

SIDNEI TEIXEIRA JUNIOR

TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS COM TRANSTORNOS
PSÍQUICOS NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientador: Agnes Olschowsky

PORTO ALEGRE
2010

T266t Teixeira Junior, Sidnei

Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre – [manuscrito] / Sidnei Teixeira Junior; orient. Agnes Olschowsky. – Porto Alegre, 2010.

131 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

Orientação: Agnes Olschowsky

Inclui resumos em: português, espanhol e inglês.

1. Saúde mental 2. Serviços de saúde 3. Reforma psiquiátrica I. Olschowsky, Agnes II. Título

NLM WM105

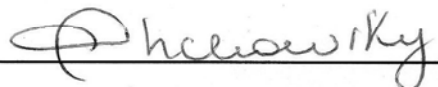
SIDNEI TEIXEIRA JÚNIOR

Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de novembro de 2010.

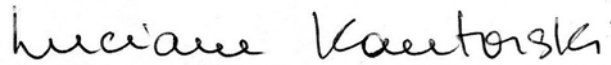
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca

UFPEL



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

EENF/UFRGS

Dedico este trabalho a minha família nuclear e ampliada por todo o apoio concedido e que tornou possível o delineamento das cartografias de mais esse caminho percorrido.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a minha família, nuclear e ampliada, que sempre estiveram presentes, mesmo nos momentos em que me encontrava sozinho, e que através dos ensinamentos e motivações investidos em mim, tornaram possível a realização de mais essa etapa.

A Gimene, minha fiel escudeira, companheira de batalhas, que partilhou comigo mais este desafio. O teu apoio, incentivo, carinho e compreensão fazem dos momentos difíceis, matéria-prima para que eu continue crescendo. Que possamos enfrentar muitas outras cruzadas juntos.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Agnes Olschowsky pela confiança e paciência investidos em mim. Por ter compartilhado o seu conhecimento fornecendo valiosas contribuições para a minha formação e elaboração deste trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora Dr^a Christine Wetzel, Dr^a Luciane Prado Kantorski e Dr Leandro Barbosa de Pinho que aceitaram a tarefa e disponibilizaram tempo e dedicação para contribuir com o enriquecimento deste trabalho.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde mental (GEPESM/UFRGS) e do Grupo Enfermagem Saúde Mental e Saúde Coletiva (UFPel) pelas discussões tecidas em nossos encontros e também pela oportunidade da minha participação nas pesquisas Mental-ESF, Redesul, Capsul, momentos de constantes trocas que me proporcionaram um valioso crescimento acadêmico e pessoal.

Aos graduandos das turmas ATEnf 2010/2 e ATEnf 2011/1 com quem convivi durante o meu Estágio de Docência na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II. Obrigado pelas conversas, risadas e momentos de estudo que me valeram de grande aprendizagem.

A Equipe da ESF-Pitoresca, CLS-Pitoresca, CTG Farrapos, Escola Marina Souza e toda a comunidade do bairro Jardim Bento Gonçalves, que me acolheram com muito carinho em minhas atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas naquele território.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial, ao corpo docente pelo aprendizado compartilhado.

Aos Funcionários da Escola de Enfermagem que sempre estiveram à disposição para ajudar nos momentos em que precisei.

A CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

VOZES

(Humberto Gessinger)

Se você ouvisse as vozes que ouço à noite

Acharia tudo que eu faço natural

Se você sentisse o medo que eu sinto do escuro

Se você soubesse o mal que o sol me faz

Não me pediria pra repetir revoltas banais das quais eu já me esqueci

Se você ouvisse as vozes que ouço à noite

Às vezes me assustam outras vezes me atraem

Se você sofresse tanto quanto eu sofro com a solidão

Se você soubesse o quanto eu preciso da solidão

Não me pediria pra repetir frases banais das quais já me arrependi

Duas pessoas são duas verdades e, na verdade, são dois mundos

A cada segundo, o pânico aumenta e uma sombra arrebenta a porta dos fundos

Se você sofresse tanto quanto eu sofro com a solidão

E precisasse tanto quanto eu preciso da solidão

Não me pediria pra repetir gestos banais iguais aos que eu não fiz

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica propõe um direcionamento para atenção em saúde mental no território, na qual os serviços de saúde devem estar organizados em rede. Essa rede de serviços composta de vários dispositivos integrados, capazes de absorver as diferentes demandas, com uma variada oferta de ações, deve ampliar os trajetos dos usuários na busca do seu cuidado. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a rede de serviços tecida a partir das trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos de uma Estratégia Saúde da Família do Município de Porto Alegre. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, exploratório e descritivo. Os sujeitos foram 5 usuários de uma Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2009. Foi utilizada a técnica de história de vida focal associada às entrevistas em profundidade. A análise utilizou as etapas de ordenação, classificação e análise final, emergindo 2 categorias: Trajetórias Assistenciais dos Usuários e Rede de Atenção em Saúde Mental. Considera-se o movimento da Reforma Psiquiátrica um importante marco para o desenvolvimento de políticas que possibilitaram a saída do manicômio como único trajeto assistencial às pessoas com transtornos psíquicos, evidenciado pela utilização de serviços como: Ambulatórios especializados, Centros de Atenção Psicossocial, Emergência Psiquiátrica, Hospitais psiquiátricos, Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, Oficinas de Geração de Renda e Estratégia Saúde da Família. Contudo, os usuários circulam em uma rede de serviços incipiente, pouco articulada, que reflete diretamente no acesso/acessibilidade aos serviços, fixando-os em determinados pontos, cristalizando a construção de trajetos assistenciais mais dinâmicos. Há pouca flexibilidade nos fluxos instituídos, impedindo que todos os pontos da rede possam ser potenciais portas de entrada. Para a consolidação de uma rede de serviços de saúde mental é necessário aprofundar a co-reponsabilização entre os recursos do Estado, do território, dos cidadãos, desenhando novas cartografias comprometidas com o agenciamento de trajetos assistenciais mais resolutivos.

Descritores: Saúde Mental, Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Mental. Rede de Cuidados Continuados de Saúde,

ABSTRACT

The Psychiatric Reform proposes a direction for mental health care in the territory in which health services should be organized in a network. This service network composed of several integrated devices, capable of absorbing the different demands, with a varied offering of actions, should broaden the paths of users in their search of care. This research aims to analyze the service network woven from the trajectories of assistance of the users with mental disorders of the Family Health Strategy of the municipal district of Porto Alegre. This is a case study, qualitative, exploratory and descriptive. The subjects were five users of a Family Health Strategy. Data were collected during November and December 2009. The technique of life focal history was used in association with interviews in depth. The analysis used the steps of ordering, classification and final analysis, emerging two categories: Trajectories of Assistance of the Users and Care Network in Mental Health. We consider of the Psychiatric Reform movement an important landmark for the development of policies that enabled the exit of the asylum as the only path of assistance for people with mental disorders, as evidenced by the use of services such as: specialist ambulatory, Psychosocial Care Centers, Psychiatric Emergency, Psychiatric Hospitals, Psychiatric Units in General Hospitals, Workshops of Income Generation and Family Health Strategy. However, users move in an incipient services network, with little articulation, that is directly reflected in the access / accessibility to services, setting them at certain points, crystallizing the construction of path of assistance more dynamic. There is little flexibility in the pattern established by preventing all points of the network could be potential entry points. To the consolidation of services mental health network is necessary to deepen the division of responsibilities between the resources of the state, territory, citizens, designing new cartographies committed with the negotiation of paths of assistance more resolute.

Descriptors: Mental Health, Health Services, Mental Health Services, Network of Continued Care of Health.

RESUMEN

La Reforma Psiquiátrica propone un direccionamiento para la atención en salud mental en el territorio, en el que los servicios de salud deben organizarse en una red. Esta red de servicios compuesta por varios dispositivos integrados, capaces de absorber las diferentes demandas, con una variada oferta de acciones, debe ampliar las rutas de acceso de los usuarios en la búsqueda del cuidado. Esta investigación tiene como objetivo analizar la red de servicios tejida a partir de las trayectorias asistenciales de los usuarios con trastornos mentales de una Estrategia Salud de la Familia del Municipio de Porto Alegre. Se trata de un estudio de caso, cualitativo, exploratorio y descriptivo. Los sujetos fueron cinco usuarios de una Estrategia Salud de la Familia. Los datos fueron recogidos durante noviembre y diciembre de 2009. Fue utilizada la técnica de historia de vida focal asociada con las entrevistas en profundidad. El análisis utilizó los pasos de selección, clasificación y análisis final, emergiendo dos categorías: Trayectorias Asistenciales de los Usuarios y Red de Atención en Salud Mental. Considerase el movimiento de la Reforma Psiquiátrica un hito importante para el desarrollo de las políticas que permitieron la salida del asilo como el único trayecto asistencial a personas con trastornos mentales, como lo demuestra el uso de servicios tales como ambulatorios de especialistas, Centros de Atención Psicosocial, Emergencias Psiquiátricas, Hospitales Psiquiátricos, Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales, Talleres de Generación de Renta y la Estrategia Salud de la Familia. Sin embargo, los usuarios se mueven en una incipiente red de servicios, poco articulada, que se refleja directamente en el acceso / accesibilidad a los servicios, poniéndolos en ciertos puntos, cristalizando la construcción de trayectos asistenciales más dinámicos. Hay poca flexibilidad en el flujo establecido, impidiendo que todos los puntos de la red puedan ser posibles puertas de entrada. Para la consolidación de una red de servicios de salud mental es necesario profundizar la división de las responsabilidades entre los recursos del Estado, del territorio, de los ciudadanos, diseñando nuevas cartografías comprometidas con la negociación de trayectos asistenciales más resolutivos.

Descriptor: Salud Mental, Servicios de Salud, Servicios de Salud Mental, Red de Cuidados Continuados en Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS

FEn	Faculdade de Enfermagem
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
DAAN	Diretório Acadêmico Anna Nery
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
ESF	Estratégia Saúde da Família
CAPSUL	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
MENTAL-ESF	Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social
AIS	Ações Integradas em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança
CNS	Conferência Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
SSCF	Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
COMPESQ	Comissão em Pesquisa
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
CMS	Conselho Municipal de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Rede de Atenção em Saúde Mental	36
Figura 2	Bairro Partenon	50
Figura 3	Território de Abrangência ESF-Pitoresca	51
Quadro 1	Ordem entrevistas usuários e informantes-chave	55
Figura 4	Legenda empregada nas trajetórias assistenciais	57
Figura 5	Trajetória Assistencial U1	64
Figura 6	Trajetória Assistencial U2	68
Figura 7	Trajetória Assistencial U3	72
Figura 8	Trajetória Assistencial U4	77
Figura 9	Trajetória Assistencial U5	81
Quadro 2	Farmácias Distritais	115

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Objetivos	20
3	Redes de Saúde e Trajetórias Assistenciais: do manicômio ao território	21
4	Metodologia	48
4.1	Caracterização do Estudo	48
4.2	Local do Estudo	49
4.3	Sujeitos do Estudo	52
4.4	Princípios Éticos	53
4.5	Coleta de Dados	53
4.6	Análise	56
5	Resultados e Discussão	57
5.1	Apresentando as Trajetórias Assistenciais dos Usuários	57
5.1.1	Apresentando U1	58
5.1.2	Apresentando U2	65
5.1.3	Apresentando U3	69
5.1.4	Apresentando U4	73
5.1.5	Apresentando U5	78
5.2	Trajetórias Assistenciais: caminhos percorridos na rede de atenção em saúde mental	82
5.2.1	Hospitalização Psiquiátrica: um caminho necessário?	83
5.2.2	Ambulatórios de Saúde Mental: caminhos e descaminhos	90
5.2.3	Estratégia Saúde da Família: novas conexões na atenção em saúde mental no território	98
5.2.4	Centros de Atenção Psicossocial: porta de entrada e articulação?	106
5.2.5	Oficina de Geração de Renda: um trajeto de autonomia e cidadania	110
5.2.6	Acesso a Medicação: um trajeto	113
6	Considerações Finais	118
7	Referencias	122
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	Apêndice B – Roteiro Entrevista em Profundidade	
	Apêndice C – Carta de Aprovação Comitê de Ética	

1 Introdução

Falar em trajetórias nos remete a pensar em caminhos, cartografias, construções, andares. Quando olhamos para trás e relembramos nossas histórias, trazemos à tona os momentos de nossa vivência passada, os encontros realizados, os circuitos conformados, os mapas tecidos.

Para descrever o interesse na realização deste estudo, torna-se imprescindível lembrar de alguns momentos dos meus caminhos percorridos durante a graduação em enfermagem.

No ano de 2003, ao ingressar na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, aproximei-me do Diretório Acadêmico Anna Nery (DAAN) devido à vontade de me inserir nas discussões que permeavam, tanto o meio acadêmico, quanto o universo dos movimentos sociais. Tentava que essa participação pudesse ser revertida em ações capazes de refletir em melhorias de cunho social para a comunidade.

Nesse período, promovendo e participando de debates sobre as políticas de saúde junto a grupos do movimento estudantil, entrei em contato com o movimento intitulado “antimanicomial”.

O movimento antimanicomial brasileiro aconteceu concomitante à Reforma Sanitária, tendo seu início na década de 1970. É oriundo de questionamentos e da insatisfação com as políticas e práticas de exclusão e violência junto aos indivíduos em sofrimento psíquico. O movimento foi responsável pela ruptura com o modelo asilar de tratamento à loucura, o qual centrava suas ações na supressão de sintomas, na segregação e isolamento dos indivíduos em grandes manicômios.

A ruptura com o modelo asilar deu origem às diretrizes das políticas de um sistema de assistência à saúde mental, com base no modo psicossocial, que tem como proposta uma mudança do paradigma de atenção à loucura, buscando uma forma digna e humanitária para o tratamento às pessoas que convivem com algum transtorno psiquiátrico.

Dessa forma, o modo psicossocial surge em oposição ao asilar e tem nas suas práticas a valorização do indivíduo, levando em conta suas necessidades de saúde, dando ênfase à reabilitação e reinserção social.

A vivência universitária em conjunto com os movimentos sociais resultou em uma experiência interessante, no sentido de ampliar as possibilidades dos meus caminhos a serem percorridos, discutindo o tema saúde mental nas variadas correntes políticas e acadêmicas.

Assim, a partir do primeiro contato com o movimento antimanicomial, pude aproximar-me das políticas e práticas acerca da saúde mental, das formas de organização dos serviços dedicados ao tratamento dos agravos psiquiátricos e das redes de solidariedade que se formaram através de uma nova concepção de se tratar a loucura, que deixa de considerar meramente a patologia e passa a entender o sujeito no conjunto de relações com o território.

Realizando estágios curriculares e extracurriculares, pude perceber o quanto são complexas as situações que envolvem o adoecimento mental. Complexidade que muitas vezes extrapola o campo da saúde, necessitando uma ampliação da clínica, ou seja, não atentar apenas para os sintomas da doença, mas ter um olhar integral para o indivíduo e suas relações com o mundo do trabalho, família, moradia, amigos, entre vários outros que circundam o seu território existencial.

Dessa forma, saúde não deve ser entendida apenas como ausência de doença, mas como fruto da sociabilidade, da afetividade, da organização da vida cotidiana, das relações das pessoas com o território e com o meio ambiente⁽¹⁾.

Portanto, para a realização do cuidado em saúde mental, necessita-se de uma ampla articulação de recursos, envolvendo nesse circuito uma rede cuidadora, não restrita aos serviços de saúde, incluindo os diversos setores da sociedade civil.

Nesse sentido, identifico a importância de uma rede de serviços composta de vários dispositivos integrados e solidários, capazes de absorver as diferentes demandas, com uma variada oferta de ações, ampliando os trajetos dos usuários no encontro de uma assistência integral.

A partir da ideia de descentralização dos serviços de saúde e, posteriormente, com a homologação da Lei 10.216/01 ou Lei da Reforma Psiquiátrica, os municípios brasileiros iniciaram um processo de estruturação da sua rede local de serviços de atenção em saúde mental⁽²⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde, essa rede de serviços de saúde mental é composta por equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPS i), Serviços Residenciais Terapêuticos

(SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, além de oficinas de geração de emprego e renda⁽³⁾.

Nessa rede de serviços, os CAPS são centros de atenção diária, definidos como principal porta de entrada dos trajetos de assistência em saúde mental, sendo responsável por promover e articular ações, além de atuar como suporte técnico aos serviços de saúde que fazem parte da sua área de abrangência⁽⁴⁾.

A ideia da constituição desses serviços nos municípios, articulados em rede, possibilita que o tratamento do indivíduo seja realizado no seio comunitário, local onde ele vive, realiza suas andanças/caminhos, desenvolve seus laços afetivos e de amizades, não o isolando do seu convívio social.

Reforçando a política extramuros, a partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde incentiva o atendimento em saúde mental no âmbito da atenção básica, tendo como uma importante parceira a Estratégia Saúde da Família (ESF), legitimando a proposta de manter o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico no território em que vive⁽⁵⁾.

Embora os documentos técnicos abordem território como uma região adscrita, concordo com Delgado⁽⁶⁾ quando afirma que o território não deve ser pensado apenas como o bairro em que o sujeito vive, indo além da simples delimitação geográfica. Contempla um conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que delineiam as práticas cotidianas do sujeito e a sua inserção no mundo.

Para tal, a oferta de cuidados em saúde mental na atenção básica deve ser organizada na responsabilização das equipes locais, auxiliadas pelo matriciamento^a, fortalecendo a inserção de novos saberes/fazeres e circuitos no cotidiano das práticas das equipes assistenciais, compartilhando responsabilidades e ampliando as ações para os agravos psiquiátricos da sua região de abrangência.

Contudo, em meu trabalho de conclusão de curso, pude evidenciar que, em virtude da pouca articulação entre os serviços de saúde, os sujeitos encontram/enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde mental, percorrendo várias unidades de saúde, realizando diversos e diferentes trajetos em busca da resolução de seu problema⁽⁸⁾.

^a Matriciamento configura-se como um suporte técnico especializado, que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas⁽⁷⁾.

Como bolsista de iniciação científica na pesquisa intitulada: “Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil (CAPSUL)” coletei dados em 3 municípios – 2 localizados no estado de Santa Catarina e 1 no estado do Paraná. Destes municípios, 2 tinham suas ações de saúde mental centradas apenas nos CAPS. Apenas 1 município tinha a atenção em saúde mental estruturada em rede, sendo composta por ambulatório de saúde mental, leitos psiquiátricos em hospital, centros de atenção diária, oficina de geração de trabalho e renda e acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Nesse município, identifiquei que essa rede de serviços ampliava as possibilidades de cuidados em saúde mental, pois existia a possibilidade de transitar em outros pontos de acordo com a demanda e possibilidades dos usuários. Observei a influência da gestão municipal na organização dos serviços de saúde, que assumia o compromisso com a saúde da população, planejando e discutindo estratégias junto aos profissionais e a comunidade. Essa organização propiciava a construção de uma rede de serviços em saúde mental, promovendo a comunicação entre os equipamentos, facilitando os trajetos assistenciais dos usuários, inovando e qualificando os processos terapêuticos.

Cursando a disciplina de Estágio de Docência I do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, acompanhando alunos da graduação na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II, atuei em uma ESF do município de Porto Alegre.

Nessa vivência, presenciei que os trajetos assistenciais dos usuários com transtorno mental também são restritos, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental do município, seja pelo desconhecimento da equipe de saúde local que, apesar de realizar esforços para auxiliar esses usuários, tem suas ações limitadas devido à estruturação precária de uma rede de atenção em saúde mental.

Assim, identifico que os trajetos assistenciais das pessoas com transtornos psiquiátricos são reduzidos, circunscrevendo-se entre UBS, que por vezes consegue encaminhamento para um ambulatório especializado e/ou emergência. Esses trajetos assistenciais restritos têm impedido a ampliação da articulação de recursos e a ruptura com circuitos fechados limitados ao hospital psiquiátrico.

No município de Porto Alegre, a rede de serviços de atenção em saúde mental é formada por 04 CAPS II Adulto, 02 CAPS ad, 03 CAPS i, Oficina de Geração de Renda e Trabalho, 03 SRT, 01 Comunidade Terapêutica, 02

emergências psiquiátricas, Programa Redução de Danos, além de ambulatórios e equipes de saúde mental nas Gerências Distritais⁽⁹⁾.

Através da pactuação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o sistema de saúde mental é organizado de forma que a porta de entrada seja a UBS/ESF⁽⁹⁾. Desse modo, o serviço deve acolher o usuário que necessita de cuidados em saúde mental e, caso não consiga atender no seu nível de complexidade, deve discutir junto à equipe matricial e referenciá-lo para outro serviço da rede de saúde mental.

A portaria ministerial GM336/02 determina que os CAPS devem atuar sob regime de portas abertas (livre demanda)⁽⁴⁾. Diferentemente da portaria, os CAPS do município de Porto Alegre atendem através de agendamento, o que dificulta o acesso dos usuários a esses serviços⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, as UBS e ESF têm acolhido o usuário em sofrimento psíquico e, na necessidade de inseri-lo em um acompanhamento especializado, deparam-se com os CAPS de portas fechadas, determinando que o trajeto assistencial deste usuário em crise aconteça unicamente para o serviço de emergência.

Embora a administração do município de Porto Alegre tenha se posicionado a favor da estruturação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, conforme discutido anteriormente, estes têm sido insuficientes ou não estão articulados suficientemente para atender a demanda de usuários que buscam cuidados em saúde mental.

Dessa forma, no cotidiano dos serviços, presenciamos uma rede de serviços fragmentada, pouco articulada, com regiões de abrangência definidas somente no plano gerencial, ficando aquém das necessidades de cobertura dos serviços de saúde mental para uma metrópole como Porto Alegre, o que determina poucas possibilidades de linhas de fuga do circuito manicomial/hospitalocêntrico.

Por meio de uma rede ampla e articulada de serviços, pretende-se incorporar ao circuito do usuário outros trajetos assistenciais, aumentando assim suas possibilidades terapêuticas em pontos diferenciados de uma rede de saúde mental, em que os caminhos não fiquem restritos somente às emergências psiquiátricas e/ou hospitalização.

No plano de organização de serviços em saúde mental, é preconizado pelo Ministério da Saúde uma cobertura de um CAPS II para uma região de aproximadamente 70 mil habitantes, tendo na sua retaguarda serviços de

acolhimento 24 horas, como os CAPS III e pronto atendimentos, também regionalizados. Além disso, aposta-se na parceria entre CAPS e ESF para o atendimento dos casos de transtornos mentais no cotidiano das comunidades⁽³⁾.

Com isso, a ideia de uma rede de atenção em saúde mental teria nos CAPS e na ESF dispositivos estratégicos articuladores dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, potencializando práticas desinstitucionalizantes, em que os trajetos assistenciais poderiam ser negociados e operacionalizados de acordo com as necessidades dos usuários.

Assim, o encontro entre serviços e usuários deve estabelecer uma comunicação com fluxos bidirecionais, permitindo, no momento em que o indivíduo busca atendimento em saúde, a reunião de duas visões de mundo diferentes, no qual é possível negociar a melhor forma de atenção à saúde, tendo a integralidade como concepção do cuidado.

Como afirma Deslandes⁽¹¹⁾, não se trata apenas de operacionalizar novos serviços, mas de produzir relações, encontros, coletividades, territórios existenciais pautados por novas sensibilidades que, ao nosso olhar, são buscadas através de estratégias que possibilitem o estreitamento das distâncias entre quem assiste e quem é assistido.

Merhy⁽¹²⁾ ajuda-nos a pensar nessas estratégias de aproximação entre profissionais e usuários utilizando o que chama de tecnologias leves que, segundo o autor, são tecnologias de relações, de escuta qualificada e de vínculo. Através disso, busca-se promover a aproximação entre os indivíduos, no sentido de entender as causas do sofrimento de quem busca ajuda e com isso articular ações capazes de modificar ou amenizar os problemas sentidos pelas pessoas naquela ocasião.

Neste sentido, reforço a importância da expansão da rede de serviços de saúde mental, investindo na sensibilização dos atores sociais, ampliando os fluxos de comunicação, objetivando a produção de encontros, que possibilitarão uma abertura de variados trajetos assistenciais para os usuários em sofrimento psíquico.

Destaco a importância de investimento no fortalecimento das ESF enquanto instância de cuidados integrais, onde a saúde mental deixa de ser uma especialidade e passa a contemplar o dia-a-dia das práticas dos profissionais que acompanham e convivem próximos às realidades dos usuários.

Por estarem inseridas nas comunidades em que o sujeito vive, as ESF têm um alto potencial de identificar as necessidades dos indivíduos em sofrimento

psíquico e, a partir daí, acolher e inserir este indivíduo na rede de serviços de saúde mental, articulando com os vários setores da sociedade, produzindo redes de conversações, encontros potencializadores, que auxiliem os usuários nos seus trajetos assistenciais e na produção de projetos de vida.

Atualmente, integrando o projeto de pesquisa “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (MENTAL-ESF), atuamos em uma unidade de Estratégia Saúde da Família da Zona Leste de Porto Alegre. A pesquisa consiste em ser um espaço avaliativo-participativo, levantando e discutindo junto aos profissionais, usuários e familiares, suas concepções e aspirações referentes às ações de saúde mental inseridas no contexto da ESF.

A pesquisa é financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital nº 06/2008. É coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e desenvolvida em parceria com a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.

A partir da minha inserção no projeto MENTAL-ESF, proponho um estudo da rede de serviços de saúde mental do município de Porto Alegre, a partir das trajetórias assistenciais dos usuários em sofrimento psíquico. Tal proposta está associada a minha vivência junto a ESF em que observo a necessidade de reduzir as distâncias entre os serviços de saúde.

Entendo que trajetos assistenciais em uma rede de serviços ampla e diversa é uma necessidade social, pois as práticas assistenciais limitadas ao encaminhamento para serviços de emergência e hospitalização têm reproduzido uma lógica compartimentalizada do cuidado, que somente aumenta as distâncias das reais necessidades do usuário.

Estes trajetos assistenciais limitados têm impedido ações de promoção, comunicação e educação em saúde. Analisar a rede de serviços de saúde a partir das trajetórias assistenciais dos usuários possibilita-nos conhecer e incorporar os movimentos necessários para construção de uma rede de saúde mental, buscando contribuir na organização e fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, tendo os seguintes questionamentos:

- Quais são os trajetos percorridos pelo usuário em busca da resolução do seu problema de saúde mental?
- Quais serviços que os usuários têm acessado nestas trajetórias?

- Como se dá o acesso aos serviços da rede de atenção em saúde de mental?
- Esta rede de serviços atende às necessidades de saúde mental do indivíduo?

Entendo que o usuário que transita pelos serviços é o sujeito que mais tem a informar sobre seus trajetos na busca de um tratamento. Conhecer esses trajetos possibilitará um olhar para uma realidade concreta, evidenciando a necessidade de articulação entre várias instâncias e setores da sociedade, visando uma atenção de saúde em rede.

Com base no exposto tenho a seguinte questão norteadora: **Qual a rede de serviços tecida a partir das trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquico do município de Porto Alegre?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a rede de serviços tecida a partir das trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos de uma ESF do município de Porto Alegre.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar as trajetórias assistenciais dos usuários na busca da resolução dos seus problemas de saúde mental;
- Descrever a rede de serviços acionada nas trajetórias assistenciais dos usuários com transtornos psíquicos;
- Identificar as facilidades e limites encontrados nas trajetórias assistenciais dos usuários com transtornos psíquicos;

3 Redes de Saúde e Trajetórias Assistenciais: do manicômio ao território

As políticas de saúde brasileira vêm sofrendo significativas transformações, principalmente no que diz respeito aos cuidados em saúde mental. O modelo tradicional de assistência psiquiátrica, excludente, voltado unicamente à internação hospitalar, altera-se a partir do movimento de reforma psiquiátrica, que tem como suas principais bandeiras a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial.

No Brasil, esse movimento surge concomitante à Reforma Sanitária, e ambos manifestam a indignação contra as precárias condições de saúde da população, o descaso dos gestores públicos e a grande mercantilização dos serviços de saúde.

No intuito de compreendermos melhor as mudanças estabelecidas através desses dois movimentos e considerando o objeto desse estudo — as trajetórias assistenciais dos usuários com transtornos psíquicos — faz-se necessário um resgate histórico de elementos constitutivos da política de saúde mental brasileira.

Em 1808, devido aos conflitos que envolviam Portugal, França e Espanha, a corte portuguesa transfere-se para o Brasil, mais especificamente para a cidade do Rio de Janeiro. A transferência do governo português para o Brasil, aliado a chegada de 15 mil pessoas da corte portuguesa, ocasionou uma série de mudanças na estrutura administrativa daquela cidade⁽¹³⁾.

O Rio de Janeiro tornou-se uma terra próspera, com destaque para os setores industrial e marítimo, além de um significativo crescimento do comércio local. Em virtude disso, passou a atrair pessoas de todas as classes sociais, que buscavam na sede da corte, melhores oportunidades de emprego e prosperidade.

A cidade então passa a ter um expressivo crescimento demográfico, o que, por sua vez, trouxe uma série de problemas relativos à saúde das pessoas, que se aglomeravam em cortiços, convivendo com os diversos tipos de moléstias que assolavam a cidade⁽¹³⁾.

Nessa época as ações em saúde eram de caráter sanitarista, preocupando-se principalmente com o controle de doenças nos portos, com o intuito de não prejudicar as exportações dos produtos brasileiros. As poucas iniciativas individuais de cuidado à saúde eram de caráter privado e realizadas por médicos de família.

Aos que não podiam pagar pelo atendimento em saúde restavam as ações de caráter filantrópico realizadas pelas Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições

cumpriam a função de hospedaria e exerciam cuidados em saúde ao público carente, mesmo antes da chegada dos primeiros médicos ao Brasil.

No século XVIII, quando a loucura passa a ser objeto de intervenção do Estado, as Santas Casas de Misericórdia começam a receber entre seus hóspedes os loucos, porém, com tratamentos diferenciados:

“[...] amontoados em porões sem assistência médica, entregues aos guardas carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus-tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas”^(14:35).

Essas instituições encarregaram-se de excluir os diferentes dos olhos da sociedade. Exerciam uma função de “proteção”, retirando das ruas qualquer pessoa que, mesmo que não cometesse nenhum ato ilegal, tinha uma forma de levar a vida não aceita pela sociedade⁽¹⁵⁾.

Portanto, nota-se um movimento de remoção da loucura dos espaços sociais da cidade, reduzindo os loucos a objetos, quando passaram a ser amontoados e submetidos a práticas de violência e de desrespeito da pessoa humana, justificadas pelo estigma da agressividade e periculosidade a eles atribuídos. Esta atitude passa também a cercear as vontades dos sujeitos submetidos a estas instituições, impedindo-o de exercer o seu livre arbítrio, o seu direito de ir e vir, bem como a consideração da sua subjetividade e necessidades.

No intuito de modificar este cenário de assistência à loucura, no ano de 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro elaborou um documento chamado de “código de posturas” que, nos moldes do movimento higienista francês, realizou um amplo diagnóstico, apontando a precariedade das condições vivenciadas pelos loucos na sociedade fluminense, sejam nas ruas, prisões, sejam nos hospitais da época. Nesse relatório indicavam a necessidade de construção de um hospital específico para o tratamento dos loucos na capital do Império⁽¹³⁾.

Inspirado na experiência dos grandes manicômios europeus, em 1839, o então provedor da Santa Casa de Misericórdia e Ministro do Estado do Império encaminhou para o imperador Dom Pedro II um projeto de construção do primeiro hospital para alienados no Brasil, que foi criado através do Decreto 82 do ano de 1841 e batizado de Hospício de Pedro II⁽¹³⁾.

A criação do Hospício de Pedro II tinha como justificativa superar o quadro de descaso e violência impostos aos doentes mentais, que tinham como único recurso o internamento nos porões das Santas Casas e as celas das cadeias públicas.

Porém, Willrich e Kantorski⁽¹⁶⁾ discutem que a criação do Hospício de Pedro II não tinha como centralidade a discussão da assistência prestada aos loucos, mas sim pretendia obedecer a um projeto normalizador da medicina brasileira, que na época travava intensos debates sobre o manejo em saúde de caráter religioso ofertado pelas santas casas.

O Hospício de Pedro II foi inaugurado no ano de 1852, tornando-se em pouco tempo alvo de críticas devido à falta de um programa médico e por manter o caráter filantrópico de hospedaria. Os médicos manifestavam seu descontentamento com a subordinação administrativa à Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, reivindicando o poder de controle da instituição, sob a alegação de serem os agentes autorizados da ciência alienista⁽¹³⁾.

Na década de 1890, críticas apontadas pelo médico Teixeira Brandão denunciavam a falta de orientação técnica que imperava no Hospício de Pedro II, manifestando, dentre outras coisas, o seu descontentamento com a assistência religiosa desenvolvida pelas Irmãs de Caridade, a falta de critérios diagnósticos para a internação e a superlotação enfrentada pelos internos dessa instituição⁽¹³⁾.

O Hospício de Pedro II foi renomeado para Hospício Nacional de Alienados, deixando de ser vinculado à Santa Casa de Misericórdia, passando a ser incorporado pelo recém criado Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ainda foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, considerada a primeira instituição pública de saúde da república⁽¹³⁾.

Mesmo com essas mudanças de cunho administrativo, Rezende^(14:39) ajuda-nos a refletir sobre o atendimento prestado aos alienados:

“[...] Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira se perdeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência, aparece, pois, na prática, sem seus véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências desta afirmação é a constituição de sua clientela no

período [...] marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem trabalho”.

Nota-se, portanto, que, apesar das tentativas de novos rumos à assistência psiquiátrica, na prática, ainda permanecia a ideia de saneamento da loucura dos espaços de convivência urbana, mantendo os loucos, principalmente os pobres, privados da sua liberdade, impedidos de transitar pelos espaços da cidade, ou seja, seus trajetos assistenciais eram quase nulos e controlados por uma ordem de exclusão do espaço social.

Nesse mesmo período ocorre uma tentativa de ampliar as possibilidades de tratamento da loucura com a inauguração de duas colônias de alienados que, segundo Amarante⁽¹³⁾, foram as primeiras da América Latina, sendo localizadas na Ilha do Galeão, hoje Ilha do Governador.

Para Ramos e Geremias⁽¹⁷⁾, a principal função dessas colônias de alienados foi reduzir a superlotação do então Hospício Nacional, evidenciado pela exclusiva transferência de alienados pobres e miseráveis, todos do sexo masculino. Mesmo assim, foi considerada a primeira experiência de reforma psiquiátrica brasileira, já que pretendiam incorporar como recurso terapêutico o trabalho agrícola e outras produções artesanais, numa tentativa de romper com a função meramente excludente dos asilos da época. Assim, os serviços de saúde ofertados nesse período eram o manicômio e as colônias, uma vez que os loucos não podiam habitar os espaços da cidade. Os trajetos desses indivíduos restringiam-se entre a família (caso houvesse), hospitais psiquiátricos e colônias.

No estado do Rio Grande do Sul, na época denominado Província de São Pedro, foi inaugurado no ano de 1884 o Hospital Psiquiátrico São Pedro, instituição de caráter filantrópico, destinado aos alienados e a todos aqueles que apresentavam desvios de conduta, cumprindo a função de saneamento urbano imposto pela sociedade da época⁽¹⁸⁾.

Na tentativa de unificar a assistência psiquiátrica no país, o médico Juliano Moreira, após assumir a direção da Assistência Nacional dos Alienados, além de continuar a política de criação de novas colônias no cenário nacional, sugere a elaboração de uma Lei de Assistência Psiquiátrica, a Lei 1.132 de 22 de dezembro de 1903, considerada como a primeira lei de assistência psiquiátrica do país⁽¹⁹⁾.

Além da unificação das normas de assistência psiquiátrica, a lei estimulava a construção de manicômios estaduais e proibia a reclusão de doentes mentais em prisões. Ainda afirmava a incapacidade atribuída ao louco, sendo necessária a nomeação de um curador para administração de seus bens⁽²⁰⁾.

Nota-se que, com o passar dos anos, as políticas reforçavam a ideia de expansão das instituições psiquiátricas, tendo como prática de tratamento das pessoas com transtornos psíquicos o impedimento de transitar nos espaços sociais.

Esse modelo excludente dos tratamentos psiquiátricos é fortemente influenciado pelo movimento organicista e, em 1923, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, com fortes ideias de caráter xenofóbico, eugênico, anti-liberal e racista. O movimento teve apoio da sociedade, através de representantes do clero, exército, dos intelectuais e da alta sociedade. Defendiam a purificação da raça como prevenção de doenças, além da esterilização e proibição de casamentos entre estrangeiros africanos e orientais, dentre outras medidas de restrição de liberdade⁽¹³⁾.

Nesse período, é outorgada a ideia de exclusão dos diferentes, com o intuito de estabelecimento de uma raça pura que, segundo os higienistas, estaria menos propensa ao desenvolvimento de doenças.

A quebra da Bolsa de Nova Iorque em 1929 atingiu em cheio a economia do Brasil, tendo uma grande desvalorização do café, principal produto de exportação. Inicia-se então um processo de transferência da economia, que até então era desenvolvida no meio rural, e agora se desloca para os centros urbanos. Os trabalhadores iniciam um processo de êxodo rural em busca de emprego nas cidades, principalmente nos setores da indústria e do transporte⁽²¹⁾.

Com o aumento de trabalhadores assalariados nas cidades e sua concentração nas instituições fabris, em 1933 é criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP). O governo passa a assumir a gerência desse instituto, tendo os seus diretores nomeados através da Presidência da República. Os trabalhadores e as empresas tinham sua representação através de seus sindicatos. A forma de contribuição instituída foi a tripartite, onde trabalhadores, empregadores e Estado participavam com sua parcela⁽²²⁾.

Segundo Oliveira e Teixeira⁽²²⁾, as reservas da previdência, cerca de 70% da contribuição do IAP, eram utilizadas no financiamento da industrialização do país que, ao invés de aumentar a contratação de serviços e garantir uma melhor

assistência aos seus segurados, configurava-se como um mecanismo de arrecadação e financiamento de políticas governistas.

Ribeiro⁽²³⁾ relata que a assistência psiquiátrica não era oferecida aos contribuintes do IAP, posição que foi revista somente em 1941 com a publicação de um decreto-lei que garantia aos segurados o tratamento em psiquiatria, mesmo que exclusivamente com o pagamento de internações em hospitais psiquiátricos.

Na década de 1930, é instituído o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que passa a dividir com o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) a responsabilidade das ações de saúde para a população. Ao MTIC competia a assistência em saúde das pessoas vinculadas ao mercado formal de trabalho, enquanto ao MESP destinavam-se as ações de caráter coletivo, como febre amarela, malária, câncer, tuberculose, lepra, doenças mentais, entre outros cuidados que envolvessem a parcela da população não contribuinte do sistema previdenciário⁽²¹⁾.

Na assistência à doença mental, essa década foi marcada pela inserção de novos tratamentos terapêuticos como a insulino-terapia, cardiozol, eletroconvulsoterapia e lobotomias, conferindo um fortalecimento do processo de psiquiatrização⁽¹³⁾.

Apesar do reconhecimento científico desses métodos terapêuticos, foram atribuídas várias críticas no tocante a sua utilização, quando muitas vezes eram utilizados meramente como forma punitiva aos maus comportamentos dos internos.

A década de 1940, no período pós Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria ganha um significativo reforço com a utilização dos neurolépticos como recurso terapêutico. Amarante⁽¹⁹⁾ reconhece que o advento dos medicamentos psiquiátricos possibilitou a experimentação de tratamentos “open door” (portas abertas), mas chama atenção para o desencadeamento de ações que desconsideravam o caráter técnico da administração dos medicamentos, como a forte pressão exercida por parte da indústria farmacêutica e práticas que pretendiam tornar os enfermos mais “dóceis”.

Sem dúvida alguma, os medicamentos neurolépticos trouxeram avanços e novas possibilidades de tratamento, pois sua ação terapêutica sobre os sintomas psicóticos atenuou o uso de camisas de força e contenção física como único modo de intervenção em situações de crise. De qualquer forma, é preciso observar que não basta apenas libertá-los das amarras físicas, sendo necessário intensificar na

sociedade que pessoas com transtornos psiquiátricos têm o direito a tratamento digno, viver sua vida e transitar nos espaços da cidade.

Segundo Amarante⁽¹⁹⁾, o período pós Segunda Guerra foi importante por dar início a vários processos de Reformas Psiquiátricas no mundo inteiro, com destaque para as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor na França, a psiquiatria preventiva e comunitária nos Estados Unidos, a antipsiquiatria desenvolvida por ingleses e a psiquiatria democrática defendida pelos italianos.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelo expressivo crescimento da privatização dos serviços de saúde, ocasionada pelo aumento da população nas cidades e pelo anseio de melhores condições na cobertura de saúde para a população, acarretando num aumento de compra de serviços de saúde pela previdência social⁽²¹⁾.

Paulin e Turato⁽²⁴⁾ referem que, em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados que representavam 19,3% dos leitos psiquiátricos. Em 1961, o país contava com 135 hospitais psiquiátricos. Destes, 54 eram públicos e 81 privados e, segundo os autores, os leitos privados tiveram um crescimento de 24,9%, enquanto os leitos públicos sofreram uma diminuição de 75,1%.

Em 1964, instala-se no Brasil o governo militar que, ligado a empresários e políticos, buscavam a abertura do país ao exterior, contrário ao cenário nacionalista que se mantinha até então. O Brasil passa a enfrentar um período de duas décadas de “repressão política, censura, perseguição e tortura de presos políticos, centralização do poder e arrocho salarial”^(23:64).

Em 1966, um decreto estabelece o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que congrega o IAP e passa a gerenciar em um só órgão a previdência social e assistência médica. No ano seguinte, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que assume a assistência médica e hospitalar, restando para o INPS o gerenciamento dos benefícios da previdência social. O Ministério da Saúde continuava com as ações coletivas, como campanhas de abrangência nacional^(23, 25).

Ribeiro⁽²³⁾ refere que, ao invés do governo assumir a prestação de serviços médico-hospitalares, continuava incentivando a compra desses serviços do setor privado. Na saúde mental, esse processo de privatização e centralização na

internação em instituições asilares trouxe sérios prejuízos para a assistência em saúde no país, pois cada vez mais as políticas públicas sofriam influências das casas de saúde e hospitais particulares, fortalecendo assim o monopólio da produção de cuidados psiquiátricos nessas instituições.

Nota-se com isso a gradativa diminuição dos leitos públicos e o fortalecimento dos tratamentos psiquiátricos junto à iniciativa privada. Os serviços de saúde mental tornaram-se mercadoria, um objeto de lucro por parte dos empresários e, na década de 1970, tinham 97% dos seus recursos investidos em internações psiquiátricas na rede conveniada e contratada^(19,13).

Esse contexto de má administração dos recursos públicos com a compra de serviços em larga escala, somado a denúncias de irregularidades e fraudes no sistema de saúde, desencadeou uma crise institucional e financeira na Previdência Social, o que serviu como estopim para a posterior Reforma Sanitária Brasileira⁽¹⁹⁾.

O movimento de Reforma Sanitária teve início na década de 1970, época em que a Previdência Social, além de gerenciar a compra de serviços em saúde, financiava reformas e construções de hospitais e faculdades de medicina, todos com enfoques curativos voltados para a especialização e o fortalecimento das indústrias farmacêuticas e médico-hospitalares⁽²⁶⁾.

Ao final da década de 1970 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e da Educação, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As AIS tinham como objetivo a descentralização e a universalização do acesso aos serviços de saúde, buscando estabelecer convênios que ampliassem a rede pública com a construção de postos de saúde gerenciados por estados e municípios através de recursos da Previdência, não envolvendo a rede privada⁽²³⁾.

A crítica existente a essa iniciativa se dava ainda em torno da dicotomização entre os órgãos do governo, tendo o INAMPS controlando a assistência médico-hospitalar e o Ministério da Saúde, responsabilizando-se com as ações de saúde pública, demonstrando o distanciamento entre as ações curativas e preventivas em saúde.

Diante disso, através da iniciativa de intelectuais e trabalhadores da área da saúde, centrais sindicais, parlamentares, representantes de associações populares, dá-se início a discussões, que tinham como propósito a mudança do modelo assistencial de saúde no Brasil. Este movimento não buscava apenas uma mudança

no sistema de saúde, mas também uma mudança geral nas condições de vida da população brasileira^(27,28).

Nesse contexto, a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada no ano de 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), além de estabelecer metas para a saúde mundial, reconhece que o conceito de saúde vai além da simples ausência de doença, e estabelece como um direito e dever de todos os cidadãos a participação na formulação e planejamento das ações em saúde do seu país⁽²⁹⁾.

O reconhecimento de um conceito mais ampliado de saúde faz emergir a necessidade de mudança do modelo centrado na doença, para um modelo que leva em conta toda a gama de relações das pessoas, numa tentativa de reversão dos tratamentos de saúde reduzidos aos consultórios médicos e hospitais especializados, para ações de prevenção e promoção de saúde na atenção primária. Além disso, a responsabilização da população na construção e formulação das políticas de saúde facilitou o processo de democratização do sistema de saúde, que até então era controlado por um Estado totalitário e grupos de empresários do setor privado.

Deste modo, acenava-se à consideração da pessoa, olhando-a integralmente, entendendo a sua saúde de modo ampliado, no espaço do território, assumindo que este sujeito transita por setores sociais, econômicos, culturais, entre vários outros, e que a sua interação com as situações cotidianas influencia intimamente o seu modo de levar a vida e produzir saúde.

O movimento da Reforma Sanitária atinge seu ápice no ano de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando se definiu um programa para a Reforma Sanitária brasileira. A VIII CNS resultou na alteração do texto da Constituição Brasileira, no que se refere à “saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado”⁽²⁸⁾.

Em 1987, o Decreto Presidencial 94.657 estabelece o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em que o governo federal assume a responsabilidade de controle e fiscalização das políticas nacionais de saúde, os estados assumiram uma parcela de cuidados a nível estadual e regional; enquanto os municípios, que antes eram apenas sede da implementação das políticas estaduais e federais, passam a se responsabilizar pelos serviços básicos de saúde^(22,23).

O estabelecimento do SUDS como política nacional representou um grande avanço para a posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem entre suas diretrizes a integralidade do cuidado, a universalidade e equidade no acesso, descentralização das ações em saúde, regionalização e integração dos serviços, além da criação de instâncias colegiadas deliberativas de controle social, devendo ser respeitadas por todos os serviços públicos e privados integrantes da rede de assistência^(30,31).

Acompanhando as políticas de saúde pública brasileira, as políticas de saúde mental sofreram um intenso processo de transformação, deslocando o modelo de atenção para o atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral e preventivo, visando a desconstrução do modelo asilar, que até o momento era a única possibilidade terapêutica, responsável pela exclusão, isolamento e desrespeito aos direitos da pessoa humana⁽³²⁾.

Este cenário de mudanças na concepção ético-política dos modos de se pensar a saúde acabaram por influenciar o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica brasileira, indo além da simples desospitalização, conforme será abordado a seguir.

No final da década de 60, as políticas mundiais voltavam-se para a extinção dos hospitais psiquiátricos, e o Brasil mantinha sua estrutura de assistência psiquiátrica em manicômios e colônias. Os internos dessas instituições sofriam com a superlotação, internações de longa permanência, altos índices de mortalidade e a falta de profissionais qualificados.

“[...] A situação da assistência psiquiátrica no país, na época, apresentava níveis alarmantes: mais de sete mil doentes internados sem cama (leito chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades”^(24:250).

Seguindo influências da psiquiatria comunitária americana, em 1970, o relatório do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria incentivava a prevenção das doenças psiquiátricas através da inserção de serviços extrahospitalares nas comunidades, melhoria da qualidade dos atendimentos prestados nos hospitais,

além do investimento com a qualificação dos profissionais e o incentivo de formação de equipes multiprofissionais⁽²⁴⁾.

Paulin e Turato⁽²⁴⁾ referem que, no ano de 1970, foi elaborado pela Comissão Permanente de Assuntos Psiquiátricos do Estado do Rio de Janeiro um relatório disparando críticas ao funcionamento dos poucos ambulatórios de psiquiatria existentes, os quais reduziam os seus atendimentos a fornecer laudos de internação, reforçando a ideia de que o hospital psiquiátrico era o único agente eficaz de tratamento.

Rezende⁽¹⁴⁾, afirma que o precário funcionamento dos ambulatórios de psiquiatria da época, resumindo-se ao encaminhamento para internações psiquiátricas, fomentou a expansão da compra de vagas em hospitais privados. Enquanto a população internada em hospitais públicos permanecia estável, as internações em instituições conveniadas passaram de 14 mil para 30 mil internos entre os anos de 1965 até 1970. Nesse período, a presença das instituições privadas no contexto da assistência psiquiátrica brasileira aumentava gradativamente com o passar dos anos, quando em 1965 as internações, que eram cerca de 35 mil ao ano, passaram para 90 mil/ano, conformando assim o que foi chamado de indústria da loucura.

Na segunda metade da década de 1970, emergem críticas quanto à ineficiência da assistência de saúde pública e as políticas de saúde do Estado, juntamente com denúncias de corrupção, o que provocou uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

Para Amarante⁽³³⁾, essa crise levantou uma grande discussão sobre a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos e deu origem à criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), não sendo identificado apenas como um movimento ou entidade da saúde, mas como uma organização popular de luta por melhores condições para o campo da saúde mental.

O MTSM foi responsável por realizar eventos e reunir entidades e trabalhadores de vários setores da sociedade em torno da discussão das precariedades enfrentadas no cotidiano dos hospitais psiquiátricos, tornando pública denúncias de abandono, violência e maus-tratos aos quais eram submetidos os pacientes nos grandes hospitais psiquiátricos do país^(33,34).

A realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, foi uma grande oportunidade de organizar nacionalmente o movimento por melhorias na

assistência psiquiátrica, pois reuniu os movimentos renovadores e os setores conservadores da psiquiatria, iniciando uma discussão político-ideológica em torno das políticas nacionais de saúde mental.

Ainda, em 1978, é realizado o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, trazendo ao Brasil grandes críticos do sistema psiquiátrico vigente, como Franco Basaglia, Félix Guatarri, Robert Castel e Erving Goffman, que influenciaram a organização e formação das novas diretrizes do MTSM⁽³³⁾.

Esse cenário de militância organizado pelo MTSM, além de reunir pessoas e promover discussões sobre os descasos com a assistência psiquiátrica brasileira, conquista também espaços em órgãos estratégicos responsáveis pela formulação das políticas de saúde do país.

Somando-se ao movimento de redemocratização da década de 1980, é realizada, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que definiu o lema “por uma sociedade sem manicômios” como bandeira de luta defendida pela sociedade civil, pressionando os governantes à elaboração de medidas capazes de superar o modelo de segregação das instituições psiquiátricas.

Essa proposta de desinstitucionalização, orientada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica italiana, conquistou apoio político, técnico e populacional necessário para a mudança da legislação de saúde mental nacional na década de 1990.

Do mesmo modo, as organizações internacionais também pressionavam os países latinos exigindo mudanças nas políticas de saúde mental e, a partir da Declaração de Caracas, em 1990, o Brasil assume o compromisso de promover assistência psiquiátrica no setor primário de saúde, buscando a desconstrução do papel hegemônico e centralizador das instituições asilares, propiciando o tratamento das pessoas no seio comunitário por meio da construção de uma rede de serviços territorializados⁽³²⁾.

Para Desviat⁽¹⁵⁾, a Declaração de Caracas foi o marco inicial da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, discutindo a criação de um sistema que fosse capaz de garantir o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com problemas psíquicos, novos recursos terapêuticos e modalidades de atenção alternativas, na própria comunidade e em suas redes de relações, buscando desta forma superar o hospital psiquiátrico.

A partir disso, iniciaram-se grandes esforços em direção à implantação de uma política que promovesse mudanças nos serviços e nas práticas profissionais de

saúde mental, negando a tutela como intervenção terapêutica, investindo-se na construção de um modelo de assistência baseada na produção de vida e de subjetividades, (re) estabelecimento das relações afetivas e sociais dos sujeitos e na reconquista de seu poder social⁽³⁵⁾.

Diante disso, identificamos uma transformação político-ideológica que direcionava para a estruturação de uma rede de serviços, compostos por vários equipamentos, com o intuito de superar o modelo manicomial e ampliar as possibilidades de cuidados para quem tem uma patologia psiquiátrica. Essa nova concepção nos modos de realizar cuidados em saúde mental traz em seu bojo a ideia de transitar e articular novas experiências e serviços no contexto do território, implicando que a atenção em saúde mental deve organizar-se a partir das escolhas do indivíduo e na sua relação com a vida cotidiana.

A desinstitucionalização ganha força quando o Ministério da Saúde lança as Portarias SNAS 189/91 e 224/92^(36,37). A primeira altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental, estabelecendo o SUS como principal financiador do sistema público. Legitima os dispositivos CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além do financiamento de atividades como as oficinas terapêuticas e atendimento grupal.

A segunda regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, incluindo normas para atendimento em UBS, Centros de Saúde e Ambulatórios. Proíbe ainda práticas desumanas e excludentes como uso de celas fortes, antes habituais nos hospitais psiquiátricos, além de incorporar novos procedimentos à tabela de financiamento do SUS.

O lançamento dessas portarias legitima os rumos das políticas em saúde mental, oficializando a necessidade de discussão em torno das práticas realizadas nos serviços de saúde já que, com o lançamento dessas portarias, o Estado passa a reconhecer o descaso e a violência atribuídos aos doentes mentais nas instituições asilares e inicia a tentativa de construção de uma rede extrahospitalar de assistência psiquiátrica.

Alguns municípios brasileiros já contavam com serviços dentro da nova proposta de cuidados em saúde mental desde a década de 1980, a exemplo o CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo, o NAPS em Santos e o Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira (SSCF) em Campinas^(16,38).

No Rio Grande do Sul, 2 municípios merecem destaque na implantação de serviços substitutivos em saúde mental: São Lourenço do Sul e Alegrete.

No ano de 1988, São Lourenço do Sul inaugurou um Centro de Saúde Mental, denominado Nossa Casa, criado com a proposta oferecer atenção integral ao indivíduo com sofrimento psíquico, sendo a célula mãe de um projeto de implantação de uma rede de serviços de saúde mental composta por ambulatório de psicologia e psiquiatria, unidade psiquiátrica no hospital geral, urgência e emergência psiquiátrica, além de um residencial terapêutico⁽³⁹⁾.

O município de Alegrete inaugurou seu serviço de saúde mental no ano de 1989, sendo também um serviço que deu origem ao sistema de saúde mental municipal e ampliou seus espaços de atuação, constituindo uma rede composta por CAPS infância e adolescência (CAPS i), CAPS, CAPS álcool e drogas (CAPS ad), Leitos em Hospital Geral, residencial terapêutico, emergência psiquiátrica, e atendimentos em UBS⁽¹⁰⁾.

Essas experiências brasileiras demonstravam que novas formas de organização e realização do cuidado em saúde mental eram possíveis, tendo a rede de serviços articulados entre si como dispositivos para a atenção à saúde, considerando as necessidades do sujeito, sua vida cotidiana, seus trajetos e relações com o território, fortalecendo a necessidade de revisão e alteração da legislação psiquiátrica vigente.

A partir de 1992, nove estados aprovaram leis de reforma psiquiátrica, a saber: Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, sendo pioneiro o Rio Grande do Sul. Estas leis foram inspiradas no Projeto de Lei Federal n.º 3.657/89 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, que após 11 anos de discussões no congresso nacional, foi sancionada sob o n.º 10.216 e conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica⁽⁴⁰⁾.

A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, prevendo a progressiva extinção dos leitos psiquiátricos e a criação de uma rede de serviços comunitários que possam dar conta das necessidades dos indivíduos no seu território, admitindo a internação hospitalar como último recurso de tratamento⁽²⁾.

A revisão da legislação tornou-se um marco fundamental no tocante a devolução dos direitos de cidadãos as pessoas com diagnóstico de doença mental.

Até este marco, a legislação era baseada na constituição de 1934, quando o Estado exercia total direito sobre a tutela das pessoas acometidas por doenças mentais.

Kuhn e Kantorski⁽⁴¹⁾ apontam que somente a elaboração da lei não seria a garantia de que as reformas sejam implementadas. Contudo, com a criação de serviços que por concepção tenham um novo modo de pensar o cuidado em saúde mental, estaremos garantindo a implementação e manutenção da reforma em questão. É preciso encarar a mudança do processo de cuidado em saúde mental no sentido expresso por Rotelli⁽⁴²⁾, em que desinstitucionalização trata-se de uma inversão da lógica, onde além da criação de novos serviços totalmente substitutivos, necessita-se de um intenso investimento nas pessoas muito mais que em instituições.

Nesse sentido, torna-se importante o investimento em serviços que tenham a sensibilidade para acolher as necessidades do indivíduo e, a partir delas, buscar todas as formas possíveis de atendê-las, articulando com os recursos disponíveis no território, ampliando os espaços de cuidados em saúde mental.

Em 2002, os Centros de Atenção Psicossocial são regulamentados através da Portaria GM336/2002, atualizando as normas da Portaria GM 224/92⁽⁴⁾.

Nessa portaria, os CAPS são definidos como a principal porta de entrada, regulando as ações de saúde mental em seu território, assumindo a responsabilidade e centralidade na administração dos atendimentos aos indivíduos com patologia psiquiátrica. Com isso, os CAPS assumiriam o cuidado em saúde mental aos indivíduos com transtornos severos e persistentes, além de prestar suporte às equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas na sua área de abrangência⁽⁴⁾.

Unglert⁽⁴³⁾ define área de abrangência como a área de responsabilidade de um determinado serviço. Ela é fruto da apropriação do território pela equipe de saúde, assumindo papel de vigilância, conhecendo a situação de saúde da população dessa área, mesmo que não seja de exclusiva responsabilidade deste serviço.

Dessa forma, entendemos que o CAPS não é o único serviço responsável pelas ações de saúde mental no território. Deve promover ações em conjunto com todos os dispositivos presentes na sua área de abrangência, tais como ESF, Igrejas, família, vizinhança, espaços de lazer, entre outros, em um sistema de co-responsabilidade para com os usuários, agregando e articulando uma rede de

atenção que possibilita diversos e diferentes trajetos assistenciais com potencial de resolubilidade às demandas dos usuários.

De acordo com Viera Filho e Nóbrega⁽⁴⁴⁾, os CAPS devem funcionar no interior de uma rede articulada e solidária, composta de unidades sanitárias, inseridas em políticas públicas de não abandono ao usuário. Esses serviços devem estar integrados no SUS, facilitando o planejamento de área de saúde distrital, sobretudo referente aos atendimentos domiciliares e às intervenções clínicas na rede pessoal significativa do usuário.

A partir da ideia do CAPS ser o principal articulador das ações em saúde mental, o Ministério da Saúde propõe um modelo de rede de serviços demonstrado na figura a seguir (FIGURA 1):



Figura 1: Rede de atenção em saúde mental⁽³⁾.

O que se observa na figura (FIGURA 1) é a centralidade do CAPS, realizando articulações com uma única via de direcionamento, um trânsito linear, dando uma ideia de encaminhamento para outros setores e/ou serviços de saúde. Esse fluxo único do CAPS para outros dispositivos da rede ofertada pode limitar os trajetos das pessoas com transtornos psíquicos na busca da resolução do seu problema ou necessidade de saúde.

Cecílio⁽⁴⁵⁾ defende que o desenho de uma rede de serviços de saúde deve ser horizontalizado, priorizando as necessidades do indivíduo, diferentemente do sistema hierarquizado, altamente burocratizado, disposto no sistema de pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes que, segundo o autor, distancia o movimento dos usuários na busca dos serviços de saúde.

Ainda refere que se torna necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que viabilizem a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas⁽⁴⁵⁾.

Dessa forma, o desenho de uma rede de atenção em saúde mental deve ter como centralidade o usuário e os diversos dispositivos do território, por meio de estratégias de comunicação e vínculo, articulam-se e se co-responsabilizam pela situação de saúde desses indivíduos.

A centralidade nos indivíduos, enquanto sujeitos da rede de cuidado, aponta para a integralidade, e outros espaços sociais e terapêuticos surgem como trajetos assistenciais possíveis, ampliando a clínica de atenção em saúde mental.

Independente da centralidade do CAPS como serviço articulador da rede assistencial, observa-se o investimento em políticas de estruturação de uma rede de cuidados em saúde mental territorial, com um aumento no número de dispositivos extrahospitalares no país.

Em 2010, encontram-se cadastrados 1744 CAPS em todo o país⁽⁴⁶⁾. Isso demonstra positivamente a transformação de um modelo centrado na atenção hospitalar para uma proposta de serviços substitutivos com atenção focada no território.

Porém, salientamos que somente um único dispositivo de cuidado não é capaz de absorver as várias demandas que surgem no dia-a-dia de quem tem transtornos psíquicos, pois, para fazer face à complexidade da atenção à saúde

mental, é fundamental a construção e expansão da rede de cuidados psicossocial. Os trajetos assistenciais e o seu trânsito na rede de serviços não devem ficar restritos somente a internação e/ou CAPS. O que se espera é que ocorra um maior trânsito e articulação entre os diversos serviços oferecidos, ampliando dessa forma as possibilidades de cuidado.

Em consonância com essas transformações, em 2010, 564 SRT's são implementados no território brasileiro e outros 152 encontram-se em fase de implementação. Além disso, 3.574 pessoas recebem o auxílio do Programa "De volta para casa"⁽⁴⁷⁾.

Os SRT's são dispositivos criados a partir da Portaria GM 106/00 e são destinados a egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e que, devido a essa circunstância, perderam o vínculo com seus familiares, ou ainda aqueles que por algum conflito familiar existente necessitam ser alojados nestes lares. Trata-se de moradias inseridas na comunidade com o objetivo de abrigar e facilitar o processo de resgate de autonomia do usuário. Possuem uma equipe de profissionais que fazem o acompanhamento do usuário e deve estar integrada à rede de atenção de saúde mental do município⁽⁴⁸⁾.

Na atenção básica, encontram-se cadastrados 350 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – serviços que foram criados a partir da Portaria GM 154/08 e que contribuem para a ampliação da capacidade de atendimento em saúde pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os NASF vêm ao encontro da ideia de que a articulação em rede de diversos equipamentos pode ampliar resolubilidade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais, vinculando-se às equipes de ESF⁽⁴⁹⁾.

Apesar dos esforços em criação de novos equipamentos para a ampliação das possibilidades de tratamento para os usuários de serviços de saúde mental, é preciso ir além da simples intervenção técnica na doença para um investimento na produção de vida. Franco⁽⁵⁰⁾ afirma que a produção de vida se dá sem que haja necessariamente um eixo estruturado sobre o qual se organiza, mas a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos que originam linhas de contato entre agentes sociais que constituem a produção da realidade.

Dessa forma, Merhy⁽¹²⁾ remete-nos a pensar o trabalho em saúde operado pela lógica do trabalho vivo em ato como um universo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Para o autor, o processo

de trabalho sob a lógica do trabalho vivo em ato constitui-se como um desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos assumindo características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de conectividade.

Para o autor, o trabalho vivo em ato possui um componente autogovernável e, dessa forma, intensamente capaz de alterar a ordem e a norma, facilitando ao trabalhador o exercício da sua potência criativa.

“[...] o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A iminência das redes nesse processo traz a idéia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário” (50:464).

Assim, o processo de trabalho, tendo como ferramenta o acolhimento, possibilita a realização de variadas ligações entre trabalhadores e usuários, a partir dos microespaços de cuidado até a formação de redes com alta capacidade conectiva entre si mesmo e outras instâncias do amplo cenário de produção⁽⁵⁰⁾.

Acolhimento inclui noções de acesso, referência, capacidade de escuta, percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para o ordenamento dos serviços oferecidos. Vínculo e responsabilização englobam não só a noção de longitudinalidade, mas a instituição de referências terapêuticas e responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamento aos outros recursos disponíveis para a resolução dos problemas de saúde da população em conjunto com a integralidade⁽⁵¹⁾.

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e

competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população por diversos ciclos de vida⁽⁵²⁾.

Para Rovere⁽⁵³⁾, as redes partem da lógica da heterogeneidade, da multiplicidade de nós e da possibilidade de sua articulação. Pode existir em uma dada situação um nó de maior densidade, determinando que as respostas devem ser flexíveis diante da diversidade de necessidades das pessoas.

Mance⁽⁵⁴⁾ afirma que a ideia de rede refere-se a uma articulação entre diferentes unidades, que trocam elementos entre si e assim se fortalecem, podendo se multiplicar em novas unidades que acabam por fortificar todo o conjunto. Cada nódulo da rede representa uma unidade; e cada fio, um canal por onde correm os fluxos entre essas unidades.

Dessa forma, redes de cuidado na perspectiva da integralidade caracterizam-se por malhas de cuidado ininterrupto e progressivo, que englobam a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos indivíduos na busca de recursos para a solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção. Práticas como referência e contrarreferência baseadas apenas em aspectos normativos, transferindo aos usuários a responsabilidade pela busca dos recursos, são duramente criticadas sob esta perspectiva. Novamente acolhimento, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado são conceitos úteis para avaliar a integralidade e resolubilidade na rede de serviços⁽⁵⁵⁾.

Nessa perspectiva, as unidades de saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família aparecem como um importante aliado na reorganização da assistência psiquiátrica, pois equipe e usuário, no espaço do território, traçam novos trajetos assistenciais que ampliam o cuidado com bases nos princípios do SUS.

A ESF adota o território como campo de atuação, integrando a rede social das comunidades em que se insere, assumindo os cuidados em saúde na sua área de abrangência. Pela proximidade com os indivíduos, agencia vínculos, o que facilita a implementação de ações de saúde mental no cotidiano da comunidade⁽⁵⁶⁾.

Nesse sentido, a ESF, por atuar na lógica do território, permite um maior conhecimento sobre os problemas/necessidades e das condições de vida das pessoas, podendo ser o ponto de partida para o envolvimento de outros setores da sociedade em uma relação intersetorial, a partir de abordagens integrais em busca da resolubilidade dos problemas dos indivíduos⁽⁵⁷⁾.

Além disso, a ESF surge como um importante equipamento na assistência em saúde do país, pois, pela sua proximidade com o espaço social das pessoas, pode facilitar a realização de intervenções de saúde que consideram a totalidade da vida do usuário, seu contexto familiar e suas relações com a comunidade. Desse modo, a ESF tem um alto potencial de identificar suas necessidades e dificuldades e, a partir disso, facilitar a comunicação e articulação com outros serviços, buscando garantir o acesso, ampliando os trajetos dos usuários com relação a outros serviços da rede de cuidados.

Para isso, devemos entender a dinâmica das redes que atuam no contexto de vida dos usuários e serviços na comunidade. Bonet e Tavares⁽⁵⁸⁾ afirmam que a ESF convive com a rede delimitada pela territorialização, evidenciadas através do cadastro das famílias em sua área de abrangência. Uma segunda rede contempla cada unidade de cadastro, ou seja, as famílias. Na prática, a ESF convive com um conjunto maior de redes, indo além da rede comunitária e da rede de relações familiares.

Para o autor, essas redes ocupam espaços intersticiais em relação à delimitação formal que estabelece a ESF, formando-se redes capilarizadas que se imbricam informalmente, tensionando ou estabelecendo alianças com o trabalho das equipes de saúde. Estas redes intersticiais não são autônomas em relação às outras, tendo como características uma intensa capilaridade, imprimindo ao sistema de cuidado seus atributos dinâmicos.

Embora a proposta da ESF seja estabelecer uma proximidade com os indivíduos e a comunidade a qual pertence, na prática isso não é garantia de que os serviços sejam acessados na sua plenitude. O acesso não se define apenas pela entrada nos serviços. Abrange uma multiplicidade de fatores que influenciam o uso e a efetividade do cuidado. A continuidade do cuidado também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, manifestando a importância da observação de suas particularidades⁽⁵⁹⁾.

Para Unglert⁽⁴³⁾, o acesso aos serviços de saúde está diretamente ligado a fatores tanto da população, quanto dos serviços. A autora ainda define uma diferenciação entre acesso e acessibilidade. Habitação, nutrição, educação e poder aquisitivo contemplam o universo do acesso e atuam como determinantes por parte da população. Já as barreiras geográficas, distâncias percorridas, oferta e qualidade dos serviços, bem como a inserção destes na cultura da população seriam

características atribuídas aos equipamentos/unidades de saúde e, portanto, contemplam a acessibilidade.

Assim, o acesso e utilização dos serviços de saúde são resultantes da interação do indivíduo que procura cuidados, levando-se em conta suas crenças e costumes; e do profissional, que o conduz dentro da rede de saúde⁽⁵⁹⁾. A produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais e todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos de idas e vindas dos usuários, que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário⁽⁵⁰⁾.

Olschowsky⁽⁶⁰⁾ refere que um dos grandes desafios dessa nova forma de se pensar saúde mental passa pelas práticas dos profissionais. Esses devem proporcionar uma gama de possibilidades para que o doente mental possa exercer ao máximo a sua subjetividade, tornando-o um sujeito que estabelece relações na sociedade, sendo influenciado e ao mesmo tempo influenciando-a.

Isso demonstra que além da estruturação de uma rede de serviços, é fundamental a responsabilidade profissional para ouvir, orientar e empoderar as pessoas na busca desses espaços e trajetos geradores de subjetividade. Por isso, cabe chamar a atenção que, embora tenhamos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, a rede de cuidados não se encontra pronta à espera de sua utilização.

A articulação entre diferentes serviços se dá por meio da articulação de pessoas sujeitos que operam os diferentes equipamentos implicados a atenção a um indivíduo. Não é a unidade básica que encaminha para um especialista ou à emergência, mas trabalhadores destes dois serviços que se comunicam, que estabelecem vínculos entre si para buscar atendimento à necessidade apresentada pelo usuário.

Redes são formadas a partir da conexão ou vinculação de pessoas. Assim, a unidade da rede não é o sujeito, mas o vínculo. Estes vínculos se expressam sob formas de contratos, acordos entre sujeitos que, a partir da constituição da rede, possuem uma determinada autonomia para dar segmento às resoluções das necessidades levantadas⁽⁶¹⁾.

Dessa forma, uma rede não se autogerencia; não funciona por si só. Ela necessita de componentes que façam os mais diversos cruzamentos, ou ainda como define Cruz e Ferreira^(62:73).

“[...] a rede está identificada como um tecido de possibilidades em permanente movimento, sensível às necessidades de mudanças e às dinâmicas apresentadas. Por isso ela depende do fator mais importante nas noções de cuidado: as pessoas”.

Por ser gerida por pessoas, a comunicação é a principal ferramenta para o desenvolvimento das ações de saúde e, portanto, está sujeita a interferências, ruídos na relação emissor-receptor. Nesse sentido, os ruídos devem ser levados em conta, desfazendo-se assim a ideia de comunicação perfeita, na qual diversas e diferentes vozes devem ser consideradas⁽⁶³⁾.

Neste entendimento, o usuário não é um ser passivo diante de tudo que acontece na unidade de saúde e em especial com ele mesmo. Ele reage aos atos assistenciais e, se houver uma relação acolhedora e uma forma de agir sobre o seu problema de saúde que seja satisfatória, ele poderá se motivar para também atuar, ser sujeito do seu próprio processo assistencial, assumir certo protagonismo no cuidado à saúde⁽⁶⁴⁾.

Por isso, os profissionais envolvidos no processo de cuidado devem sempre negociar o plano terapêutico junto ao usuário e, desta forma, ampliar o seu olhar, considerando e discutindo as dificuldades que o indivíduo encontra para colocar esse plano em prática.

Araújo⁽⁶³⁾ refere que os fluxos de comunicação nos processos em rede dependem de vários fatores entrelaçados. Eles não são lineares e, muito menos, se dão na simples relação emissor/receptor, mas sim em uma relação de muitas vozes. Trata-se de um movimento polifônico, desfazendo-se a ideia de que os serviços de saúde são os emissores centrais e ponto de partida, mas mais uma das muitas vozes envolvidas no processo.

Portanto, devemos considerar que a atenção psicossocial, além de promover a ampliação de possibilidades das instâncias de assistência, deve levar em conta as vontades do indivíduo como sujeito de suas ações. Por isso, a escuta e negociação da terapêutica a ser adotada passa a ser fundamental às práxis dos profissionais, no sentido de potencializar os trajetos possíveis de serem explorados na atenção à saúde mental.

Dessa forma, as pessoas e instituições organizam-se em redes, democraticamente, visando à construção de novos compromissos em torno de

interesses comuns, fortalecendo os atores sociais, tanto na defesa e implementação de seus projetos de vida, quanto na promoção de melhorias da qualidade de vida em suas comunidades⁽⁶²⁾.

As redes não são delimitadas no espaço, adaptam às suas variações, são móveis, inacabadas. Trata-se de uma construção coletiva que vai se definindo durante o processo de aproximação de pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas, que definem coletivamente seus objetivos a partir da compreensão compartilhada da realidade social⁽⁵⁷⁾.

Deleuze e Guatarri⁽⁶⁵⁾ remetem-nos a analisar os atributos de uma rede sob o ponto de vista da estrutura de um rizoma — um tipo de raiz que se propaga horizontalmente para todos os lados, ocupando um território mais amplo, mais heterogêneo, formando uma rede, conferindo-lhe maior resistência, sendo capaz de nutrir outros brotos, até que estes possam formar seus próprios rizomas.

Ao contrário da raiz, que tem por objetivo a fixação da planta no solo, o rizoma se espalha cobrindo e recobrando superfícies, alastrando-se, propagando-se, deixando de lado a postura fixa da raiz, para assumir a ideia de fluxo.

Portanto, uma rede rizoma é uma rede capaz de se conectar as mais variadas possibilidades e, por mais que uma de suas ligações seja desfeita, ela busca possibilidades de rearranjos, a reorganização de sua cadeia; ou como definem os autores citados, um rizoma faz de uma ruptura uma possibilidade de re-encontro, uma reorganização que re-estratifica o conjunto.

Dessa forma, pensar uma rede de serviços de saúde mental, dada complexidade envolvida neste trabalho, é pensar:

“[...] num tecido (relações interpessoais) em que os fios paralelos são ligados transversalmente por uma trama (dinâmica de relações) que os liga e religa, movimentando novamente todos os fios e construindo uma outra textura, uma outra estampa (novas dinâmicas, novas relações). Dessa forma, entender a realidade significa percebê-la em suas múltiplas interações e composições construídas no dia-a-dia, nas ações e situações concretas do cotidiano”^(66:68).

Consideramos que a rede de cuidados em saúde mental resulta da interação do indivíduo com seu território e serviços de saúde ofertados. Ela também se constitui de diversos arranjos e modos que o indivíduo se conecta, caminha, transita

na busca de produção de atenção às suas necessidades e subjetividade. Busca ainda romper com a barreira de exclusão imposta aos doentes mentais, devolvendo-lhes a liberdade para circular pelo seu território existencial, ou como define Olschowsky^(60:206):

“[...] trata-se de uma mudança de postura que procura romper com conceitos aprisionadores e redutores da loucura, exigindo uma prática de assistência que tem o objetivo de proporcionar possibilidades de exercer sua subjetividade e singularidade”.

Dalmolin⁽⁶⁶⁾ afirma que, quando um serviço consegue captar e investir num projeto pautado nas necessidades e potencialidades do sujeito no seu contexto, no contexto da cidade, seguramente, essa expansão com o fora é um dos ingredientes fundamentais para as suas trajetórias, possibilitando-lhe um aumento no seu repertório, na autonomia, no investimento em relações interpessoais e no enriquecimento de sua subjetividade.

Entendemos que uma rede em saúde mental é, sobretudo, uma diversidade de equipamentos voltados para um trabalho terapêutico, onde a cura passa a não ser o objeto principal da terapêutica, dando lugar ao cuidado, à responsabilização com a pessoa. A abordagem deixa de ser exclusivamente na doença e o olhar passa a ser deslocado para o indivíduo que sofre como sujeito⁽⁴²⁾.

Dessa forma, não se trata de negar a loucura, mas de compreender que a doença faz parte da existência do sujeito, saindo da condição de apenas doente para aquela em que passa a ser um agente de possibilidades na produção de sua saúde. Trata-se de colocar a doença entre parênteses, e não o sujeito, e consequentemente colocar entre parênteses a definição de loucura, os rótulos, os estigmas, deixando fluir o homem que habitualmente é visualizado por trás da doença⁽⁶⁷⁾.

Com o trabalho em saúde mental focado no modo psicossocial, pretende-se ir além do amparo técnico ao indivíduo durante episódios de crise, passando a considerar a dinâmica social e familiar dos indivíduos e suas implicações a vida do sujeito. Pretende-se com isso identificar os estressores para que cada um possa assumir parte do compromisso na atenção e apoio na tentativa de um cuidado integral aos indivíduos⁽⁶⁸⁾.

Dessa forma, concordamos com Kleinman⁽⁶⁹⁾ e entendemos que a busca de cuidados não se dá apenas no setor de saúde formal, estendendo-se a outros setores pertencentes à sociedade. Para o autor, os sistemas de cuidados em saúde são compostos por 3 setores: o profissional, o folk e o popular.

O setor profissional é compreendido pela medicina científica ocidental, pelas profissões pára-médicas reconhecidas e pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados.

O setor folk é compreendido por especialistas não oficiais, como curandeiros, rezadores, espiritualistas entre outros.

O setor popular é compreendido como o campo leigo, não especializado, tais como conselhos de amigos e vizinhos.

Assim, muitas vezes, na busca de cuidados em saúde, os usuários fazem arranjos que envolvem esses três setores, e os serviços de saúde não devem desconsiderar esses arranjos, mas conciliar as suas formas de cuidado, uma vez que o usuário o reconhece como um meio de ajuda e integram a sua rede de relações.

Assim, pensar em trajetórias assistenciais no modelo de atenção psicossocial implica o entrelaçamento dos serviços de saúde com a vida social nos espaços do território, apontando a importância da descoberta e consideração dos diversos arranjos e estratégias na busca de atendimento em saúde mental.

Para Oliveira⁽⁷⁰⁾, a relação que as comunidades estabelecem com os seus serviços de saúde é complexa, envolvendo aspectos culturais de ambas as partes. Ela depende da dinâmica da interação em que está em jogo a legitimação do serviço frente à comunidade que, de certa maneira, outorga poder a esse grupo de profissionais para lidar com alguns de seus problemas de saúde.

Apesar de o sistema de atenção à saúde ser uma construção coletiva, o seu uso difere de acordo com o grupo social, com as famílias e mesmo com os indivíduos, dependendo, entre outros fatores, do grau de instrução da pessoa, de sua religião, de sua ocupação, da rede social a que pertence e, concretamente, das doenças existentes⁽⁷⁰⁾.

O autor refere que a utilização dos serviços depende da relação de cumplicidade entre quem presta e quem recebe o serviço, isto é, o serviço de saúde deve ser aceito socialmente, no sentido de poder ser procurado em caso de doença. Isso não implica, contudo, uma forma homogeneizada de busca de atendimento⁽⁷⁰⁾.

Assim, consideramos que os usuários dos serviços de saúde buscam diferentes e diversos modos para atender às suas necessidades e/ou problemas, percorrendo não somente os serviços ofertados, mas também procurando possibilidades de atenção que respondam aos seus anseios e respostas para o enfrentamento da doença.

Para isso, contam com a presença de mediadores que podem ser pessoas ou instituições, que facilitam ou mesmo dificultam a articulação dos indivíduos no decorrer da sua trajetória. Martins⁽⁷¹⁾ afirma que os mediadores podem ser inibidores quando perpetuam conflitos, ou colaboradores quando estabelecem alianças e soluções que auxiliam o indivíduo a se fortalecer e encontrar modos de atenuar os conflitos estruturais e novas formas de enfrentamento de problemas sociais. Os mediadores colaboradores facilitam a circulação de dons positivos, responsáveis por fortalecer vínculos e alianças.

Portanto, neste estudo, buscou-se analisar a rede de serviços tecida a partir das trajetórias assistenciais dos usuários com transtornos psíquicos no município de Porto Alegre e a relação que estes estabelecem com os serviços, numa tentativa de compreender os arranjos realizados para atender às suas necessidades em saúde.

Entendemos que o modelo de atenção em saúde mental, que tem como proposta de cuidado o território orientado pela integralidade, tem nos trajetos assistenciais, caminhos de liberdade e criatividade, tecendo redes de atenção que resultam da procura realizada pelos usuários, família e equipe.

Assim, a partir da experiência empírica em que foram analisadas, não somente questões relacionadas às ações e serviços ofertados aos usuários portadores de transtorno psíquico, mas pretende-se situar o grau de implantação destas ações assistenciais à clientela acometida por este agravo no contexto da reforma psiquiátrica. Em outras palavras, buscaremos compreender aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde em rede, os conhecimentos e práticas assistenciais adotadas pelos profissionais de saúde sob o a ótica do usuário, bem como os efeitos e repercussões na sua vida a partir da análise das trajetórias assistenciais percorridas na busca por atendimento em saúde.

4 Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, exploratória, descritiva, do tipo estudo de caso.

O estudo de caso visa entender fenômenos sociais complexos, mantendo-se as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Visa compreender um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle⁽⁷²⁾.

A pesquisa qualitativa é aquela que não se preocupa em quantificar os dados e resultados. Ela responde a questões particulares, que dão ênfase ao universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes atribuídos a um determinado fenômeno. Ela revela as interpretações que as pessoas fazem sobre suas vivências, suas relações, como vivem e se constituem^(73,74).

Minayo⁽⁷⁴⁾ refere que a pesquisa qualitativa permite a obtenção de dados descritivos que fazem emergir aspectos subjetivos relevantes quando se busca compreender as percepções e entendimento sobre a natureza geral de um fenômeno.

Para Cervo e Berviam⁽⁷⁵⁾, o estudo descritivo observa, registra, analisa e correlaciona fatos sem manipulá-los. Trivínos⁽⁷⁶⁾ refere que o estudo descritivo tem por objetivo aprofundar a descrição de uma determinada realidade.

Já a fase exploratória permite ao investigador aumentar a experiência em torno de um determinado problema, explorando as diferentes dimensões do fenômeno estudado, surgindo novas hipóteses de acordo com as informações obtidas.

Diante disso, na presente pesquisa, buscamos analisar como é tecida a rede de assistência à saúde mental através da reconstrução das trajetórias assistenciais dos usuários com transtorno psíquico, levando em consideração as diferentes

formas e arranjos de acesso dos sujeitos, bem como características de acessibilidade dos serviços ofertados à população.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido a partir da Unidade de Estratégia Saúde da Família Pitoresca localizada no bairro Jardim Bento Gonçalves, zona leste do município de Porto Alegre. O bairro Jardim Bento Gonçalves não se encontra registrado na lista de bairros oficiais do município, sendo considerado parte integrante do bairro Partenon.

O bairro Partenon (Figura 2) compreende uma população de 47.430 habitantes, representando 3,49% da população do município. Este bairro foi criado pela Lei 2022 de 7/12/59, com limites ampliados no sentido leste, pela Lei 6572 de 08/01/90. Os bairros que se avizinham são: Vila João Pessoa, São José, Santo Antônio, Glória, Santana, Santa Cecília, Petrópolis, Jardim Botânico, Jardim do Salso, Jardim Carvalho e Agronomia⁽⁷⁷⁾.

Ainda no século XIX, o bairro tornou-se cenário do primeiro hospital psiquiátrico do Estado, quando 41 alienados inauguraram os pavilhões do Hospício São Pedro, que teve o início de sua construção em 02/12/1879, sendo inaugurado formalmente em 1884⁽⁷⁷⁾.

O Porto Alegre conta com 519 estabelecimentos de saúde, com um total de 133 estabelecimentos de saúde públicos, 16 estabelecimentos de saúde pública federal, 12 estabelecimentos de saúde pública estadual, 105 estabelecimentos de saúde pública municipal e 386 estabelecimentos de saúde privada. Dentre estes estabelecimentos, compõem a rede pública de serviços em saúde mental 03 CAPS i, 02 CAPS ad, 04 CAPS II, 01 Programa de Redução de Danos, 02 SRT, 01 Oficina de Geração de Renda, 02 Emergências Psiquiátricas, além de Ambulatórios com equipes matriciais nas gerencias distritais e estabelecimentos conveniados com leitos de internação psiquiátrica⁽⁹⁾.

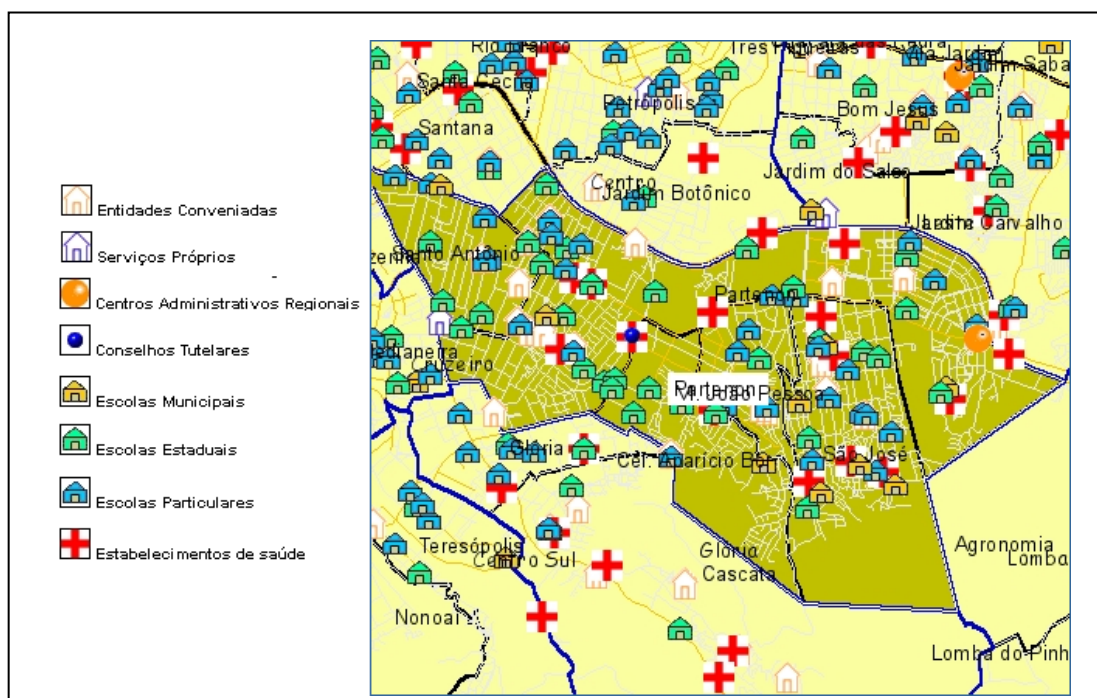


Figura 2: Bairro Partenon⁽⁷⁷⁾

A escolha do local foi intencional, devido a este estudo ser um subprojeto da pesquisa “Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, de acordo com o parecer nº 301, processo 001056577.08.7. Associa-se a essa escolha a inserção da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nesse local por meio de estágio curricular de graduação da disciplina de saúde mental II e da atividade de extensão “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”.

A aproximação com o local do estudo ocorreu no segundo semestre de 2008, quando acompanhei alunos de graduação durante a disciplina Estágio de Docência na Graduação I do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Após a conclusão do estágio de docência, continuei minha atuação no território por meio do projeto de extensão. Na ocasião, tive a oportunidade de acompanhar os alunos em campo de estágio durante os semestres 2008/2, 2009/1, participando de visitas domiciliares, das reuniões de equipe, discussões de casos, e atividades do Grupo Evolução.

O Grupo Evolução caracteriza-se como um grupo terapêutico de apoio, composto por usuários com transtornos mentais, seus familiares, trabalhadores da

ESF-Pitoresca, acadêmicos e pós-graduandos em enfermagem, onde são desenvolvidas atividades de suporte e promoção de saúde mental, possibilitando a comunicação e socialização para os envolvidos. Os encontros ocorrem mensalmente e utiliza-se o espaço da Escola de Ensino Fundamental Marina de Souza, situada na região de abrangência da ESF-Pitoresca.

A UBS/ESF Pitoresca é integrante da 9ª e 10ª Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/ Partenon. Possui 2 equipes de saúde da família, divididas em 4 micro-áreas cada, abrangendo um território de aproximadamente 8 mil pessoas. Soma-se a escolha do local do estudo o fato da UBS/ESF Pitoresca ser um espaço em consonância com as políticas atuais de saúde mental, responsabilizando-se pelos casos de sofrimento psíquico existentes na sua região.

Dentre as atividades desenvolvidas na ESF Pitoresca, destacam-se: acolhimento, agenda aberta para saúde mental, realização de visitas domiciliares, discussões de casos em equipe, grupo evolução, matriciamento^b.

Sua área de abrangência (Figura 3) compreende a Avenida Bento Gonçalves, Beco B, Vila Biriba e a rua Luizinha Borges Fortes.

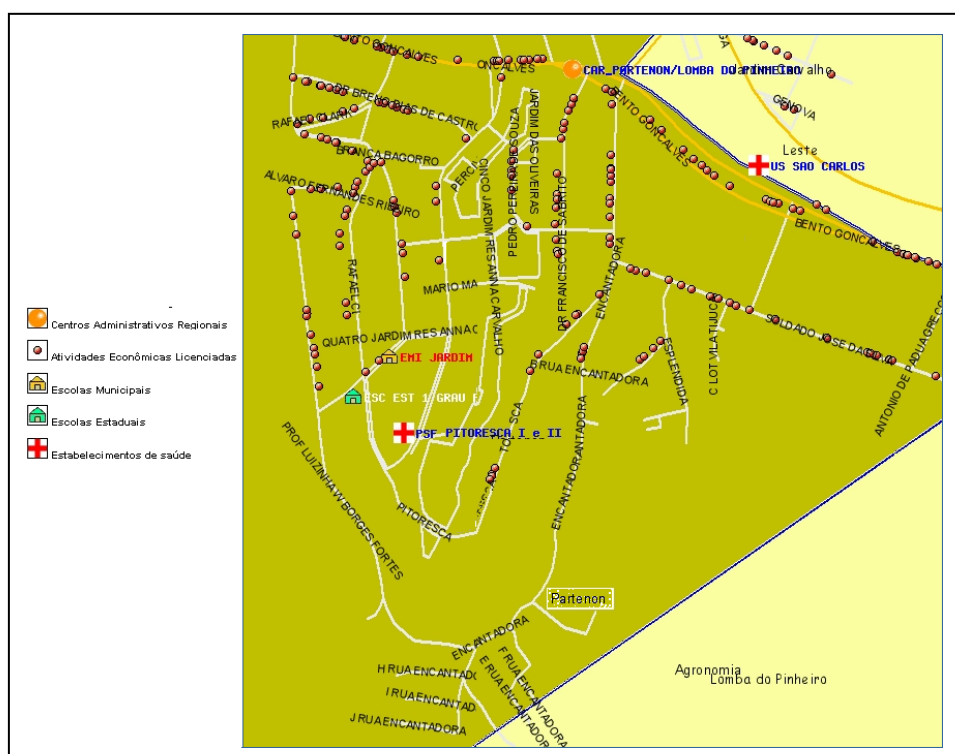


Figura 3: Território de abrangência ESF-Pitoresca⁽⁷⁷⁾.

^b No período da coleta dos dados desta pesquisa, o matriciamento encontrava-se em fase de estruturação. Para maiores informações sobre as atividades desenvolvidas na ESF Pitoresca, consultar Mielke (2007)⁽⁷⁸⁾.

Entre outros recursos existentes na comunidade, destacam-se a Escola Estadual Marina de Souza, Escola Infantil Jardim Bento Gonçalves, Associação dos Moradores Jardim Bento Gonçalves, Centro de Tradições Gaúchas Chimangos, uma igreja evangélica, além de algumas casas de umbanda.

Como espaço de lazer, contam com um campo de futebol e brinquedos infantis como balanços e escorregadores, que atualmente encontram-se em precárias condições de uso, situados na Praça Doutor Archimedes Moreira de Azambuja, ao lado da unidade de saúde.

4.3 Sujeitos do estudo

Inicialmente, a escolha dos sujeitos seria a partir da participação dos mesmos no Grupo Evolução. No entanto, na época da coleta dos dados desta pesquisa, apenas 3 usuários do grupo evolução tinham condições cognitivas para participação no estudo. Dessa forma foram selecionados 2 sujeitos fora do Grupo Evolução, mas que recebem atendimento na ESF-Pitoresca e tiveram atendimentos em outros serviços da rede de saúde mental do município.

Assim Os sujeitos dessa pesquisa foram 05 usuários com transtornos mentais cadastrados na área de abrangência da ESF-Pitoresca.

Optou-se por entrevistas com usuários e familiares com o intuito de dar voz a esses sujeitos, os quais utilizam os serviços e, portanto, entendo que são os principais informantes sobre as condições enfrentadas na busca do seu tratamento.

Foram critérios de inclusão para este estudo:

- Ser morador da área de abrangência da UBS-ESF Pitoresca;
- Receber atendimento na UBS-ESF Pitoresca;

4.4 Princípios éticos

Respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, foi assegurado aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, bem como a garantia do direito de desistir, a qualquer momento do estudo, e ter livre acesso aos dados coletados, considerando-se a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

No intuito de garantir o sigilo e o anonimato dos sujeitos, foram suprimidos os seus nomes verdadeiros e atribuído a letra “U”, seguida da ordem sequencial da entrevista (U1, U2, U3, U4, U5) e seus respectivos familiares com a letra F, seguida do código atribuído ao usuário (FU1, FU2, FU3, FU4, FU5).

O Projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem e Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, parecer nº 407, processo nº 001.049365.09.6 em 28 de outubro de 2009.

4.5 Coleta de dados

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, deu-se início à coleta de dados. Foram realizados os contatos com os sujeitos da pesquisa e os que manifestaram concordância com a participação no estudo a eles foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A partir disso, foram agendadas as entrevistas conforme a disponibilidade dos usuários.

Para obtenção das trajetórias assistenciais dos usuários, foi tomada como ferramenta a técnica de história de vida, mais especificamente a história de vida focal⁽⁷⁹⁾, por se tratar de um recorte específico da história de vida do sujeito, neste caso, a partir do adoecimento mental.

Haguette⁽⁸⁰⁾ afirma que a história de vida permite um mergulho no mundo do sujeito, possibilitando entender as variadas formas e arranjos eleitos para a execução de um determinado plano.

A entrevista em profundidade (APÊNDICE B) serviu como base para obtenção de dados, visto que a história de vida trabalha com o relato das experiências vividas pelo sujeito ao longo de sua história⁽⁸¹⁾. Foram pautadas a partir da pergunta norteadora: **“Fale em quais serviços de saúde o senhor(a) tem buscado ajuda para o seu problema de saúde mental”**. As entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador.

Segundo Minayo^(74:264), a entrevista em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um determinado tema. “É uma conversa com finalidade em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador”. Os questionamentos, quando realizados pelo investigador, têm o objetivo de buscar mais profundidade às reflexões. Desta forma, o pesquisador tem liberdade para aprofundar os seus questionamentos, permitindo uma melhor compreensão dos relatos fornecidos pelo sujeito da pesquisa.

A ordem das perguntas não segue uma sequência rígida, sendo determinada pelas ênfases que o entrevistado dá ao assunto em pauta. Assim, após a realização da primeira entrevista, foi realizada a transcrição dos dados para que pudesse ser efetuada uma análise preliminar e elaboração de questionamentos posteriores. Neste momento, avaliava-se a necessidade de retorno ao campo para aprofundamento das informações.

As entrevistas aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2009 e tiveram um tempo médio de 1 hora cada. Foram realizadas nas residências dos entrevistados, sendo realizadas, no mínimo, duas entrevistas por usuário. O quadro 1 ilustra a fase de coleta de dados e a necessidade de introdução de informantes-chaves para complemento de algumas informações.

	U1	U2	U3	U4	U5
Entrevistas realizadas somente com os usuários	-	2	2	2	2
Entrevistas realizadas com a dupla usuário/familiar	2	1	-	-	-
Entrevistas realizadas somente com o familiar	-	1	1	-	-

Quadro 1: Ordem entrevistas usuários e informantes-chaves

Em dois dos casos, as entrevistas foram realizadas somente com o usuário. Nos outros três casos, houve a necessidade de ouvir uma pessoa de referência, no caso, familiares, que acompanharam o usuário durante os percursos realizados nas mais variadas situações na busca por serviços de saúde mental.

A necessidade de introduzir os familiares como informantes-chaves deu-se por motivos diferentes. No caso do entrevistado U1, não foi possível fazer as entrevistas somente com o usuário devido ao fato de sua mãe (FU1) estar sempre junto do usuário no momento das entrevistas, realizando intervenções durante as mesmas.

Nos casos U2 e U3, após as 2 entrevistas somente com o usuário, foi necessário entrevistar os seus respectivos familiares no sentido de se buscar maior riqueza de detalhes da sua vivência em busca de tratamento. Diante disso, primeiramente aconteceram entrevistas com a dupla usuário/familiar. Nestes dois casos, foi realizada uma entrevista somente com o familiar, pois os mesmos não se sentiram à vontade para falar de certos detalhes na presença do usuário, por entenderem que a reconstrução da trajetória vivenciada pelo usuário poderia desestabilizá-los emocionalmente.

4.6 Análise de dados

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados e agrupados em diferentes temáticas, através das etapas de ordenação de dados, classificação dos dados e análise final⁽⁷⁴⁾.

A fase de ordenação dos dados consistiu no mapeamento do material obtido organizando-os preliminarmente, obtendo-se uma visão geral dos dados coletados.

A fase de classificação dos dados foi marcada pela leitura exaustiva e repetida dos dados obtidos, no sentido de organizá-los em categorias e subcategorias. Conforme os relatos dos sujeitos, emergiram as seguintes categorias: Apresentando as trajetórias assistenciais dos usuários; Trajetórias Assistenciais: caminhos percorridos na rede de atenção em saúde mental.

A Análise final dos dados incidiu em estabelecer relações entre os dados obtidos e o referencial teórico da pesquisa, no sentido de responder aos objetivos propostos inicialmente no estudo.

5.1 Apresentando as trajetórias assistenciais dos usuários

Este capítulo é dedicado a apresentar as trajetórias assistenciais dos usuários com transtorno psíquico, ou seja, será realizada uma descrição dos percursos desenvolvidos pelos cinco protagonistas do estudo na tentativa de resolução do seu problema/necessidades em saúde mental, emergidas a partir de seus relatos.

Em seguida, será (re)construída a representação gráfica das trajetórias, evidenciando-se os serviços de saúde acionados nestes percursos. A simbologia empregada está descrita na figura 4.

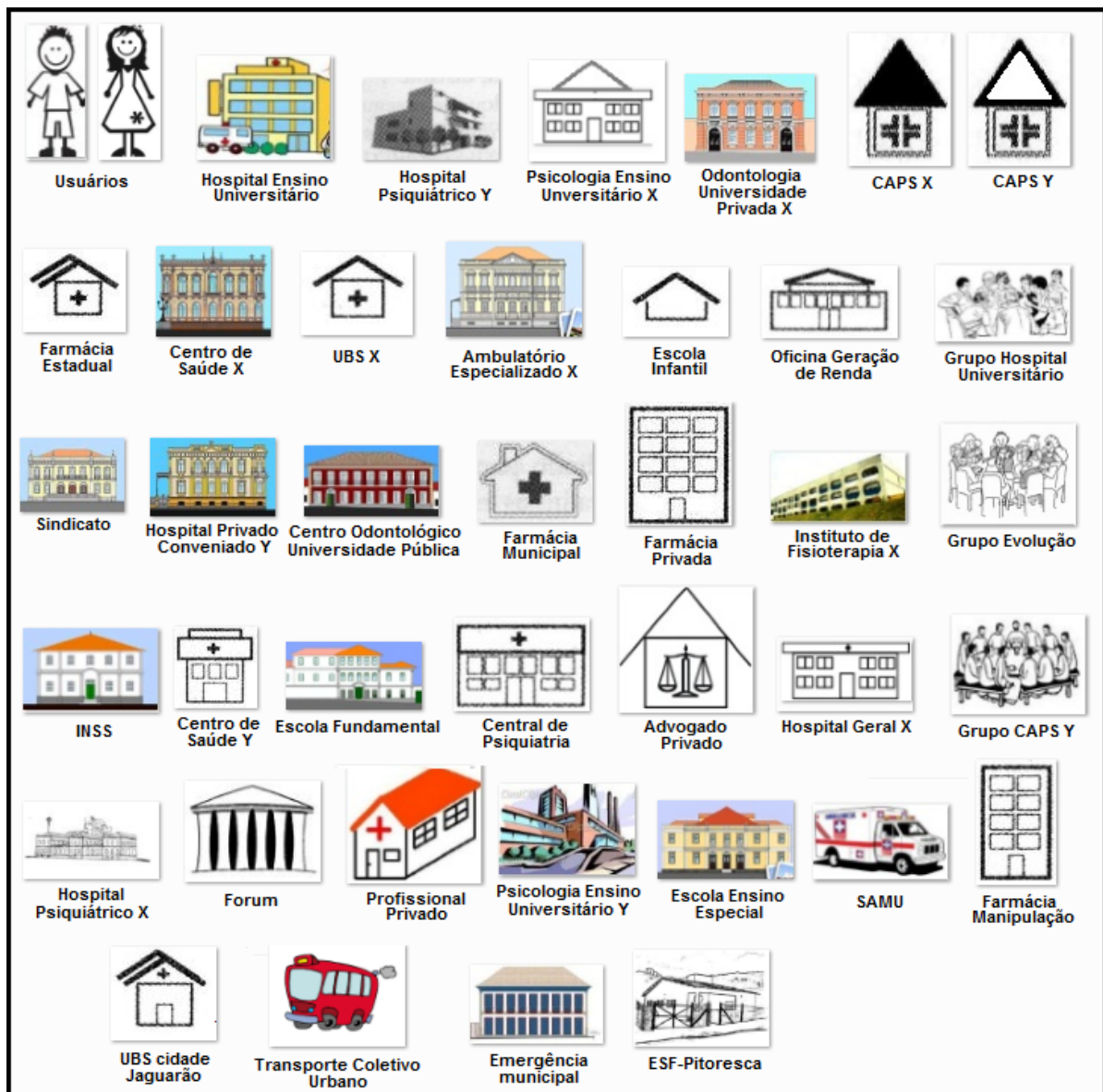


Figura 4: Legenda empregada nas trajetórias assistenciais.

5.1.1 Apresentando U1

U1, 46 anos, solteiro, reside com seus pais, sua irmã e uma sobrinha. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Refere não ter profissão, embora tenha realizado um curso de eletrônica em uma escola técnica. Trabalhou como técnico em eletrônica por 4 anos em uma oficina que seu pai mantinha. Também exerceu atividades de servente de pedreiro e teve uma experiência como auxiliar de serviços gerais em uma confeitaria.

Segundo relatos de sua mãe, desde os 3 anos de idade apresentava dificuldade de atenção e chorava muito. Aos 7 anos, quando sua mãe solicitou seu ingresso no ensino fundamental, é que começou a perceber que se tratava de um “problema na cabeça”. Na ocasião, foi negada a matrícula em duas escolas por não ter sido aprovado nos exames de aptidão.

A mãe, por entender a importância da escola enquanto espaço socializador, matriculou-o em uma escola de educação infantil próxima à sua residência, até o próximo período de matrícula na Escola Fundamental. Nesse momento, por indicação das educadoras, foi aconselhada a procurar uma avaliação médica, devido à dificuldade de U1 acompanhar seus colegas de turma. Iniciou-se, assim, sua jornada nos serviços de saúde mental.

Após 1 ano, conseguiu matrícula em outra escola de ensino fundamental, instituição Estadual que oferecia ensino especial. U1 ingressou com 8 anos de idade nessa escola, tendo a sua permanência garantida até os 14 anos. Porém, U1 conseguiu manter-se na escola até os 16 anos devido à solicitação de sua mãe.

U1 conseguiu avançar até a 4ª série. Devido às suas dificuldades, foi reprovado e, segundo seus relatos, retornava para a 1ª série com o objetivo de mantê-lo na escola.

Chegava na hora das provas, era humilhante. Me esquecia de tudo. Aprendia tudo, fazia. Passava de ano. Quando menos esperava voltava tudo de novo. Aí começava tudo de novo. Quando achava que ia passar, não dava (U1).

Referente aos seus trajetos nos serviços de saúde, inicialmente, foram buscar ajuda de um clínico geral que prestava assistência em um sindicato ao qual seu pai

era vinculado. Após essa primeira consulta médica, foram orientados a procurar uma avaliação psiquiátrica.

Assim, foram encaminhados para a extinta Central de Psiquiatria, na época situada em um hospital de ensino universitário. Nesse serviço, o psiquiatra solicitou a realização de um eletroencefalograma que acusou sinais de lesões cerebrais.

Foram prescritas medicações e U1 foi encaminhado para acompanhamento psicológico no Centro de Saúde X, referência da região onde moravam, permanecendo em atendimento nesse serviço por quatro anos. Juntamente seguiam as consultas com o psiquiatra na Central de Psiquiatria.

U1 e sua mãe relatam a dificuldade de acesso à Central de Psiquiatria, pois o atendimento era condicionado à retirada de senhas para a marcação da consulta psiquiátrica. Para o agendamento com o psiquiatra que o acompanhava, era necessário se dirigir para a fila por volta das 4 horas da manhã, pois havia disponibilidade de um número limitado de consultas diárias.

Por várias vezes, voltaram pra casa sem conseguir a consulta médica. Contam que nestas ocasiões, para não ficarem sem suas medicações, a Central de Psiquiatria disponibilizava a renovação de receita sem necessariamente passarem pela consulta médica. Na época, aquisição dos seus medicamentos era feita junto a uma farmácia privada, uma vez que não eram disponibilizados no sistema público.

Periodicamente, o psiquiatra referenciava U1 a um neurologista para a avaliação do quadro neurológico. Essas consultas eram realizadas no Centro de Saúde X.

Com a extinção da Central de Psiquiatria, devido à descentralização do sistema de atendimento ambulatorial em saúde mental, U1 iniciou seu atendimento psiquiátrico no Centro de Saúde Y e, posteriormente, no Centro de Saúde X.

Seguiu seu acompanhamento psiquiátrico até os 22 anos, época em que resolveu abandonar o tratamento. U1 alegava não necessitar mais de acompanhamento médico, nem medicamentoso, relatando que na ocasião chegou a desprezar sua medicação na lixeira.

Botei os remédio tudo fora. Eu achei que já estava bom. Dava os exames, estava tudo bom. Então vamos ver! (U1).

É importante salientar que até esse período U1 e sua mãe relatam não serem informados claramente sobre o diagnóstico da sua doença. U1 seguiu sem acompanhamento psiquiátrico até os 44 anos de idade (2006), época em que começou a apresentar alucinações auditivas. Com o aparecimento desse sintoma, reiniciaram a busca por serviços de saúde mental. Solicitaram uma consulta médica na ESF-Pitoresca, referência do local onde residem. Nesta época, foram prescritos medicamentos ansiolíticos e antipsicóticos, dispensados na farmácia municipal.

U1 realizou tratamento com o médico da ESF Pitoresca por aproximadamente um ano, até conseguir uma vaga no ambulatório especializado X.

Durante seu tratamento no ambulatório especializado X, surgiu um convite para integrar o Grupo Terapêutico Evolução, desenvolvido pela Escola de Enfermagem da UFRGS em parceria com a ESF Pitoresca.

[...] Me descobriram. [...] a professora, uma das fundadoras, veio fazer pesquisa aí [...] ela falou que podia fazer um grupo, se eu aceitava ir no grupo [...] (U1).

Com sua participação no Grupo Evolução, foi solicitado junto a ESF Pitoresca seu encaminhamento para atividades na Oficina de Geração de Renda, serviço integrante da rede de serviços de saúde mental do município.

U1 está em acompanhamento há 2 anos no ambulatório especializado X.

[...] Tão querendo me mandar para o posto de volta. [...] acho que ainda não devem fazer isso (U1).

Referente ao tratamento medicamentoso, faz uso de Clorpromazina que retira nas farmácias do município, e obtém na farmácia do estado Fluoxetina e Risperidona.

Para conseguir as medicações na farmácia do Estado, foi necessária a abertura de processo administrativo que perdurou aproximadamente um ano. Até que o processo fosse deferido, fazia a compra das medicações em farmácia privada. Por diversas vezes recebeu auxílios dos médicos do ambulatório especializado x, que lhes cediam amostras. Devido ao longo período de espera para aquisição dos medicamentos do Estado, havia combinado com a médica a abertura de um processo judicial, que não se efetivou, uma vez que o processo foi deferido.

U1 relata outro grande sofrimento que passou durante a sua adolescência (16 anos), um tratamento odontológico devido a um problema em sua mandíbula. Relata ter iniciado com febre, sendo levado à Emergência municipal, onde foi medicado e liberado para sua casa.

Minha doença foi um febrão que eu tive. Quase morri. Me levaram para o pronto socorro. Aí me deram uma injeção. [...] voltei pra casa. Tinha baixado a febre e tudo (U1).

Conta que após sua passagem pela Emergência começou a perceber seu rosto “inchado” e também o surgimento de “caroços” na região da mandíbula, quando foi a procura de auxílio novamente.

[...] disseram que era dente siso. Tiraram, não adiantou. Ficou um mês bom e começou de novo (U1).

O tratamento odontológico ocorreu com um cirurgião dentista do sindicato, que primeiramente sugeriu a extração de um dente, mas, posteriormente, com a recidiva dos sintomas, solicitou exames radiológicos, discutindo o caso com alguns colegas de profissão.

[...] bateram raio x dos dentes e aí viram os tumor (U1).

Após, foi encaminhado para avaliação odontológica especializada no Serviço de Odontologia de uma Universidade Privada X conveniada ao INSS, onde U1 começou um novo tratamento, realizando 5 cirurgias.

Daí eu fui pro hospital, ali começou a jornada. Faz cirurgia, faz raspagem, limpa osso, raspa osso, tira tumor. E assim foi indo (U1).

Quando U1 completou 18 anos de idade, iria ser desligado da cobertura de assistência em saúde do INSS, o qual era vinculado como dependente de seu pai. Foi solicitada a avaliação de uma junta médica que atestasse a necessidade do seu tratamento odontológico, iniciando uma série de perícias médicas, que resultou na sua dependência definitiva junto ao INSS, podendo assim dar seguimento ao seu tratamento.

Por intermédio do trabalhador da farmácia onde sua mãe fazia a compra dos medicamentos, foi sugerido que procurasse outro cirurgião-dentista. De posse dos exames já realizados, buscaram atendimento dessa indicação em outro hospital privado conveniado (Y) com o INSS. Na ocasião desta consulta, descobriram a existência de um tumor na mandíbula, realizando um novo procedimento cirúrgico, para a extração de parte de sua mandíbula e colocação de um implante.

Seguiu com consultas de revisão e, posteriormente, foi encaminhado para acompanhamento em um Centro de Atendimento Odontológico de uma universidade pública, onde dá continuidade a seu tratamento com consultas e exames radiológicos pré-agendados, conforme a avaliação do profissional.

Aos 35 anos, iniciou um processo administrativo junto ao INSS para obtenção de benefício financeiro. Como não estava realizando tratamento médico para o problema psiquiátrico, foi em busca de um psiquiatra no sistema privado, que lhe concedeu os laudos para a abertura desse processo.

Para o seguimento desse processo seria necessária uma perícia médica de um profissional vinculado a um serviço público. Primeiramente, percorreram diferentes lugares (delegacia, posto de saúde) no intuito de conseguir o laudo, iniciando trajetos marcados por desinformações e desencontros.

Procuraram o Centro de Saúde Z, onde foram orientados a agendar entrevista com psiquiatra e assistente social de uma entidade não governamental X. Relatam dificuldade de acesso à consulta com psiquiatra e assistente social responsáveis pelo fornecimento dos laudos, pois não disponibilizavam agendamento de horários para esse atendimento.

Apesar da dificuldade, obtiveram os laudos que atestavam impossibilidade de U1 para o trabalho e iniciaram o processo de obtenção do benefício junto a uma agência do INSS.

U1 recebeu o Benefício Social LOAS^c por aproximadamente 5 anos, realizando perícias médicas anualmente. Após esse período, para a manutenção do benefício, foi comunicada pelo INSS a necessidade de interdição judicial de U1. Enquanto era encaminhado o processo de interdição, o benefício foi cancelado, pois o INSS alegou a desistência do beneficiário.

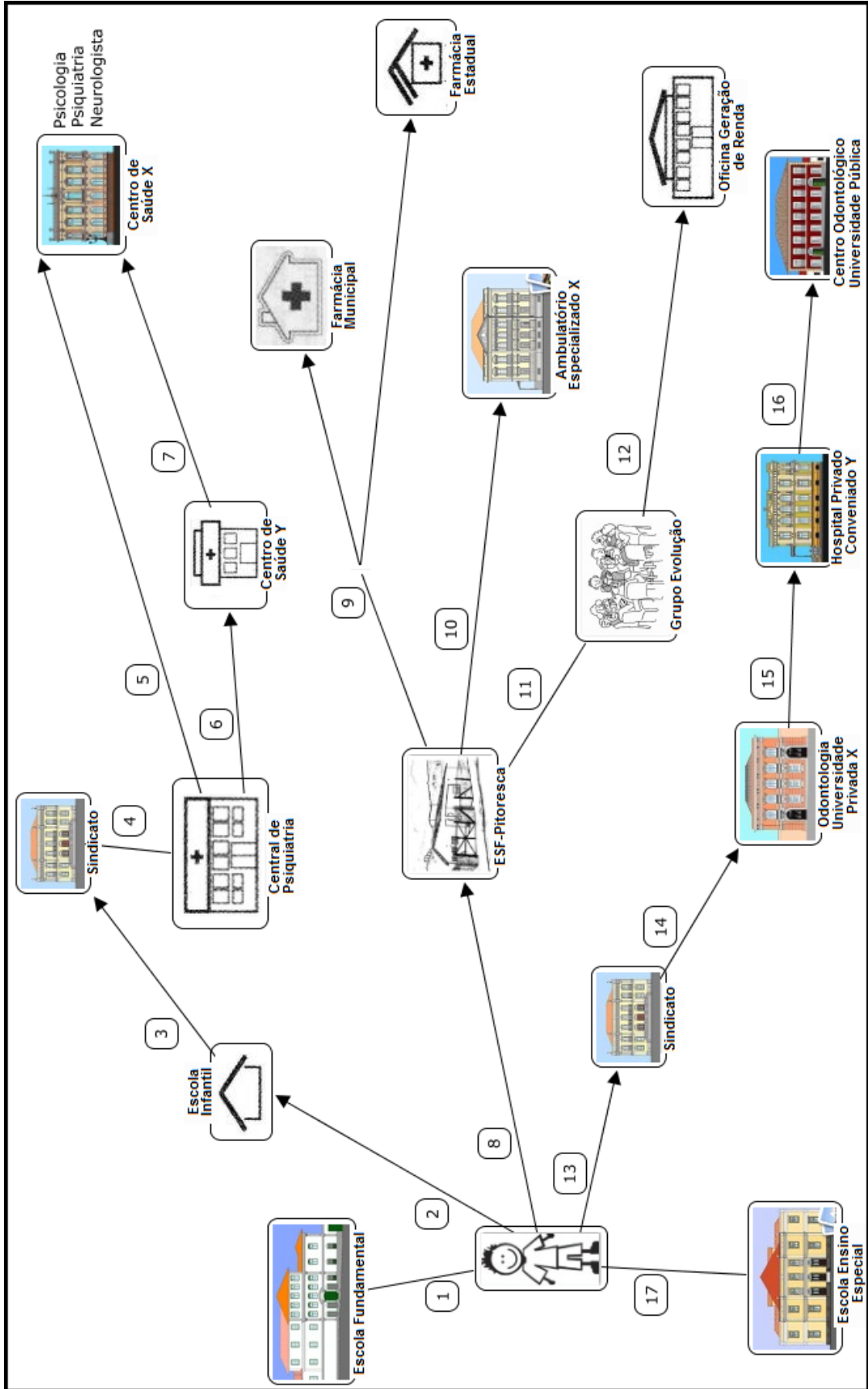
^c LOAS é um benefício de 1 salário mínimo concedido mensalmente à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família⁽⁸²⁾.

Diante das circunstâncias, a agência do INSS solicitou o agendamento de uma nova perícia para avaliação do caso, desligando definitivamente o usuário do programa de benefício, alegando sua aptidão ao trabalho, fazendo com que o processo de interdição fosse abandonado.

Para reaver o benefício do INSS, iniciam um processo judicial com o auxílio de um advogado privado que orientou entrar com uma ação de aposentadoria para U1, justificada pela necessidade dos custeios do seu tratamento de saúde.

Atualmente, aguarda o desenrolar do processo, mantém seu acompanhamento médico mensal no ambulatório especializado X, que discute o retorno para a ESF Pitoresca, participa das reuniões do Grupo terapêutico Evolução e das atividades da oficina de Geração de renda GerAção POA.

Figura 5: Trajetória assistencial usuário U1.



5.1.2 Apresentando U2

U2, 65 anos, tem 2 filhas. Sua segunda filha foi encaminhada para adoção, devido a sua dificuldade de cuidá-la face à sua patologia psiquiátrica. Estudou até a 3ª série do ensino fundamental. É aposentada, reside com um sobrinho que é casado e tem 2 filhos. Natural da cidade Erechim, interior do Rio Grande do Sul.

Residiu com sua família até os 10 anos de idade, quando sua mãe faleceu e o pai abandonou a casa, sem nunca mais dar notícias. Com isso, ela e os irmãos foram separados e abrigados em casas de famílias, onde passaram a prestar serviços domésticos.

[...] fomos criados por famílias separadas. [...] pegou uma e levou pra cá, e pegou outro e levou para lá (FU2).

Com aproximadamente 15 anos, ainda residindo em Erechim, iniciou seu problema de “nervos”, sendo trazida pelos pais de criação ao Hospital Psiquiátrico X em Porto Alegre, quando teve a sua 1ª internação psiquiátrica.

Devido às sucessivas internações, U2 migrou do interior do estado para morar com uma de suas irmãs que residia em Porto Alegre. Aos 25 anos começou a trabalhar como empregada doméstica sem carteira assinada, sendo dispensada sempre que apresentava crises e era necessária sua internação.

[...] trabalhava e daqui a pouco ela adoecia. [...] quando ela ficava boa ia para um outro serviço, porque daí aquele serviço não queria mais (FU2).

U2 não sabe precisar o número de internações psiquiátricas que teve no Hospital Psiquiátrico X. Após a regionalização das hospitalizações psiquiátricas, teve também internações no Hospital Psiquiátrico Y.

[...] várias vezes eu baixava hospital. No [hospital X] foi umas 8, 9 [vezes] eu acho. [...] depois quando terminou ali, me internava no [hospital Y], umas 2, 3 vezes (U2).

Com a alta hospitalar era encaminhada para o ambulatório da Central de Psiquiatria, onde passava a fazer o seu acompanhamento médico psiquiátrico

mensal, renovando suas receitas de medicamentos que comprava em farmácia privada, quando não conseguia a dispensa na Central de Psiquiatria. Para agendar as suas consultas psiquiátricas, enfrentava filas, tendo que chegar de madrugada para garantir senha de atendimento.

[...] de mês em mês eu ia lá pegar receita. Eu amanhecia lá às vezes para pegar uma ficha, para depois pegar a receita, para consultar (U2).

Quando a Central de Psiquiatria foi extinta, passou a realizar seu acompanhamento na UBS X que, na época, era a referência do bairro onde mora. Conta que, apesar de ter havido uma mudança do local das suas consultas médicas, não houve alterações na rotina para conseguir o agendamento dessas consultas.

[...] comecei a ir pra [UBS X]. Saia as 5 da manhã. Pegava lá a ficha também, para depois na outra semana pegar a receita do remédio (U2).

Após mais uma re-estruturação dos serviços públicos de saúde do município, U2 começou a realizar seu tratamento junto a ESF-Pitoresca, referência do seu bairro.

U2 não tem internações psiquiátricas há aproximadamente 10 anos. Hoje segue com seu acompanhamento de saúde na ESF-Pitoresca, retira seu medicamento para “o problema de pressão” e também renova as receitas do remédio “para dormir” que retira na Farmácia municipal Y.

[...] meu sobrinho que pega lá no modelo. Não precisa pagar nada. Só quando não tem daí minha sobrinha compra. [...] me entregam a cartela e eu guardo [...]. Tomo um, uma metade de manhã, a metade depois do almoço [...] e 1 inteiro antes de dormir (U2).

Participante assídua do Grupo Evolução, comparecendo aos encontros desde a sua fundação.

[...] se faltar o grupo, eu vejo que ela não fica bem. O grupo está ajudando. [...] quando tem reunião, é festa. Todo mundo vai se ver, todo mundo vai (FU2).

Em seu último emprego teve sua carteira de trabalho assinada. Dessa forma, quando U2 necessitava de internação, obtinha o direito de auxílio doença junto ao INSS, intercalando períodos de trabalho com o auxílio doença. Posteriormente, ingressou com um pedido de aposentadoria por invalidez.

[...] me aposentei porque eu sofria dos nervos. A gente fazia perícia todos os meses. A minha irmã me levava. Demorou, mas ela conseguiu me aposentar. [...] marcava as perícias, daí a gente ia lá e fazia (U2).

É beneficiária do Passe Livre do Transporte Coletivo Urbano e especifica que o mesmo não foi conquistado devido à sua doença, mas por ter atingido a idade para a isenção.

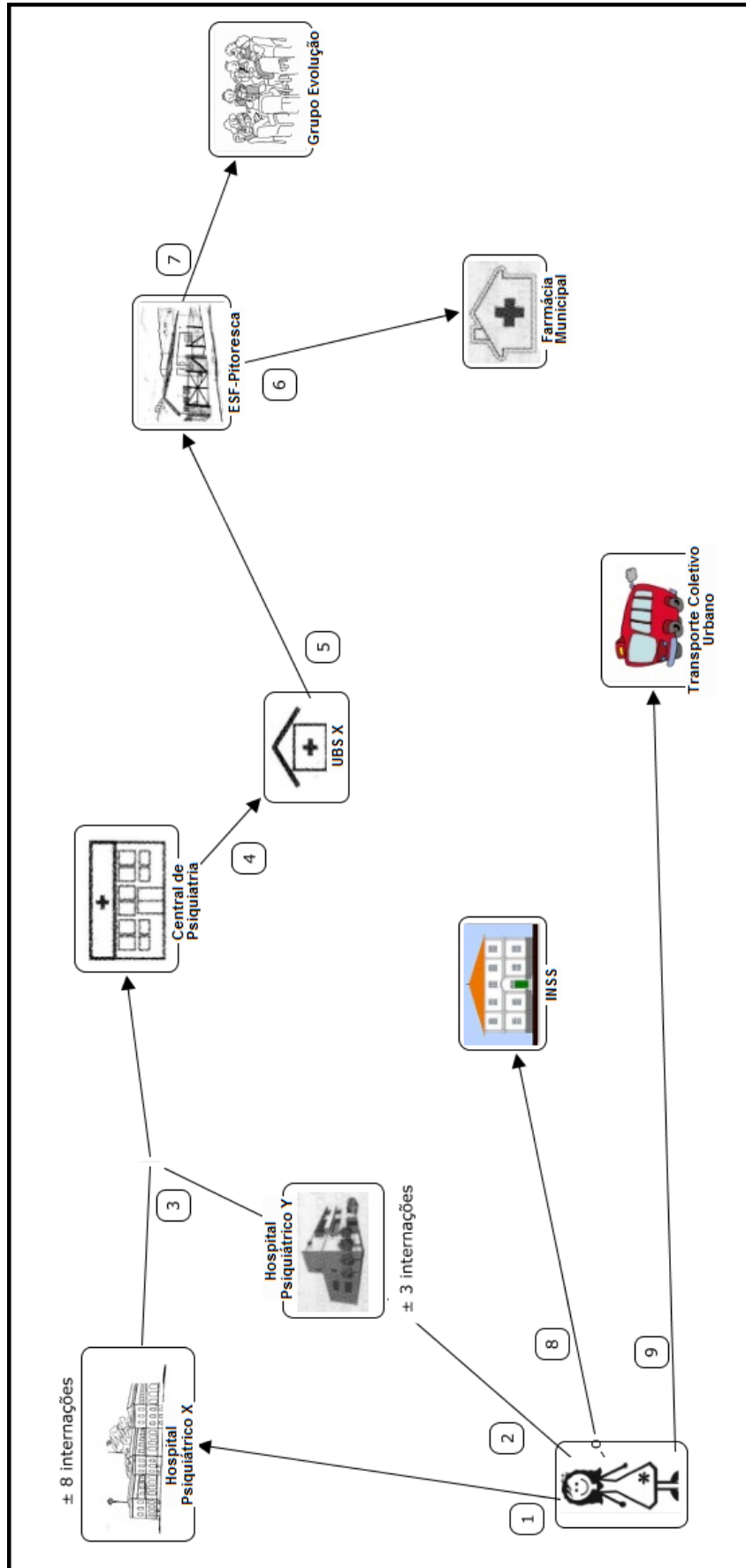
A carteirinha do ônibus [...] a minha sobrinha tirou comigo. [...] pra andar de ônibus eu não pago (U2).

Participa dos cultos de uma igreja evangélica próxima da sua casa onde, além de ser um espaço de apoio espiritual, também é um local de confraternização e ampliação do seu círculo de amizades.

[...] Eu vou na Igreja quarta, sexta e domingo [...] é pertinho. [...] tenho amigos, amigas, converso (U2).

U2 frequentemente comparece a ESF-Pitoresca para o controle de sua pressão arterial ou qualquer outra situação que julga necessário utilizar a unidade de saúde e, mensalmente, participa das reuniões do grupo Evolução.

Figura 6: Trajetória assistencial usuário U2



5.1.3 Apresentando U3

U3, 49 anos, natural do município de Jaguarão. Aos 6 meses de idade foi acometido por meningite, recebendo tratamento hospitalar. Estudou em escola especial até os 14 anos, época em que migrou com sua família para Porto Alegre. Atualmente tem um estilo de vida sedentário, passando seus dias em casa assistindo televisão. Antigamente sua rotina era diferente, quando circulava no espaço da cidade e exercia atividades na paróquia da igreja do bairro em que vivia.

[...] lá [em jaguarão] eu saia para o centro. [...] ia para as igrejas. Passava o dia inteiro. [...] passeava. (U3).

[...] ele era coroinha, ajudava o padre na igreja. Aqui também teve um tempos que ele ia. [...] Ele ia quase todos os dias na minha casa, atravessava a rua tudo direitinho. [...] Hoje se levanta da cama, vai lá lava o rosto e fica lá vendo TV (FU3).

Em Jaguarão, fazia acompanhamento em uma unidade de saúde. Quando chegou à capital, iniciou tratamento no Centro de Saúde Y, onde foi acompanhado por uma psiquiatra por 10 anos. Posteriormente, foi encaminhado para o Ambulatório especializado X, que frequentou algumas vezes, abandonando o tratamento médico por aproximadamente 12 anos.

Possui um irmão policial civil aposentado que incluiu U2 e sua mãe como dependentes em seu plano de saúde da União Gaúcha de Policiais Civis do Estado do Rio Grande do Sul (UGAPOCI). Com isso, voltou a fazer acompanhamento com um médico neurologista conveniado na sede da UGAPOCI.

Tem consultas trimestrais, quase sempre para renovação das receitas do medicamento que utiliza diariamente. Quando não consegue agendar consulta com o neurologista, renova as receitas com algum clínico geral disponível pelo convênio. Utiliza a UGAPOCI para todas as consultas médicas que necessita e realiza os exames solicitados em laboratórios conveniados com a associação.

U3 também faz tratamento para “dores nas costas”. Utiliza um Instituto de Fisioterapia X, clínica privada, conveniada do seu plano de saúde, onde realiza seções de fisioterapia semanalmente.

Sempre contou com o apoio da mãe para os seus cuidados. Hoje, devido à idade avançada da mãe, a irmã o ajuda nas tarefas da casa e o acompanha em suas consultas médicas, seções de fisioterapia e outras demandas.

Utiliza a ESF Pitoresca para a administração de medicações intramusculares prescritos e participa das reuniões do grupo Evolução, além das visitas da Agente Comunitária de Saúde da sua área. Relatam que foi através de uma visita da ACS que souberam da existência do grupo Evolução, quando foram convidados a fazer parte das reuniões mensais.

[...] a gente vai ali na UGAPOCI, tem tudo. Mas se precisar, se tiver algum problema maior, que precisar, a gente vai ali [ESF]. Não é que a gente não queira ir ali. É porque ele tem já a associação. [...] Porque a gente vai ali, se a gente tem a associação? [...] como agora ele fez as injeção ali. [...] ainda mais que a gente sabe que ali é rápido o atendimento pras pessoas idosas e pras pessoas com problema mental [...] é só falar ali com a [ACS] [...] em seguida já arruma um médico. [o grupo evolução] foi através da iara (FU3).

U3 participa dos encontros do grupo Evolução. Comparece acompanhado do seu vizinho U1, que também participa das reuniões, tendo nestes encontros um espaço de sociabilização onde confraterniza com seus amigos do grupo.

[...] chega perto da hora ele vai lá correndo, tomar banho, faz a barba, se arruma pra ir pro grupo. A gente sabe que ele gosta. E ele marca: "ah! sexta feira tem o grupo". Já chega na janela e fala pro [U1]. Vamos hoje [U1]? [...] ta sempre lá. [...] ele diz tem terapia. Sexta-feira tem reunião (FU3).

Segundo relatos da sua irmã, chegaram a ver a possibilidade de retirar a medicação na farmácia básica do município, mas, devido à burocracia, resolveram por fazer a compra da medicação na farmácia UGAPOCI, tendo dessa forma o valor de seus remédios descontado na folha de pagamento de seu irmão.

[...] é muita incomodação. Tinha que levar, preencher um monte de formulário (FU3).

É beneficiário do Passe Livre do transporte coletivo urbano, com direito a acompanhante. O encaminhamento do benefício foi realizado por meio da APAE do município.

[...] foi lá na APAE ali na galeria do Rosário [...] não foi difícil. A gente só encaminhou (FU3).

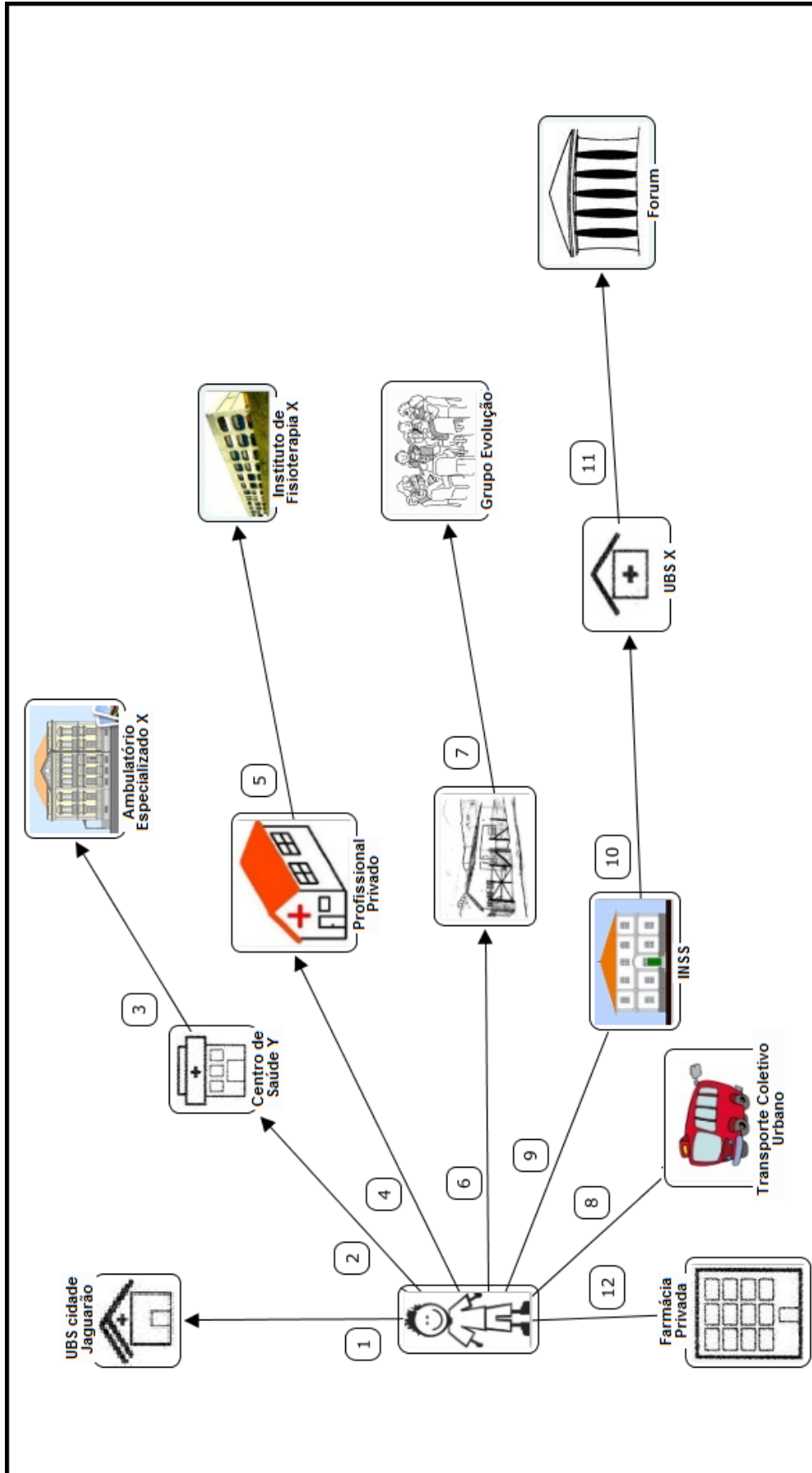
Em uma tentativa de aposentar U3, o irmão assinou sua carteira de trabalho por 5 anos. Passado este período, solicitaram no INSS o pedido de aposentadoria, que foi negado sob alegação de que os laudos apresentados demonstravam que U3 já possuía a “doença incapacitante” anteriormente aos descontos realizados ao INSS. Ao conversar com uma moradora do bairro, foram informados de que poderiam dar início a um novo pedido, desta vez, procurando o serviço social na UBS X, solicitando o benefício de Assistência Social (LOAS).

U3 foi interditado judicialmente, tendo a irmã como sua procuradora. O pedido de interdição foi orientado por uma assistente social que fez, posteriormente, o encaminhamento para o perito do INSS.

[...] A assistente social a primeira coisa que ela me deu pra fazer foi a interdição [...] foi rápido, teve no fórum direitinho, demorou 6 meses, teve 2 audiências. [...] sou a representante legal, a procuradora (FU3).

Com a interdição judicial, foi concedido o benefício financeiro, o qual U3 recebe mensalmente. Atualmente segue em acompanhamento com o neurologista, fisioterapeuta e participa das reuniões do Grupo Evolução.

Figura 7: Trajetória assistencial usuário U3.



5.1.4 Apresentando U4

U4, 32 anos, reside com o ex-marido e 3 filhos. Tem o 1º grau completo. Trabalhou como empacotadora em um supermercado e também como auxiliar de serviços gerais em uma empresa de prestação de serviços. Refere fazer tratamento para transtorno de humor e depressão. Lembra que desde a infância era “depressiva” e tinha “pensamentos suicidas”.

[...] Eu sempre fui depressiva desde pequena. Sempre tive pensamento suicida [...]. Me sentia triste, sempre vivia chorando (U4).

Procurou a ESF Pitoresca devido a constantes queixas de tonturas e dores de cabeça, chegando a realizar tratamento para enxaqueca e labirintite. Em 2002, ao final da sua 2ª gestação, iniciou tratamento para depressão na ESF. Na época, foram prescritos antidepressivos e acompanhamento médico semanal para avaliação do seu caso. Mais tarde, foi diagnosticada com um transtorno bipolar, iniciando o uso de estabilizadores de humor e antipsicóticos.

Devido à dificuldade de acesso a serviços especializados em psiquiatria, foi encaminhada pela ESF-Pitoresca para um grupo de pesquisa com pessoas com Transtorno de Humor Bipolar realizado em um hospital universitário, que posteriormente abandonou por avaliar que não havia melhora em sua saúde.

Retornou para seu acompanhamento na ESF-Pitoresca e persistiam as dificuldades de acesso a uma avaliação psiquiátrica.

Por meio de um anúncio publicitário, procurou um serviço de psicologia e psiquiatria privado que, segundo seu relato, foi confirmado o diagnóstico e tratamento medicamentoso prescrito pelo médico da ESF. Na ocasião também foi sugerida a sua internação em uma unidade psiquiátrica privada, a qual não podia arcar com os custos da hospitalização, retornando para o acompanhamento na ESF Pitoresca.

A ESF conseguiu uma avaliação no CAPS X devido a comportamento suicida (ideação) e, após a avaliação, foi orientado seu retorno para a ESF para encaminhamento ao CAPS Y, local de referência.

[...] Ela [médica ESF] me encaminhou pro [CAPS X]. Ali eu passei pela avaliação do psiquiatra e ele disse que ali não seria caso pra mim. [...] falou que melhor pra mim era o [CAPS Y] (U4).

Enquanto aguardava avaliação no CAPS Y, conta que teve uma tentativa de suicídio, e foi encaminhada ao Serviço de Emergência Psiquiátrica do município, sendo medicada e encaminhada para a sua residência.

A primeira vez que eu fui no [emergência] [...] eu já tava tentando suicídio, passando mal. Aí lá a mulher disse que tava lotado o [emergência], que não teria como eu ficar lá internada. [...] me deu uma injeção e me mandou pra casa (U4).

U4 manteve a ideias suicidas e seus familiares procuraram novamente a ESF, que fez contato com o CAPS Y. Enquanto aguardavam agendamento do acolhimento, decidiram por uma internação domiciliar.

[...] fiquei tipo, uma internação em casa. Aí minha família ficava direto me cuidando. [...] só passava dormindo, era medicação o tempo todo (U4).

No CAPS Y foi sugerida uma internação psiquiátrica, sendo encaminhada para o serviço de emergência psiquiátrica, que é responsável por regular os leitos psiquiátricos disponíveis na rede pública.

[...] eu tava muito mal. Eu tava tomando aqueles 6 tipos de remédio e eu só dormia. [...] eu não via mais meus filhos, eu não via nada. Daí a psicóloga falou: agora tu vai ter que passar por uma internação (U4).

Foi para a Emergência Psiquiátrica acompanhada de sua mãe, levando o encaminhamento do CAPS Y. Na emergência, foi medicada e mantida em observação. No dia seguinte, após uma tentativa de suicídio dentro da emergência, foi transferida para o Hospital Geral X.

[...] eu estava dentro do [emergência] [...] como eu tentei suicídio lá dentro, eles me mandaram direto pro [hospital geral X] (U4).

Após 15 dias de internação no Hospital Geral X, solicitou sua alta hospitalar. Refere que atenderam seu pedido após terem acordado com U4 a continuidade do seu tratamento junto ao CAPS Y e ao acompanhamento psicológico no Ambulatório de Psicologia de ensino universitário X.

[...] aí eu conversei com o doutor, como eu tava me sentindo melhor, eu pedi pra sair. Daí ele me deu alta. [...] mandaram eu fazer um tratamento com a psicóloga [...] e fazer o CAPS [Y]. Só me deram alta por causa disso. Se não, eles não teriam me dado alta (U4).

Após a alta hospitalar, relata que obteve ingresso no CAPS Y, participando de um grupo semanal. Também procurou o serviço de psicologia, onde passou a realizar consultas semanais por aproximadamente 4 meses, quando abandonou o serviço.

[...] eu achei que eu tava melhor. Que não precisava mais. Aí eu parei (U4).

Continuava frequentando as reuniões do grupo no CAPS Y quando, em sua casa, fez uma nova tentativa de suicídio, sendo acionado o Serviço Móvel de Urgência e emergência (SAMU) para prestar socorro.

[...] eu tentei suicídio dentro de casa. Comecei a surtar. Tomei toda medicação que tinha. Aí chamaram a ambulância e me internaram (U4).

U4 foi conduzida pelo SAMU até a Emergência Municipal. Foi atendida primeiramente no setor clínico para desintoxicação e, após, encaminhada para a psiquiatria, quando indicado mais uma internação psiquiátrica.

U4 teve a sua 2ª internação psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico Y, permanecendo por 15 dias. Novamente solicitou alta hospitalar, não a obtendo. Com o passeio de final de semana, não retornou para a internação.

[...] depois que tu fica 15 dias no hospital tu tem direito a visita. [...] eu pedi pra minha irmã pra não voltar. [...] vim sexta, fiquei sábado e quando era pra voltar, no domingo eu não quis voltar de jeito nenhum (U4).

Devido a consecutivas faltas no grupo do CAPS Y, foi desligada do serviço. Retornando seu acompanhamento na ESF Pitoresca, seu caso foi discutido em reunião de matriciamento, o qual foi sugerido encaminhamento para o Ambulatório especializado X, que segue aguardando o agendamento.

Devido a sua patologia psiquiátrica, solicitou auxílio-doença junto ao INSS. Recebeu o benefício durante 1 ano, quando foi cortado após perícia médica que a considerou apta para o trabalho.

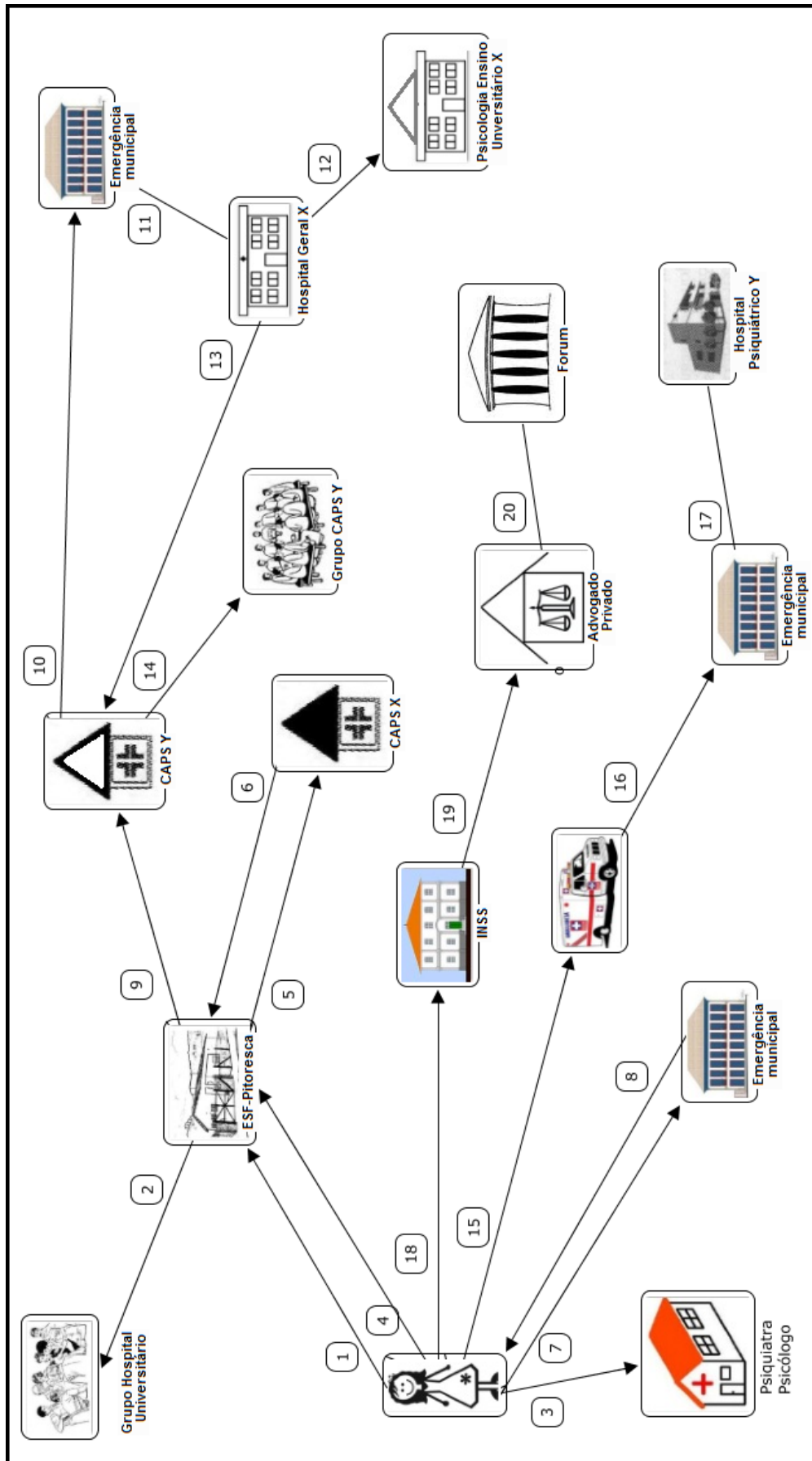
Ao sair da agência do INSS com a notícia do corte do benefício, recebeu um anúncio publicitário de um escritório de advocacia e decidiu consultar um advogado, que aconselhou a abertura de um processo judicial solicitando sua aposentadoria.

Conta que passado um ano, o processo de aposentadoria foi indeferido, devido a dificuldade em conseguir os laudos médicos que atestassem a sua impossibilidade de trabalhar. Anteriormente, conseguia seus atestados no CAPS Y. Com seu desligamento desse serviço, os atestados que conseguira junto a ESF Pitoresca não foram suficientes para a manutenção do benefício.

A doutora do [CAPS Y] me dava os atestado. [...] foi como eu mantinha esse 1 ano [...] porque ela botava realmente tudo que eu sentia. [...] Já aqui no posto eles só botam o remédio que eu tomo [...] a doença que eu tenho, botam o CID da doença e as medicações [...] pra perícia, isso aí não serve (U4).

U4 relata que, com o fim do processo judicial, retornou ao trabalho, sendo demitida em seguida. Atualmente, aguarda o recebimento do Seguro Desemprego e o encaminhamento para acompanhamento especializado no Ambulatório especializado X.

Figura 8: Trajetória assistencial usuário U4.



5.1.5 Apresentando U5

U5, 67 anos, é dona de casa, reside com seu marido e 1 filha. Possui 1 filho com diagnóstico de esquizofrenia que atualmente reside em uma clínica psiquiátrica. Estudou até a 5ª série do ensino fundamental, não possui renda própria, sendo dependente do marido que é aposentado com um salário mínimo e complementa o rendimento como trabalhador da construção civil. Atribui o aparecimento do seu problema de “nervos” devido ao alcoolismo do marido, associado à descoberta do diagnóstico de doença mental do filho, há 10 anos.

[...] meu marido, 30 anos ele bebeu. [...] bebia desesperadamente. [...] Ele [o filho] tinha esquizofrenia. Aí, a partir daí eu comecei a ficar assim, ruim, nervosa, eu comecei a ficar tonta, vomitar. Às vezes vomitava uma noite inteira (U5).

Para aliviar os seus sintomas, tomou remédios indicados por amigos, uma vez que esses não necessitavam de receitas médicas para aquisição.

[...] Já tomei outros remédios para os nervos. [...] as pessoas diziam que era bom. [...] tomei Maracujina no começo. Tomei um outro que eu não lembro o nome, que é um comprimidinho que a gente compra sem receita (U5).

Decidiu procurar a ESF Pitoresca devido aos recorrentes episódios de enjoo, agendando uma consulta médica.

Eu fui no posto e eles disseram que o problema era dos nervos (U5).

A partir da consulta médica na ESF Pitoresca, em que foi aconselhada a procurar tratamento psicológico, procurando o serviço de psicologia de ensino universitário Y, indicada por uma agente comunitária de saúde. No Ambulatório, foi sugerido a buscar ajuda em um serviço de psiquiatria.

[...] aí eu marquei e fui lá na psicóloga. Mas quando ela foi me atender eu tava tão mal, que eu achava que não respirava, que a janela tava fechada, teve que abrir as janelas [...]. aí ela achou que meu problema não era psicólogo, era psiquiatra (U5).

Retornou a ESF Pitoresca na tentativa de conseguir o encaminhamento para um médico psiquiatra.

U5 refere a dificuldade de conseguir encaminhamento para o serviço psiquiátrico, demorando aproximadamente um ano. Devido à demora procurou auxílio fazendo contato com a Secretaria Municipal da Saúde, que deu agilidade no agendamento da consulta psiquiátrica.

Eu até consegui o telefone da Secretaria de Saúde e liguei e falei com um médico lá [...] eu disse para ele da dificuldade de conseguir um psiquiatra. [...] eu sei que em seguida me conseguiram lá o Hospital de Clínicas (U5).

Com isso, U5 foi encaminhada para o serviço de psiquiatria de um hospital de ensino universitário, fazendo tratamento para distúrbio de ansiedade por 2 anos. Nessa época, lhe foi prescrito medicamentos controlados para redução dos sintomas da ansiedade e acompanhamento individual.

Eu conversava com o médico, mas era seis meses um, aí saía aquele e vinha outro. Era estagiário. Eu conversava [...] e eu fui melhorando [...] tomando a fluoxetina e conversando com eles dos meus problemas. [...] depois de 2 anos eles me deram alta (U5).

U5 ainda refere que realizou algumas consultas no ambulatório especializado X, não sabendo precisar quantas foram as consultas e nem a época.

Quanto à medicação que U5 faz uso, refere que renova as receitas na ESF Pitoresca. Não retira o seu medicamento na farmácia do estado devido à burocracia exigida para a realização do processo para a retirada do medicamento. Atualmente, manda manipular o seu medicamento em uma farmácia privada.

Atualmente, segue em acompanhamento na ESF Pitoresca, procurando o serviço de saúde quando não se sente bem.

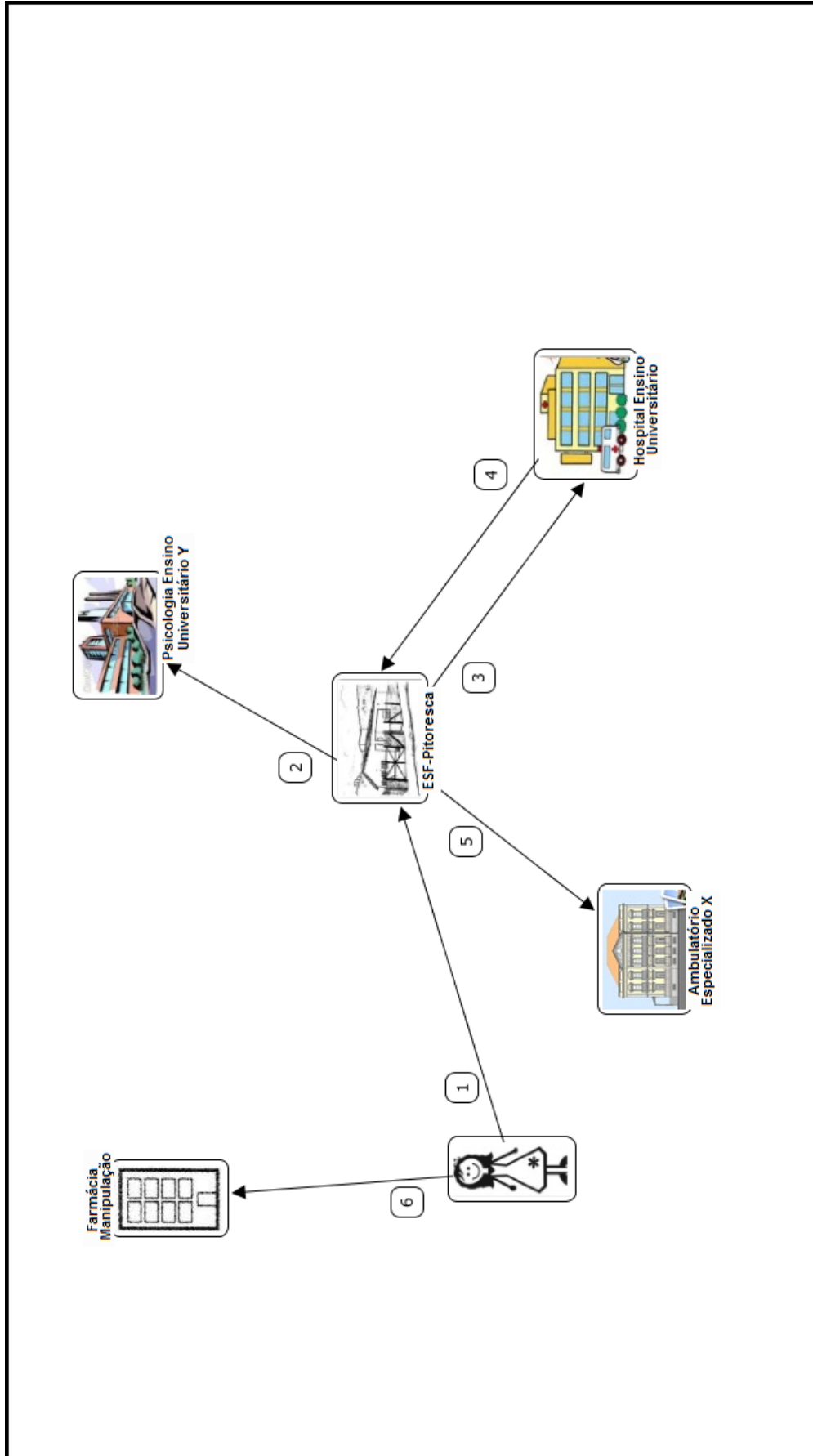
[...] eu sinto que eu estou piorando [...] eu vou lá e agendo. [...] tem a consulta do dia, que se a gente tiver com alguma coisa séria assim, alguma coisa urgente a gente vai ali de manhã e consulta (U5).

U5 não se sente apoiada, principalmente no que diz respeito ao tratamento do seu filho. Refere ter que resolver os seus problemas sozinha e não ter apoio da sua família nuclear. Diz que recebe auxílio financeiro por parte da família de seu marido, através do pagamento de um plano de saúde privado para o tratamento do seu filho, mas que, devido a isso, sofre muitas interferências na sua vida pessoal.

Eu me sinto muito sozinha pra cuidar o [filho]. [...] na minha família eu não tenho ajuda. Eu não sinto assim ajuda. E na família do meu marido ela se mete muito, mas não ajuda. Ajudam na questão do dinheiro [...] mas também se metem muito (U5).

U5 refere que sua maior preocupação é com filho, principalmente sobre as questões relativas ao futuro dele quando não puder estar mais presente, o que tem interferido nas suas crises de ansiedade, lhe causando sofrimento psíquico.

Figura 9: Trajetória assistencial usuário U5



5.2 Trajetórias Assistenciais: caminhos percorridos na rede de atenção em saúde mental

Neste capítulo, discutiremos os caminhos percorridos pelos usuários com transtornos psiquiátricos delineados pelas trajetórias assistenciais na rede de saúde do município de Porto Alegre, identificando as facilidades e limites encontrados para o acesso/acessibilidade nos serviços.

Teceremos considerações sobre a estruturação dos serviços em rede, as formas como se organizam e se interconectam na busca do enfrentamento das necessidades apresentadas pelos usuários.

As trajetórias assistenciais dos nossos protagonistas se deram nos seguintes pontos da rede: hospitalização, CAPS, ambulatório, ESF, emergência psiquiátrica, Geração de Renda, acesso à medicação.

5.2.1 Hospitalização psiquiátrica: um trajeto necessário?

Como podemos perceber na descrição das trajetórias dos usuários, a hospitalização representa um momento acompanhado de intenso sofrimento para o usuário em crise. Embora as hospitalizações enfrentadas pelos nossos protagonistas tenham ocorrido em épocas diferentes, notamos que, na visão dos usuários, as internações psiquiátricas em instituições manicomiais foram vivenciadas como uma experiência negativa.

U2, na década de 1950, tem como único recurso para o tratamento da sua doença o Hospital Psiquiátrico X. Para conseguir assistência, tinham que se deslocar da cidade de Erechim, situada ao norte do estado, até a capital Porto Alegre, percorrendo uma distância de 360 quilômetros.

[...] o pessoal trazia ela. Porque era onde tinha o recurso. [...] era só em Porto Alegre (FU2).

O Hospital Psiquiátrico X foi por muitos anos foi a única opção de trajetos assistenciais para o tratamento em psiquiatria para o estado do Rio Grande do Sul.

U2 era conduzida por meio de transporte próprio, diferentemente de muitos outros casos evidenciados em estudos anteriores, que relatavam a existência do “trem dos loucos”, uma linha férrea que partia do município de Uruguaiana, recolhendo os alienados dos diferentes municípios abrangidos por este transporte, cujo destino era o confinamento no interior dos muros do Hospital Psiquiátrico X⁽⁸³⁾.

As crises recorrentes e a falta de atendimento em psiquiatria no município onde morava foram determinantes para U2 migrar para Porto Alegre. A maioria de suas internações ocorreu no Hospital Psiquiátrico X passando também pelo Hospital psiquiátrico Y com menor frequência. Para conseguir a internação, era levada para o hospital, onde passava primeiramente pelo procedimento de triagem.

[...] passava primeiro pela triagem. Depois ficava esperando pra baixar (FU2).

Ao longo das suas internações, ajudava na rotina de trabalho do hospital, desenvolvendo atividades na cozinha, organização dos leitos, além de auxiliar alguns internos em seus cuidados de higiene.

[...] a gente trabalhava, ajudava lá na cozinha, carregar os panelão de comida, arrumar as camas dos quartos, as pessoas a ir pro banho (U2).

O manicômio recebe críticas quanto à falta de atividades desenvolvidas pelos internos. As internações em instituições baseadas no isolamento como medida terapêutica acabavam mortificando o indivíduo, pois, na maioria das vezes, os internos ficavam vagando, sem rumo, pelos pátios e pavilhões do hospital.

Philippe Pinel, ao introduzir o tratamento moral nos manicômios franceses, defendia a ideia da incorporação do trabalho terapêutico como forma de re-educação da mente alienada⁽⁸⁴⁾.

Sabemos da importância que a sociedade ocidental atribui ao trabalho e dos benefícios que ele pode proporcionar no enfrentamento da alienação mental, sendo incorporado até hoje sob a forma de oficinas terapêuticas. No entanto, chamamos atenção para outra situação muito comum nas instituições asilares, que é a incorporação do trabalho como manutenção da estrutura de funcionamento hospitalar, contrapondo-se à falta de mão de obra na instituição. Além disso, por vezes, era utilizada como forma de punição ou até mesmo como medida de avaliação para obtenção de passeios, cigarros e outros benefícios à clientela asilada⁽⁸⁵⁾.

Nessas instituições manicomiais, os internos ficavam sujeitos às ordens da equipe médica, perdendo a sua autonomia para realização das tarefas pessoais, como, por exemplo, a higiene pessoal.

[...] banho era as 5 da manhã. [...] as enfermeiras chamava todo mundo, ia todo mundo correndo (U2).

Goffman⁽⁸⁶⁾ discute o apoderamento da instituição asilar em relação ao sujeito internado. Nesse universo, o indivíduo é levado a apresentar condutas controladas, de acordo com as normas da instituição, onde os profissionais impõem ordens ao internado.

Outra situação vivenciada na internação psiquiátrica era a restrição do ambiente social, em que eram impedidos de contatar com o universo extrahospitalar e tampouco receber visitas por um período de duas semanas.

[...] dava aquele tempo de 15, 20 dias baixado que tu não pode ver [...]. Tu fica indo lá ou telefonando pra saber. [...] não tem ninguém que senta contigo e conversa, tu tem a informação de que não recebe visita e está tudo bem (FU2).

Como o isolamento é a principal medida de tratamento utilizada em instituições asilares, o interno ficava sem comunicação com o mundo externo, restringindo qualquer outra possibilidade de trajeto assistencial. Isso é justificado pela padronização dos indivíduos, necessário para a manutenção da ordem, muito comum em instituições totais^d.

U2 teve algumas tentativas de fuga quando internada. Por duas vezes conseguiu alcançar à rua e chegar a sua casa. Afirma que, quando retornava para o hospital, era penalizada com sermões seguidos de seções de eletrochoque.

[...] as vezes eu vinha pra casa, fugia de lá. [...] mas quando chegava, tomava o choque. Falavam assim: “você não tinham que sair” (U2).

Considerando o modelo manicomial, as fugas desenham um novo trajeto assistencial, representando uma ruptura do local que lhe era imposto num momento de fragilidade, um questionamento da instituição psiquiátrica em seu conjunto de práticas, poderes, controle e segregação às quais era submetida.

A irmã de U2 questiona a legitimidade do tratamento baseado no isolamento, somado ao precário atendimento oferecido na instituição, indagando as fugas como um momento de grande lucidez.

[...] ela teve 2 fugas. [...] ela tentava fugir e a minha dúvida: tá bem quando ta tentando fugir ou tá doente? (FU2).

^d Goffman⁽⁸⁶⁾ conceitua instituições totais como locais onde é impedido a relação social com o ambiente externo, onde o indivíduo realiza suas atividades diárias como dormir, trabalhar e lazer, em um mesmo local, acompanhadas de um grupo de pessoas, todas obrigadas a desenvolverem suas tarefas conjuntamente, em horário rígidos, regidos por uma única autoridade, com o objetivo de cumprir o plano oficial da instituição.

As fugas fazem parte da história da maioria das instituições manicomiais, além de demonstrar a insatisfação do usuário com a situação vivenciada, redesenham os trajetos assistenciais buscados pelo usuário.

Dalmolin⁽⁶⁶⁾ refere que a internação tem como questão central a violação dos direitos fundamentais do cidadão que, fragilizado por uma situação de vida, é excluído da discussão do seu próprio projeto terapêutico que passa ao domínio da instituição. Mesmo diante das regras institucionais do manicômio, os internos procuram enfrentar as situações a que são submetidos, desafiando e negando-se a cooperar com as terapêuticas direcionadas a ele ou representando o papel de interno perfeito.

Assim, entendemos a fuga como uma tentativa de reconstituição dos circuitos do usuário, buscando abandonar a centralidade do hospital como modo de tratamento à saúde e entendemos que iniciativas pautadas na reabilitação psicossocial aparecem como uma alternativa a práticas manicomiais, ampliando a capacidade de trocas, potencializando a subjetividade, os caminhos e trajetos de atenção à saúde.

Durante a internação, no processo de recuperação, o passeio em casa nos finais de semana assinala um novo trajeto assistencial, uma vez que esse caminho representava o início do resgate controle sobre si.

[...] quando eu sabia que ela vinha a passeio eu ia buscar, porque eu tinha certeza que a recuperação tava dentro daquilo. Mas a volta na segunda-feira era complicada (FU2).

[...] Eu ficava na janelinha do quarto, esperando para o passeio. [...] eu ficava esperando ela [irmã]. Quando ela chegava eu pulava de faceira [...] eu ficava ansiosa esperando (U2).

O passeio para casa desenha na vida do usuário um caminho para fora da instituição, o re-encontro com a autonomia. Estar em casa parece ser um lugar que continua dando sentido à vida, num espaço mais fluído, com regras mais flexíveis, reorganizando-se como um equilibrista tecendo o seu caminho⁽⁶⁶⁾.

U4 vivenciou a experiência da internação recentemente no Hospital Geral X e Hospital Psiquiátrico Y.

[...] a internação foi horrível. A primeira semana a gente não pode entrar em contato com a família. [...] não deixavam eu ligar para as crianças (U4).

Ainda na atualidade a internação aparece como alternativa de contenção da crise, sendo em muitos momentos o recurso da rede mais utilizado na atenção à saúde. Independente do movimento da reforma psiquiátrica, as internações psiquiátricas ainda representam uma experiência negativa na vida dos usuários, um lugar onde as trocas são mínimas, “onde o espaço de negociação é quase inexistente, considerando que a cultura corrente reifica a doença como matriz de todas as condutas institucionais” (66:34).

Entendemos que a internação por vezes é necessária, sendo um ponto da rede que direciona a busca de trajetos assistenciais para continuidade do tratamento. Chamamos a atenção de que a internação deve constituir-se opondo-se às práticas manicomiais, exercendo práxis transformadoras que confrontam concepções de incapacidade e isolamento.

Mapeando as trajetórias assistenciais de U4 para o acesso à internação, observamos que da ESF ela foi direcionada para o CAPS, que indicou a necessidade de hospitalização. Deste ponto da rede, U4 foi referenciada para a emergência, serviço que realiza o contato com a regulação de leitos psiquiátricos do município, que disponibiliza leitos para internação. Somente depois da passagem pela emergência, U4 foi encaminhada para o Hospital Geral X.

[...] foi pelo posto, ela me encaminhou várias vezes para o [CAPS X] [...]. Ali eu passei pela avaliação do psiquiatra e ele disse que ali não seria o caso pra mim [...]. No caso, pra mim, teria que ser pro [CAPS Y] [...] ele mandou com um encaminhamento no próprio papel de volta pro posto [...] eu falei pra doutora que teria que me encaminhar CAPS ali [Y] [...] o [CAPS Y] me mandou pra emergência. [...] depois que passar por lá, que tiver alta da internação, aí ela pode se apresentar aqui [CAPS Y] que a gente vai aceitar ela (U4).

Devido à regulação dos leitos psiquiátricos, seguindo o fluxograma instituído pela gestão municipal de saúde, torna-se necessário o encaminhamento para a Emergência Psiquiátrica.

Entendemos que o mecanismo de regulação de leitos vem a ser uma importante ferramenta, principalmente em uma metrópole como Porto Alegre; porém,

salientamos que uma melhor articulação entre os pontos da rede evitariam trajetos assistenciais desgastantes e desnecessários ao usuário.

A determinação da regulação dos leitos psiquiátricos pela emergência exige o deslocamento até esse serviço, sujeitando o usuário a um trânsito de cumprimento hierárquico do sistema de saúde.

Como apontado anteriormente, a estruturação da rede de serviços de saúde mental interfere nas trajetórias assistenciais. A necessidade da ida ao serviço de emergência para acessar a internação é uma exigência que formaliza os fluxos de acesso aos serviços de saúde, produzindo trajetos onerosos ao usuário.

Essa ordenação por parte da secretaria municipal contraria a portaria ministerial GM336 que determina que o CAPS seja regulador das ações em saúde mental em seu território⁽⁴⁾. Assim, entendemos que o CAPS, ao identificar a necessidade de internação, deveria ter autonomia para agenciar junto à central de regulação de leitos o acesso à hospitalização, evitando assim trajetos desgastantes para o usuário.

Do mesmo modo, o trajeto à emergência em situações de crise é um direcionamento importante para a atenção em saúde mental, uma vez que dá suporte e faz as conexões necessárias a outros pontos da rede de saúde.

[...] primeiro eu fiz uma lavagem [estomacal]. Passei pela parte clínica primeiro, depois, pela parte da saúde mental. [...] ela [profissional emergência] chegou e disse que eu tinha que ser internada. [...] me levaram do [emergência] direto pro espírita (U4).

O serviço de emergência psiquiátrica atendeu a crise e encaminhou U4 para a internação psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico Y.

Após 15 dias de hospitalização, U4 foi liberada para passeio de final de semana, o qual não retornou ao hospital.

[...] vim na sexta, fiquei sábado e quando era pra voltar no domingo não quis voltar de jeito nenhum [...] desisti da internação (U4).

O não retorno à internação nos aponta um novo trajeto de busca de liberdade, acenando que a permanência em espaços fechados são vivenciados como um castigo em vez de uma proposta terapêutica. É preciso desmontar o ideal de

hospitalização como único modo de cuidado. Nesse sentido, os serviços de saúde articulados devem desenhar trajetórias assistenciais mais dinâmicas, produzindo práticas compartilhadas, ou seja, no momento da internação deve-se imediatamente contatar o ponto de referência para estabelecer projetos terapêuticos conjuntos.

O trajeto da internação constitui-se ainda um caminho importante na atenção em saúde mental, uma vez que a rede de serviços no município de Porto Alegre é incipiente e a população tem conseguido um acesso por esse ponto.

Também chamamos atenção para o cumprimento da lei 10.216/01, que determina o fechamento de hospitais psiquiátricos, revertendo o financiamento para serviços substitutivos com base territorial e leitos psiquiátricos de retaguarda em hospital geral, ampliando a rede de atenção em saúde mental facilitando as trajetórias assistenciais dos usuários.

5.2.2 Ambulatórios de saúde mental: caminhos e descaminhos

Os ambulatórios de psiquiatria surgem no Brasil na década de 1980 numa tentativa de superar a internação nos manicômios como única alternativa de tratamento à população que necessitava de cuidados em saúde mental^(34,84).

Rosa⁽⁸⁷⁾ afirma que a implantação dos ambulatórios de psiquiatria no Brasil se deu como medida de redução de custos das internações em hospitais psiquiátricos. Além disso, a falta de diretrizes políticas de superação do modelo estritamente curativo e a desarticulação com outros serviços de suporte resultou num modelo ambulatorial servindo quase que exclusivamente como um mecanismo de encaminhamento de internações em hospitais psiquiátricos⁽²⁴⁾.

Considerando o cenário de transformações no modelo assistencial em que se questionava o manicômio como única forma de tratamento, U2 e U1 realizaram consultas psiquiátricas no serviço ambulatorial da Central de Psiquiatria ainda na década de 1980. Nesse serviço, a demanda por consultas era maior que a oferta, e deste modo uma característica de acesso a esse serviço era a fila.

[...] consultava lá também [...] era de mês em mês. [...] ia lá pegar a receita [...] eu amanhecia lá, posava lá (U2).

[...] foi a maior dificuldade do mundo. As vezes a gente ia 2, 3 vezes para fila pra conseguir uma ficha pra uma consulta. E isso as 4 horas da madrugada. E quando chegava pertinho da vez da gente: pro doutor fulano não tem mais ficha. Aí já ficava pra um outro dia ir de novo. [...] as vezes ficava 3 meses pra conseguir uma ficha (FU1).

Nos relatórios do Conselho Municipal de Saúde consta que a Central de Psiquiatria era referência para vários municípios dos arredores de Porto Alegre, o que contribuía para a dificuldade em acesso ao serviço, pois a demanda era maior do que a oferta⁽⁸⁸⁾.

Une-se a esse fato a baixa cobertura de unidades de saúde de base territorial da década de 1980 e o entendimento de que a saúde mental era somente de responsabilidade dos serviços especializados, fazendo com que todos os casos que envolvessem a saúde mental fossem encaminhados para a Central de Psiquiatria.

Para os usuários que não conseguiam o agendamento da consulta com o médico psiquiatra, a Central de Psiquiatria disponibilizava a renovação da receita médica como um modo de não interrupção do tratamento medicamentoso, renovando as receitas sem necessariamente passar por consulta médica.

Desse modo, para o usuário e familiar ficava a impressão que a ida ao serviço não estava perdida, caracterizando-se como um benefício. Podemos inferir que esse trajeto assistencial era insuficiente, uma vez que não ocorria o encontro do usuário com a equipe de saúde, momento em que se espera uma avaliação das reais necessidades em saúde.

[...] tinha um médico que dava as receitas por fora, se não conseguisse consulta. [...] tinha um médico deles, lá dentro [...] só pra dar as receita (FU1).

O Primeiro Código Ética Médica brasileiro, capítulo 5, artigo 32, alínea C, refere que não é permitida a prescrição de tratamento sem exame direto do paciente, sendo mantido nas atualizações dos anos de 1988 e 2010^(89,90,91).

Entendemos que o encontro entre usuário e profissional é um momento em que se evidenciam tensionamentos entre as necessidades do usuário e as ofertas dos serviços. A dificuldade de acesso ao atendimento médico no serviço ambulatorial, na maioria das vezes, é manejada com a oferta de renovação das receitas medicamentosas.

Sabemos da importância da continuidade do tratamento medicamentoso e avaliamos que a oferta da renovação busca uma possibilidade de manutenção do cuidado em saúde. Porém, salientamos que são, no trabalho vivo em ato, delineadas práticas em que o encontro com o usuário seja condicionante de possibilidades de atenção que facilitem as ações e ampliem os trajetos assistenciais orientados pela integralidade^(92,93).

Além disso, entendemos que a gestão deve ofertar condições de atenção à saúde para a população de sua responsabilidade, tendo presente a importância da qualificação dos recursos humanos, bem como a adequação quantitativa dos profissionais frente às demandas do serviço⁽³⁰⁾.

Outra questão que interfere nos trajetos assistenciais está relacionada à dificuldade de comunicação dos serviços com seus usuários. A mudança de

endereço da Central de Psiquiatria ocasionou uma peregrinação na busca de informações sobre o novo local de atendimento.

[...] nós rodamos um bocado. [...] fechou no Hospital das Clínicas, passaram a gente para a Central de Psiquiatria lá na [avenida] Alberto Bins. [...] ia num lugar, não era mais, tava lá não sei aonde (FU1).

Em muitos momentos, os descaminhos dos trajetos assistenciais acontecem devido a obstáculos de articulação entre os serviços e, destes, com os usuários. Isso reflete a existência de uma rede de atenção à saúde fragilizada, uma vez que os usuários, serviços e gestão não têm a clareza sobre os fluxos de informação e organização.

A falta de informação para a clientela atendida é justificada pela escassa responsabilização dos serviços de saúde para com os usuários, o que não atingia apenas a psiquiatria, mas a medicina em seu âmbito geral⁽⁹⁴⁾. Assim, chamamos a atenção do vínculo dos serviços para com seus usuários, facilitando seus trajetos e almejando uma maior responsabilização entre os diferentes pontos da rede atenção à saúde.

Em uma tentativa de superação do modelo ambulatorial centrado exclusivamente em consultas médicas, na década de 1990, os ambulatórios passam a ser orientados pelas portarias GM 189/91 e GM 224/92^(36,37). As portarias se configuram como um marco histórico, quando as instituições ambulatoriais passam a ser vistas por meio de duas lógicas: os que se concentram como uma alternativa aos manicômios e aos que passam a operar como medidas substitutivas aos manicômios⁽⁹⁵⁾.

A partir dessas portarias, os ambulatórios passam a ser organizados sob a lógica de rede, uma vez que são orientados pela diretriz de regionalização proposta pelo SUS, ou seja, os ambulatórios devem estar organizados de forma a se responsabilizar pela cobertura em saúde mental de uma determinada área populacional, realizando atividades integradas com os demais serviços do território.

Além disso, a equipe de trabalho desses serviços deve ser multiprofissional, tendo como procedimento atendimentos em grupo, visitas domiciliares, indo além da simples oferta de consultas psiquiátricas e psicológicas individuais. Assim, a

ampliação das ações em saúde enriquece os trajetos assistenciais, garantindo a integralidade da atenção ofertando uma clínica ampliada.

No que se refere à estruturação dos serviços em rede, o município de Porto Alegre ainda não tem claro seus fluxos de organização. A baixa cobertura de serviços da rede pública de saúde mental^e faz com que tanto o usuário, quanto os serviços busquem trajetos diversos pela atenção em saúde.

U5, ao procurar auxílio para o seu problema de ansiedade, foi orientada pela ESF a procurar um serviço especializado de psicologia. Apesar de constatar a necessidade de encaminhamento, a ESF não emitiu nenhum documento de referência para um serviço especializado. Posteriormente, foi informada pela ACS a procurar o serviço de psicologia de ensino universitário Y.

[...] eu fui no posto [ESF Pitoresca] disseram que meu problema era dos nervos, que eu tinha que procurar primeiro numa psicóloga. [...] a [ACS] aqui do posto me indicou a [Psicologia Y]. [...] não levei encaminhamento [...] falei que a moça do posto tinha me dado o endereço de lá e aí eles [Psicologia Y] marcaram (U5).

Após ser atendida foi avaliada a necessidade de referência para um psiquiatra. A equipe desse ambulatório manifestou a impossibilidade de fornecer encaminhamento para outro serviço, o que resultou no retorno da usuária à ESF Pitoresca em busca de referência para um psiquiatra.

[...] quando me atenderam, ela disse que eu tinha que ir pra um psiquiatra, que no meu caso não era mais de psicólogo e que lá não tinha como (U5).

Da mesma forma, U5, ao ter alta do Hospital Geral X, refere que não foi encaminhada formalmente para nenhum serviço, mas que, por conta própria, buscou sua inserção no serviço de Psicologia de ensino universitário X.

[...] eu tive que ir atrás sozinha [...] soube que tinha a psicologia lá [...] toda quarta-feira tinha que ir e pegar ficha (U4).

^e A rede de serviços em saúde mental de Porto Alegre é formada por 04 CAPS II Adulto, 02 CAPS ad, 03 CAPS i, Oficina de Geração de Renda e Trabalho, 03 Serviços Residenciais Terapêuticos, 01 Comunidade Terapêutica, 02 Emergências Psiquiátricas, Programa Redução de Danos, Ambulatórios e equipes de saúde mental nas Gerências Distritais⁽⁹⁾.

Podemos analisar que os trajetos assistenciais dessas usuárias organizaram-se de modo enredado, gerando problemas nos fluxos, uma vez que U5 buscou o serviço especializado sem a referência da ESF, acessando a rede privada conveniada, o qual prestou um atendimento. Considerando a estruturação da rede do município, esse serviço não pode dar segmento ao acesso à consulta psiquiátrica. Isso ocasionou o trajeto de retorno à ESF para ser referenciada a um serviço de psiquiatria da rede de saúde mental do município.

Já U4, ao receber alta hospitalar, saiu sem nenhum documento de referência para dar continuidade ao seu tratamento. Por iniciativa própria, acessou a Psicologia X, que também não aparece como integrante da rede de saúde mental do município.

Observamos que ambas usuárias não receberam nenhuma referência para um ponto da rede de saúde mental, o que interfere na organização e articulação da rede.

A oferta de ações e serviços por instituições desvinculadas da regulação por parte da SMS é outra situação que dificulta os trajetos assistenciais dos usuários, uma vez que se desconhece utilização desses espaços, bem como um fluxo de acesso aos serviços. A inexistência de normas que definam os níveis de atenção ou, quando existem, a sua falta de precisão, descumprimento ou a elaboração empírica de fluxos de referência, agravam o problema da organização e planejamento da atenção em saúde em nível regional⁽⁹⁶⁾.

Referência é compreendida pelo trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Já a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade⁽⁹⁷⁾. Trata-se de um documento oficial que objetiva a organização dos fluxos e mecanismos de pactuação entre os serviços de saúde, bem como assegurar a comunicação e formação de vínculos entre profissionais da área de saúde e de outras áreas afins, uma vez que deve conter informações sobre o usuário que está sendo encaminhado e a situação de saúde avaliada⁽⁹⁸⁾.

A referência é uma ferramenta que visa à garantia da integralidade do cuidado, uma vez que busca garantir que os encaminhamentos ocorram num fluxo ascendente, não necessitando o retorno do usuário ao ponto anterior da rede para pedido de nova referência⁽⁹⁸⁾. Pensamos que os fluxos na rede de saúde mental devem organizar-se de modo a facilitar os trajetos assistenciais, ou seja, qualquer ponto da rede deve ter potencial de articulação e responsabilidade no encaminhamento entre os serviços, dando continuidade ao atendimento.

Por outro lado, torna-se importante destacar que na supressão do sistema de referência e contrarreferência evidenciam-se os espaços informais operantes no cuidado em saúde, em que se articulam formas de engendramentos de vias de acesso que devem ser consideradas e incorporadas na rede de saúde, possibilitando fluxos crescentes e trajetos assistenciais mais efetivos.

Outra questão que interfere nos trajetos assistenciais refere-se à demora no acesso ao serviço especializado. U5 foi encaminhada pela ESF Pitoresca para o ambulatório de psiquiatria do Hospital de ensino universitário. Devido à longa espera para a marcação da consulta, decidiu ligar para a SMS em busca de informações. No outro dia, foi informada pela ACS que sua consulta fora marcada, sendo então atendida no ambulatório do Hospital de ensino universitário.

Do mesmo modo, U1 esperou por aproximadamente 3 meses para a marcação da consulta no ambulatório especializado X.

[...] demorou bastante [...] eu consegui o telefone da Secretaria de Saúde [...] eu falei [...] da dificuldade de conseguir um psiquiatra [...]. eu sei que em seguida me conseguiram lá no Hospital [de ensino universitário] (U5).

[...] ele tinha que ir pra lá [Ambulatório X]. Aí o doutor encaminhou ele pra lá. Demorou um tempo [...] uns 3 meses (FU1).

O acesso/acessibilidade tem sido considerado um elemento importante na dinâmica de utilização dos serviços, em que sua disponibilidade e organização são elementos que devem responder às demandas dos usuários⁽⁹⁹⁾, dimensionando o desempenho do sistema de saúde em relação à oferta de serviços⁽⁵⁹⁾.

A dificuldade de acesso/acessibilidade aos serviços de saúde evidencia uma incapacidade e fragilidade nos dispositivos de articulação em rede, na qual uma estruturação que se pensa dinâmica se organiza lenta, levando o usuário a três trajetos: iniciativa própria, passividade na espera do atendimento de suas necessidades e desistência.

Nesse sentido, uma possibilidade de articulação em rede de saúde mental forte, consistente, co-responsável na construção de ações em conjunto dará sustentação para práticas acolhedoras que rompem as barreiras da atenção formal e isolada da saúde⁽¹⁰⁰⁾.

Outro fator que influencia os trajetos assistenciais e, conseqüentemente, o acesso/acessibilidade relaciona-se com os espaços de integração e articulação entre os serviços no compartilhamento e pactuação das ações de saúde por meio da discussão dos casos (interconsulta, matriciamento, entre outros).

A Gerência de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro conta com uma equipe de Saúde Mental e, de acordo com a distribuição pactuada no plano municipal de saúde mental, a cobertura do território da ESF-Pitõesca deve ser realizada pelo ambulatório especializado X⁽¹⁰¹⁾.

O Hospital Psiquiátrico X é campo de aprendizagem para o Programa de Residência Integrada – ênfase Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública (ENSP) do Estado do Rio Grande do Sul. Os residentes dessa formação eram articuladores entre o Ambulatório especializado X e a ESF Pitõesca, responsabilizando-se e informando a disponibilidade de acesso a esse serviço e cobertura das ações de saúde mental conjuntamente com a equipe da ESF no território.

O acesso de U1 ao ambulatório especializado X ocorreu por meio de interconsulta dos residentes. Essa articulação do Programa de Residência da ENSP e ESF-Pitõesca foi desativada, e repercutiu na responsabilidade de cobertura do ambulatório especializado X que não assumiu essa demanda.

Sem nenhuma equipe de saúde mental como referência do território, a ESF-Pitõesca enfrenta dificuldades para acesso à rede de serviços de saúde mental.

[...] conversei com o doutor [...] é pra mim esperar pelo psiquiatra que ele ia tentar conseguir [...] era pra mim ficar esperando (U4).

U1, que acessou o ambulatório especializado X no período em que o programa de residência assumia a cobertura da região, atualmente tem uma indicação de retorno a ESF-Pitõesca para manutenção do seu tratamento. A não existência de cobertura devido à falta de articulação entre esses serviços reflete-se no trajeto assistencial do usuário, pois se sente inseguro em deixar o serviço especializado uma vez que sabe da dificuldade de acesso em caso de necessidade de retorno, ou seja, referência e contrarreferência aparecem como requisitos fundamentais na articulação em rede.

[...] tão querendo me mandar pro posto de volta [...] eu acho que ainda não devem fazer isso, por causa do tratamento [...] qualquer coisa já tá lá [...]. Ali no posto, tem que ir no posto, depois do posto levar mais um tempão pra voltar lá [...] ter que fazer toda aquela espera de novo (U1).

A inexistência de uma rede de saúde mental articulada faz com que os usuários queiram permanecer fixos em um determinado ponto da rede, restringindo seus trajetos assistenciais e limitando seus espaços de cobertura e construção de novos caminhos terapêuticos que contemplem suas necessidades.

Buscando potencializar a articulação da rede de saúde do município, há uma tentativa de implantação de uma equipe de matriciamento para a área da ESF-Pitoresca que, na ocasião desta pesquisa, já havia iniciado algumas visitas domiciliares em conjunto.

[...] teve toda a equipe do posto aqui [...] conversar comigo, saber como que eu tava [...] aí o doutor ficou de conseguir um [...] psiquiatra [...] no [ambulatório especializado X], que é pra região nossa (U4).

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência indo além do mero encaminhamento, estimulando o contato direto entre duas equipes, pretendendo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico/pedagógico às equipes de referência, constituindo-se como uma metodologia de trabalho complementar ao sistema hierarquizado⁽¹⁰²⁾.

A aposta no matriciamento como uma forma de fortalecimento nos diálogos e na articulação entre as equipes das diversas instâncias do sistema de saúde fortalece e contribui nos trajetos assistenciais dos usuários, ampliando as possibilidades terapêuticas, uma vez que deve haver um compartilhamento das intervenções em saúde mental no território e, conseqüente, repercussão no acesso/acessibilidade da rede.

5.2.3 Estratégia Saúde da Família: novas conexões na atenção em saúde mental no território.

Como já abordado anteriormente, o movimento da reforma psiquiátrica desloca a atenção em saúde mental para o território, superando o modelo hospitalocêntrico.

A Estratégia Saúde da Família surge como uma proposta de mudança de modelo em atenção em saúde orientada por práticas curativas, propondo uma atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social. Os princípios que regem essa estratégia são: o caráter substitutivo, integralidade, hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multiprofissional⁽¹⁰³⁾.

A ESF surge como um mecanismo de fortalecimento da proposta de reforma psiquiátrica, uma vez que esses serviços situados na comunidade têm como diretriz o compromisso com a saúde da população do seu território. Assim, a ESF é um espaço importante na aproximação com a saúde mental, articulando trajetórias assistenciais na rede de atenção.

A ESF-Pitoresca conta com uma equipe que elege como ações de saúde mental, práticas como o acolhimento, escuta qualificada, vínculo entre profissionais e usuários, visita domiciliar, discussões conjuntas de casos, consulta médica, prescrição de medicamentos e o grupo terapêutico⁽⁷⁸⁾.

Campos e Gama⁽¹⁰⁴⁾ referem que a ESF valoriza o trabalho multidisciplinar buscando aproximar as ações do território. Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento, tendo como princípios para a saúde mental a noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, promoção de cidadania e construção da autonomia.

A ESF-Pitoresca mantém um espaço aberto de diálogo com seus usuários, denominando-o de acolhimento.

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho em saúde, não se restringindo a um

espaço de recepção. Caracteriza-se, principalmente, como uma etapa do processo de trabalho que desencadeia a relação com o usuário⁽¹⁰⁵⁾.

É no cotidiano do trabalho que construímos o processo em saúde, tendo com pressuposto básico nesse caminhar o acesso dos usuários às ações de saúde, ao acolhimento em todos os momentos de encontro e à associação mais ampla possível de todas as ações e tecnologias disponíveis⁽¹⁰⁶⁾.

O acolhimento é entendido como um espaço de encontro do usuário com o profissional de saúde e, por meio da escuta qualificada, deve possibilitar a construção de trajetórias assistenciais que respondam às demandas dos usuários que ali chegam.

Esse espaço de escuta é oferecido na ESF-Pitoresca quando é mencionada a utilização da “consulta do dia”. Esta se organiza a partir da recepção e acolhimento da equipe de enfermagem e direcionamento para consultas médicas realizadas sem agendamento prévio, conforme a necessidade do usuário⁽⁷⁸⁾.

Nesse sentido, a “consulta do dia” ofertada na ESF-Pitoresca aparece como um ponto de acesso/acessibilidade à rede de atenção em saúde, uma vez que essa instância caracteriza-se por disponibilizar e agenciar ações em saúde de acordo com as necessidades dos usuários.

[...] seguido to lá no posto [...] vou na consulta do dia quando estou com alguma coisa (U2).

[...] tem a consulta do dia que se a gente tiver com alguma coisa séria, urgente, a gente vai ali de manhã e consulta [...] qualquer problema que tiver (U5).

[...] eu chegava ali, falava que tava me sentindo mal [...] tu vai ali na consulta do dia e tu é atendida. [...] quando eu to em crise, não interessa a hora. Se eu to mal eu chego ali e falo: “eu to sentindo isso, isso e isso”. [...] passo no acolhimento e eles me passam pro doutor (U4).

Entendemos o acolhimento como uma importante ferramenta na organização do processo de trabalho da ESF-Pitoresca, uma vez que proporciona um distanciamento do trabalho engessado apenas em normas e protocolos, possibilitando abertura para a escuta das necessidades dos usuários, buscando formas de ampliar os trajetos dos usuários aos recursos disponíveis na rede de serviços. Salientamos que essa forma de trabalho de atendimento da demanda

espontânea tem fortalecido a proposta da ESF e potencializado o vínculo da equipe com o território.

Esse vínculo caracteriza-se como um importante articulador na construção de novos trajetos assistenciais, pois reconhece as demandas dos usuários e suas necessidades.

[...] controlo a pressão [...] me dou com todos os enfermeiros lá [...] me dou com todos [...] toda sexta eu vou lá (U2).

[...] o doutor e a equipe ali, os enfermeiros. [...] é maravilhoso. Não tenho o que reclamar deles, todos eles. o agente comunitário, todos eles (U4).

A abertura para o diálogo e acolhimento, além de colaborar com práxis em defesa da vida dos usuários, contribui com um maior controle dos riscos do adoecimento e agravamento do problema de saúde e o desenvolvimento de ações que produzam maior autonomia do usuário no seu modo de estar no mundo⁽¹⁰⁷⁾.

Nesse sentido, o fortalecimento do vínculo facilita a construção de trajetos assistenciais, pois, por meio do estreitamento da relação entre serviços e usuários, surge um canal de diálogo em que as práticas assistenciais podem ser visualizadas, avaliadas, construídas, reorganizadas, redirecionadas, permitindo encontros e caminhos a serem desenhados na produção da saúde mental.

A implantação da ESF-Pitoresca é vista pelos usuários com um fator positivo para a comunidade, uma vez que o acesso/acessibilidade à atenção primária em saúde foi facilitado a partir da inserção do serviço naquela área.

[...] a gente houve falar de melhora na saúde em família [...] é um sinal de grande melhora porque ela não só tem o acompanhamento, ela tem [nos profissionais] um amigo. Se ela tiver alguma coisa; ela pode falar e [a ESF] chamar a família. Ela tem onde ir. [...] se interessam por ela como ser humano, como pessoa [...]. a gente sabe que pode contar [...] alguém vai fazer alguma coisa. Antes não, a gente tinha 2 portas: a de casa e a do Hospital (FU2).

[...] eu acho que está bom o atendimento aqui no posto. [...] antigamente era uma fila enorme [...] as vezes chegava a vez da gente, não tinha mais consulta e hoje ta bem melhor porque sempre a gente consegue a consulta [...]. o especialista, quando marcam a [ACS] sempre vem aqui me trazer [...]. Antigamente tinha que dormir na fila pra conseguir um especialista (U4).

A ESF surge como uma estratégia que visa assegurar as diretrizes do SUS, facilitando o acesso à atenção básica em saúde, auxiliando na melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Devido a esse potencial, a ESF possui confluências com as propostas da reforma psiquiátrica, colaborando com a inversão do modelo médico hegemônico, tendo a família na sua dimensão sócio-cultural como objeto da atenção⁽¹⁰⁰⁾.

Independente dessa característica de melhoria do acesso aos cuidados primários em saúde com a implantação da ESF-Pitoresca, os usuários referem que o acesso aos serviços especializados ainda é um obstáculo a ser superado.

[...] eu acho bom o atendimento. Eu gosto muito aqui no posto. [...] especialidades demora bastante, como é a psiquiatria [...] eles entenderam que eu precisava ir num psiquiatra. Mas o problema é que eles não podiam (U5).

[...] o doutor do posto falou que ia conseguir pra mim o psiquiatra ali no [Ambulatório X]. E eu to esperando por ele. Porque não adianta querer procurar uma coisa. Quem tem que encaminhar pra mim é ele (U4).

A compreensão da ESF como um componente primário do SUS redimensiona sua relevância, pois seu impacto vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar (secundária e terciária), rede de serviços de urgência, bem como redes de serviço de atenção à saúde mental⁽¹⁰⁸⁾.

Assim, chamamos a atenção para a importância da articulação da ESF com a rede de serviços de saúde, facilitando os trajetos assistenciais e possibilitando a porta de entrada, ligação e apoio nos caminhos necessários para a atenção em saúde.

Apesar da dificuldade no encaminhamento para o serviço especializado, a ESF-Pitoresca assume o atendimento dos casos de saúde mental do seu território, demonstrando ser um serviço que se responsabiliza pela clientela adscrita.

[...] eu sei que é difícil conseguir. Eu sei que não é fácil, que ele faz o máximo que pode. [...] toda vez que eu tive mal quem me amparou ali foi o posto, foi eles ali. Então eu não tenho o que

reclamar deles [...] era pra mim estar internada de novo. Ele só aumentou a dosagem do remédio, foi onde segurou o rojão (U4).

Starfield⁽¹⁰⁹⁾ refere quatro características da atenção básica em saúde: acessibilidade, continuidade, integralidade e coordenação. A última característica é a capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços do sistema. A forma recomendada para fazer esse compartilhamento é coordenando os projetos terapêuticos, muito diferente dos simples encaminhamentos aos serviços⁽¹⁰⁸⁾.

Nesse sentido, a ESF-Pitoresca tem realizado esforços articulando a atenção em saúde mental com serviços e outros pontos de acesso independente da rede formal da SMS. Do mesmo modo, tem se responsabilizado por esse cuidado e buscado arranjos, fluxos, acessos na rede de saúde mental, bem como o compartilhamento dessa atenção em saúde.

[...] a doutora me conseguiu aquele grupo de bipolar [...]. Eu tenho esperança que o doutor consiga alguma ajuda pra mim. [...] ele disse que era pra mim esperar [...] que ele ia tentar conseguir ali no [ambulatório especializado X] (U4).

Entendemos que o vínculo da ESF tem possibilitado segmento e continuidade, construindo caminhos para a atenção em saúde mental. Independente da dificuldade do acesso, os profissionais assumem a clínica e a gestão do cuidado no território, responsabilizando-se pelos seus usuários, tendo sua prática orientada pela clínica ampliada.

Destacamos as atividades desempenhadas pelos ACS como um elo fundamental para o fortalecimento do vínculo da ESF com os usuários. Conforme a regulamentação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os ACS da ESF-Pitoresca são moradores da comunidade em que atuam, convivendo com a realidade e os componentes culturais daquele local. Essa proximidade reforça o vínculo entre o serviço e os usuários; auxilia na detecção das necessidades de saúde e direciona o olhar para uma atenção integral, uma vez que a proximidade facilita identificar as potencialidades e dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde.

[...] [a ACS] passa, sempre bem atenciosa. [...] ela vem aqui em casa. [...] pra trazer algum papel de consulta, alguma coisa, ou se eu tive alguma internação [...] ela passa pra saber como é que eu estou. [...] me vê na rua [...] ta sempre perguntando como é que eu estou (U4).

[...] ali é rápido o atendimento pras pessoas idosas e pras pessoas com problemas mentais [...] é só falar com a [ACS], já arrumam médico, tudo (U5).

O trabalho dos ACS estrutura-se nas visitas domiciliares periódicas, auxiliando na vigilância e monitoramento dos casos do seu território⁽¹¹⁰⁾. Dessa forma, realizam atividades de promoção da saúde, priorizam as reais necessidades dos indivíduos e atuam na escuta, leitura e tradução dos casos, mobilizando os recursos existentes, estimulando a articulação entre a comunidade e os serviços de saúde.

Outra atividade destacada pelos usuários da ESF-Pitoresca é a realização do Grupo Terapêutico Evolução, sendo elencada como mais um componente de integração entre o serviço e os usuários, além de ser um espaço de encontro que amplia os caminhos dos usuários, onde são discutidas questões referentes à promoção de saúde, tarefas de estimulação cognitiva e sociabilidade.

[...] eu acho muito bom o grupo [...] eu acho que se ela faltar o grupo, aí ela não fica bem. Eu vejo ela sendo ajudada [...] ela se sente útil [...]. ela fez o ano passado uma agenda, veio toda feliz que foi uma coisa que ela fez [...]. Eu acredito que seja muito importante, muito valioso pra vida dela (FU2).

[o grupo] ajuda, porque é uma coisa que ele gosta de ir [...] chega perto da hora, ele vai lá correndo tomar banho, faz a barba, se arruma pra ir pro grupo. A gente sabe que ele gosta (FU3).

[...] umas das fundadoras, veio fazer pesquisa aí [...] ela falou se eu aceitava ir no grupo [...] era tudo estranho, não conhecia ninguém [...]. Foi legal o primeiro, só conversamos um pouco, se apresentamos. [...] hoje está bom. Bastante gente. Naquele tempo tinha pouca gente, uma meia dúzia (U1).

Na ESF-Pitoresca, este grupo tem se caracterizado como um trajeto assistencial estratégico na produção de saúde e construção de práticas desinstitucionalizantes. Representa, também, um espaço de ampliação de caminhos para atenção à saúde, pautando assuntos relacionados à vida dos sujeitos e

desenvolvendo ações de construção de autonomia, promoção de cidadania e inserção social.

As atividades realizadas em grupo buscam ir além da simples ocupação do tempo, mas se configuram como um importante espaço para se trabalhar a concentração e ansiedades do indivíduo ou do grupo. Além disso, buscam estimular a criatividade por meio de abordagens culturais pertinentes ao contexto dos usuários⁽¹¹¹⁾.

Os trajetos assistenciais dos usuários em situação de crise caracterizam-se como um ponto crítico, uma vez que a rede de serviços de saúde mental é incipiente e pouco articulada, associada a uma deficiência de estratégias e políticas de apoio técnico e gestão (matriciamento, educação permanente, aporte financeiro). Tal situação reforça o circuito de encaminhamento para a emergência psiquiátrica, pois esse um serviço atende à demanda em situações de crise, caracterizando-se como um ponto da rede que acolhe e permite o acesso/acessibilidade ao sistema de saúde.

[...] quando eu estou muito mal, muito grave eu vou a procura dele [ESF], que daí ele mesmo muda meus medicamentos e é como eu estabilizo um pouco. Se ele vê que não dá ele me manda pro [emergência municipal] (U4).

A Emergência, por se tratar de um serviço que atende a situações de crise e se localizar em um nível de complexidade intermediário aos demais equipamentos da rede de saúde, caracteriza-se como um ponto de alto potencial de articulação que pode contribuir substancialmente com os trajetos assistenciais dos usuários.

Considerando a Política de Saúde de mental do município, inferimos que os serviços de emergência têm-se caracterizado como pontos articuladores da rede, pois há o acolhimento e atenção para aquele momento de crise. Contudo, observamos que, a partir da entrada nesse serviço, o usuário na maioria das vezes é direcionado à dois trajetos assistenciais: retorno à ESF e/ou família ou hospitalização. A crítica que se coloca é que em muitas vezes a responsabilidade do retorno é do próprio usuário ou familiar, não acontecendo, por exemplo, a interface entre os serviços de emergência e a ESF.

Entendemos essa interface como uma importante ferramenta que possibilita a continuidade de cuidado e o compartilhamento das ações, auxiliando na

resolubilidade da atenção, uma vez que a co-responsabilização dos serviços também passa por estratégias de comunicação.

Nesse sentido, a ESF mostra-se como um ponto estratégico, articulador da rede de serviços de saúde mental, buscando contribuir nos trajetos assistenciais e garantir a continuidade do cuidado, facilitando fluxos de acesso/acessibilidade a partir das necessidades dos usuários.

5.2.4 Centros de Atenção Psicossocial: porta de entrada e articulação?

Os CAPS são implantados no Brasil como serviços ambulatoriais de atenção diária, estratégicos e de base territorial. Devem ser a principal porta de entrada e responsáveis pela articulação das ações em saúde mental na sua área de abrangência, atuando conjuntamente com outros serviços do território, sensibilizando as equipes de atenção básica para os serviços e programas em saúde mental, integrando os serviços em rede⁴.

Esses serviços são regulados pela Portaria GM 336/02 que define:

a) CAPS I: serviços especializados em saúde mental com capacidade técnica operacional para atendimento em municípios de 20.000 a 70.000 habitantes. Deve funcionar das 8 às 18 horas, de segundas às sextas-feiras. A equipe mínima desses serviços deve ser composta por 01 médico com formação em saúde mental, 01 enfermeiro, 03 profissionais de nível superior (Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, dentre outros), 04 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outros). Dentre suas atividades estão contemplados atendimentos individuais, atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas, atendimento à família, visitas domiciliares e atividades junto à comunidade visando a inserção social e familiar.

b) CAPS II: serviços especializados em saúde mental com capacidade técnica operacional para atendimento em municípios de 70.000 a 200.000 habitantes. Deve funcionar das 8 às 18 horas, de segundas às sextas-feiras, podendo contar com um terceiro turno até as 21 horas. A equipe mínima desses serviços deve ser composta por 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior (Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, pedagogo, entre outros), 06 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outros). Dentre suas atividades estão contemplados atendimentos individuais, atendimentos em grupos, oficinas

terapêuticas, atendimento à família, visitas domiciliares e atividades junto à comunidade visando à inserção social e familiar.

c) CAPS III: serviços especializados em saúde mental com capacidade técnica operacional para atendimento em municípios acima de 200.000 habitantes. Deve funcionar continuamente, 24 horas, diariamente, incluindo feriados e fins de semana. Estar referenciado a um serviço de urgência e emergência em casos de suporte de atenção médica. ... Dentre suas atividades estão contemplados atendimentos individuais, atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas, atendimento à família, visitas domiciliares e atividades junto à comunidade visando a inserção social e familiar, acolhimento noturno, feriados e fins de semana.

De acordo com o Informativo Eletrônico de Dados Sobre a Política Nacional de Saúde Mental, é preconizado como indicador de cobertura 1 CAPS II para cada 100.000 habitantes⁽⁴⁷⁾. O município de Porto Alegre, no ano de 2007, tinha uma população de 1.420.667 habitantes⁽¹¹²⁾ e consta no Relatório de Gestão do ano de 2008 que a cidade possui 06 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 4 CAPS II, 2 CAPS ad⁽⁹⁾.

A partir dos dados acima, apresentamos o índice de cobertura de 1 CAPS para cada 355.000 habitantes, caracterizando-se como indicador de 0,35 de médio a baixa cobertura da população. Inferimos que para uma boa cobertura assistencial, o município de Porto Alegre deveria ter 14 CAPS, ou seja, 1 CAPS para cada 100.000 habitantes.

Mari, Jorge e Konh⁽¹¹³⁾ apontam em seu estudo sobre a epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos que os índices para doença mental para toda a vida foram de 31,9 a 41,3% da população brasileira. Esses resultados provem uma estimativa de demanda de saúde mental, bem como a necessidade de serviços para absorvê-la.

Nesse sentido, evidenciamos a necessidade do aumento de CAPS para o município de Porto Alegre, uma vez que esse serviço deve ser regulador da rede de saúde mental e inferimos que uma demanda significativa busca acesso à saúde mental por trajetos assistenciais diversos.

Os relatos evidenciam que os fluxos de acesso aos CAPS não estão claros para os usuários e para os serviços da rede de saúde, ocasionando trajetos por vezes desnecessários.

[...] foi pelo posto [...] ela me encaminhou várias vezes [...] pro [CAPS X] [...]. Ali eu passei pela avaliação do psiquiatra e ele disse que ali não seria o caso pra mim [...]. No caso, pra mim, teria que ser pro [CAPS Y] [...] ele mandou com um encaminhamento no próprio papel de volta pro posto [...] eu falei pra doutora que teria que me encaminhar pro [CAPS Y] [...] o [CAPS Y] me mandou pra emergência. [...] vamos mandar ela direto pro [emergência] [...] Depois que ela passar por lá, que ela tiver alta da internação, aí ela pode se apresentar aqui que a gente vai aceitar ela (U4).

Novamente identificamos a estruturação da rede de saúde mental do município interferindo nos fluxos de acesso, evidenciando descaminhos e fragilidades nos dispositivos de articulação. O desconhecimento da organização da rede sobre o fluxo de referência e contrarreferência do município faz com que os serviços encaminhem seus usuários para pontos equivocados de abrangência, levando a desenhos de trajetos assistenciais ambíguos.

Outra questão a ser considerada é a necessidade do trajeto de retorno à ESF para novo encaminhamento ao CAPS de referência, o que está prescrito pela estrutura formal da hierarquização do sistema de saúde. Cecílio refere que a “exigência formal de que a consulta especializada seja marcada pela Unidade Básica/ESF dificulta o redesenho de novos circuitos e fluxos no interior do sistema”^(45:474).

Concordamos com o autor, pois retornar a ESF para novo encaminhamento produz fluxos e trajetos que geram espera e deslocamentos que dificultam o acesso e, conseqüentemente, precariedade na atenção em saúde, aumentando a sensação de descaminhos e desamparo dos usuários.

Após ter percorrido diversos trajetos (ESF, CAPS X, ESF, CAPS Y, Emergência, Internação, CAPS Y), os usuários conseguem acessar os serviços de saúde para atendimento de suas necessidades de saúde, iniciando assim o cuidado em saúde mental.

[...] depois da internação eu voltei ali [CAPS Y] [...] fui super bem atendida [...] as meninas todas que participam do grupo são bem acolhedoras. [...] a gente conversava tudo que acontecia [...] a

semana toda, e agente ali ia se educando, ia falando pra ver como que a gente lidava com o problema (U4).

Os trajetos assistenciais também sofrem influência da localização dos serviços no território adstrito.

[...] eu tive essa internação no espírita e eu tive esse problema de medo. Medo de caminhar na rua, medo de grito, medo de barulho [...]. O CAPS me ligou e perguntou se eu ia voltar. [...] eu vou ir, mas preciso de alguém que me leve. Aí, como eu não tinha ninguém pra me levar, aí eu não fui. [...] eu perdi lá o CAPS porque eu não fui mais no grupo, tu não pode faltar (U4).

Unglert⁽⁴³⁾ refere que as distâncias percorridas podem ser condicionantes no acesso aos serviços de saúde. Novamente a cobertura de CAPS no município de Porto Alegre interfere na atenção em saúde mental, uma vez que esses serviços não estão regionalizados, ou seja, seria facilitador para os trajetos dos usuários que ao menos cada uma das 8 regiões distritais tivessem 1 CAPS de referência.

Acredita-se que, com uma maior oferta de CAPS no município, respeitando-se as divisões geográficas por meio de uma distribuição territorializada, podem reduzir as barreiras de acesso a esses serviços, uma vez que apostamos nos CAPS como uma tentativa de superação do modelo que tem um olhar exclusivo para a medicalização da doença, que possa englobar outras questões da vida cotidiana do sujeito.

5.2.5 Oficina de Geração de Renda: um trajeto de autonomia e cidadania

O mundo do trabalho ocupa um importante lugar na sociedade contemporânea. A exigência de elevados níveis de especialização e padrões de produtividade estabelece uma relação direta com a exclusão social que acomete grande parte da população e se reflete nos altos índices de desemprego. Nesse mundo, práticas que valorizam a singularidade dos trabalhadores ganham pouca significância, tendo na individualidade, competição e acúmulo de capital as principais engrenagens do sistema capitalista⁽¹¹⁴⁾.

Pessoas que não acessam o mercado do trabalho são excluídas socialmente. Desse modo, parte dessa população é composta pelos indivíduos com transtornos psiquiátricos. Essa exclusão relaciona-se com o preconceito de incapacidade e periculosidade atribuído às pessoas com doenças mentais, podendo aumentar o sofrimento desses sujeitos, pois o trabalho integra e o legitima socialmente.

Dentro do sistema de serviços que compõe a rede de saúde mental do município, é ofertado aos usuários com transtornos psíquicos a GerAção POA - Oficina de Renda e Trabalho.

A oficina de geração de renda visa à inserção social dos usuários com transtorno psíquico por meio de oficinas que buscam estimular a cognitividade e criatividade, exercitando os aspectos individuais e coletivos, integrando virtudes de economia solidária e sustentável⁽¹¹⁵⁾.

As cooperativas de trabalho solidário pretendem uma superação do modelo capitalista de produção, investindo-se em práticas compartilhadas de gestão, relações sociais, sustentabilidade e cooperação entre os trabalhadores, buscando uma outra forma de organização do trabalho e de sociedade⁽¹¹⁴⁾.

Para o acesso nessas oficinas, os usuários devem ser encaminhados por um dos serviços que compõe a rede municipal de atenção em saúde, passando por uma entrevista pré-agendada e manifestando interesse em alguma das atividades ofertadas. Por vezes, os usuários ingressam em uma lista de espera e são chamados conforme a disponibilidade de vaga.

[...] levou um mês. [...] foi dia 8 de junho. Dia do meu aniversário. [...] me perguntaram um monte de coisas lá. [...] se eu

saia sozinho. Se eu andava sozinho. [...] se eu ia gostar da oficina. (U1).

A GerAção POA funciona de segunda a sexta-feira, em horário comercial, desenvolve oficinas de trabalho, expressão, arte e cursos de gestão solidária.

[...] tenho amigos, tenho tudo. Tenho o que eu não tinha. [...] estamos sempre conversando. Um conversando com o outro, a professora também. [...] inclusive tem uma guria que é da zona, que o posto mandou. [...] vamos para oficina. Ai ficamos até as 5 horas, às vezes 5 e meia. [...] é aquela função para a gente fazer, distribuir, tu faz aquilo, tu faz outro. Um faz bloquinho, outro pinta as folha, outro expurga as folha, outro bota as molas. É tudo assim. Não é tudo fazendo a mesma coisa. [...] Pode escolher. Não quer fazer aquilo ali, faz aquele outro (U1).

A oferta de serviços como o GerAção POA é entendida como um importante trajeto assistencial, pois se configura como um mecanismo integrador do indivíduo na sociedade, estabelecendo pontos de conexões que vão além do trânsito habitual do usuário, transpondo o bairro em que vive, facilitando a realização de trocas com outras pessoas e ampliando a sua rede social.

Nessa perspectiva, o trabalho vai além da simples produção e trocas de mercadorias, assumindo características terapêuticas de agenciamentos de afetos, de construção de identidade e de individualidade do sujeito nas suas relações coletivas⁽¹¹⁶⁾.

Do mesmo modo, autonomia e cidadania são constantemente estimulados na GerAção POA na medida em que são trabalhadas situações para fora desse serviço como atividades de compra de materiais para a realização das oficinas, venda dos produtos em feiras solidárias, passeios e atividades culturais.

[...] eu vou sozinho. Os primeiros dias é que ela [mãe] foi junto. Muito lugar vou, muito lugar não vou. E tem coisa que eles pedem para o cara ir [comprar] que eu não sei ir. Eles mandam um colega junto. [...] venho aprendendo. [...] Vendemos na UFRGS, ali perto do Planetário. [...] a outra [feira] foi na AMRIGS. [...] passeio fiz um só até agora. [...] naquele museu ali, bem perto do correio, lá no centro. [...] vimos os quadros, vimos as pinturas. [...] Nunca tinha visto um museu antes (U1).

A GerAção POA, por meio de suas atividades, tem entre seus objetivos ampliar a circulação nos espaços da cidade⁽¹¹⁵⁾. Esses trajetos externos ao serviço têm desenhado outras formas de relação com os espaços sociais, expandindo as possibilidades de trocas, de escolhas, potencializando assim a expressão da subjetividade, autonomia e, conseqüente, construção da cidadania. Caminhar, andar, circular no território acrescenta novas cartografias à vida do sujeito.

Dessa forma, entendemos as oficinas de geração de renda como um trajeto assistencial de integração dos sujeitos no mundo cotidiano e social, contribuindo e ampliando o trânsito das pessoas com transtornos psiquiátricos no circuito urbano. Tem-se constituído em um trajeto de acesso ao trabalho, proporcionando inclusão social, pois o usuário com agravo psiquiátrico se reconhece e é reconhecido como um sujeito que produz.

5.2.6 Acesso à medicação: um trajeto

Com a garantia de saúde integral estabelecida na Constituição Federal, a assistência farmacêutica passou a compor os direitos dos cidadãos brasileiros. A partir do ano de 1998, iniciam-se esforços para se estruturar uma política nacional de medicamentos com a participação das 3 esferas de governo.

A Organização Mundial da Saúde, a partir do ano de 1977, recomendava os países a organizarem documentos de orientação sobre os medicamentos essenciais de custo acessível à população e com eficácia comprovada⁽¹¹⁷⁾.

Vale salientar que o Brasil já contava com uma lista de medicamentos elaborada no ano de 1964, sob o Decreto 53.612/64. Na época, a lista era denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário⁽¹¹⁸⁾. O Documento passou por várias atualizações e, em 2010, foi descrito como Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)⁽¹¹⁹⁾.

A RENAME é um instrumento em constante atualização e baseia-se nas prioridades nacionais no âmbito do SUS. Inclui medicamentos financiados pelos componentes básico, estratégico e especializado. Busca orientar a produção industrial farmacológica, bem como os governos estaduais e municipais na regulação de medicamentos de primeira escolha, levando em consideração o custo e eficácia, colaborando com a gestão na oferta de medicamentos, facilitando o acesso à assistência farmacêutica aos usuários do sistema de saúde⁽¹¹⁹⁾.

A assistência farmacêutica é definida por um conjunto de atividades que visam o uso correto dos medicamentos, adequando o melhor fármaco para as necessidades dos usuários. Tais ações envolvem tanto os usuário, quanto os diversos profissionais de saúde inseridos no processo de cuidado⁽¹¹⁹⁾.

A Política Nacional de Medicamentos busca a garantia de oferta de medicamentos nos 3 níveis de complexidade e responsabilização das 3 esferas de governo⁽¹²⁰⁾. Conforme instituído na Portaria 3.196/98, o financiamento não deve considerar apenas medicamentos de menor custo, mas também os de custo mais elevado, uma vez comprovada a necessidade específica da utilização do mesmo e, dessa forma, pactuada a responsabilidade do seu custeamento através das comissões intergestoras^(120,121).

Dessa forma, ao Governo Federal compete a distribuição dos medicamentos referentes a programas estratégicos sendo eles: Pneumologia Sanitária (Tuberculose), Hemoderivados, Dermatologia Sanitária (Hanseníase), AIDS (anti-retrovirais), Endemias Focais, e Diabetes (insulina).

Aos Estados competem os medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de alto custo, denominados especializados. Ao município competem os medicamentos referentes atenção básica e outros medicamentos essenciais que não são de responsabilidade da União, nem dos Estados. Para o financiamento do componente básico o Governo Federal destina R\$ 5,10/habitante/ano; o Governo Estadual R\$ 1,86/habitante/ano e o Governo Municipal fica responsável pelo investimento de R\$ 1,86/Habitante/ano. Esses valores são fracionados em 12 parcelas, repassadas mensalmente⁽¹²²⁾.

Santana⁽¹²³⁾ refere que a administração pública tem aumentado consideravelmente os investimentos com a saúde, sendo que os gastos relativos à aquisição de medicamento são responsáveis por uma considerável parcela destes investimentos.

O município de Porto Alegre conta com nove farmácias municipais (QUADRO 2) distribuídas em regiões de grande concentração populacional. Oferecem atendimento de segunda a sexta-feira, no horário das 8 às 17 horas, contando com a presença de farmacêutico responsável⁽⁹⁾.

Farmácia Municipal	Localização/Endereço
Navegantes	Centro de Saúde Navegantes (Avenida Presidente Roosevelt, 5, Bairro São Geraldo)
Centro	Centro de Saúde Santa Marta (Rua Capitão Montanha, 27)
IAPI	Centro de Saúde IAPI (Rua Três de Abril, 90, Bairro Passo d'Areia)
Vila dos Comercíarios	Centro de Saúde Vila dos Comercíarios (Rua Professor Manoel Lobato, 151, Bairro Santa Tereza)
Bom Jesus	Centro de Saúde Bom Jesus (Rua Bom Jesus, 410, Bairro Bom Jesus)
Farroupilha	Centro de Saúde Modelo (Avenida Jerônimo de Ornelas, 55 - Bairro Santana)
Camaquã	Unidade Básica de Saúde Camaquã (Rua Doutor João Pitta Pinheiro Filho, 176, Bairro Camaquã)
Sarandi	Unidade Básica de Saúde Sarandi (Avenida Francisco Pinto da Fontoura, 341)
Bananeiras	Unidade Básica de Saúde Bananeiras (Avenida Coronel Aparício Borges, 2494)

Quadro 2: Farmácias Distritais

Conforme os relatos dos usuários entrevistados, as farmácias distritais mais utilizadas são a Bom Jesus e a farmácia Farroupilha.

A farmácia Farroupilha, mais distante da ESF-Pitoresca (aproximadamente 8,5 Km), é a única que conta com uma linha direta de transporte coletivo do bairro até a farmácia. A farmácia Bom Jesus fica distante aproximadamente 5 km e não dispõe de linha direta de transporte coletivo, o que pode dificultar o acesso. Outra opção seria a farmácia Bananeiras, distante 6,7 km, mas que também requer a utilização de mais de uma linha ou realizar parte do deslocamento a pé.

Os usuários que retiram suas medicações nas farmácias básicas do município referem não ter problemas com a dispensa, pois é necessária somente a apresentação da prescrição médica disponibilizada pelos serviços da rede.

[...] essa medicação podia retirar lá [CS Modelo] ou no Posto Bom Jesus, num desses que tenha. [...] a gente chega com a receita e retira (FU2).

[...] eu pego no Modelo. [...] É só chegar com a receita e se eles tiverem, te dão (FU1).

Considerando os trajetos assistenciais, identificamos facilidade no acesso aos medicamentos ofertados pelo município, não onerando em caminhos desnecessários. Por outro lado, as medicações que não compõem a lista básica de aquisição municipal e, portanto, custeadas pelo Governo do Estado dividem a opinião dos usuários.

Muitas vezes, a busca dessas medicações no sistema público tem exigido trajetos assistenciais, por vezes, percebidos como morosos e cansativos. Essas medicações necessitam de abertura de processo administrativo junto às farmácias estaduais para que seja avaliado o caso e a necessidade de uso da medicação⁽¹²⁴⁾.

[...] eu fiz um processo e consegui com o governo. Eu pegava os remédios na farmácia do [Estado]. Eu andava comprando [...] até sair o processo, que levou muito tempo. Agora que eu não to comprando o remédio dele. [...] Consigo pelo Estado. [...] sempre achavam o atestado errado. Cada vez para dar resposta para a gente, era 90 dias. [...] E assim de 90 em 90 foi um monte de vez. [...] Os remédio eles não contestavam. [...] contestavam era os CID que botavam errado da doença. [...] nunca tava do jeito que eles queriam. [...] nós fomos entrar com os advogados, mas daí no dia que eu fui lá pra saber o resultado, tava tudo na mão os remédio (FU1).

Conforme a resolução CIB/RS 143/03, o processo administrativo para aquisição dos fármacos não deverá ultrapassar 30 dias, desde o protocolo até o retorno do parecer ao usuário⁽¹²⁵⁾. Percebemos que, apesar do prazo pactuado, a resposta do processo administrativo extrapola o que determina a resolução.

Outra questão que deve ser considerada é o preenchimento incorreto dos formulários e atestados, o que, por vezes, leva ao indeferimento do processo e à necessidade de abertura de um novo pedido.

Apesar de compreenderem a assistência farmacêutica como um direito, a burocracia exigida, somada à morosidade das respostas dos pareceres, tem levado os usuários a adquirirem suas medicações em farmácias privadas.

[...] teria na farmácia especial, que ali o médico teria que fazer todo aquele processo. Daí como era só a fluoxetina eu não fiz. [...] Se eu fizesse eu ganharia a fluoxetina (U5).

[...] a gente foi lá e é muita burocracia. [...] pegamos os coisas pra ele receber, mas era muita coisa. [...] É muita incomodação. Tinha que preencher um monte de formulário (FU3).

A exigência da apresentação de documentos que comprovem a necessidade do uso da medicação torna-se necessária, uma vez que se trata de medicamentos especializados, utilizados em agravos de menor projeção epidemiológica, mas com um fator terapêutico em transtornos mentais severos que não respondem à medicação da lista básica.

Por outro lado, torna-se necessária a criação de mecanismos que facilitem o acesso e a aquisição desses medicamentos, pois, como referem Canabarro e Hahn⁽¹²⁶⁾, medicamentos especiais são aqueles imprescindíveis, indispensáveis e devem disponibilizados pelo sistema de saúde, estando acessíveis a toda a população, em quantidade apropriada e qualidade assegurada.

Dessa forma, entendemos o acesso às medicações como um trajeto assistencial essencial, pois se constituem em um importante componente para a manutenção do tratamento e uma das condições para a realização do cuidado no território.

6 Considerações Finais

Neste estudo, buscamos, através da análise dos relatos dos usuários, a reconstrução das trajetórias assistenciais na rede de serviços de saúde mental do município de Porto Alegre.

Foram tecidas considerações sobre o arranjo dos serviços, destacando o acesso/acessibilidade e a articulação em rede de saúde mental.

Consideramos que a série de medidas adotadas na década de 1990 constitui um importante marco para a consolidação de políticas que possibilitaram a saída do manicômio como única alternativa de trajeto e tratamento às pessoas com transtornos psíquicos.

Assim, direcionou-se o atendimento para unidades territoriais de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema, sendo elas: Ambulatórios especializados, Centros de Atenção Psicossocial, Emergência Psiquiátrica, Hospitais psiquiátricos, Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, Oficinas de Geração de Renda e Estratégia Saúde da Família.

Analisando os trajetos assistenciais percorridos por U1, U2, U3, U4, U5, identificamos iniciativas que desenham caminhos ora mais fáceis, ora mais sinuosos, mas que conformam os circuitos possíveis na rede de serviços de saúde mental.

A desconstrução do modelo de atenção baseado exclusivamente no tratamento moral, isolamento e exclusão da loucura dos espaços sociais, vivenciados pelos nossos protagonistas, alcançaram outras perspectivas a partir da retirada do manicômio como única instância de “cuidado”. Tal fato possibilitou a criação de outros espaços no território, ampliando o desenho de novos trajetos que entendem a loucura como uma condição própria da existência do indivíduo.

Os resultados do estudo demonstram que o trajeto da internação psiquiátrica ainda representa uma experiência negativa na vida dos usuários; porém, chamamos a atenção que a internação deve constituir-se em oposição às práticas manicomial, produzindo práxis compartilhadas, em que os serviços de saúde, articulados, possam facilitar e proporcionar a construção de caminhos mais terapêuticos na rede de saúde. Entendemos que a internação constitui-se como um caminho importante

na rede de saúde mental, pois pode direcionar a busca por trajetos assistenciais inovadores.

Outro trajeto assistencial na rede de serviços de saúde mental são as Emergências Psiquiátricas, caracterizando-se como pontos abertos de acolhimento à crise e acesso a outros caminhos. Dessa forma, podem se constituir como um importante disparador de linhas de cuidado, agenciando trajetos assistenciais que atendam às necessidades das pessoas que chegam a esse serviço.

No entanto, neste estudo, os trajetos disparados a partir desse serviço quase sempre foram o retorno à ESF, família ou hospitalização sem nenhuma ou alguma articulação com esses pontos da rede de serviços. A crítica que se coloca é que em muitas vezes a responsabilidade do retorno é do usuário ou familiar, ou seja, eles andam por iniciativas e risco próprio na busca da atenção em saúde mental.

Os serviços ambulatoriais são apontados como alternativa de trajeto assistencial que deve estar organizado sob a lógica de rede, responsabilizando-se pela cobertura de saúde mental de uma determinada área do território.

O município de Porto Alegre ainda não tem claro seus fluxos de organização em rede. A baixa cobertura de serviços ambulatoriais na rede oficializada de saúde mental faz com que tanto o usuário, quanto os serviços, busquem trajetos diversos pela atenção em saúde.

O acesso a esses serviços especializados tem ocasionado trajetos assistenciais enredados, gerando fluxos descontínuos, uma vez que não há clareza da estruturação da rede de atenção em saúde mental. Isso demonstra uma incapacidade e fragilidade nos dispositivos de articulação, na qual uma estruturação que se pensa dinâmica organiza-se lenta, levando o usuário a três trajetos: iniciativa própria, passividade na espera do atendimento de suas necessidades ou desistência.

A ESF é um espaço importante na aproximação com a saúde mental. Surge como um mecanismo de fortalecimento da proposta de reforma psiquiátrica, uma vez que esses serviços situados na comunidade têm como diretriz o compromisso com a saúde da população do seu território. Vemos a ESF como um ponto estratégico e facilitador dos fluxos de acesso a partir das necessidades dos usuários.

Na ESF-Pitoresca, a oferta da consulta do dia é identificada como uma ferramenta que proporciona a formação de vínculo e possibilita acesso à rede de saúde mental. O vínculo surge como articulador na construção dos trajetos

assistenciais, uma vez que por meio dessa relação podem ser visualizados e constituídos caminhos para produção da saúde mental.

A articulação da ESF com a rede de serviços de saúde pode possibilitar portas de entrada, ligação e apoio para novos trajetos assistenciais, ofertando arranjos, fluxos e acessos a diversos pontos.

Independente da articulação em rede, a ESF-Pitoresca é um serviço que assume a responsabilidade por seus usuários com transtornos psíquicos, acolhendo-os e realizando ações de produção de saúde mental no território.

O Grupo Terapêutico Evolução é elencado como um trajeto assistencial de ampliação dos circuitos dos usuários, pois se utiliza dos recursos existentes no território por meio da realização de encontros, desenvolvendo ações relacionadas à construção de autonomia, promoção de cidadania e inserção social.

Os CAPS, apesar de entendido como um serviço central das políticas de atenção em saúde mental, no município de Porto Alegre, são analisados como deficitários, uma vez que não há número suficientes de unidades para cobertura da população, considerando a densidade demográfica da cidade.

A baixa cobertura somada à falta de clareza nos fluxos de referência para esses serviços acaba refletindo em encaminhamentos equivocados que geram trajetos desnecessários, onerando tanto os usuários, quanto os serviços.

Entendendo a importância estratégica que esse serviço ocupa na rede de atenção em saúde mental, defendemos uma maior implementação desses dispositivos no sentido de ampliar a abrangência obedecendo a critérios de distribuição geográfica e regionalização, facilitando o acesso aos usuários e delineando caminhos mais resolutivos.

A Oficina de Geração de Renda acrescentou outras cartografias à vida desses sujeitos, facilitando a inserção dos usuários com transtornos psíquicos nos espaços da cidade. Ao mesmo tempo surge como um trajeto assistencial de acesso ao trabalho, proporcionando inclusão social.

O acesso às medicações como um trajeto assistencial constitui-se um importante componente essencial para a manutenção do tratamento, sendo necessário à criação de mecanismos que facilitem a aquisição e acesso aos fármacos especializados.

Assim, neste estudo, identificamos que os usuários circulam em uma rede de serviços no território. Consideramos que os trajetos assistenciais desenhados

evidenciam a construção de uma rede de atenção em saúde mental, mesmo que tímida, uma vez que há um direcionamento para o acesso e oferta por meio da regionalização e hierarquização.

Analisamos também que o município de Porto Alegre dispõe de uma rede de serviços incipiente e pouco articulada, que reflete diretamente no acesso/acessibilidade aos serviços de saúde, fixando os usuários em um determinado ponto, cristalizando a construção de trajetos assistenciais dinâmicos na atenção em saúde mental. Tal fato repercute muitas vezes na descontinuidade da atenção em saúde, ocasionando circuitos tensos, rotineiros em que não há possibilidade de escolhas e construção de linhas de fuga mais operantes e resolutivas.

Do mesmo modo, há pouca flexibilidade nos fluxos instituídos na rede de atenção em saúde mental do município de Porto Alegre, impedindo que todos os pontos da rede possam desenhar trajetos mais resolutivos que facilitem o acesso/acessibilidade e articulação, ou seja, todos os serviços devem ser potenciais portas de entrada.

Reforçamos a posição de que somente um trajeto assistencial para um único serviço não é capaz de dar conta das necessidades de saúde e apostamos que para a consolidação de uma rede de serviços de saúde mental é necessário aprofundar a co-reponsabilização entre os recursos do Estado, do território, dos cidadãos, desenhando novas cartografias comprometidas com o agenciamento de novos trajetos assistenciais.

7 Referencias

1. Campos, GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, GWS, organizador. Saúde Paidéia. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
2. Ministério da Saúde (BR). Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: Ministério da Saúde (BR). Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília; 2003.
6. Delgado PDC. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. Cadernos do IPUB nº 14, Rio de Janeiro; 1999. p.113-22.
7. Figueiredo DM, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas, SP: uma rede ou emaranhado. Cienc. saúde colet. 2009; 14(1):129-38.
8. Teixeira Junior, S. A atenção psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico (Trabalho de Conclusão de Curso). Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia; 2007.
9. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Anual - 2008. Porto Alegre: SMS/PMPA; 2008.
10. Kantorski LP, organizadora. CAPSUL - Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil. (Relatório) Pelotas: MS/CNPq; 2008.
11. Deslandes SF. Concepções em Pesquisa Social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 1997;13(1):103-07.
12. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, EE, Onocko R, organizadora. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial; 2007. p. 71-112.
13. Amarante PDC. Saúde Mental, Políticas e Instituições: Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/Fiocruz, EAD/Fiocruz; 2003.

14. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 15-19.
15. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
16. Willrich JQ, Kantorski LP. CAPS Castelo: um pouco da história da loucura em Pelotas. Pelotas: EDUFPEl; 2008.
17. Ramos FAC, Geremias L. Instituto Philippe Pinel: origens históricas. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/hospitais/pinel/media/pinel_origens.pdf> Acesso em: 08 de agosto de 2009.
18. Cheuiche E. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. Rev. Psiq. Rio Grande do Sul 2004;26(2):119-20.
19. Amarante PDC. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
20. Macedo CF. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. Jus Navigandi, 2006. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>. Acesso em: 08 agosto de 2009.
21. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni Jr L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Jr L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL; 2001.
22. Oliveira JA, Teixeira SF. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.
23. Ribeiro PRM. Saúde Mental no Brasil. São Paulo: Arte e Ciência; 1999.
24. Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde Manguinhos. Rio de Janeiro 2004;11(2):241-58.
25. Righi LB. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: Pasche DF, Cruz IBM, organizador. A Saúde Coletiva: Diálogos Contemporâneos. Ijuí: UNIJUÍ; 2005. p. 73-92.
26. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, organizadora. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.
27. Elias PE. Análise sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. Saúde e Sociedade. São Paulo 1993;2(1):59-73.

28. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo 1996;30(3):380-98.
29. Organização Mundial Da Saúde. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.
30. Ministério da Saúde (BR). Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
31. Ministério da Saúde (BR). Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
32. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Carácas. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
33. Amarante PDC. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
34. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. Rio de Janeiro 2002;9(1):25-59.
35. Delgado PPG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. (editorial) *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2001;17(3):452-53.
36. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de assistência à saúde. Portaria 189 de 19 de novembro de 1991. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 224 de 20 de janeiro de 1992. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Silva RF. Reflexões sobre a reforma psiquiátrica a partir da vivência Cândido Ferreira. In: Merhy EE, Amaral H. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2007. p. 19-24.
39. Wetzel C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul-RS (Dissertação)*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.
40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
41. Kuhn ME, Kantorski LP. Aspectos éticos da assistência ao doente mental. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis 1995;4(2):103-17.

42. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-90.
43. Unglert CVS. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. In: Teixeira CF, Melo C, organizadores. Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 35-43.
44. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia 2004;9(2):373-79.
45. Cecílio LC. Modelos técnico-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro 1997;13(3):469-78.
46. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. [pagina internet] Acesso em [2010 set 16] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
47. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em Dados – 7, [Informativo eletrônico]. Brasília; 2010. Acesso em [2010 set 01] Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental
48. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
49. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
50. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 459-74.
51. Silva Jr AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; 2004. p. 241-55.
52. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública 2004;20(s2):331-36.
53. Rovere M. Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.

54. Mance EA. A revolução das redes. A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista. Petrópolis: Vozes; 2001.
55. Silva Jr AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 77-90.
56. Teixeira Jr S, Olschowsky A, Lavall E, Cossetin A. Estratégia Saúde da Família: um aliado na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Anais do II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos. Rio de Janeiro; 2008.
57. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Revista Administração Pública 2000;34(6):35-45.
58. Bonet O, Tavares FRG. Redes em rede: dimensões intersticiais nos sistemas de cuidados à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. Gestão de redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 385-400.
59. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de. Saúde Pública 2004;20(2):190-198.
60. Olschowsky A, O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "lato Sensu" (TESE). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo; 2001.
61. Rovere M. Gestión de calidad de los posgrados en Salud Pública: adecuación crítica en un mundo en cambio. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
62. Cruz MS, Ferreira SMB. O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Cadernos IPUB 2007;24(13):67-80.
63. Araújo IS. O Mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2006. p. 427-44.
64. Camargo jr KR, Campos SEM, Teixeira MTB, Mascarenhas MTM, Neusa MM, Franco, TB. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. Gestão de redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. 223-44.
65. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol.1. São Paulo: Editora 34; 2007.

66. Dalmolin BM, Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
67. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
68. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante PDC, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.
69. Kleinman apud Alves PC, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IMA, organizadores. Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.125-38.
70. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu 2002;6(10):63-74.
71. Martins PH. MARES: metodologia de análise de redes de cotidiano. In: Pinheiro R, Martins PH organizadores, Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 61-94.
72. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
73. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1997.
74. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2008.
75. Cerro AR, Bervian PA. Metodologia Científica. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
76. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
77. Observatório da cidade de Porto Alegre. Acesso em: [2010 nov 2] Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_secao=91
78. Mielke, FB. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo (Dissertação). Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
79. Bellato R, Araujo LFS, Faria APS, Santos EJM, Castro P, Souza SPS, Maruyama SAT. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem 2008;10(3):849-56.

80. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 5 ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
81. Spindola T, Santos RS. Trabalhando com história de vida: percalços de uma pesquisa(dora)? Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo 2003;37(2):119-26.
82. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Loas: Lei Orgânica da Assistência Social. Ministério da previdência; 2001.
83. Kantorski LP, Wetzel C, Miron VL. Resgatando práticas reformistas de Atenção em psiquiatria e saúde Mental no Rio Grande do Sul. Rev. gaúcha Enferm. Porto Alegre 2002;23(2):16-26.
84. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
85. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2010;27(2):149-56.
86. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1999.
87. Rosa LCS. O Nordeste na reforma psiquiátrica. Teresina: EDUFPI;2006.
88. Porto Alegre, Conselho Municipal de Saúde. Ata reunião 5 de novembro de 1998. Porto Alegre: CMS;1998.
89. Diário Oficial da União (BR). Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957. Brasília; 1965. Acesso em: [2010 março 24]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/navegue/1965/julho/49/DOU>
90. Diário Oficial da União. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.246 de 8 de janeiro de 1988. Brasília; 1988. Acesso em: [2010 março 24]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/navegue/1988/marco/17/DOU>
91. Diário Oficial da União. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Brasília; 2009. Acesso em: [2010 março 24]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/navegue/2009/set/19/DOU>
92. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO; 2003. p. 89-111.
93. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p. 181-93.

94. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1994. p. 19-91.
95. Santos YF, Oliveira IMFF, Yamamoto OH. O ambulatório de saúde mental no conceito da reforma psiquiátrica em Natal/RN. Rev Psicol. Argum 2009;27(59):313-22.
96. Juliani CM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP 1999;33(4):323-33.
97. Witt RR. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. Rev. Gaúcha Enf 1992;13(1):19-23.
98. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Previdência e Assistência Social, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Normas para a adequação e expansão da rede de atenção a saúde nas unidades federadas. Brasília; 1981.
99. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2002; 7(4):757-776.
100. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública 2009;25(9):2033-42.
101. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Política de Saúde Mental. [pagina na internet]. Porto Alegre, 2009. Acesso em: 10 de março de 2010. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=686
102. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública 2007;23(2):399-407.
103. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF); 2001.
104. Campos RO, Gama C. Saúde mental na atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p.221-46.
105. Trad LAB. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.185-203.
106. Merhy, EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato no cuidado. In: Carvalho SR, Ferigato

S, Barros ME, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 276-300.

107. Merhy EE. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? [pagina de internet] Acesso em 15 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>.

108. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre Atenção Básica e a estratégia da Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada: Hucitec; 2008. p. 132-53.

109. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (BR); 2002.

110. Loyola CMD, Rocha T, JF Silva Filho. Agentes comunitários de saúde como estratégia de atendimento em saúde mental. Cadernos IPUB 2007; 8(24): 67-79.

111. Teixeira Jr S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre 2009;30(3):453-60.

112. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. População Município de Porto Alegre. Rio de Janeiro: IBGE, 2007 disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

113. Mari JJ, Jorge MR, Konh R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.

114. Berfknecht KS, Merlo ARC, Nardi HC. Saúde mental e economia solidária: análise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre. Revista Psicologia & Sociedade 2006;18(2):54-61.

115. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Ponderações das oficinas de geração de trabalho e renda na saúde mental para a Etapa Municipal da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/2010 [pagina na internet]. Porto Alegre, 2009. Acesso em: 10 de março de 2010. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686

116. Lussi IAO, Matsukura TS, Hahn MS. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. Revista Mundo da Saúde. São Paulo 2010;34(2):284-90.

117. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS: Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS; 2002.

118. Diário Oficial da União (BR). Decreto nº 53.612 de 27 de fevereiro de 1964. Brasília; 1694 Acesso em: [2010 maio 16]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/navegue/1964/Fevereiro/27/DOU>

119. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
120. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
121. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
122. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2009.
123. Santana JMB. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2001.
124. Secretaria Estadual da Saúde (RS). Portaria nº 38 de 28 de setembro 2004. Porto Alegre: SES; 2004.
125. Comissão Intergestores Bipartite (RS). Resolução nº 143. 15 de outubro de 2003. Porto Alegre: CIB; 2003.
126. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília 2009;18(4):345-55.

Apêndices

Apêndice A

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **Trajetórias Assistenciais de Usuários em Sofrimento Psíquico na Estratégia Saúde da Família**

Venho convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, sendo o presente estudo é um sub-projeto da pesquisa "Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família", aprovado pelo parecer n.º 301, processo n.º 001056577.08.7 do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e tem por objetivo avaliar a rede de serviços de saúde mental, a partir das trajetórias assistenciais dos usuários em sofrimento psíquico de uma UBS/ESF do município de Porto Alegre.

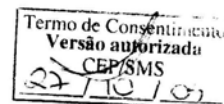
A coleta de dados ocorrerá nos meses de novembro e dezembro de 2009, por meio de entrevistas em profundidade com o usuário, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. É assegurado ao participante, através do presente termo, o anonimato, o sigilo da informação, você poderá desistir de sua participação neste estudo a qualquer momento do estudo. A concordância em participar do estudo não implica em diferenciação no tratamento já recebido pelo usuário, da mesma forma que a não concordância em participar, não acarretará em prejuízo no atendimento do usuário.

Você não terá custo ou receberá por participar desta pesquisa. Para toda e qualquer informação adicional ou esclarecimento poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Profa Responsável: Agnes Olschowsky pelo telefone 51- 96538685 e com Sidnei Teixeira Junior Fone: 51-98627634 e o Comitê de Ética e Pesquisa. Telefone (51) 32124623 – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



Apêndice B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ROTEIRO DE ENTREVISTA HISTÓRIA DE VIDA

A vida, demandas e necessidades de saúde antes do adoecimento.

- Aproximar e conhecer a entrevistada;
- Apreender a percepção da entrevistada sobre sua vida e suas demandas de saúde antes do adoecimento mental.

1. Primeiramente eu gostaria que você me falasse sobre alguns dados (apresentar os dados de identificação).
2. Conte-me sobre sua vida antes da descoberta do adoecimento mental?
3. E em que momento você procurava uma Unidade de Saúde?

A descoberta do adoecimento mental e os efeitos e repercussões em sua vida.

- Identificar o nível de conhecimento da entrevistado sobre sua doença.
- Conhecer a percepção de como é o viver e o cuidado sendo portador de doença mental.

5. Quando foi a descoberta da doença mental?
6. Como foi descoberto?
7. Como é viver sendo portador de problema psíquico?
8. Como você realiza os seus cuidados (medicação, atividades, etc)?
9. Como é o envolvimento dos amigos e familiares nesse cuidado?

Demandas de saúde e relação com as unidades de saúde depois do adoecimento mental.

- Conhecer sobre o acesso aos serviços e ações de saúde, voltadas ao atendimento de problemas mentais.

- Compreender a percepção do entrevistado sobre a organização da rede de atenção à saúde do município em relação ao atendimento e resolubilidade de suas demandas. (como a rede é organizada e integrada)

10. Conte-me onde você é atendido nos locais onde busca cuidado.

11. Conte-me sobre quando você procura o atendimento nessas Unidades de Saúde do SUS.

12. Como essas Unidades de Saúde funcionam?

13. Como você é encaminhado (continuidade do cuidado)

- Identificar as facilidades e dificuldades de acesso encontradas pela entrevistada, relacionadas às suas demandas e à rede de atenção à saúde no município.

- Compreender a partir da narrativa da entrevistada se a atenção à saúde está de acordo com a política local e nacional e, com a integralidade em saúde.

14. O que você acha do atendimento nessas Unidades de Saúde diante de seus problemas? Elas atendem as suas demandas? Em caso negativo, pedir para falar sobre as demandas não atendidas.

15. Como é o acesso e se encontra facilidades e dificuldades para conseguir: consultas, exames, medicação e internação.

16. Diante das dificuldades o que você faz?

17. Em sua opinião, o que falta no atendimento às pessoas que sofrem com problemas mentais?

Demandas de saúde e relação com as unidades de saúde depois do adoecimento mental.

- Identificar a partir da fala da entrevistada a presença de acolhimento, vínculo/responsabilização, trabalho em equipe, práticas interdisciplinares no atendimento desenvolvido nas Unidades de Saúde.

- Compreender a partir da narrativa da entrevistada se a atenção à saúde está de acordo com a política nacional e local e, com a integralidade em saúde.

18. Quais são os profissionais envolvidos no seu atendimento? E como eles se relacionam?

19. Conte-me como é sua relação com esses profissionais de saúde, no atendimento às suas demandas.

20. Você participa nas decisões relacionadas ao seu tratamento? Como isso ocorre? O que você acha disso?

Considerações finais

Proporcionar ao entrevistado momentos para suas colocações e realizar o fechamento da entrevista.

22. Além de tudo que nós conversamos tem algo que você gostaria ainda de me dizer?

Lembrar da possibilidade de entrar em contato com a entrevistada, e se colocar à disposição.

Apêndice C



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Agnes Olschowsky
Registro do CEP: 407 **Processo N.º:** 001.049365.09.6
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS- ESF Pitoresca
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO


O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.049365.09.6, referente ao projeto de pesquisa: **“Trajetórias Assistenciais de usuários em sofrimento psíquico na estratégia saúde da família”**, tendo como pesquisador responsável Agnes Olschowsky cujo objetivo é **“Geral: Avaliar a rede de serviços de saúde mental, a partir das trajetórias assistenciais dos usuários em sofrimento psíquico de uma UBS/ESF no município de Porto Alegre; Específico: -Apresentar a rede de serviços de saúde mental do município de Porto Alegre; -Descrever as trajetórias assistenciais dos usuários na busca da resolução dos seus problemas de saúde mental; -Identificar facilidades e limites encontrados nas trajetórias assistenciais dos usuários em sofrimento psíquico”**.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 27/10/09


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP