo do que ‘tá’ acontecendo conosco (...)”.

João, psicólogo.

Como mencionei anteriormente, três dias antes do dia que havia sido agendado, com duas semanas de antecedência, para a realização do grupo focal, um usuário antigo do serviço, que atualmente estava em HD, cometeu suicídio. Todos estavam muito tocados e sensibilizados pelo ocorrido. Isso apareceu em vários momentos durante o encontro e foi possível notar que foi motivo de reflexões sobre o trabalho e sobre a dinâmica de organização do serviço.

“(...) A gente acaba pendurando um monte de coisa nessa árvore de Natal do NAPS, que a gente recebe, acolhe, põe ‘pra’ dentro, né? E aí a gente não dá conta... ‘Tá’ pesada a árvore, e fica balançando, e tem hora que uma bolinha cai. E quebra, né? Que foi o caso do Augusto essa semana. E que.... [silêncio] E que nos pega. (...) E aí o que a gente faz? Porque a gente não ‘tá’ com a energia toda.(...) Com a morte do Augusto essa semana, ontem eu me peguei atendendo todo mundo [referindo-se aos usuários em HD]. Numa tentativa de, sabe, dar conta? Aquilo de... Que medo, assim, de acontecer isso de novo! Com a Mariana, com o André, com a Luciana. Então peguei todo mundo ‘pra’ conversar individualmente, porque me deu uma angústia tamanha, de assim... Poxa... O que que eu ‘tô’ fazendo aqui? Eu ‘tô’ cuidando dos pacientes graves? Não ‘tô’ dando conta! E essa semana toda a gente ficou tão abarrotado, tão atarefado, né? Essa semana crítica antes da morte dele, e a gente fica se questionando... Poxa, eu podia ter feito mais? Podia ter cuidado mais? Podia ter ido lá, podia ter feito aquilo? Percebe, ‘pra’ evitar a tragédia?”

Carlos, psicólogo

Na semana anterior, que Carlos menciona, foi quando ocorreu a saída do médico, por desentendimento com a gestão. Entre o episódio do desentendimento e sua saída houve o intervalo de apenas uma semana. E toda sua agenda estava cheia, sem que tivéssemos para quando ou para quem remarcar os retornos. Todos os técnicos estavam envolvidos nesta questão, atendendo individualmente os pacientes agendados, orientando e buscando uma solução, além de algumas vezes entrar em contato por telefone com os usuários, avisando que não teriam sua consulta médica, e de que não tínhamos ainda a solução. Alguns dias depois, o modo que a gestão encontrou de resolver temporariamente o problema e dar atendimento aos usuários, foi deslocar dois médicos que atuavam na secretaria como apoiadores da Coordenação, para fazer atendimentos. Mas a unidade ficava sabendo um ou dois dias antes

da data de atendimento, que chegou a ocorrer à noite e em um sábado, quando não havia expediente administrativo ou técnicos de plantão, apenas a equipe de enfermagem.

Houve, nesta sequência, uma série de acontecimentos que se traduziu em analisadores, pois modificaram o modo de operar no CAPS: o episódio de desentendimento do médico com a gestão a respeito da concepção de internação, que demonstrou uma tensão entre a lógica manicomial e a lógica de CAPS, além das relações de poder, entre a medicalização forçada e outras ofertas de cuidado; a saída do médico, e em seguida o suicídio do usuário.

Esta reação de atender “todo mundo”, que Carlos menciona, referindo-se às pessoas das quais é referência técnica no serviço, pode servir para olhar para o analisador que foi esta morte deste usuário. Um rompimento no funcionamento “normal” do serviço, cotidiano. Que mobiliza emoções tanto nos demais usuários como nos trabalhadores. E muda a lógica do serviço, ao menos naquele dia, ou nos dias seguintes. Muda a percepção de urgência, e o acompanhamento dos HDs passa a ser prioritário, como deveria ser. E o urgente de antes pode esperar.

A metáfora da árvore de natal já havia sido utilizada por outra participante, ao falar do acúmulo de trabalho e diferentes demandas que o serviço acolhe:

“Parece até uma árvore de natal, sabe, cheia de penduricalhos? E aí você vai encaixando as coisas... E aí na hora que uma coisa explode, uma coisa... Ou implode, sei lá... Aí você olha pra aquilo e fala “E agora!? O que eu faço!?” E você bota pra reunião desesperado...”

Maria, terapeuta ocupacional

É uma imagem que demonstra sofrimento diante de um sentimento de responsabilização pela morte do usuário, por não ter dado a atenção que acredita ter sido necessária para poder evitar o suicídio em razão da organização do serviço. E talvez reflita também um medo inconsciente de esquecer o próprio sofrimento ou o do colega. Uma outra associação pode ser feita ainda sobre o verbo escolhido: acolher, “por pra dentro”, como se fosse dentro de casa. Ao se colocar alguém sob o seu teto, a responsabilidade aumenta. Parece então que isso está subentendido: o quanto os profissionais se sentem ou não responsáveis

(diretamente) pelos pacientes, uma vez que não há outros responsáveis: as próprias pessoas, as famílias, a chefia do equipamento, a secretaria de saúde, a prefeitura, entre outras.

Este compartilhamento parece falar também de uma dificuldade de ser responsável pelo projeto terapêutico do outro. E muitas vezes, nessa não reflexão, acabamos por oscilar entre um modo de conduzir o caso que beira à tutela, assumindo responsabilidade por controle e decisões da vida do usuário, em detrimento de outras situações que acabam por ser negligenciadas, sem necessariamente termos um critério claro para isso. É o caso, por exemplo, do profissional que era referência do usuário que cometeu suicídio. De repente, viu-se atendendo todos os casos de que é referência, naquele dia. Certamente, nesta ocasião, diminuiu a atenção para outras questões que também estão sob sua responsabilidade. É um campo delicado, e que denuncia a pouca capacidade do CAPS em atender todas as demandas de trabalho que hoje estão postas para ele, tal como está disposto.

Um técnico (de nível superior) tem que se dividir entre as diferentes funções: um dia fazer triagem, um dia ser o técnico plantão, um dia conduzir alguma atividade em grupo, e sobra apenas um dia para fazer seus atendimentos com usuários de quem é referência, agendar algum retorno de triagens, realizar visita domiciliar, participar de reuniões de matriciamento, operacionalizar este matriciamento (fazendo os relatórios para envio das fichas às UBSs), fazer relatórios, e outras atividades mais pontuais. E, quando há situações de crise, muitas vezes toda a equipe fica envolvida com um determinado caso ou situação. Nessa divisão de tarefas, pouco tempo sobra disponível para simplesmente “estar”, “conviver” com os usuários de convivência e Hospital Dia, e também para estudar, pensar e estabelecer projetos terapêuticos. A equipe de enfermagem também é pequena. Normalmente um profissional fica responsável por preparar e administrar a medicação tanto dos usuários que tomam as medicações no equipamento, como de separar as medicações dos usuários que buscam a medicação semanalmente, quando em processo de aumento de autonomia.

Esta questão das prioridades, e do direcionamento do foco do trabalho, e conseqüentemente, da assistência, revela também as relações de poder entre os usuários e os profissionais. São estes que ditam o que é prioritário, na identificação das demandas urgentes. Esta é uma questão delicada, pois é permeada pelas percepções pessoais, e dos envolvimento individuais com cada caso, que muitas vezes refletem ou são reflexos das fragilidades e ressonâncias que ecoam das histórias de vida, institucionais e locais.

O episódio do suicídio é mencionado com pesar, e o grupo reflete se o que chama de “desmantelamento” pode ter interferência com a morte. Ao mesmo tempo, o que parece ser um sentimento de culpa, parece refletir numa tentativa de lidar com ela e com a perda em si. O grupo reflete que a morte e o suicídio estão fora do controle de qualquer pessoa, contudo, se os profissionais conseguissem dar mais atenção aos pacientes para os quais o CAPS existe realmente, este sentimento de culpa ou responsabilização talvez não existisse:

“Não que esse resultado seja uma consequência da forma como ‘tá’ sendo feito o nosso serviço. Mas esse resultado de ficar se sentido, de sentir que não fez tudo que podia ter feito... Não o resultado morte. Porque ele podia estar recebendo todo o cuidado, da forma como a gente imagina que deve ser, com visita domiciliar, com acompanhamento assistido, com atendimentos individualizados, né, e ainda assim, conspirar contra a própria vida. Mas esse outro resultado, que é o resultado subjetivo [do sentimento de culpa pela morte], que é o resultado da consequência, né, não estaria aqui. A gente não ficaria... Porque eu acho que não é só você... Mas eu acho que a referência acaba ficando muito... Isso é perverso. A pessoa que ‘tá’ como referência ficar com essa sensação de que podia ter feito algo pra evitar isso, isso é...”

João, psicólogo

Esse sentimento de responsabilização pela morte, manifestado por Carlos, que era referência do usuário, parece encontrar ressonância nos demais profissionais da equipe. No momento em que este assunto foi trazido à tona (o suicídio), foram retomadas outras mortes semelhantes em um curto período de tempo, três usuários que freqüentavam o CAPS, semanalmente ou diariamente, em HD, cometeram suicídio, em um período de um ano, expressando que a angústia ia para além daquela situação específica, mas significava um sentimento de impotência e culpa.

“Gente, eu vou dizer que eu fiquei muito mal. Assim, ‘tô’ mal. Ainda bem que eu ‘tô’ em terapia. Porque me veio a história da Mônica. Um ano atrás a Mônica se suicidou em outubro, do mesmo jeito. E, ao longo desse ano, a gente... Eu não consegui, e me sinto na obrigação, de pelo menos referenciar a família da Mônica. E aí morre outro! Morre outro, do mesmo jeito, no mesmo mês... É uma merda! Eu acho que isso esfrega... A coisa dos sintomas, eu acho que... A gente sabe que morte é imponderável, o suicídio a gente não tem controle, mas

assim, 'pra' mim, eu posso estar absolutamente equivocada, mas 'pra' mim, eu acho que isso é um sintoma desse desmantelamento, sabe?

Ana, psicóloga.

Esta questão do suicídio é especialmente significativa para esta equipe, pois nos últimos anos muito foi discutida a partir da realização da pesquisa de mestrado profissional de Cescon (2015), mencionada anteriormente. Atualmente esta profissional não está mais na unidade, mas participou como apoiadora na realização deste grupo focal. Os efeitos desta pesquisa, desde as reflexões, até o espaço semanal para falar sobre a prática, a escuta, perduraram durante um período. Mas ao longo do tempo estes efeitos sofrem interferências de inúmeras ocorrências e que acabam por enfraquecer sua força em muitos momentos.

Esta fala sobre não ter conseguido referenciar a família da usuária que cometeu suicídio demonstra um claro sofrimento em não ter conseguido cumprir com a preocupação ética que este desejo carrega, além da política pública que é preconizada e que muitas vezes fica distante de ser cumprida. Aparece uma contradição entre o que se deseja e o que se efetiva, que de algum modo gera grande sofrimento para o profissional.

O uso da terminologia de sintoma denota um movimento de autodiagnóstico da equipe, que apareceu em diversos outros momentos no grupo. Em determinado momento da discussão uma das participantes citou uma situação externa ao serviço, em que colegas dela, em uma conversa, buscavam avaliar do ponto de vista do diagnóstico psiquiátrico, os serviços em que atuavam. O grupo passou então a refletir sobre qual seria o diagnóstico deste CAPS. Cabe aqui refletir que trabalhar em cima de um diagnóstico de doença é uma política de cuidado mais próxima da lógica manicomial, o que em si já mostra as contradições do grupo de técnicos que aspira idealmente seguir a reforma e garantir a autonomia dos usuários, mas que interpõe o obstáculo do foco na doença. As falas pairaram entre transtorno afetivo bipolar com ênfase em mania, transtorno de personalidade e personalidade perversa. Numa espécie de brincadeira com fundo de verdade, uma defesa coletiva que esconde o medo da loucura que paira em todos. Uma defesa para proteger da culpa de não ter feito tudo o que deveria ter sido/ou que poderia ter feito.

“(...) Se eu pudesse, se eu fosse opinar sobre isso, Ana, eu diria que o nosso serviço é bipolar, com ênfase em mania [risos de todos]. A gente funciona de forma meio maníaca, maníaca, maníaca, maníaca, maníaca.... Quando esgota, a gente dá uma deprimida. Aí a gente recua, aí chora, aí não sei o que... Daqui a pouco a gente entra de novo em mania”.

João, Psicólogo

“Eu acho que “pra” mim ‘tá’ ali ó... Transtorno afetivo bipolar com personalidade”.

Maria, Terapeuta Ocupacional

“Em cima do muro, né...” [entre transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade]

Francisca, Assistente Social

Esta autoanálise da equipe com relação a si mesma, com um olhar do diagnóstico, revela também diferentes modos de lidar com esta questão. Alguns citaram definições de ordem mais psicanalítica, outros, com base nos manuais, como o CID 10. Esta diferença nos modos de tratamento denuncia que possivelmente se fala de sintomas diferentes, de sujeitos diferentes, de lugares diferentes. Para o usuário inclusive. Um modo de conceber este sujeito que chega é outro. Talvez não se fale do mesmo sujeito. E não se espere o mesmo dele. Mas revela um medo que é comum: o medo da loucura. Não tanto a do outro, a do usuário, (somente quando ela transborda para o lado dos trabalhadores), o grande medo é da própria loucura. E o medo maior é que a personalidade não seja neurótica e sim psicótica ou mesmo perversa.

“(...) Os nossos esquemas, a nossa capacidade de cuidar, ‘tá’ começando a escassear, a falhar. E aí aparece nas nossas relações. (...) A coisa ficou tão grave que começou a falhar os nossos esquemas. Até nossa capacidade de cuidar, aquela que havia, ‘tá’ escasseando, e ‘tá’ ficando menor. E se a gente continuar nesse ritmo, vai chegar num ponto que talvez a gente comece a... Ser perverso... E assim, a gente como profissionais da psicologia, né, da saúde pública... A gente não pode ignorar que esses processos institucionais. A perversidade, a perversão... É uma produção. É o resultado de um processo perverso. Se você está submetido a uma dinâmica, a uma

psicodinâmica perversa, a chance de você desenvolver esquemas defensivos perversos é muito grande”.

João, psicólogo

Como demonstrado em diversas falas, os profissionais associam esta capacidade de cuidar tanto dos usuários quanto dos colegas e de si mesmos à questão afetiva. E interpretam a capacidade de se acolherem e se relacionarem afetivamente como um modo de se entrecuidarem. Quando percebem estes esquemas (que são os momentos de escuta e de compreensão mútua, de parceria no trabalho) “falharem”, aparece o medo de se tornar um grupo perverso, individualista, sem esta potente forma de lidar com o trabalho, dissolvendo-se enquanto grupo. A palavra ‘perverso’ aparece nesta fala como autodiagnóstico ou com o uma espécie de confissão velada que os profissionais estão enlouquecendo, que era uma fantasia que já havia sido enunciada. E também fala de uma ameaça velada da violência ou da indiferença tomar conta, sejam elas praticadas contra si mesmo ou contra o outro.

Paralelamente a esta questão do desapontamento com o resultado do próprio trabalho, uma das profissionais que estava de férias na ocasião da realização do grupo, mencionou um episódio em que, durante estas férias, foi a uma reunião de rede. No episódio mencionado, esta fala da satisfação em poder se debruçar sobre o caso de uma família sem interferências de outras demandas ou questões que normalmente atravessam as ações profissionais, não possibilitando uma atenção adequada que cada caso requer, pela complexidade das questões e respeito aos usuários. Isto parece se contrapor com o discurso do fracasso e da impotência. Como se houvesse uma potência que tivesse que ser resgatada, e a desorganização e o ambulatório são apontados como os responsáveis por esta descaracterização de serviço e enfraquecimento da capacidade de cuidar. Mas também não é visto como estarem cuidado de outras pessoas de outro jeito, ou não é visto como cuidado. Aqui há um importante analisador a se considerar: Porque o trabalho só funciona como deveria nas férias? Por que outras demandas e questões atravessam o fazer bem o trabalho, que seria este debruçar-se sobre um caso, ir às reuniões, efetivar as ações. Existem vários outros “trabalhos” concorrendo com o trabalho no CAPS, que seria aquele que faz mais sentido, considerando que a profissional revelou com satisfação o ocorrido.

Trabalhar com saúde mental é colocado como um ideal motivador para o enfrentamento das dificuldades do serviço. Em contraposição aparece o desejo de alguns profissionais em deixar a unidade (pedidos de transferência), em ocasião de um cansaço vivenciado pelos processos de trabalho. Produz-se uma idealização do que seria o trabalho em saúde mental, o CAPS, a reforma, e isso provoca e alimenta uma ambição de trabalhar com essa causa. Porém, chegando no equipamento as coisas não são exatamente como previsto e a consequência direta é a desmotivação.

“É por isso que eu sinto que é um ideal. Eu ‘tô’ aqui mesmo por um ideal. Por acreditar nisso que eu sempre sonhei, né, que de estar trabalhando com saúde mental, na cidade onde eu vivo, no meu território, e conhecer. E ter essa crítica mesmo, desse desmantelamento”.

Carlos, psicólogo

Apareceu de modo bastante acentuado nas falas dos profissionais o que poderia se chamar de discurso da falta e discurso de fracasso. Falta de várias ordens foram apontadas pelo grupo como indicativos de causas que prejudicam a oferta que julgam adequada de cuidado: falta de planejamento, falta de chefe, falta de profissionais, falta de articulação com a rede, falta de proximidade com a coordenação, falta de organização. Vale notar, entretanto, que de certo modo, aqui, essa falta é atribuída ao outro, ao externo, à gestão que deveria prover o equipamento de recursos tanto financeiros como humanos. Não há ainda o questionamento do que se pode fazer internamente, ao nível do coletivo.

“Eu acho que a gente sofre de uma falta de... (...) organização de trabalho, de planejamento. Isso é a coisa que eu mais sinto falta no CAPS, nesse serviço, é a organização de processos de trabalho”.

João, psicólogo

“Mas eu acho que ‘tá’ faltando... ‘Tá’ faltando muito técnico. A gente ‘tá’ trabalhando com uma equipe muito reduzida”.

Francisca, Assistente Social

E o discurso de fracasso parece estar associado a esta falta de planejamento, na medida em que os profissionais passam a ter consciência das suas escolhas cotidianas e modos de organização do serviço do qual são autores, constituindo contradições entre o que se espera e o que se faz, e a percepção (acompanhada de sofrimento) de que muitas vezes não se age de acordo com o que se preconiza como ideal.

“A gente tem essa potência, mas não cuida, João. Nós temos a potência ‘pra’ cuidar, mas a gente não consegue”.

Francisca, Assistente Social

No momento em que foram apresentados para os profissionais os dados levantados dos prontuários, houve certo espanto e efeito de o grupo entrar em contato com as próprias limitações e se ver diante das próprias fragilidades. Neste momento ao invés do discurso da falta, em que o foco está em algo externo que não se tem, pareceu que houve maior reconhecimento das questões internas (dos indivíduos e do serviço enquanto resultado do tom que os profissionais dão).

Por exemplo, as pessoas ficaram surpresas com o maior modo de entrada no serviço ser a demanda espontânea, e avaliaram que uma estratégia positiva seria a porta de entrada ser em sua maioria a atenção básica. E também ficaram surpresos sobre o alto percentual que é encaminhado para psicoterapia, ou mesmo que pouquíssimos são os casos em que o técnico agenda um retorno para a pessoa que veio para o primeiro atendimento. Num sentimento de não se está conseguindo fazer o que seria adequado, segundo a política de saúde mental atual.

“Tem coisas que a gente não faz, eu ‘tô’ vendo aqui... Retorno da triagem... Quantas vezes a gente já discutiu essa questão da triagem, que o ideal seria que ela não fosse feita num encontro só, ‘pra’ você levantar hipóteses, bolar um projeto terapêutico e encaminhar ‘pra’... né? Isso é uma loucura danada! Mas a gente... Isso me fez lembrar... A gente deixa de fazer coisas que a gente sabe que são necessárias, sempre justificando pela nossa falta de tempo, de... né? Porque a gente ‘tá’ tomado por outras coisas. Não tem agenda...”

João, psicólogo

Também ficaram surpresos com os dados dos primeiros encaminhamentos. O número de um quarto ser encaminhado para psicoterapia e este serviço não ser oferecido pela rede. Isto levou a discussão para a reflexão sobre que tipos de oferta de serviço se necessita no CAPS? Pois oferecer a psicoterapia seria manter os casos ditos leves, ou neuróticos, dentro do CAPS. E o grupo refletiu que é justamente isso que dificulta a atenção aos casos graves, dos psicóticos e neuróticos graves, para os quais o serviço foi criado. Na verdade, é uma lacuna. Todas estas pessoas encaminhadas à psicoterapia, a rede perde de vista, pois não existe nenhum tipo de monitoramento quanto a eles.

Ao verificar os dados de que apenas 10% foram inseridos em HD, ou outras atividades na primeira consulta, um dado importante é que todo o grupo concordou que certamente se tratavam de pacientes atendidos por um determinado médico. Isso reforça a característica da falta de uma diretriz, que resulta em um cuidado baseado em convicções particulares de cada profissional, reforçando a possibilidade de pessoalização das condutas, sem uma política clara de condutas preconizadas.

O grupo se queixa de uma forma de organização/desorganização do trabalho muitas vezes improvisada, sem normativas, sem diretrizes claras. Reflete que isso talvez seja um reflexo da urgência que houve em se mudar o modelo de atenção manicomial, mas queixa-se de que no decorrer dos anos não se estabeleceu uma organização que possibilitasse um modo de fazer e cuidar com mais clareza, direcionamento, coerência e diálogo das ações. Isso deságua em um sentimento de que o manicômio não existe mais, mas algumas de suas estratégias de gestão do cuidado ainda permanecem, mesmo no CAPS. Esta questão é apontada pelo grupo como uma especificidade local deste município, especialmente representativa pela importância que esta cidade teve na reforma psiquiátrica, e que acabou por não produzir novas mudanças a partir de então. Ou não conseguiu implementar na integralidade o projeto da Reforma; porque existem resistências internas, inclusive da parte dos próprios trabalhadores; o sistema, como vimos, é cheio de contradições, e sobreposições de maneiras de cuidar que respondem a paradigmas por vezes contraditórios mas que convivem no mesmo equipamento, cada qual respondendo a uma lógica e entrando em um circuito de demanda – oferta. Enquanto se tem notícia de que outros municípios avançaram na gestão da política pública municipal de saúde mental.

Do cuidado oferecido aos usuários, a discussão perpassa também pelo cuidado entre os próprios colegas e o autocuidado, como se as duas coisas não estivessem separadas, como se fizessem parte de um mesmo processo. Ou que uma fosse necessária à outra: a manutenção da sensibilidade, da compaixão, da capacidade de sacrificar o ponto de vista individual em função do ganho coletivo, e a troca afetiva superando a competição agressiva.

“(...) Essa semana que foi tão crítica... Eu acho que foi um dos piores momentos que eu tive profissionalmente... Assim, de enfrentar uma situação dessa, que eu nunca tinha enfrentado... E o quanto eu ‘tô’ sendo acolhido! Eu tenho esse suporte com vocês, né. Se não fossem vocês eu sinceramente já teria abandonado. Eu já teria abandonado, sim. Porque eu não preciso. Assim... Eu tenho o outro emprego lá, a gente tem uma outra estrutura... ‘Pra’ que se estressar? ‘Pra’ que adoecer?”

Carlos, psicólogo

“Eu acho que a gente acaba sim... É claro que na sombra a gente descuida mesmo, né. Fala, “Ai, quero, ‘tô’ a fim de se puder tirar uma falta lei”, e aí acaba ficando o colega mais... [atarefado] aqui, ou enfim, chegando atrasado... Enfim... Mas eu acho que a gente acaba cuidando mais uns dos outros porque a gente é um coletivo e individualmente a gente é gente muito boa...”

(...)

Então eu acho que a gente não descuida. Assim, eu já tive experiência de trabalhar com outros colegas que não tinham essa disponibilidade de se preocupar, de se ocupar com o outro. Eu acho que essas pessoas que estão aqui... Eu me sinto muito confiante... Eu me sinto... Não sinto assim... Sinto confiança de falar das minhas coisas, de ser acolhida, de ser respeitada.”

Ana, psicóloga

Ao falar da sombra, a profissional parece falar de momentos de descuido que estão ambigualmente relacionadas à relação entre os colegas, que é permeada pelo cansaço e pela sobrecarga, escondendo-se atrás da relação de cuidado criada para fortalecer o coletivo. Esse aspecto da sombra talvez esse seja o lado perverso que foi citado: para salvar a sua pele, ou para conforto pessoal, sacrificar o outro.

Acredito que o efeito da realização do grupo foi positivo, sendo que várias pessoas deram este retorno, inclusive agradecendo pelo encontro, por sentirem falta de espaços como este. Apesar de ter sido uma ferramenta, um dispositivo para produção de dados para esta pesquisa, foi uma oportunidade para falar de questões sobre as quais muitas vezes não se consegue falar no cotidiano, seja pela falta de tempo, seja pela falta de abertura. E este também é um objetivo do mestrado profissional e do formato de pesquisa adotado, que visa produzir efeitos no campo, no próprio processo de sua realização.

5. DISCUSSÃO

A produção dos dados tanto dos fluxogramas, por meio dos prontuários, como do grupo focal, permitiu visualizar um campo muitas vezes frágil de tensão entre o que se espera enquanto serviço de saúde mental, e o que se verifica na prática cotidiana dos profissionais. Estes tensionamentos refletem os movimentos dialéticos entre o instituinte e o instituído, que mudam de lugar nesse permanente campo de lutas e constantes transformações sobre o que se faz, a atenção que é prestada pelos profissionais da saúde mental dentro da rede.

O CAPS foi instituído em meio a um contexto de lutas, do qual a cidade de Santos foi protagonista, refletindo o instituinte na direção do rompimento com modelo anterior de tratar (aprisionar) a loucura. Contudo, o tempo todo o serviço se modifica, e a lógica de um modelo que não servia mais (manicomial) em alguns momentos retorna, e o que um dia foi movimento antimanicomial, retorna à estagnação, afinado com modelo centrado na atenção médica e na prescrição medicamentosa.

É o que vemos com a não priorização dos casos graves dentro do serviço, em detrimento do aumento do ambulatório e dos modos de operar frente às demandas do ambulatório e às demandas dos usuários em HD e internados ou acolhidos. E podemos dizer que esta não priorização da rede e da saúde pública no município, conforme foi descrito, com relação à informatização, e à política de matriciamento, por exemplo, que se traduz apenas em uma grande maré de encaminhamentos.

O CAPS Praia reflete hoje uma aproximação com o serviço idealizado na medida em que os usuários participam, de algum modo, de seu tratamento. Existem algumas conquistas, como, por exemplo, a assembléia, que é um espaço deliberativo que dá voz aos usuários. Este recurso ficou por muito tempo esquecido. E foi retomado durante a realização desta pesquisa, na ocasião da chegada da nova chefe. Este momento pode ser visto também como um analisador, pois promoveu mudanças e trouxe um novo ar para o CAPS, retomando alguns questionamentos e buscando reinventar alguns modos de fazer.

Isto trouxe para a equipe tanto um alívio por ter alguém que nos representasse, como também a necessidade de repensar o serviço que estamos concebendo. Encontrei nesta chegada uma ressonância do meu desejo inicial em fazer esta pesquisa, que seria a

necessidade de estranhar o familiar, e não me deixar acostumar a uma rotina que engessa um fazer que por si só deve ser tão dinâmico e plástico, considerando que cada usuário e cada profissional é único.

Pude observar, com este estudo, que apesar das aproximações com o serviço preconizado, há também certos distanciamentos, e que este CAPS ainda carrega algumas características manicomiais. Por exemplo, em alguns momentos, em alguns casos difíceis, que exigem maior atenção da equipe como um todo, ainda é levantada a hipótese da necessidade de internação em local fechado. Na própria semana da luta antimanicomial deste ano, houve um episódio de um paciente que a equipe entendia não dar conta no CAPS. Com a justificativa de que se trata de um lugar aberto, que ele poderia evadir, e que poderia ficar agressivo, e que à noite e na maioria dos finais de semana a equipe é composta por apenas dois ou três técnicos de enfermagem. Então deveria ser internado em local fechado para sua segurança e da equipe. É uma questão muito delicada, e cheia de tensionamentos. A mesma equipe que luta por direitos em alguns momentos parece lutar pelo contrário. Às vezes aparece a necessidade de lutar pelos próprios direitos e de se proteger. A insegurança, o medo de ser agredido, ainda que por muitas vezes exacerbado pela imaginação, é presente e bem vivo, gerando as mesmas consequências que se fosse verdadeiro. É um movimento inconsciente, e que carrega todos os paradigmas e as forças da relação de poder entre os profissionais e usuários, assim como entre a gestão e os profissionais.

Com relação às ofertas, é preciso entender que o que existe hoje e que constitui este CAPS em particular, além de uma oferta do serviço, se trata da oferta de atendimento do município para as pessoas com sofrimento mental num determinado território. E isto reflete em certa medida o modo como nossa sociedade entende e lida hoje com a saúde mental. Este não investimento parece traduzir um sentimento de negação do sofrimento mental e seus efeitos, ao mesmo tempo em que o aumento da procura por atendimento em psiquiatria cresce, refletindo uma medicalização (e muitas vezes medicamentação) da vida.

As principais tensões entre o que se preconiza na política de saúde mental atual e a sua execução real, cotidiana, em um determinado serviço estão relacionadas tanto à precarização, à falta do investimento público, assim como aos paradigmas que envolvem o sofrimento mental. Estes diferentes paradigmas muitas vezes são contrários entre si. De um lado está a institucionalização da loucura, e de outro o protagonismo do sujeito em sofrimento, em

relação ao seu tratamento. Contudo, neste contexto, esbarra na realidade de um serviço inflado pelo atendimento ambulatorial, que reflete a medicalização da vida, que traz diferentes modos de sofrimento que fazem parte da vida necessitarem de atendimento em saúde mental, especialmente psiquiátrico, em razão da medicamentação do sofrimento.

Hoje vivemos um contexto em que existe toda uma legislação regulamentada sobre como deve ser a atenção à saúde mental. Isso por si só representa uma vitória com relação a um tempo em que o paradigma com relação à loucura era o da segregação, da exclusão. Contudo, ainda hoje no CAPS percebemos vestígios desta época, e que devem ser vencidos cotidianamente, que entram em tensão cotidianamente com a ideologia da reforma e do direito dos usuários em saúde mental. E, de certo modo, o próprio equipamento já é um analisador de que a socialização existente é parcial, pois ela fica limitada a esse circuito, que se restringe à permanência no CAPS e às consultas médicas regulares. Embora se tenha descrito na política uma atenção em rede, em que o usuário seja o protagonista de seu cuidado, que deveria para além do equipamento CAPS e tratamento, com ênfase na autonomia e emancipação, o que se percebe ainda muitas vezes é que este modelo ainda tem muitas fragilidades a serem superadas ou tratadas.

Mesmo na atenção aos casos graves, cuja oferta muitas vezes é o HD, ou então a internação em situações de crise, a atenção gira em torno do equipamento, e das ofertas que o serviço dispõe, e não do usuário. Se o usuário “é colocado para dentro” e começa a frequentar o circuito interno, ele permanece nesse circuito. Não há contato com o resto da rede, com outros equipamentos, nem mesmo com as famílias (a não ser em situações muito pontuais, e na maioria das vezes na crise). Ou seja, a rede é mais um circuito de encaminhamentos do que um fluxograma mais circular onde o usuário fosse e voltasse, transitasse por vários equipamentos assim como ele transitaria pelas vias da cidade e por suas instituições, de forma que essa rede sustentasse uma atividade mais autônoma. Sem essa solidariedade e partilha do cuidado, fica pesado para o profissional que toma a responsabilidade, seja ele técnico ou médico. Ainda que hoje se preconize a liberdade do sujeito em sofrimento psíquico, esta liberdade ainda é muito questionável, demonstrando que ainda necessitamos romper com o paradigma da institucionalização.

É importante observar também o quão significativo é a separação física entre as atividades do HD e do ambulatório, que se dá por uma porta. Esta porta representa uma

necessidade uma separação na lógica de funcionamento, dividindo um mesmo espaço físico. É uma ilusão de ser um mesmo serviço, mas são dois diferentes. Quando a Portaria 336 descreveu o CAPS como “*serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas*” (BRASIL, 2002), certamente fazia uma contraposição ao modelo hospitalar, vigente anteriormente. Mas acabou por refletir em um modelo fragmentado e que mantém frágil a desinstitucionalização, que de certa maneira guarda vestígios dos modelos e dos protocolos de práticas anteriormente usados e que hoje continuam a ser hegemônico nos tratamentos de saúde em geral. A atenção em saúde mental, apesar de suas especificidades, é pensada a partir de um modelo validado (ainda que criticado) pelas ciências do corpo físico.

Podemos dizer que no CAPS Praia funciona uma espécie de enfermaria de hospital acoplada a um ambulatório de saúde mental, uma farmácia e uma unidade de terapia ocupacional. Tudo se passa como se ele trouxesse em si os modelos superpostos trabalhando paralelamente e de maneira integrada, pois compartilham as portas de entrada e saída do serviço, inclusive essa que divide os dois territórios. De um lado, o modelo hospitalocêntrico, médico-centrado, fundado no diagnóstico e no controle da doença por administração de medicamentos, vem funcionando regularmente. De outro, modelo da reforma antimanicomial, centrado na atenção interdisciplinar, e fundado na aposta da sustentação da autonomia do sujeito, por terapias leves, baseadas na escuta, contato e presença.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi um recorte, um olhar de dentro, em um momento muito peculiar. E que, com suas peculiaridades, foi construindo e reconstruindo o CAPS dentro da história do município, do serviço, e também da minha história. Foi visto que a história da saúde mental, a história da loucura e da Reforma Psiquiátrica, são a todo momento construídas, desconstruídas, reconstruídas.

Este estudo em nenhum momento se propôs a encontrar respostas para as diversas questões levantadas. Apresento detalhes e reflexões realizadas a partir de uma experiência vivida sob a luz da observação participante e da busca de uma compreensão a partir de exercício reflexivo, resguardado o senso crítico e validado pela análise da implicação. Deixo abertas uma série de questionamentos, que servem mais para problematizar e possibilitar reflexões do que para buscar respostas sobre a nossa construção diária do CAPS. Digo nossa porque me coloco neste meio. Ainda que na função administrativa, faço parte desse processo que é a atenção em saúde mental.

Os movimentos manicomiais e antimanicomiais estão ativos mesmo dentro do CAPS, pulsantes, e chegam a ser contraditórios. Mas essa é a complexidade que compõe a instituição saúde mental. E é com ela, em meio a todos esses enlaces, que se constrói a atenção no CAPS a cada dia. Esta pesquisa demonstrou o quanto este equipamento é vivo, é criado e recriado diariamente, na rotina, no inusitado, na dificuldade. Com as construções e desconstruções no campo da saúde mental, e as potências dos encontros entre usuários e profissionais, e destes entre si. Instituído e instituinte se sucedem em um fluxo que acompanha movimentos pessoais, coletivos, sociais e históricos de maneira muito dinâmica. É um equipamento que acompanha o sucateamento do serviço público e forças contrárias à sua efetivação, mas que apresenta, ao mesmo tempo, possibilidades de reinvenção, em meio às adversidades.

O tempo todo o serviço muda. Hoje o serviço tem uma nova chefe, muitos profissionais saíram, e outros entraram. O serviço voltou a receber profissionais da residência em saúde mental (psicóloga e terapeuta ocupacional), que trazem novos tensionamentos, questionamentos, e possibilidades de fazer o serviço. O matriciamento tem sido um foco dessas novas ações conjuntas.

A primeira pessoa que me ensinou isso foi uma das trabalhadoras mais antigas neste CAPS, que trabalha há 25 anos no administrativo, a maior parte deles na recepção, porta de entrada do CAPS. Ela me disse, logo que cheguei para começar a trabalhar lá: *“As pessoas me perguntam como eu consigo trabalhar no mesmo lugar há tanto tempo. Eu respondo: não é o mesmo lugar. As pessoas mudam, o trabalho muda, os problemas mudam, o serviço muda”*.

E, certamente, se a pesquisa fosse realizada hoje, seria um equipamento diferente que se apresentaria. Este recorte foi um olhar possível, naquele momento, do meu lugar, que é um. E se a pesquisa fosse começar hoje também seria diferente, pois eu também estou diferente depois desse processo que foi intenso e importante.

Considerando a própria natureza da pesquisa, desde o início de sua construção, trouxe afetações e reflexos no modo de compor o serviço, seja nas conversas informais, seja no momento da realização do grupo focal e depois dele, nos ecos deixados, que foram conversados nos dias seguintes. Contudo, ainda que todo este percurso da pesquisa tenha sido compartilhado com a equipe, considero que este caminhar se constituiu principalmente em um processo de educação permanente autodirigido, que deixou em mim muitas marcas, buscas por estranhamentos, desconfortos e inquietações. E que me mobilizou a produzir essas observações participantes, essa proposta e esse texto.

E, por isso, escolhi construir um produto final que pudesse compilar, apresentar e transmitir para outros profissionais algumas das experiências que foram realizadas pela equipe durante este período de experimentação acompanhada, tão ricas elas foram em combinações e possibilidades. Assim como trazer algumas das reflexões produzidas pelos colegas durante o grupo focal, de modo a propiciar o compartilhamento e expansão destes efeitos tão positivos e ricos, para os profissionais do CAPS, e que pode ser utilizado por outros profissionais, de outros CAPS, como gratidão e resposta à intenção deste trabalho. Muitas vezes são frágeis os mecanismos de pactuação e repactuação dos fluxos internos tendo como base os preceitos da Reforma Psiquiátrica e este produto teve a intenção de buscar problematizar e produzir reflexões sobre a própria prática na efetivação de um CAPS, com todas as singularidades que vão para além da prescrição na política pública, que também contém sua dinamicidade, especialmente neste contexto da saúde mental.

Penso também que, em razão do ingresso nos serviços de saúde municipal ser realizado por meio de concurso público, geralmente abrangente a toda a prefeitura, muitos profissionais ingressam no trabalho em saúde mental sem vontade ou conhecimento prévio desta área. Diante disso, pensei em elaborar um produto técnico que reunisse materiais que foram produzidos durante essa pesquisa: tanto por mim, no momento da sistematização dos dados sobre oferta e demanda dos prontuários, dos encaminhamentos, tanto coletivamente nas trocas com pares ou no grupo focal, tanto podem servir para problematizar situações e disparar discussões em reuniões e rodas de conversa, como para servir de guia na aproximação com as idéias e a história que envolvem saúde mental e o CAPS. Pretendo assim possibilitar o reconhecimento deste importante campo de atuação, que para muitos é desconhecido, ou não reconhecido, e problematizar o que muitas vezes parece natural, para aqueles que nele estão inseridos, mas não é.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para a atendimento ambulatorial e hospitalar na assistência à saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 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**, seção 1. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde, 2002. **Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002**. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde, 2011. **Portaria n. 3088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 16 out 2015.

_____. Ministério da Saúde, 2011. **Decreto 7508**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 466** de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>

&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 03 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.

CECÍLIO, L. C.; LACAZ, F. A. **O trabalho em saúde**. Coleção Cidadania Para a Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

CESCON, L. F. **Cuidado, frágil: aproximações e distanciamentos de trabalhadores de um CAPS na atenção ao suicídio**. 209 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde), Universidade Federal de São Paulo, 2015.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. (2008). Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In A. R. R. Geisler, A. L. Abrahão & C. M. B. Coimbra (Orgs.). **Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde** (pp. 143-153). Niterói, RJ: EdUFF.

DELGADO, P. G. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; PÔRTO, K.; HOFFMAN, M. C. C. L.; MARTINS, R.; GRIGOLO, T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In MELLO, M. F.; MELLO, A.A.F., KOHN, R (organizadores). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DOBIES, Daniel Vannucci; L'ABBATE, Solange. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v 40, n. 110, p. 120-133, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300120&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611009>.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-676, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2015. Epub Sep 23, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>.

FORTUNA, Cinira Magali et al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00117615, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000904001&lng=en&nrm=iso>. access on 26 June 2017. Epub Sep 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, São Paulo: 2010.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 07 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>.

GONZAGA, Neuza; NAKAMURA, Eunice. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 232-243, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100232&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100018>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 abr 2016.

KINOSHITA, R. T. A experiência do SUS em Santos. In CAMPOS, F. C. B. e HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré à beira-mar – A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Editora Página Aberta, 1996.

LANCMAN, S. (org). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Ed. Paralelo 15. Brasília, 2009.

LONDERO, S. **Re-inventando o acolhimento em um serviço de saúde mental**. 84 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

LOPES, B. E. M. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas: Resenha. **Revista Educação e Políticas em Debate** – v. 3, n.2 – ago./dez. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

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

MONCEAU, Gilles. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006, p. 69-112.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 fev. 2017

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; FONSECA, M. L. G. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-76.

SILVA, M. T.; SALOMÃO, S.; ALONSO C.M.C.; SILVA, T., MATSUBARA, S.; FREITAS, E.T., GOMES, C. E. S.; CIPULO, G. H. G., Transformação do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho. In Lancman, S. (org). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2009.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman; 2001.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

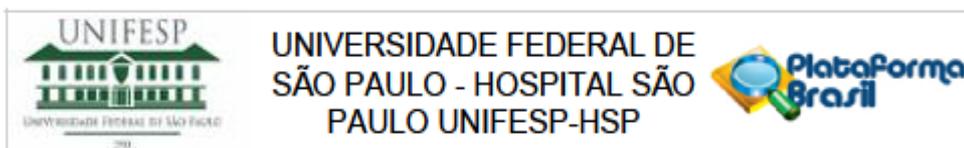
Santos, 27 de abril de 2016.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Natália Camargo Angel, realize a pesquisa **“O Cuidado no CAPS: Um olhar sobre as possibilidades da oferta e da demanda produzidas e um serviço de Saúde Mental”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Everton Lopes Rodrigues
Coordenador
COFORM-SMS

Everton Lopes Rodrigues
COFORM-SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado no CAPS: um olhar sobre as possibilidades de oferta e demanda produzidas em um serviço de saúde mental

Pesquisador: Natalia Camargo Angel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56318516.9.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.641.785

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas de pendências.

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 1.626.873

DADOS DO PARECER

CEP:889/2016

Partimos do pressuposto de que a atenção à saúde mental sofre uma fragmentação nas diferentes formas de cuidado oferecidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido ao modo como o serviço é concebido e viabilizado pela gestão pública e pela forma como ele é efetivado na prática cotidiana dos profissionais. Entendemos que os processos de trabalho sofrem interferência das ações políticas, uma vez que, em consonância com a perspectiva de Barembliitt (1992), as instituições vão para além da organização formal e prescrita. As prerrogativas deste serviço e a forma como este tem sido organizado exercem influências no processo de trabalho e conseqüentemente no processo de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Neste sentido, inferimos que esta instituição é constituída por um emaranhado de forças refletidas nas ações produzidas pelos profissionais. Para buscar uma

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunitesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.641.785

compreensão do modo como este serviço está exercendo o papel ao qual se propõe, pretendemos refletir sobre o cenário atual das políticas públicas voltadas a garantir os direitos da pessoa em sofrimento psíquico, analisando os processos de trabalho que lhe dão vida levando em conta as questões que não tem a ver (diretamente ou limitadamente) com o cuidado, mas que o tangenciam. De modo geral, tem-se como objetivo analisar o cuidado em saúde mental a partir da compreensão dos fluxos e processos de trabalho (que se caracterizam pela oferta e demanda) à luz de possíveis tensões existentes entre as prescrições das políticas públicas e a efetivação do

trabalho de cuidado em saúde mental dentro da realidade local de um CAPS III, inserido em um município do litoral paulista. Tratar-se-á de pesquisa qualitativa e exploratória, utilizando-se a metodologia de estudo de caso. Para a coleta de dados pretende-se

realizar pesquisa documental aos prontuários e grupos focais com os profissionais. Os dados da pesquisa documental serão submetidos ao fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde?, e o material do grupo focal será analisado a partir da Análise do Discurso.

Objetivo da Pesquisa:

descrito no parecer inicial

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

descrito no parecer inicial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado à submissão do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, pelo Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Orientadora: Profª Dra. Laura Camara Lima Tratar-se-á de pesquisa exploratória e qualitativa, considerando a natureza do problema e do objeto de estudo, além da abordagem teórica a ser seguida (MINAYO, 2004).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

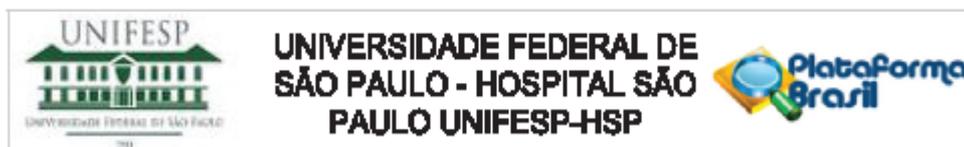
Trata-se da apresentação de respostas de pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências apontadas: TCLE: deve informar quantos serão os encontros do grupo focal e quanto tempo dura cada encontro.

"O grupo focal, que ocorrerá em um encontro com 90 minutos de duração, será gravado e transcrito integralmente. Caso se identifique a necessidade de maior exploração do conteúdo

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepurifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.641.785

trazido pelos participantes da pesquisa, será agendado mais um encontro com o mesmo tempo de duração.”

pendencia atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_713044.pdf	10/07/2016 16:02:33		Aceito
Outros	Carta_Resposta.doc	10/07/2016 16:01:52	Natalia Camargo Angel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Com_Novo_TCLE.doc	10/07/2016 16:00:10	Natalia Camargo Angel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Retificado.doc	10/07/2016 15:59:27	Natalia Camargo Angel	Aceito
Outros	ParecerCOFORM.pdf	16/05/2016 18:50:20	Natalia Camargo Angel	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	16/05/2016 18:34:34	Natalia Camargo Angel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.641.785

SAO PAULO, 19 de Julho de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaris.cepunifesp@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pelos caminhos do CAPS: um olhar sobre a oferta e a demanda produzidas em um serviço de saúde mental

Pesquisador: Natalia Camargo Angel

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56318516.9.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.180.741

Apresentação do Projeto:

EMENDA AO PROTOCOLO ORIGINAL (A emenda está sendo enviada para alteração do título.)

CEP:669/2016

Partimos do pressuposto de que a atenção à saúde mental sofre uma fragmentação nas diferentes formas de cuidado oferecidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido ao modo como o serviço é concebido e viabilizado pela gestão pública e pela forma como ele é efetivado na prática cotidiana dos profissionais. Entendemos que os processos de trabalho sofrem interferência das ações políticas, uma vez que, em consonância com a perspectiva de Barembliitt (1992), as instituições vão para além da organização formal e prescrita. As prerrogativas deste serviço e a forma como este tem sido organizado exercem influências no processo de trabalho e conseqüentemente no processo de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Neste sentido, inferimos que esta instituição é constituída por um emaranhado de forças refletidas nas ações produzidas pelos profissionais. Para buscar uma compreensão do modo como este serviço está exercendo o papel ao qual se propõe, pretendemos refletir sobre o cenário atual das políticas públicas voltadas a garantir os direitos da pessoa em sofrimento psíquico, analisando os processos de trabalho que lhe dão vida levando em conta as questões que não tem a ver

Endereço: Rua Boluatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.180.741

(diretamente ou limitadamente) com o cuidado, mas que o tangenciam. De modo geral, tem-se como objetivo analisar o cuidado em saúde mental a partir da compreensão dos fluxos e processos de trabalho (que se caracterizam pela oferta e demanda) à luz de possíveis tensões existentes entre as prescrições das políticas públicas e a efetivação do trabalho de cuidado em saúde mental dentro da realidade local de um CAPS III, inserido em um município do litoral paulista. Tratar-se-á de pesquisa qualitativa e exploratória, utilizando-se a metodologia de estudo de caso. Para a coleta de dados pretende-se realizar pesquisa documental aos prontuários e grupos focais com os profissionais. Os dados da pesquisa documental serão submetidos ao "fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde", e o material do grupo focal será analisado a partir da Análise do Discurso.

Objetivo da Pesquisa:

descrito no parecer inicial

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

descrito no parecer inicial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de EMENDA ao protocolo original.

Justificativa da Emenda:

Informo que após a realização da banca de qualificação, foi acatada sugestão de alteração do Título, em razão de estar mais coerente com a proposta do trabalho, já que não são tratadas na pesquisa as "possibilidades" de oferta e demanda, como estava o título anteriormente, e sim a oferta e a demanda reais. O novo título é "Pelos caminhos do CAPS: um olhar sobre a oferta e a demanda produzidas em um serviço de saúde mental".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda apresentada adequadamente

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda aprovada (alteração do título da pesquisa)

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer acatado

Endereço: Rua Bolucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cep@unifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.180.741

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_959649 E1.pdf	10/07/2017 11:09:31		Aceito
Outros	Carta_Resposta.doc	10/07/2016 16:01:52	Natalia Camargo Angel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Com_Novo_TCLE.doc	10/07/2016 16:00:10	Natalia Camargo Angel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Reficado.doc	10/07/2016 15:59:27	Natalia Camargo Angel	Aceito
Outros	ParecerCOFORM.pdf	16/05/2016 18:50:20	Natalia Camargo Angel	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	16/05/2016 18:34:34	Natalia Camargo Angel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Julho de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

Apêndice I

Termo de Autorização para Coleta de Dados

Ilmo. Sr (a)
Chefe do CAPS Praia

Eu, Natalia Camargo Angel, inscrita no Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde – Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob a orientação da Prof^a Dr^a Laura Câmara Lima, venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de realizar a pesquisa intitulada “Pelos caminhos do CAPS: Um olhar sobre a oferta e a demanda produzidas em um serviço de saúde mental”, que tem como objetivo analisar o cuidado oferecido em um CAPS III, a partir da compreensão dos fluxos e processos de trabalho à luz das políticas públicas e da realidade local. Pretende-se realizar pesquisa documental dos prontuários, na qual serão investigados os seguintes dados: sexo, idade, data de início de tratamento, demanda principal da ficha de triagem, origem do usuário (se espontânea ou por meio de encaminhamentos de outros serviços), hipótese diagnóstica, qual o primeiro encaminhamento dado após a triagem e as ações realizadas no cuidado (atividades, encaminhamentos, etc.). Os dados serão utilizados para a construção de um fluxograma que permitirá a identificação do caminho percorrido pelos usuários no serviço. Assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para esta instituição.

Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Natalia Camargo Angel – Pesquisador Principal

Coordenação do Programa de Mestrado Ensino em
Ciências da Saúde – Modalidade Profissional da
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Apêndice II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Pelos caminhos do CAPS: Um olhar sobre a oferta e a demanda produzidas em um serviço de saúde mental”.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa analisar o cuidado em saúde mental a partir da compreensão dos fluxos e processos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Santos. O grupo focal, que ocorrerá em um encontro com 90 minutos de duração, será gravado e transcrito integralmente. Caso se identifique a necessidade de maior exploração do conteúdo trazido pelos participantes da pesquisa, será agendado mais um encontro com o mesmo tempo de duração. Espera-se como benefício fomentar a reflexão sobre o cuidado à saúde mental e sobre as influências institucionais nas ações de cuidado, a partir da melhor compreensão sobre as atuais formas de oferta e demanda atendidas no CAPS, favorecendo a qualificação do serviço, gerando benefícios aos usuários e profissionais.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Natalia Camargo Angel, que pode ser encontrado no telefone (13) 99119-4040.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

É garantida sua plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

O(a) Sr(a). tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo.

O(a) Sr(a). não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, o(a) Sr(a). não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

A qualquer momento, se for de seu interesse, o(a) Sr(a). poderá ter acesso a todas as informações obtidas a respeito de sua participação ou a respeito dos resultados gerais do

estudo. Quando o estudo for finalizado, o(a) Sr(a). será informado(a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o(a) Sr(a). e a outra conosco.

Acredito ter sido suficientemente informado sobre a pesquisa “Pelos caminhos do CAPS: Um olhar sobre a oferta e a demanda produzidas em um serviço de saúde mental”. Eu discuti com Natalia Camargo Angel sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Nome do pesquisador principal

Assinatura